

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Descripción de un caso de demencia frontotemporal

Alumna: Elizabeth You  
Tutor: Dr. Pablo Guillermo Gómez

25 de agosto de 2020

## Índice

Índice.....	2
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General .....	4
2.2. Objetivos Específicos .....	4
3. Marco teórico.....	4
3.1. Neurociencias .....	4
3.2. Envejecimiento poblacional y cambios en la vejez.....	6
3.3. Deterioro cognitivo leve.....	8
3.4. Demencia.....	9
3.4.1. Características de la demencia.....	9
3.4.2. Demencia Frontotemporal .....	11
3.5. Abordaje no farmacológico.....	14
3.5.1. Estimulación cognitiva.....	15
3.5.2. Musicoterapia.....	16
3.5.3. Terapia ocupacional .....	18
4. Metodología.....	19
4.1. Tipo de estudio .....	19
4.2. Participantes .....	19
4.3. Instrumentos .....	20
4.4. Procedimiento.....	21
5. Desarrollo .....	22
5.1. Perfil neuropsicológico inicial de la paciente con DFT .....	22
5.2. Las intervenciones realizadas para mantener la funcionalidad de la paciente .....	25
5.3. Cambios con el curso esperable de la enfermedad en los primeros dos años desde la internación .....	30
6. Conclusiones.....	32
7. Referencias bibliográficas .....	1
8. Anexos.....	1

Nota: En el Trabajo Final de Integración se ha utilizado las normas APA de la séptima edición.

## 1. Introducción

El presente Trabajo Final de Integración se realizó en una Institución especializada en demencias que ofrece servicios de vivienda y asistencia integral a las personas mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, junto con un diseño arquitectónico que acompaña las necesidades de los residentes evitando su confusión, promoviendo su independencia y orientando el recorrido. Situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la institución apunta al cuidado de la salud con una atención constante y especializada de un equipo profesional, promoviendo la dignidad y calidad de vida de los residentes.

La institución cuenta con un equipo interdisciplinario que brinda actividades grupales que promueven el encuentro interpersonal: actividades de estimulación cognitiva, musicoterapia, arteterapia, yoga terapia, chi kung, terapia ocupacional, entre otras. Además, brinda charlas a la comunidad, ofrece programas laborales, a la vez que lleva adelante proyectos de investigación. A raíz de cumplir los objetivos de la Práctica Profesional, se llevaron a cabo observaciones participantes y no participantes en las actividades grupales, acompañamientos a residentes en actividades lúdicas, asistencia en traslados de los residentes, y tareas administrativas tales como la organización de historias clínicas y el resumen de evaluaciones neuropsicológicas anuales. En adición, se realizaron entrevistas semidirigidas a cada miembro del equipo interdisciplinario, con el fin de recabar información acerca de sus roles, el abordaje terapéutico, los aspectos positivos y/o dificultades que presentó la residente, su desempeño en las actividades, y el estado y las expectativas de evolución de la enfermedad.

La observación del caso único surgió para indagar a una paciente con demencia frontotemporal durante el transcurso de las 285 horas de la Práctica Profesional de la Universidad de Palermo, con el objetivo de investigar las características de la enfermedad y las intervenciones realizadas por la institución especializada en demencias. En segundo lugar, se partió desde la convicción de que el envejecimiento poblacional y el volumen de habitantes mayores en situación de dependencia incitan importantes modificaciones en los distintos países del mundo. Se hacen manifiestos profundos cambios en la composición demográfica y diferentes enfermedades de los habitantes, como también en las adaptaciones en familias e instituciones. Comprendiendo estos procesos se busca que el problema de la dependencia sea identificado social e institucionalmente, y al mismo tiempo, poner en evidencia la escasez de políticas de prevención y cuidados de largo

plazo en los sistemas sociales. En definitiva, visibilizar la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población de adultos mayores (Monteverde et al., 2016).

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir la evolución del perfil neuropsicológico de una paciente con demencia frontotemporal, junto con las intervenciones realizadas por la institución especializada en demencia con el fin de mantener la funcionalidad de la paciente.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el perfil neuropsicológico inicial de la paciente con demencia frontotemporal.
2. Describir las intervenciones realizadas para mantener la funcionalidad de la paciente.
3. Describir si hubo cambios con el curso esperable de la enfermedad en los primeros dos años desde la internación.

## **3. Marco teórico**

### **3.1. Neurociencias**

La neurociencia es conceptualizada como el ámbito multidisciplinar que analiza cómo interactúan diferentes aspectos del sistema nervioso -la anatomía, el desarrollo, el funcionamiento, las alteraciones, la genética, la química y la farmacología- dando lugar a la cognición y la conducta. Esta disciplina posee la finalidad de entender detalladamente los procesos cognitivos y la conducta de los individuos a partir del estudio de sus bases neurales (Mora y Sanguinetti, 1996). Los aportes interdisciplinarios son imprescindibles para entender las funciones nerviosas del ser humano. No obstante, el amplio campo de la neurociencia se divide en dos orientaciones: la conductual y la no conductual, acorde al mayor enfoque en el estudio del sistema nervioso o la conducta del ser humano. Las disciplinas no conductuales hacen énfasis en un área de estudio del sistema nervioso, ubicando los procesos cognitivos y conductuales en el segundo plano. Las neurociencias con lineamiento conductual se interesan en vincular el sistema nervioso con ciertos aspectos del

comportamiento y procesos cognitivos. Aquí se agrupan la psicobiología, la psicofarmacología, la neuropsicología, la neurociencia cognitiva, entre otras (Portellano, 2005).

La neurociencia cognitiva, por su parte, estudia los procesos mentales con la finalidad de comprender su procesamiento (Allegri y Bagnatti, 2017). Asimismo, estos procesos aluden a cómo se piensa, se presta atención, se recuerda, se habla, se percibe y se mueve (Portellano, 2005).

Es posible mencionar dos tipos de aproximaciones para el estudio de la relación entre la edad y los procesos cognitivos: la psicometría y la neuropsicología. La primera aplica diversos instrumentos en grandes muestras para determinar indicadores sobre habilidades particulares. Como resultado se generan datos normativos y puntos de corte para evaluaciones, y herramientas de evaluación, como las de corte neuropsicológico. Por otra parte, la aproximación neuropsicológica emplea los instrumentos ya puestos a prueba por la psicometría, evaluando uno o varios dominios cognitivos junto con sus correlatos neurales. La neuropsicología estudia individuos con o sin daño cerebral, identificando las funciones de diferentes zonas del cerebro y las redes neuronales en las capacidades examinadas (Salthouse, 2010).

Asimismo, la neuropsicología se encarga de construir un perfil con las funciones cognitivas y comportamentales que se encuentran conservadas y las que presentan déficits. Con esto es posible establecer la magnitud de la afección, la evaluación con un diagnóstico adecuado -junto con el diagnóstico diferencial-, el pronóstico evolutivo, y la rehabilitación. Por consiguiente, se planifican medidas de intervención que posibilitan la contención de las alteraciones cognitivas y el mantenimiento –o mejoramiento- de la calidad de vida del sujeto y la de su familia. La evaluación neuropsicológica posee la finalidad de establecer la presencia de un trastorno de demencia, y se considera obligatorio el seguimiento del desarrollo de la enfermedad, siendo que las evaluaciones reiteradas permiten identificar la velocidad en las que progresan. La frecuencia de las reevaluaciones varía entre los tres y seis meses, un período de tiempo para poder identificar las variaciones ocurridas en el estado neuropsicológico de la enfermedad (Barba, 2018; Valverde, 2000; Victoria y Rodríguez, 2016).

La neurociencia cognitiva del envejecimiento (NCE) se define como una disciplina joven, en pleno crecimiento, que surge de los aportes de la psicología cognitiva, la psicología experimental, las ciencias de la computación y las técnicas de neuroimagen que registran las actividades del cerebro humano (Díaz y Pereiro, 2018). Su principal objetivo es el estudio del

vínculo entre los efectos del envejecimiento en la cognición y las consecuencias de la vejez en el cerebro humano (Cabeza et al., 2016).

En adición, Grandi y Ustároz (2017) ponen en relieve que la NCE traza puentes entre los descubrimientos neurocientíficos y la investigación cognitiva. Por ende, se encontrarían sustentos empíricos para las teorías de los procesos cognitivos, relacionando procesos neuronales con comportamientos normales y patológicos.

### **3.2. Envejecimiento poblacional y cambios en la vejez**

El fenómeno del incremento de la edad a partir de la cual se considera que se entra en la vejez está siendo tratado a nivel mundial desde hace muchos años. La vejez del siglo pasado no puede compararse con la vejez en la actualidad, considerando que el envejecimiento se presenta en edades mayores gracias al progreso tecnológico y científico (De la Barrera y Donolo, 2009). Estas transformaciones han permitido reducir las enfermedades infectocontagiosas; sin embargo, también han aumentado las enfermedades crónico-degenerativas (Ibarrola et al., 2016).

Según la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2012), la expectativa de vida para los nacimientos del año 2015 alcanzó los 76.92 años - 73.73 años para los hombres y 80.33 años para las mujeres. De tal modo, la pirámide poblacional Argentina del año 2010 mostró una evolución del avance en el envejecimiento poblacional, de manera que esto significó la reducción de la base y ensanchamiento de la cúspide piramidal.

Se considera un fenómeno global al incremento del número de adultos mayores en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para el año 2050 habrán más de dos billones de individuos mayores de 60 años globalmente. El fenómeno del envejecimiento poblacional tiene relación con la predominancia de las demencias, siendo que hoy en día se las consideran una de las principales enfermedades crónicas en la vejez (Mascayano et al., 2015; Montañez y De Brigard, 2001).

Von Bernhardi (2019) señala que el envejecimiento demográfico posee una gran fuerza e impacto transformante. De esta manera, se define como persona adulta mayor a aquella con 60 años o más (Allegrí et al., 2015).

A su vez, Allegrí et al. (2015) sugieren la necesidad de profundizar en los conocimientos de las enfermedades en la vejez para su prevención, correcto diagnóstico y tratamiento, siendo que

estos problemas no deben ser tomados simplemente como un proceso natural en el envejecimiento, sino como un deterioro en gran parte de la población.

De acuerdo con los autores Abrahan et al. (2019), el envejecimiento se caracteriza por el conjunto de procesos que implican variaciones a nivel fisiológico y biológico, como también a nivel psicosocial y funcional. Estas variaciones se caracterizan por la aparición de un declive cognitivo gradual y continuo. Según la OMS (2017), el envejecimiento conlleva un deterioro en respuestas adaptativas e incrementa la posibilidad de adquirir enfermedades en relación con la edad. Además, se incluyen las transiciones de vida como el retiro, mudanzas o duelos por muerte de familiares o seres queridos.

Román y Sánchez (1998) sostienen que en el envejecimiento normal se detectan diferentes modificaciones a nivel neuroanatómico y fisiológico, por lo que ejercen un impacto en el sistema nervioso y sus múltiples procesos cognitivos. Estos cambios comienzan entre los 60 y 70 años, intensificándose entre los 75 y 80 años.

Dentro de los cambios registrados, se encuentran la disminución en el peso de la estructura cerebral que se generan a causa de la transición hacia la vejez. Si se compara el peso de la masa encefálica entre un adulto joven y un adulto mayor, el peso de este último es un 8% menor, encontrándose una disminución significativa a partir de los 70 años. Estas estructuras sufren varias alteraciones, desde el lóbulo frontal, la corteza prefrontal y el estriado, los ganglios basales, el lóbulo temporal, el cerebelo, el hipocampo y el tálamo. Se considera que estos cambios estructurales acompañan la declinación cognitiva no patológica (Rodrigues, 2018; Von Bernhardt, 2018).

Por otra parte, los procesos celulares se vuelven menos eficientes conduciendo a la muerte celular en diversas formas, y, a su vez, generan consecuencias irreversibles afectando a las funciones cognitivas como el aprendizaje, la memoria o la planificación (Hodgson et al., 2019; Rodrigues, 2018). Von Bernhardt (2018) señala la disminución de la sustancia gris en la vejez asociada a la mengua del volumen neuronal, de la cantidad de sinapsis y de la plasticidad sináptica, produciéndose modificaciones compensatorias funcionales. A su vez, reporta la reducción de la sustancia blanca en la vejez, pudiéndose observar alteraciones en las vainas de mielina. Asimismo, alude al rol de las hormonas en el envejecimiento cerebral y en el funcionamiento cognitivo. En el envejecimiento, la dopamina y serotonina son los neurotransmisores que más cambian, y esta diferencia está vinculada con la reducción del rendimiento a nivel cognitivo y motor. Ambos

neurotransmisores podrían estar también involucrados en la plasticidad sináptica y en la producción de nuevas neuronas.

En este sentido, Lodeiro-Fernández et al. (2015) y Rodrigues (2018) consideran que el envejecimiento se acompaña del aumento del umbral de la sensibilidad, presentado habitualmente dificultades en la vista y la audición. Esto incide en distintos procesos cognitivos puesto que, por ejemplo, la alteración auditiva dificulta la comprensión verbal en el lenguaje. Al mismo tiempo, varios sistemas son alterados por las modificaciones celulares: el sistema locomotor, el sistema cardiovascular, el sistema digestivo y urinario, y el sistema respiratorio.

Desde el punto de vista neuropsicológico, distintos autores describen que el avance hacia la vejez evidencia cambios sensoriales y perceptivos, en la personalidad, en la velocidad de procesamiento, en la capacidad de aprendizaje y en la memoria. Los declives en la memoria suelen afectar principalmente la memoria episódica y la memoria de trabajo. Si bien la memoria semántica permanece conservada, e incluso se incrementa con el paso de las décadas, suele disminuir en ancianos muy mayores. Asimismo, los adultos mayores pueden ver afectado su rendimiento por una disminución atencional, por el mencionado déficit sensorial y perceptivo, y por la progresiva lentitud de reacción y procesamiento (Allegri et al., 2015; Rodrigues, 2018; Von Bernhardt, 2018).

Siguiendo el mismo lineamiento, algunos resultados de investigaciones concluyeron sobre el declive en el desempeño para tareas de atención, memoria, orientación, lenguaje y funciones ejecutivas. Se han mostrado dificultades en la formación de nuevos conceptos, en la flexibilidad de la capacidad de abstracción, y en la capacidad de juicio y razonamiento. Asimismo, el enlentecimiento de la velocidad del procesamiento afecta la memoria de trabajo y repercute en tareas que requieren de la atención (De la Barrera y Donolo, 2009; Hernández et al., 2007). Por otro lado, Junqué y Jurado (1994) y La Rue (1992) concluyeron que las afecciones visomotoras y el enlentecimiento de la velocidad se encuentran vinculadas con las alteraciones en las funciones visoespaciales, visoperceptivas y, en consecuencia, también en las visoconstructivas.

### **3.3. Deterioro cognitivo leve**

En contraste a un envejecimiento sano, el envejecimiento patológico se encuentra ligado a diferentes tipos de enfermedades que podrían surgir en la etapa de la vejez. Entre las más comunes, se encuentran las afecciones neurocognitivas, el deterioro cognitivo leve (DCL) y las demencias.

Además, el adulto mayor puede manifestar sintomatología neuropsiquiátrica que acompaña a una o más enfermedades de índole médico o psicológico (González et al., 2015; Rodrigues, 2018).

El DCL es un síndrome caracterizado por presentar alteraciones en la cognición y en la memoria, mayores a las esperadas para la edad y nivel de educación de una persona. Estas no representan un gran obstáculo para las actividades de la vida diaria y no tienen la suficiente gravedad para constituirse como demencia. No obstante, se la considera como un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia (Allegri et al., 2015; Gauthier et al., 2006). De igual manera, Petersen (2016) afirma que el DCL no supone un deterioro cognitivo en las actividades diarias, que se presentan conservadas en gran medida, sino la presencia de una alteración cognitiva subjetiva, confirmada objetivamente por pruebas neuropsicológicas.

Por su parte, Cancino y Rehbein (2016) categorizan los diferentes tipos de DCL según el predominio del deterioro de la función mnésica -el tipo amnésico y no amnésico-, y según la cantidad de dominios cognitivos alterados -tipo unidominio y multidominio-. Diferentes estudios de Petersen y Morris (2005) han apuntado a determinar los principales cambios cognitivos de este síndrome y se ha reconocido al deterioro mnésico como el principal indicio. No obstante, Cancino y Rehbein (2016) concluyen que las alteraciones en la función ejecutiva, la atención y percepción espacial también afectan el rendimiento cognitivo.

A partir de la quinta edición del Manual para el Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA, 2014), se incorpora la definición de trastornos neurocognitivos que reemplaza a los trastornos mentales orgánicos de las ediciones previas. De esta manera, los trastornos neurocognitivos se clasifican en: delirium, trastorno neurocognitivo menor (TNCMe) y trastorno neurocognitivo mayor (TNCMa).

### **3.4. Demencia**

#### **3.4.1. Características de la demencia**

La demencia es definida como un síndrome de índole crónico o progresivo que se destaca por la alteración de las funciones cognitivas que superan el nivel del declive de un envejecimiento sano. Esta enfermedad no altera la conciencia del individuo, aunque daña el pensamiento, la comprensión, la memoria, el cálculo, la orientación, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y la capacidad de juicio. El deterioro en los controles emocionales, motivacionales y del

comportamiento social suele darse en conjunto con el declive de las funciones cognitivas (OMS, 2019).

Según afirman Ibarrola et al. (2016), la demencia también se caracteriza por el deterioro en el humor y la conducta, en el nivel de funcionalidad de la persona y la aparición de síntomas psiquiátricos. Esta enfermedad es el resultado de un grupo de enfermedades, y suele avanzar hasta causar una discapacidad total en las múltiples esferas del sujeto. Los autores Pérez Romero y González Garrido (2018) hacen hincapié en la presencia de síntomas psicológicos y conductuales en la demencia, de modo que estos síntomas provocan sufrimiento, discapacidad y fragilidad en el paciente. Asimismo, se apunta a la importancia en el manejo precoz de estos síntomas a través de una intervención y atención adecuada, con el fin de mejorar el nivel de funcionalidad y calidad de vida del paciente. Por otro lado, Stekete et al. (2016) consideran que las demencias suelen manifestarse luego de los 65 años. Sin embargo, se ha informado acerca de la probabilidad de su presentación previa a esta edad.

El DSM-5 (APA, 2014) suprime la palabra demencia y la reemplaza por TNCMa, y se caracteriza por un declive cognitivo significativo en uno o más dominios cognitivos -lenguaje, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, atención compleja, habilidad perceptual motora o cognición social- con respecto al nivel previo de rendimiento. El TNCMa se encuentra evidenciado por la preocupación del sujeto -o de un tercero- con relación a la alteración, reflejada en un rendimiento a dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en una evaluación neuropsicológica. Asimismo, el deterioro se considera significativo para obstaculizar la autonomía del paciente, y requerir asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. El TNCMa se desarrolla fuera del contexto de un delirium u otros trastornos mentales.

Las diferencias principales entre el TNCMe y TNCMa recaen en la intensidad de los síntomas del sujeto y en el impacto en la funcionalidad de la vida diaria. No obstante, se afirma que se estudian los siguientes dominios sintomáticos para el diagnóstico del TNCMa: aprendizaje, atención, función ejecutiva, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoestructurales, y cognición social (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015).

En adición, las demencias se clasifican en corticales, subcorticales o córtico-subcorticales, de acuerdo con la localización de las estructuras más alteradas. Entre las diferencias que se encuentran a nivel clínico, las demencias subcorticales se caracterizan por la presencia de

trastornos motores, enlentecimiento cognitivo y alteración ejecutiva. Las demencias corticales presentan mayormente síntomas como afasia, apraxia-agnosia y amnesia (Delgado et al., 2015).

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), el TNCMa se clasifica según los diferentes subtipos etiológicos. Ellos son: el de tipo Alzheimer, demencia vascular, por consumo de sustancias, por infección del VIH, lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad por priones, cuerpos de Lewy, por degeneración del lóbulo frontotemporal, no especificado, por otra afección médica, y de etiologías múltiples.

De acuerdo con la OMS, se estima que entre el 5-8% de la población mundial con 60 años o más, padece de demencia en un cierto momento. Cabe señalar que en la actualidad existen unos 50 millones de personas con demencia, siendo que aproximadamente el 60% pertenece a sectores con ingresos medios y bajos. Asimismo, se prevé que la cantidad de personas con demencia ascienda a los 82 millones para el año 2030, y 152 millones para el año 2050 (OMS, 2019).

Esta enfermedad se relaciona con la disminución en la calidad de vida, funcionalidad e independencia, y se convierte en una de las principales razones de dependencia, discapacidad y mortalidad. El enfermo recibe un fuerte impacto dentro de las esferas psicológica, médica, económica, social y familiar (Allegri et al., 2015; Livingston et al., 2017; Mascayano et al., 2015; Portellano, 2005).

### **3.4.2. Demencia Frontotemporal**

La demencia frontotemporal (DFT) se define como un desorden heterogéneo que se ubica dentro de las demencias degenerativas de localización cortical, focal y progresiva; se divide en distintos fenotipos clínicos que están asociados con múltiples entidades neuropatológicas. En la actualidad, el término DFT engloba desórdenes clínicos que incluyen cambios en la conducta, lenguaje, control ejecutivo y, a menudo, síntomas motores (Olney et al., 2017; Portellano, 2005). Lancho y Bercianos (2018) consideran que la enfermedad comienza con declinaciones en la cognición y en el ajuste social, en el habla y en los saberes semánticos del mundo. El deterioro neuronal se extiende progresivamente a las demás áreas cerebrales, siendo que sus manifestaciones clínicas pueden ocurrir junto con diferentes síndromes como la demencia de tipo Alzheimer, las enfermedades motoras o la apraxia. Asimismo, la DFT causa una reducción dramática en la

esperanza de vida, con una supervivencia que varía ampliamente entre los tres y 14 años desde el diagnóstico de la enfermedad (Brodaty et al., 2012; Onyike, 2011).

Desde los aportes realizados por Arnold Pick a fines del siglo XIX, la atención por las DFT se ha incrementado considerablemente. El desarrollo de los biomarcadores junto con el avance de las neuroimágenes ha permitido el crecimiento de este campo y han generado nuevos conocimientos acerca de la clasificación clínica, las bases neurales de los procesos cognitivos y el procedimiento de neurodegeneración (Lillo y Leyton, 2016). La definición histórica de la enfermedad de Pick se guardó para los casos clínicos de DFT que presentaban hallazgos neuropatológicos de cuerpos de Pick (Woollacott y Rohrer, 2016).

La tasa de prevalencia de la DFT se estima entre 15 a 22 casos cada 100.000 personas y se considera como la causa más frecuente de demencia en personas menores de 65 años (Ratnavalli et al., 2002). Según Snowden et al. (2002) esta demencia se manifiesta en la etapa presenil, siendo la edad promedio de inicio entre los 45 y 65 años, aunque también puede presentarse antes de los 30 años de edad.

De acuerdo con diferentes estudios en distintas poblaciones, se mostró una distribución de DFT casi igual según el género, que contrasta con muchos informes clínicos y de neuropatología. En esta enfermedad se hallan antecedentes familiares en un 50% de los individuos, considerándose frecuentemente familiar y hereditaria. Esta enfermedad muestra una expectativa de vida pobre, pero con una supervivencia comparable a la de la EA (Onyike y Diehl-Schmid, 2013; Vilatela y Gómez, 2016). No obstante Lillo y Leyton (2016) señalan que, a pesar de los avances logrados en relación con la genética, la correlación entre los diferentes genes y la patología no es exacta.

Los autores Englund et al., (1994) y Neary et al., (1998) definieron las primeras clasificaciones diagnósticas de la DFT como degeneración del lóbulo frontotemporal y la dividieron en tres subtipos clínicos: la afasia progresiva no fluente (APNF), la demencia semántica (DS); y DFT variante conductual (DFTvC) (Rascovsky et al., 2011).

La afasia progresiva primaria es un síndrome clínico que se diagnostica cuando se cumplen tres criterios básicos. En primer lugar, debe existir un inicio insidioso con progresión gradual de afasia que obstaculiza el uso o la comprensión de las palabras. En segundo lugar, una evaluación neurológica debe determinar que la enfermedad es neurodegenerativa y progresiva. En tercer lugar, la prominencia de la afasia que irrumpe con las actividades de la vida diaria (Mesulam, 2016). Por otro lado, las características de la DS varían según la ubicación de la atrofia, siendo de predominio

izquierdo o derecho. Desde una perspectiva neuropsicológica, la DS con predominio izquierdo presenta alteraciones en la memoria semántica, afasia progresiva fluente y complicaciones en la comprensión de palabras de uso inusual. El predominio derecho, por su parte, presenta afecciones en las gnosis visuales y prosopagnosia. En los primeros estadios se observan dificultades en la atención con complicaciones en la consolidación de nueva información verbal, y en estadios más avanzados se presentan trastornos visuoespaciales, declives en la memoria episódica y apraxia (Sánchez et al., 2015).

Varios síntomas conductuales de la DFTvC resultan complejos de clasificar y objetivar a través de las evaluaciones neuropsicológicas, siendo que su identificación depende mayormente del relato de un familiar o de un observador confiable. Se ha demostrado que algunos perfiles de esta enfermedad tienen una progresión muy lenta, lo cual pone en cuestión la etiología neurodegenerativa (Lillo y Leyton, 2016). En adición, Custodio et al. (2012) señalan que el perfil cognitivo correspondiente a estadios tempranos, la enfermedad se caracteriza por una relativa y leve afección en los dominios cognitivos de memoria, lenguaje y habilidades viso-constructivas y espaciales.

Por otro lado, Portellano (2005) y Woollacott y Rohrer (2016), afirman que el deterioro en el DFTvC suele comenzar a manifestarse en las áreas frontales, siendo que es característico hallar síntomas de un síndrome disejecutivo. Rodríguez-Leyva et al. (2018) y De Luque y Zarante (2008) señalan sobre modificaciones leves en la personalidad y en la conducta que se profundizan con el pasar del tiempo. Como síntoma principal se presenta la apatía, y se observan otros síntomas como la disminución de la empatía y la amabilidad hacia las personas, conductas obsesivas y estereotipadas, y variaciones en la dieta -como el comer en exceso y ansias, y la inclinación por alimentos dulces-.

La apatía hace referencia a la disminución general de las conductas motivacionales típicas; la misma no se produce por una declinación de la conciencia o por la angustia a nivel emocional (Levy et al., 1998). Este síntoma puede presentarse junto con la pérdida del deseo en participar en actividades orientadas a metas, actitudes de indiferencia o irrelevancia, y bajos niveles de movimiento en general (Chow et al., 2009; Merrilees et al., 2009). Algunos investigadores señalan que los cuidadores de personas con DFTvC han indicado niveles significativamente altos de apatía, a pesar de que los pacientes se autoevaluaron con niveles normales (Eslinger et al., 2012). Asimismo, se encuentran dificultades en tareas que se realizaban cotidianamente, junto con

descuidos o errores a causa de una pobre planificación. Frecuentemente, el paciente no posee conocimiento de su problema y se observa una anosognosia de la alteración (Guix et al., 2002).

Lillo y Leyton (2016) consideran que la desinhibición es otro síntoma principal del DFTvC, el cual puede manifestarse de diferentes maneras: pérdidas en el tacto social, dirigiendo una crítica hacia los demás, comentarios inadecuados de contenido sexual, y falta de límites al aproximarse a personas no conocidas en contextos inapropiados. Habitualmente, los pacientes presentan conductas impulsivas que podrían generar discusiones con personas allegadas, consumo excesivo de alcohol o drogas, accidentes de tráfico o gastos de dinero exagerado sin justificación alguna. Rodríguez-Leyva et al. (2018) afirman que también se presentan dificultades en disponer de flexibilidad mental y resolver problemas, observándose alteraciones en el razonamiento abstracto. No obstante, algunas personas pueden demostrar síntomas psicóticos como ilusiones y alucinaciones, y comportamientos hipersexualizados.

### **3.5. Abordaje no farmacológico**

Se define como intervención no farmacológica al amplio conjunto de técnicas de naturaleza no química, que pretenden mejorar la calidad de vida del paciente y la de su entorno. Se utilizan múltiples técnicas no farmacológicas para el tratamiento de las demencias y es posible agruparlas en diferentes categorías según los objetivos que tengan planteados (Rojas y Robledo, 2018).

En los últimos diez años, se ha verificado la eficacia de las intervenciones farmacológicas en el manejo temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de la demencia. No obstante, la falta de un tratamiento que retarde o detenga el proceso de la enfermedad pone de manifiesto la necesidad de una intervención multidimensional que incluya el abordaje farmacológico y no farmacológico, que optimice la cognición, el comportamiento y la funcionalidad de los pacientes con demencia (Francés et al., 2003).

Ramos Cordero y Yubero (2016) mencionan múltiples y diferentes objetivos en el tratamiento no farmacológico. Entre ellos se destaca la estimulación, mantención o mejoramiento de las capacidades cognitivas, del rendimiento funcional y la autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD), y de las relaciones sociales. Como resultado, se observan mejorías en la disminución del estrés o en las reacciones psicopatológicas, en la autoestima y autonomía personal del paciente, así como también en su calidad de vida, la de sus familiares y cuidadores. Asimismo,

los autores remarcan la importancia de un tratamiento con enfoque integral y proponen que una intervención precoz puede frenar el progreso evolutivo de la enfermedad.

El tratamiento no farmacológico se aborda a través de un equipo multidisciplinario compuesto por diversos profesionales de la salud especializados en el manejo de pacientes con demencia. Este abordaje se centra en las características de cada paciente considerando sus diferentes necesidades y, constantemente, busca ajustar las metas terapéuticas del paciente de acuerdo con el estadio de la enfermedad. Se aconseja realizar actividades con el paciente y sus familiares, aplicar programas para familiares y programas psicoeducativos para el cuidador, efectuar modificaciones en el entorno del ambiente, y la aplicación de diversas técnicas como la terapia de orientación a la realidad, la estimulación cognoscitiva, la reminiscencia, musicoterapia o actividad física (Francés et al., 2003; Pino y Escárcega, 2016). De acuerdo con Peña (2010), la terapia de orientación a la realidad posee la finalidad de disminuir la desorientación temporal, espacial y personal del paciente, al brindar constantemente información de su entorno. A través del presente enfoque se logra reducir la confusión y la desconexión con el entorno.

### **3.5.1. Estimulación cognitiva**

A la hora del diagnóstico de la demencia, se suele proponer la estimulación cognitiva (EC) como primera intervención entre las terapias no farmacológicas (De León, 2012). La EC consta de técnicas y ejercicios agradables de estimulación de las funciones cognitivas que se encuentran preservadas, con el fin de disminuir y estabilizar la dependencia del adulto mayor, y el proceso del deterioro progresivo de la demencia. Se plantea generalizar los resultados de las sesiones hacia las actividades de la vida diaria del paciente, para poder beneficiar su funcionalidad y, por ende, mejorar su calidad de vida. Esta terapia contribuye a la mejora global de la conducta y el estado del ánimo, como resultado de una mejoría en autoeficiencia y autoestima. No obstante, este abordaje se diferencia de la rehabilitación, ya que la EC siempre trabaja con las funciones preservadas y no pretende recuperar funciones ya perdidas (Francés et al., 2003; Ramos Cordero y Yubero, 2016; Spector et al., 2010; Tortajada y Villalba, 2014).

Según Tortajada y Villalba (2014), la EC comprende todas las actividades que estimulan, mantienen y potencian las funciones cognitivas existentes como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, las gnosias, el lenguaje, entre otros; es un tipo de terapia que requiere de un diseño y supervisión de profesionales especializados en el ámbito de la neuropsicología.

Por otro lado, Lobbia et al. (2018) han encontrado evidencias moderadas en la mejoría del funcionamiento cognitivo general, la comprensión y la producción del lenguaje. No obstante, estas evidencias fueron bajas para la memoria de corto plazo, la orientación, la depresión, el sentimiento de soledad y la comunicación. Woods et al. (2006), por su parte, indican que la terapia de EC impacta en la calidad de vida de los pacientes, brindando mejorías en los dominios de la memoria, la capacidad para realizar tareas, y en la relación con el cuidador. Asimismo, Miranda-Castillo et al. (2013) señalan mejorías en la interacción social y en la comunicación con otros, apoyo para que los pacientes intenten el máximo esfuerzo, ayuda en la adaptación al entorno, y promoción de la creatividad.

Para concluir, se considera que un abordaje multidisciplinar resulta más beneficioso para pacientes con deterioro cognitivo. Se incluyen los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, la implicación de los miembros familiares como también de los profesionales de la salud (Ramos Cordero y Yubero, 2016).

### **3.5.2. Musicoterapia**

De acuerdo con la American Music Therapy Association (AMTA, 2005), la musicoterapia es una práctica clínica que utiliza intervenciones musicales con el fin de lograr los objetivos individuales, dentro del contexto de una relación terapéutica a cargo de un profesional acreditado.

La World Federation of Music Therapy (2011), por su parte, define la musicoterapia como el uso científico de la música y de sus elementos -sonido, ritmo, melodía y armonía- con el fin de promover los objetivos terapéuticos. Se trabaja con las necesidades físicas, sociales, afectivas y cognitivas de los individuos, y se propone la mejora o la restauración de sus funciones. Además, se busca una mejoría en la calidad de vida a través de estrategias de prevención, rehabilitación y tratamiento.

Los profesionales de la musicoterapia adaptan los diversos tipos de instrumentos musicales de acuerdo con el paciente y los objetivos terapéuticos establecidos. El uso profesional de la música se adapta a las preferencias, circunstancias y necesidades de cada persona, siendo que no existe un tipo de instrumento o estilo musical que se considere universal (AMTA, 2005).

Existen diferentes tipos de técnicas en la musicoterapia: las técnicas activas y las técnicas receptivas. En las primeras, los individuos intervienen de forma directa en el transcurso de la

actividad, y en las segundas se exige menor participación. Las intervenciones de esta técnica se realizan de manera personalizada o en formato grupal (Raglio et al., 2014).

Los autores Gómez-Romero et al. (2017) señalan sobre la aplicación de la musicoterapia en todos los estadios de la demencia debido a sus características no verbales. Al respecto, se considera que es posible mantener las reacciones ante la música en este tipo de pacientes, a pesar de haber un gran deterioro cognitivo debido al avance de la enfermedad. Svansdottir y Snaedal (2006) afirman que el uso y la producción de melodías específicas, junto con una inherente calidad de sonido en las sesiones, permiten alcanzar los objetivos de la terapia y aliviar algunos síntomas de la demencia.

Se han encontrado múltiples beneficios en el tratamiento con musicoterapia, entre ellos se observan mejorías en la ansiedad, en el control de la respiración, en las alteraciones conductuales, en la movilidad, en la articulación y reconstrucción del habla, y en la agitación y apatía de los pacientes con demencia. Además, se benefician las funciones cognitivas, como el aprendizaje o la comunicación (Clair y Bernstein, 1990; Gómez-Romero et al., 2017; Raglio et al., 2014; Solé Resano et al., 2015).

La música posee la capacidad excepcional de evocar recuerdos, emociones positivas y motivaciones en los adultos mayores con demencia. De no ser así, estas personas se encontrarían desmotivadas, incapaces de responder, o hasta presentarían resistencia a las intervenciones. Del mismo modo, los adultos mayores que demuestran limitaciones o resistencias frente a otras formas de terapia frecuentemente pueden ser motivados a moverse en un ambiente controlado de musicoterapia (Clair y Bernstein, 1990). Sequera-Martín et al. (2015) explican que la musicoterapia favorece la sensación de familiaridad del paciente con el lugar de vivienda en la institución.

Tras varias sesiones de musicoterapia, los investigadores Solé Resano et al. (2015) encontraron un gradual aumento en dominios cognitivos como la atención, la memoria y la orientación temporal. Además, se detectaron que los mismos pacientes presentan aumentos positivos del estado del ánimo, y un incremento considerable de la interacción entre los participantes.

Para algunos autores, la musicoterapia representa el enfoque psicológico con la mayor eficiencia para el mejoramiento a largo plazo en la reducción de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia (Sjogren et al., 2013).

Cabe señalar que las personas con demencia pueden perder la capacidad de la expresión verbal, sin embargo, pueden cantar con un gran entusiasmo al escuchar una canción familiar. Además, una persona que ha perdido la capacidad de la escritura puede pintar una imagen llena de colores o también puede representar un hogar de la infancia. Entre las últimas habilidades conservadas de aquellos con demencia se encuentran la aptitud musical y la apreciación. Debido a que la conexión musical sigue intacta mucho después de que otras habilidades hayan sido alteradas, la combinación de música con arte terapia puede enriquecer altamente la experiencia (Today's Geriatric Medicine, 2015).

### **3.5.3. Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional (TO) se define como una profesión dentro del área de la salud que tiene como objetivo promover el bienestar y la calidad de vida de las personas, mediante el uso de la ocupación, como medio terapéutico de las actividades de la vida diaria (AVD), y el involucramiento en actividades (AOTA, 2020; Gajardo y Aravena, 2016). Asimismo, esta profesión permite la recuperación, mantención o promoción de la funcionalidad después de un daño, enfermedad o discapacidad (Miller y Butin, 2000).

La función se define como todo aquello que los sujetos son capaces de realizar. Abarca el poder moverse en un entorno, efectuar tareas de autocuidado, y todas las conductas orientadas a mantener la autonomía y la relación social. El concepto de salud en el adulto mayor implica otros aspectos como la salud en las esferas física, mental y social (Campos, 2002).

De acuerdo con Gajardo y Aravena (2016), la TO se considera como un apoyo no farmacológico que posee la finalidad de promover la participación de las personas con demencia en las AVD como método de ajuste para el paciente y su entorno. Los profesionales de TO trabajan para optimizar las capacidades del paciente para desenvolverse en aquellas ocupaciones que quieran o necesiten, mediante variaciones en la actividad misma o en el ambiente. Además, pueden trabajar en diversos ámbitos, entre ellos se encuentran las residencias de larga estadía, estimulación cognitiva y psicomotora, entre otros.

Según los autores Miller y Butin (2000), la TO trabaja para brindar una mejoría en las habilidades de las personas y, por ende, puede incluir diferentes áreas de desempeño; entre ellas: las AVD -bañarse, trasladarse al baño, movilidad funcional-, actividades instrumentales de la vida diaria -cocinar, realizar compras, manejar dinero-, actividades laborales y productivas, y uso del

tiempo libre para la satisfacción de diversas necesidades culturalmente significativas. Asimismo, Ramos Cordero y Yubero (2016) agregan otras AVD; entre ellas se encuentra la participación en el autocuidado, el control de la continencia urinaria y fecal, el vestido, y la capacidad de comer y alimentarse.

Los pacientes que presentan un cuadro de deterioro cognitivo empiezan a encontrar limitaciones en la funcionalidad de las AVD, de modo que estas comienzan en las actividades avanzadas, más tarde continúan en las instrumentales, y, en el caso de progresar, obstaculiza las actividades básicas de la vida diaria. Por consiguiente, se piensa que la práctica de alguna de las AVD sumado a una supervisión con estímulo verbal, visual o físico, favorece la conservación de la autonomía en la actividad ya mencionada, y permite la recuperación de las funciones perdidas que el paciente habría sufrido a causa de la inactividad. Asimismo, existe la necesidad de planificar la vida de estas personas creando hábitos y rutinas fijas, puesto que funcionan como recordatorio y brindan seguridad y comodidad (Ramos Cordero y Yubero, 2016).

A modo de conclusión, mejorar la función, promover las relaciones y la participación social, y encontrar maneras para que las personas con demencia puedan disfrutar de la vida, resultan puntos claves para una intervención exitosa en la TO (Schaber y Lieberman, 2010). La psicoeducación a familias y cuidadores, y la promoción de las fortalezas del paciente, contribuirá a que las personas con demencia y sus cuidadores tengan la ayuda necesaria para vivir la vida al extremo (AOTA, 2020).

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

De tipo descriptivo. Estudio de caso único.

### **4.2. Participantes**

Se analizó a la Sra. M con 93 años y de nacionalidad argentina, quien desde el año 2013 reside en una institución geriátrica especializada en demencias. La residente fue diagnosticada con DFT el mismo año en que ingresa a la institución, habiendo presentado síntomas cognitivos y conductuales a partir del año 2009, luego del fallecimiento de su hijo. Tales síntomas corresponden a fallas de memoria con estereotipias, algunas ideas obsesivas, habla incoherente, reticencia a salir

de su casa y asistir a eventos familiares. Estas alteraciones fueron evolucionando negativamente, presentando desconocimiento esporádico de familiares. Estos fueron los motivos por los cuales su hija solicitó la internación y una evaluación neuropsicológica que permita conocer su perfil cognitivo.

La Sra. M es viuda, tiene una hija y dos sobrinos. Había cursado la carrera de Bioquímica sin poder finalizarla y, además, trabajó en un comercio familiar y en una fábrica textil realizando tareas contables. Presenta antecedentes clínicos de hipercolesterolemia, cirugía por cáncer de mama, tabaquismo, aneurisma calcificada y, en relación con los antecedentes familiares se reporta demencia por parte de la madre.

Por otro lado, el equipo interdisciplinario que atiende en la Institución está formado por: la coordinadora del área cognitivo-funcional, licenciada en psicología hace 15 años y especialista en neuropsicología; el neuropsicólogo, doctor en psicología con 15 años de experiencia; la musicoterapeuta, graduada en el año 2009 y con formación en musicoterapia neurológica; la terapeuta ocupacional, graduada en el año 2013 e instruida con posgrados sobre demencia y gerontología; la médica clínica, con 29 años en la profesión y especialista en geriatría; y la psiquiatra, recibida en el año 2004 y con un posgrado en gerontopsiquiatría.

### **4.3. Instrumentos**

- Historia clínica. Esta incluye informes neuropsicológicos anuales, informes de terapia ocupacional, e informes mensuales del equipo interdisciplinario.
- Entrevistas semidirigidas al equipo interdisciplinario -coordinadora del área cognitivo funcional, neuropsicólogo, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, médica y psiquiatra- con el fin de recabar información acerca de sus roles, el abordaje terapéutico, los aspectos positivos y/o dificultades que presentó la paciente, el desempeño en las actividades, el estado y las expectativas de evolución de la enfermedad.
- Observación no participante en las actividades de estimulación cognitiva, musicoterapia y terapia ocupacional con la paciente y, observación participante en actividades de interés de la paciente.
- Informes neuropsicológicos que han sido elaborados en base a una serie de pruebas que se aplicaron a la paciente, entre las cuales se encuentra el test Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III; Hsieh et al., 2013) y el test The Ineco Frontal Screening (IFS;

Torralva et al., 2009). El primero detecta la disfunción cognitiva en pacientes con demencia y otras patologías neurológicas y psiquiátricas. La validación argentino-chilena de la versión en español del test (Bruno et al. 2017), consiste en cinco subescalas que contribuyen relativamente parejo al puntaje total del test, resultando un puntaje final máximo de 100 puntos. El test presenta adecuada validez interna y un alfa de Cronbach dentro del nivel recomendado. Por otro lado, el test IFS es una herramienta que evalúa las alteraciones frontales en pacientes con patologías neurodegenerativas. Posee ocho subtests que suman una puntuación total de 30 puntos. La prueba posee muy buena consistencia interna, presentando un adecuado alfa de Cronbach. Las respuestas de ambos tests se computan con un sistema de puntuación en base a cada respuesta correcta.

- Informes de terapia ocupacional, los cuales fueron elaborados a partir de los resultados obtenidos de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria (EIAD; Roumec et al., 2014): se trata de un instrumento que evalúa y proporciona información acerca del desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD) en pacientes con trastornos cognitivos y demencia. Propone siete categorías del nivel de independencia de la persona, sumando en total 60 puntos. Las respuestas, como también las acciones, se basan en un sistema de puntuación de acuerdo con la manera en que se cumple la tarea. El instrumento de evaluación muestra una adecuada confiabilidad.

#### **4.4. Procedimiento**

En la historia clínica de la residente se observaron los informes neuropsicológicos anuales, informes de terapia ocupacional, y los informes mensuales del equipo interdisciplinario. Se apuntó a conocer en profundidad sobre la historia clínica, el diagnóstico de demencia, los procesos cognitivos y conductuales que están conservados y alterados, el rendimiento en las diferentes actividades, y la capacidad de la paciente para realizar actividades de la vida diaria.

Se realizaron entrevistas individuales semidirigidas con cada miembro del equipo profesional, las cuales duraron entre 15 y 30 minutos y tuvieron lugar en las reuniones semanales de la institución. Se intentó obtener mayor información sobre el rol y el abordaje del equipo interdisciplinario, los aspectos positivos y/o dificultades de la paciente, el estado y el desempeño en las actividades, y las expectativas de evolución de la enfermedad en los dos primeros años desde la internación.

En los talleres de estimulación cognitiva, musicoterapia y terapia ocupacional, se observó el comportamiento de la Sra. M con respecto a las actividades y el trato con sus pares. La observación participante ocurrió dentro de las 285 horas correspondientes a la práctica profesional, que tuvieron lugar tres días a la semana y con duración de una a dos horas por día.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Perfil neuropsicológico inicial de la paciente con DFT**

En este punto se propone responder al primer objetivo que consta en describir el perfil neuropsicológico inicial de una paciente con DFT. Para ello se tomará en cuenta lo expuesto por Valverde (2000) y Victoria y Rodríguez (2016), acerca del perfil de las funciones cognitivas y comportamentales que se encuentran conservadas y las que presentan déficits.

En relación a las funciones cognitivas conservadas, la terapeuta ocupacional relata que la Sra. M llega a la institución manteniendo la memoria procedural y la praxia, de modo que es capaz de realizar actividades que ya fueron aprendidas, y conserva su capacidad de la marcha y el traslado. Por otro lado, la coordinadora de la institución señala que la residente mantiene un buen estado del ánimo y se interesa por las personas a su alrededor; conserva la interacción social y la reactividad del entorno. En la entrevista con el neuropsicólogo y la musicoterapeuta se hace mención a que la paciente conserva un nivel normal en la comprensión y en la producción del lenguaje, siendo que es capaz de leer letras de canciones en forma fluida al mismo ritmo que sus pares. Además, prácticamente no presenta síntomas conductuales y tampoco dificultades sensoriales que dificulten o limiten el trabajo diario. Del mismo modo, el informe de la evaluación neuropsicológica indicaba que la Sra. M presentaba un adecuado lenguaje espontáneo sin presencia de anomias ni dificultades articulatorias o gramaticales; no se han encontrado dificultades en el reconocimiento de formas, letras, colores y dibujos. En términos de Custodio et al. (2012) y Victoria y Rodríguez (2016), el perfil neuropsicológico permite conocer los dominios cognitivos que aún se encuentran conservadas o que presentan una relativa y leve afección en el paciente.

En el informe del perfil neuropsicológico de la Sra. M se describen alteraciones en múltiples dominios cognitivos: la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y las praxias constructivas. Esto puede coincidir con las fallas de la demencia propuesto por la OMS (2019) y Rodríguez-Leyva et al. (2018). En cuanto a la atención, se informó un rendimiento con valores

variables en pruebas que evalúan la amplitud atencional auditiva. Se evidenciaron fallas en el funcionamiento de la memoria de trabajo, al mostrar un bajo rendimiento en la capacidad de mantención y manipulación de la información en la mente. Se mostró enlentecida en la velocidad de procesamiento de la información, habiendo manifestado reticencia a realizar algunas pruebas de output gráfico. En cuanto a las funciones ejecutivas, se han informado bajos rendimientos en la capacidad de mantención de una serie motora, en la inhibición de respuestas preponderantes, en el pensamiento abstracto, y en las respuestas frente a instrucciones conflictivas. A su vez, en la memoria se han observado fallas en la adquisición inicial de nueva información, que luego se trasladaron a su evocación espontánea a largo plazo y posterior almacenamiento. En el lenguaje se evidenciaron alteraciones en tareas de fluencia verbal y anomias para palabras de alta frecuencia de uso y, finalmente, se reportaron ciertas fallas en las funciones visuoespaciales en la copia de los diagramas del infinito, en la confección del reloj y en tareas de razonamiento fluido no verbal. Las fallas mencionadas se dieron en el contexto de cierta desorientación en el tiempo y espacio, sin lograr identificar correctamente el año, mes, fecha, ciudad y barrio en el que se encuentra. A modo de conclusión, el perfil cognitivo de la Sra. M corresponde a un deterioro cognitivo de grado moderado con afección en múltiples dominios cognitivos. Cabe destacar que estas alteraciones también pueden atribuirse a los diversos cambios a nivel fisiológico y biológico debido al proceso del envejecimiento, dado que esto conlleva la aparición de un declive cognitivo gradual y continuo (Abraham et al., 2019; Rodrigues, 2018; Von Bernhardi, 2018).

Según lo informado por el neuropsicólogo, la Sra. M presenta síntomas heterogéneos característicos de la DFT. La paciente manifiesta trastornos de conducta –distractibilidad, impulsividad, conducta perseverativa- y alteraciones en el lenguaje –ecolalias, lenguaje estereotipado, perseveraciones-. Asimismo, se muestran pensamientos perseverantes que se caracterizan por la repetición de las mismas fórmulas ante diferentes preguntas: “N: ¿Cómo se encuentra hoy? Sra. M: Muy muy bien, gracias a Dios, la Virgen y todos los santos. N: ¿Ya desayunó algo? Sra M: Si, gracias a Dios, la Virgen y todos los santos”. Los presentes síntomas hacen referencia al desorden heterogéneo de la DFTvC propuesto por Olney et al. (2017) y Portellano (2005). De acuerdo con el especialista, la heterogeneidad es característica de la DFT, sin embargo, algunos aspectos pueden poner en duda el diagnóstico como la edad de comienzo de los síntomas. Este punto marca una discordancia con lo postulado por Snowden et al. (2002) quien considera que la el DFT suele comenzar a manifestarse en la etapa presenil.

Por otro lado, se menciona un perfil apático, con marcada abulia y falta de espontaneidad, asociado a lesiones del cíngulo anterior o dorsolaterales. Esto se articula con la presencia de las sintomatologías de la DFT descritas por Chow et al. (2009) y Levy et al. (1998). Además, el profesional consultado afirma que la residente muestra alteraciones en múltiples dominios cognitivos que obstaculizan el rendimiento en tareas que requieren de diversas funciones: entre ellas se hallan las funciones ejecutivas complejas, la memoria de trabajo, la memoria episódica diferida, el nivel atencional, la abstracción, y el control inhibitorio, el cual presenta la mayor afección. Se relata que la Sra. M muestra signos de desinhibición ejecutiva al repetir lo mismo que otro residente acaba de decir. Esto se observa al perseverar con la misma respuesta que ya se ha señalado como incorrecta o cuando se inicia una respuesta verbal y la sostiene en el tiempo: *“Al primer piso al primer piso al primer piso...”*. La perseveración podría estar vinculada con el síntoma de la desinhibición de la DFT, señalado por Lillo y Leyton (2016). En adición, la paciente manifiesta una disminución atencional con dificultades en el autoinicio de conductas cuando es necesario una estimulación directa para que se implique en las actividades. En palabras del neuropsicólogo: *“Con frecuencia, es necesario recordarle la consigna que se está trabajando o convocarla por el nombre o con mayor proximidad física para que participe activamente en las tareas propuestas”*. Estas alteraciones son propias de las áreas frontales, siendo que es característico hallar síntomas de un síndrome disejecutivo tal como expresan Woollacott y Rohrer (2016). Cabe destacar que se han realizado observaciones (por parte de la pasante) en donde se registraron ciertas alteraciones durante el taller de estimulación cognitiva: la Sra. M ha mostrado dificultades en su capacidad de adaptar sus pensamientos y conductas ante situaciones novedosas, y, al mismo tiempo, en su capacidad de inhibir ciertas respuestas. Estas dificultades hacen referencia al declive en el desempeño de las funciones ejecutivas señaladas por De la Barrera y Donolo (2009) y Hernández et al. (2007).

Por otro lado, la coordinadora de la institución asegura que *“la Sra. M llega a la residencia comiendo solamente comidas procesadas por los cuidadores de su casa; no por una necesidad deglutoria sino por la negativa de ingesta y a querer determinadas consistencias o comidas”*. Esta conducta alimentaria ha sido observada en los horarios de comidas de la institución cuando, al repartir las colaciones de cada residente, se ha detectado que la paciente recibe alimentos procesados dulces con texturas suaves y cremosas. Esto último coincide con lo expuesto por

Rodriguez-Leyva et al. (2018) y De Luque y Zarante (2008) acerca de la presencia de variaciones en la dieta como la inclinación de elegir alimentos dulces.

A modo de conclusión, en este apartado se ha descrito el perfil neuropsicológico inicial de la Sra. M, junto con las capacidades cognitivas y conductuales que se encuentran mantenidas y alteradas. El perfil de la paciente corresponde a un deterioro cognitivo de grado moderado con afección en múltiples dominios cognitivos. Para ello, se ha utilizado la información recopilada de la historia clínica de la paciente, el informe de la evaluación neuropsicológica, las entrevistas semidirigidas del equipo interdisciplinario de la institución, y las observaciones realizadas por la pasante. Cabe destacar que varios síntomas conductuales de la DFTvC resultan complejos de clasificar y objetivar a través de evaluaciones neuropsicológicas, siendo que su identificación recae mayormente en el relato de un familiar o de un observador confiable (Lillo y Leyton, 2016).

## **5.2. Las intervenciones realizadas para mantener la funcionalidad de la paciente**

En el presente apartado se pretende responder al segundo objetivo que consta en describir las intervenciones farmacológicas (Francés et al. 2003) y no farmacológicas (Rojas y Robledo, 2018) realizadas por los profesionales del equipo interdisciplinario con la finalidad de mantener la funcionalidad de una paciente con DFT.

En primer lugar, resulta importante mencionar que la institución geriátrica posee una estructura arquitectónica diseñada con pasillos circulares que permiten la libre circulación de los residentes. Este diseño orienta el recorrido, promueve la autonomía y evita la confusión. Al mismo tiempo, se encuentra formado por tres pisos: en la planta baja se localiza un jardín con finalidad terapéutica, la cocina, la oficina del equipo profesional y el salón de usos múltiples que se utiliza para la recepción de visitas, eventos sociales y actividades lúdicas para residentes. En el primer, segundo y tercer nivel, se ubican las habitaciones individuales de los pacientes, los comedores y los espacios para diferentes actividades diarias. Los pacientes se encuentran divididos en tres grupos -G1, G2, G3- según el nivel del deterioro cognitivo, sin discriminar su distribución entre los pisos. Los pacientes participan en diversas actividades que se encuentran adaptadas a las necesidades de cada grupo, junto con las limitaciones y capacidades que presentan. Las actividades se realizan de lunes a sábados por la mañana y por la tarde, en sesiones de 40 minutos, y son coordinadas por un equipo interdisciplinario.

La presente institución cuenta con una organización predeterminada de las múltiples actividades a cargo de la coordinadora del área cognitivo-funcional. Tal como se expresó en la entrevista, la profesional se responsabiliza por la elección y contratación de los profesionales que llevan a cabo los talleres, y coordina los horarios y lugares de cada AVD de los pacientes, como la terapia de reminiscencia, la terapia de orientación a la realidad, la estimulación cognitiva, la TO o la musicoterapia. Tales actividades hacen referencia al abordaje no farmacológico referido por Francés et al. (2003) y Pino y Escárcega (2016).

La psicóloga comenta que *“La Sra. M es una paciente que continúa en el G1, el de menor nivel de deterioro cognitivo. Todos los grupos cumplen aproximadamente con la misma cantidad de horas y tipos de actividad. Estas últimas están adaptadas a las necesidades de cada grupo junto con las limitaciones y capacidades que presentan”*. En consonancia, Pino y Escárcega (2016) proponen focalizar en las características y necesidades del paciente con demencia, como también el constante ajuste de las metas terapéuticas según el estadio de la enfermedad.

En adición, la especialista asume el rol de intermediaria entre los pacientes y sus familiares. Principalmente, se mantiene una comunicación fluida a través de reuniones mensuales que poseen formas de talleres, reuniones psicoeducativas y shows musicales. Asimismo, se toman en consideración asuntos o necesidades específicas que puedan surgir con la paciente, y se atiende a la familia cuando quieren realizar salidas junto con la paciente fuera de la institución. Tal como lo señalan Francés et al. (2003) y Pino y Escárcega (2016), se recomienda fomentar actividades y programas familiares que involucren al paciente y su familia.

De acuerdo con la entrevista a la médica clínica y a la psiquiatra de la institución, la Sra. M no ha tenido mayores eventos clínicos, interurrencias, trastornos conductuales severos, necesidad de una internación o patologías de base importante -más allá de la hipercolesterolemia que se encuentra tratada y controlada-. No obstante, se relata que la paciente posee antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria, habiéndose autoprovocado vómitos luego de las comidas: *“En algunos momentos los enfermeros notaban que ella comía y después vomitaba. Sabemos que la paciente siempre fue delgada y siempre fue de cuidarse, pero no sabemos si esto fue histórico en la vida de ella o si es consecuencia de la patología”*. A través del trabajo multidisciplinario con el equipo de TO y nutrición, se han realizado numerosas adaptaciones para lograr un buen estado nutricional y modificar la conducta alimentaria de la paciente. Se efectuaron cambios en la consistencia procesando los alimentos y se trató de modificar las comidas a través de la

presentación de alimentos familiares y atractivos para lograr que la Sra. M se alimentara de la mejor manera posible. Tras la presente intervención, las profesionales refieren que se ha logrado una mejoría funcional: *“Esto de ir al baño y producirse los vómitos no pasó más, esto sucedía al principio. Ella mantiene más o menos un peso adecuado, con un índice de masa corporal dentro de lo esperable y con eso nos conformamos”*. Esta mejoría se vincula con el concepto de funcionalidad descrita por Campos (2002). Por su parte, la terapeuta ocupacional también asegura que las intervenciones tuvieron resultados muy satisfactorios, y cuenta que el trabajo social de mantener las relaciones sociales con el grupo la ha beneficiado. Estas intervenciones hacen referencia a la importancia del tratamiento con un enfoque integral, señalado por Ramos Cordero y Yubero (2018).

Por otro lado, las médicas mencionan que en algún momento se trató de retirar la medicación antipsicótica de base, sin embargo, la Sra. M había dejado de comer y se manifestó apática. Debido a esto, solamente se ha reducido parte de la dosis de la medicación, siendo que la dosis actual es la mínima y necesaria para que la paciente pueda alimentarse. La presente intervención se vincula con la eficacia de la intervención farmacológica en el manejo de la funcionalidad del paciente postulada por Francés et al. (2003).

La terapeuta ocupacional expresa que la paciente ha ingresado a la institución conservando su capacidad de traslado, marcha, y arreglo personal, manteniendo las mismas hasta la actualidad. En relación a la actividad del vestido y el lavado de dientes, se relata que la Sra. M posee la capacidad de realizarlas junto con adaptaciones y guías, acordes a su patología. Por otro lado, la profesional agrega que *“en la actividad del baño, ella era sumamente dependiente y se bañaba en silla. Esto fue avanzando hasta poder bañarse sola, pero con guía y estructura al alcance de los elementos de baño”*. La profesional describe que la asistente prepara los elementos necesarios para dicha actividad, facilitando el alcance de los elementos juntor con guías verbales como *“te tenés que enjabonar”* o *“te tenés que pasar el shampoo”*. Las presentes adaptaciones hacen referencia a las variaciones en la actividad o en el ambiente, y los estímulos tanto verbal, visual o físico utilizados, propuestos por Gajardo y Aravena (2016) y Ramos Cordero y Yubero (2016). La especialista concluye: *“desde el ingreso a la residencia, la Sra. M recuperó función, siempre supervisada por un tema de seguridad, con asistencia verbal, organización de los pasos de la actividad y del alcance de los objetos que la misma requiere”*. En términos de Gajardo y Aravena

(2016) y Miller y Butin (2000), la TO se propone promover el bienestar y la calidad de vida de las personas, manteniendo o promocionando su funcionalidad.

Se ha observado que los residentes del grupo uno de la institución comienzan sus actividades con la lectura de diarios, la cual es coordinada por un profesional del equipo interdisciplinario. La actividad arranca con consignas vinculadas con el tiempo -fecha, mes y año-, el espacio -calles, barrio, país-, la estación del año y fechas culturalmente significativas -cumpleaños, días festivos, entre otros-. En varias ocasiones, el profesional a cargo de dicha actividad se ha dirigido a la Sra. M para solicitar la lectura de fechas, títulos o simples oraciones, con la finalidad de leer el diario mientras los demás escuchan. De acuerdo con Peña (2010) este enfoque se denomina terapia de orientación a la realidad, el cual disminuye la desorientación, confusión y desconexión con el entorno.

En palabras del neuropsicólogo se relata: *“el taller de EC posee un perfil lúdico-recreativo, porque el primer paso es que el residente esté motivado a participar en los mismos, y apunta a la estimulación de diferentes funciones cognitivas, con el objetivo de enlentecer el desarrollo del deterioro cognitivo. En el grupo de pacientes más leves de la institución se trabaja la orientación temporal y espacial, la atención, la memoria semántica, el reconocimiento por vía visual y auditiva, la producción y la comprensión del lenguaje y la visopercepción. De forma mucho más acotada, se trabaja la memoria episódica reciente y tareas con carga ejecutiva”*. Esto hace referencia al fin lúdico y al desarrollo socio-emocional del adulto mayor, postulado por Carrascal y Solera (2014); además, se alude a las diferentes actividades que estimulan las capacidades cognitivas descritas por Tortajada y Villalba (2014). Por otro lado, se considera que el profesional es quien diseña y desarrolla los ejercicios a realizar en el taller. Se piensan y se adaptan para el grupo en particular. Durante la actividad, se ofrecen las consignas a los participantes, variando los apoyos y la misma tarea en función de las capacidades de cada uno. A su vez, el neuropsicólogo se encuentra atento a las necesidades que puedan surgir en un paciente o a la emergencia de síntomas conductuales. Tal como lo señalan Tortajada y Villalba (2014), esta terapia requiere de un diseño y supervisión de profesionales especializados en el área de neuropsicología.

En adición, el neuropsicólogo refiere que la Sra. M posee un buen rendimiento en los talleres de EC, a pesar de que la misma requiere de cierto apoyo para comprender o sostener las consignas. Asimismo, se ha observado que el especialista aborda las actividades considerando las características de cada paciente, de tal forma que frecuentemente trabaja con un enfoque

personalizado. Este punto se vincula con el tipo de abordaje no farmacológico, descrito por Pino y Escárcega (2016). En conclusión, el especialista menciona que se han observado cambios positivos en la disminución de los síntomas conductuales, al presentar menos apatía, y en la capacidad de sostener la atención durante toda la actividad. Tal como lo señalan Francés et al. (2003), la EC contribuye a la mejora global de la conducta.

En la entrevista con la musicoterapeuta, se reporta que la musicoterapia brinda sesiones individuales o grupales que apuntan a estimular las funciones cognitivas y buscan conectar a los participantes con su identidad e historia, de modo que todos los elementos son seleccionados según la historia sonora musical del grupo. Asimismo, se relata: *“las personas con demencia continúan respondiendo a la música incluso en etapas avanzadas de la demencia”*. Según la AMTA (2005), este abordaje se vincula con las adaptaciones a las preferencias, circunstancias y necesidades de cada persona. Además, coincide con lo afirmado por Gómez-Romero et al. (2017) al referir que la musicoterapia abarca todos los estadios de la demencia gracias a sus características no verbales. La profesional menciona que la Sra. M participa activamente dentro de las sesiones tanto desde el eje instrumental como vocal, y, en ocasiones, se requiere convocarla con el fin de sostener su atención, junto con otras funciones cognitivas como la memoria y las funciones ejecutivas. De acuerdo con Raglio et al. (2014), se podría relacionar esta modalidad de trabajo con las técnicas activas de la musicoterapia.

La musicoterapeuta asegura que se observa un incremento en la capacidad atencional y en la fluidez del lenguaje, siendo que esto se ha logrado a través de la evocación de letras de canciones expresadas por frases más largas. Asimismo, también se observaron cambios positivos en el estado del ánimo del paciente. Los presentes cambios hacen referencia a lo descrito por Solé Resano et al. (2015) sobre el gradual aumento en los dominios cognitivos.

A modo de cierre, en el presente apartado se desarrollaron las intervenciones realizadas por los profesionales del equipo interdisciplinario, que tuvieron como finalidad la mejoría y la mantención de la funcionalidad de la Sra. M. Se trabajaron desde el contexto organizacional y estructural de la institución, del área clínica médica, del equipo de nutrición, así como de las actividades de TO, EC, y musicoterapia. No obstante, cabe destacar que todas las intervenciones se realizan a través del trabajo de todo el equipo profesional de la institución.

### **5.3. Cambios en el curso esperable de la enfermedad en los primeros dos años desde la internación**

En esta sección se apunta a responder al tercer objetivo que trata en describir si hubo cambios con respecto al curso esperable de la DFT en los primeros dos años desde la internación de la Sra. M en el instituto geriátrico. Para el mismo se analizará si hubo diferencias entre los informes de las evaluaciones neuropsicológicas y, por otro lado, entre los informes de desempeño en las AVD.

Con el fin de contrastar el rendimiento de los informes neuropsicológicos de la Sra. M, se han analizado las evaluaciones cognitivas ACE-III (Hsieh et al., 2013) e IFS (Torralva et al., 2009) correspondientes a los años 2013 y 2014. En la prueba de *screening* ACE-III del año 2013 se obtuvo un puntaje de 44/100, mientras que al año siguiente se alcanzó un puntaje de 47/100. En la prueba de *screening* IFS se registró un puntaje de 10/30 y, al próximo año, 9/30. En términos de Valverde (2000) y Victoria y Rodríguez (2016), la neuropsicología permite conocer la magnitud de las alteraciones cognitivas, y se considera obligatorio el seguimiento del progreso a través de reevaluaciones. En comparación con la evaluación neuropsicológica del 2013, se observa una leve mejoría en la prueba ACE-III aunque los valores continúan siendo deficitarios. Es posible afirmar que este aumento se debe a un óptimo rendimiento en respuestas particulares de los dominios cognitivos de memoria y funciones visuoespaciales. En esta evaluación, se verifica que la paciente ha logrado retener suficiente información adicional de una lista de 15 palabras, presentando una curva de aprendizaje ascendente y productiva a través de los diferentes ensayos. Asimismo, en la prueba de las funciones visuoespaciales la paciente ha podido realizar una adecuada copia de los diagramas del infinito y el dibujo de un reloj, trazando apropiadamente la esfera, los números y las agujas del reloj. En conclusión, se observa estabilidad general en los dominios cognitivos memoria, lenguaje y funciones visuoespaciales, aunque aún con valores deficitarios. Con respecto a los demás dominios cognitivos, se registra una disminución de la amplitud atencional, un mayor enlentecimiento en la velocidad de procesamiento y una desmejora en la memoria de trabajo. En cuanto a la prueba de *screening* específicamente ejecutivo, la Sra. M no presenta cambios significativos con respecto a la evaluación del año 2013. Sin embargo, se evidencia una tendencia leve a la desmejora.

En términos de Ibarrola et al. (2016) y Portellano (2005), la DFT se define como un síndrome heterogéneo que se ubica dentro de las demencias degenerativas y progresivas, que causa

una discapacidad total en las múltiples esferas del sujeto. Asimismo, los autores Brodaty et al. (2012) y Onyike (2011) señalan que la enfermedad causa una reducción dramática en la esperanza de vida del paciente, que varía entre los 3 a 14 años de vida. Haciendo referencia a los aportes de Ramos Cordero y Yubero (2016), se podría afirmar que el abordaje no farmacológico ha tenido un beneficio en las funciones cognitivas de la Sra. M, a través de la estimulación y mantención de sus capacidades; sumado a la aplicación de diversas técnicas como la EC, terapia de orientación a la realidad o musicoterapia, a través de un equipo multidisciplinario de diversos profesionales especialistas en demencia (Francés et al., 2003; Pino y Escárcega, 2016). Por consiguiente, el neuropsicólogo de la institución relata que la Sra. M continúa en el grupo más leve de la institución hasta la presente fecha, y refiere: *“la residente tiene un buen nivel cultural, lo que posibilita usar referencias geográficas, históricas, literarias y científicas. En general, no presenta alteraciones severas en la comprensión o la producción del lenguaje, síntomas conductuales, y tampoco dificultades sensoriales que limiten el trabajo diario”*.

Tal como lo señala Francés et al. (2003) y Pino y Escárcega (2016), la falta de un tratamiento que retarde o detenga el avance de la enfermedad pone de manifiesto la necesidad de una intervención multidimensional que constantemente busque ajustar las metas terapéuticas del paciente de acuerdo al estadio de la enfermedad. En términos de Victoria y Rodríguez (2016), esta última se verifica a través de reiteradas evaluaciones neuropsicológicas que permiten identificar el estado de la patología y la velocidad en que progresa. Asimismo, en la entrevista con la psicóloga se menciona: *Con el paso de los años el deterioro de la Sra. M fue aumentando. Más allá de lo cognitivo, ella sigue conservando en forma casi intacta el manejo de lo social y la integración con sus pares. Además, tiene una gran conservación de su independencia, del nivel funcional, y una excelente calidad de vida”*.

Con el objetivo de analizar el nivel funcional de la Sra. M, se han observado los informes de la EIAD (Roumec et al., 2014) correspondientes a los años 2013 y 2014. En la evaluación del año 2013, se reporta un puntaje de 58/60, y se informa un nivel de independencia con indicaciones. Asimismo, en la evaluación del siguiente año se presenta un puntaje de 57/60 y se concluye con el mismo nivel de independencia en relación a la anterior. Se observa una estabilidad general en el desempeño de las AVD de la paciente sin reportarse mayores cambios entre ambas pruebas, de modo que la terapeuta ocupacional afirma desestimar las leves diferencias encontradas en los puntajes. Las AVD evaluadas en el EIAD son: el traslado y la movilidad dentro de la institución,

la continencia urinaria y fecal, el uso del inodoro y papel higiénico, el poder comer con los utensilios, el bañarse y secarse, el aseo personal, y la selección de prendas para vestirse. En adición, las presentes actividades se desarrollan junto con las medidas de seguridad de la institución, supervisión y asistencia -verbal y física- de los asistentes del piso.

De acuerdo con Ramos Cordero y Yubero (2016), los pacientes con deterioro cognitivo comienzan a encontrar dificultades en la funcionalidad de las AVD, que comienzan en las actividades avanzadas hasta llegar a obstaculizar las actividades básicas de la vida diaria. En la entrevista con la terapeuta ocupacional se relata *“la TO trata de fomentar la independencia y la autonomía en todas las actividades que la persona con demencia pueda realizar, y retrasar el avance del deterioro al poder realizar estas actividades, y que se lleve una vida normal”*. Esto hace referencia al trabajo con las AVD con el objetivo de promover el bienestar y la calidad de vida (Gajardo y Aravena, 2016; Miller y Butin, 2000; Ramos Cordero y Yubero, 2000). Asimismo, la especialista agrega que la Sra. M ha recuperado funcionalidad en los primeros dos años desde la internación, al registrarse mejorías en las actividades de alimentación, baño, lavado de dientes y vestido; según los términos de Campos (2002), se define la funcionalidad como la capacidad de realizar diversas actividades.

Para concluir, se han comparado los informes de las evaluaciones neuropsicológicas del ACE-III e IFS y, por otro lado, las pruebas de desempeño de las AVD de la EIAD, ambas de los años 2013 y 2014. No se han identificado diferencias significativas en el rendimiento de ambas pruebas, y se ha observado un desempeño estable que hace referencia a un buen funcionamiento cognitivo, autonomía en las AVD, y una buena calidad de vida de la paciente. Cabe destacar que se encontraron diferencias entre el pronóstico del curso esperable de la enfermedad de la DFT y los resultados de los informes presentados.

## **6. Conclusiones**

El presente trabajo se ha desarrollado con la finalidad de describir el curso evolutivo del perfil neuropsicológico de una paciente con DFT, en el período de los primeros dos años desde la internación en una institución especializada en demencias. Para ello, se describieron las capacidades cognitivas y funcionales de la residente que se encuentran preservadas y las que presentan alteraciones, como también, las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario de la institución con el propósito de estimular y mantener dichas funciones. Finalmente, se

procedió en realizar una comparación entre el curso evolutivo esperable de la DFT con los resultados de los informes neuropsicológicos y de terapia ocupacional de la paciente. Se considera que los objetivos han sido cumplidos adecuadamente.

De acuerdo con el primer objetivo específico, se ha descrito el perfil neuropsicológico inicial (Victoria y Rodríguez, 2016) de la Sra. M, junto con las funciones cognitivas y comportamentales que se mantienen y las que presentan declives. El perfil cognitivo de la paciente se caracteriza por una relativa y leve afección en la memoria procedural, comprensión y producción del lenguaje, y praxias (Custodio et al., 2012). Asimismo, corresponde a un deterioro cognitivo de grado moderado con afección en múltiples dominios cognitivos de atención, memoria, funciones ejecutivas y praxias constructivas. Estas alteraciones coinciden con la característica de heterogeneidad de la DFT (Portellano, 2005).

En el segundo objetivo se describieron las intervenciones -farmacológicas y no farmacológicas- realizadas por los profesionales de la institución, con el objetivo de estimular y mantener las funciones cognitivas (Portellano, 2005) junto con la funcionalidad (Campos, 2002) de la paciente con DFT. Para ello, se detallan las características estructurales y organizacionales a nivel institucional, el trabajo con la familia, los ajustes en la alimentación y la medicación, así como las actividades de EC, terapia de orientación a la realidad, TO, y musicoterapia. Las presentes intervenciones se encontraron adaptadas a las necesidades de la Sra. M, y se han logrado mejorías a nivel cognitivo y funcional.

Con respecto al tercer y último objetivo, se han descrito los cambios esperables del curso evolutivo de la DFT y se ha contrastado con los resultados de los informes de evaluaciones neuropsicológicas y de terapia ocupacional, correspondientes a los años 2013 y 2014. En el perfil cognitivo se pudo observar estabilidad en los dominios cognitivos memoria, lenguaje, funciones visuoespaciales, y funciones ejecutivas, aunque con valores deficitarios. Por otro lado, se registra disminución en la atención, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo. Asimismo, se observa estabilidad general en el desempeño de las AVD con el mismo nivel de independencia con indicaciones. En suma, no se contemplaron cambios significativos en el curso de la enfermedad entre los años 2013 y 2014.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden mencionar algunas cuestiones. En primer lugar, se encontraron limitaciones en la participación general de las actividades que dicta la institución especializada en demencias. A pesar de que las mismas se realizaron de forma diaria,

solamente se ha podido asistir a aquellas que tuvieron lugar en el horario del programa de la práctica profesional. Esto es necesario mencionar, de modo que había otras intervenciones que resultan enriquecedoras en el trabajo con el paciente.

En relación con el material bibliográfico no se hallaron mayores limitaciones teóricas, aunque hubo obstáculos en el acceso al material físico que no se encuentra en forma digital. Esto se debe al aislamiento social preventivo y obligatorio que surgió en el contexto de una pandemia mundial por el COVID-19. Asimismo, se tuvo acceso a la historia clínica, las evaluaciones cognitivas y de TO, las reuniones semanales de equipo, las entrevistas realizadas a los profesionales, y como también, las observaciones que se hicieron en la institución.

Desde una perspectiva crítica y personal, se pudo observar que el equipo interdisciplinario había solicitado mayores insumos de seguridad, como calzados adecuados y cintas antideslizantes para la prevención de caídas de pacientes con dificultades motoras. Sin embargo, estas medidas no se implementaron a la brevedad por las autoridades. De acuerdo con lo propuesto por Rodrigues (2018) sobre las alteraciones del sistema locomotor que se manifiestan con el avance del envejecimiento, se considera que puede ser viable realizar modificaciones en el nivel de prioridades que manejan las autoridades de la residencia, de modo que el equipo interdisciplinario se encuentra compuesto por profesionales especializados en el manejo de pacientes con demencia, y los mismos analicen las diferentes necesidades que puedan llegar a tener (Pino y Escárcega, 2016).

Por otro lado, se contemplaron discrepancias en el modo de trabajo con los pacientes que presentaban síntomas conductuales severos correspondientes al trastorno demencial. Se observó que, en varias ocasiones, estos residentes no participaban en las actividades grupales puesto que dificultaban el curso de la misma. Además, se evidenció la falta de asistentes para la atención y el cuidado apropiado de los mismos, de modo que, por algunos momentos, el profesional debió interrumpir su actividad para asistirlos. En este sentido, una sugerencia podría ser la ampliación de personal calificado para la optimización en la atención e intervención de pacientes con estas características, como también promover su participación en diversas actividades, con la meta de mejorar el nivel funcional y la calidad de vida (Pérez Romero y González Garrido, 2018).

Desde lo personal, cabe destacar que la práctica profesional realizada en la institución dejó muchos aprendizajes. La misma permitió comprender la magnitud de las afecciones de las demencias, la importancia del abordaje interdisciplinario que requiere la patología, así como la

repercusión de estas en la calidad de vida del paciente. Se observó que la institución ofrece un programa con diversas actividades que resultan enriquecedoras según las necesidades y déficits de cada residente; siguiendo este lineamiento, también es posible reflexionar en la importancia de aquellas actividades significativas para el paciente de acuerdo con sus valores, intereses, rutinas pasadas y deseos. Según el estudio realizado por Harmer y Orrell (2008), se destacan algunas actividades como las familiares y sociales -el contacto con familiares y amigos-, como también las individuales -ir a pasear, pasatiempos, cocina-. Resulta primordial la puesta de atención en estas actividades significativas, permitir una mirada más humana de acuerdo con las necesidades reales de la persona y, al mismo tiempo, priorizar las decisiones personales en la vida cotidiana.

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, a criterio personal, se propone realizar mayores investigaciones para mejorar los procesos diagnósticos y terapéuticos de la población con demencia, dado que aún no existe un tratamiento que retarde o detenga el proceso degenerativo de la patología (Francés et al., 2003). Tal como lo señalan Mascayano et al. (2015) y la OMS (2019), se considera evidente el vínculo del envejecimiento poblacional con la predominancia de los trastornos neurodegenerativos, de modo que se estima un aumento exponencial de personas con demencia para las futuras décadas.

Asimismo, se sugiere avanzar en investigaciones que puedan determinar la incidencia genética en los pacientes con DFT, de modo que pueda dar cuenta del riesgo que pueden sufrir las familias ante la cadena patogénica a la siguiente generación. Ante la certeza de su heredabilidad, es posible efectuar una adecuada asesoría genética que permita esclarecer las dudas de las familias (De Luque y Zarante, 2008). De acuerdo con Lillo y Leyton (2016) se señala que, a pesar de los avances logrados en relación con la genética, la correlación entre los diferentes genes y la patología no es exacta.

## 7. Referencias bibliográficas

- Abrahan, V. D., Bossio, M., y Justel, N. (2019). Hacia un envejecimiento saludable: Una revisión sistemática sobre la música y el ejercicio físico como factores moduladores. *Actualidades en psicología*, 33(127), 113-141. doi: 10.15517/ap.v33i127.34975
- Allegrí, R. F., y Bagnatti, P. (2017). Historia de la neuropsicología a las neurociencias cognitivas en Argentina (1883-2003). *Revista Vertex*, 28(1), 468-478. Recuperado de: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/83321/CONICET\\_Digital\\_Nro.b08db2fc-f65a-42b1-9d94-bef89461c042\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/83321/CONICET_Digital_Nro.b08db2fc-f65a-42b1-9d94-bef89461c042_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Allegrí, R., Roqué, M., Bartoloni, L., y Rubin, R. K. (2015). *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación profesional para el equipo socio-sanitario. 1st ed.* Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social
- American Music Therapy Association. (2005). Definition and quotes about music therapy. Recuperado de: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). What is occupational therapy?. Recuperado de: <https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Barba, N. O. (2018). Evaluación y atención neuropsicológica en personas con demencia. En Gutiérrez Herrera, R. F., *El Alzheimer en Iberoamérica* (pp. 127-145). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Brodsky, H., Seeher, K., y Gibson, L. (2012). Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1034-1045. doi: 10.1017/S1041610211002924
- Bruno, D., Slachevsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D. S., Bruno, G., Tagle, A. R., ... y Torralva, T. (2017). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*. 1-7. doi: 10.1016/j.nrl.2017.06.004
- Cabeza, R., Nyberg, L., y Park, D. C. (2016). *Cognitive neuroscience of aging: Linking cognitive and cerebral aging*. New York: Oxford University Press.

- Campos, F. R. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, (16), 83-104. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>
- Cancino, M., y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189. doi: 10.4067/S0718-48082016000300002
- Carrascal, S., y Solera, E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, individuo y sociedad*, 26(1), 9-19. doi: 10.5209/rev\_ARIS.2014.v26.n1.40100
- Chow, T. W., Binns, M. A., Cummings, J. L., Lam, I., Black, S. E., Miller, B. L., ... y Van Reekum, R. (2009). Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. *Archives of neurology*, 66(7), 888-893. doi: 10.1001/archneurol.2009.92
- Clair, A. A., y Bernstein, B. (1990). A comparison of singing, vibrotactile and nonvibrotactile instrumental playing responses in severely regressed persons with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of music therapy*, 27(3), 119-125. doi: 10.1093/jmt/27.3.119
- Custodio, N., Cortijo, P., Castro, S., Herrera-Perez, E., Linares, J., Lira, D., ... y Montesinos, R. (2012). Análisis comparativo de las características neuropsicológicas de pacientes con demencia fronto-temporal, variante conductual y enfermedad de Alzheimer. *Revista de neuro-psiquiatría*, 75(4), 120-128. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036942003.pdf>
- De la Barrera, M. L., y Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento psicológico*, 5(12), 45-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899004>
- De León, J. M. R. S. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 32(2), 57-66. doi: 10.1016/j.rlfa.2012.02.002
- Delgado, F. R., Rubio, R. D., Barahona-Hernando, R., y Gómez, O. R. (2015). Demencias. *Medicine - Programa de formación médica continuada acreditado*, 11(72), 4297-4305. doi: 10.1016/j.med.2015.01.001

- De Luque, J. L. G., y Zarante, I. (2008). Genética de la demencia frontotemporal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 95-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80637108.pdf>
- Díaz, F., y Pereiro, A. X. (2018). Neurociencia cognitiva del envejecimiento. Aportaciones y retos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 53(2), 100-104. doi: 10.1016/j.regg.2017.07.002
- Englund, B., Brun, A., Gustafson, L., Passant, U., Mann, D., Neary, D., y Snowden, J. S. (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 57(4), 416-418. doi: 10.1136/jnnp.57.4.416
- Eslinger, P. J., Moore, P., Antani, S., Anderson, C., y Grossman, M. (2012). Apathy in frontotemporal dementia: behavioral and neuroimaging correlates. *Behavioural neurology*, 25(2), 127-136. doi: 10.3233/BEN-2011-0351
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., y Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognitiva en las demencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 26(3), 383-403. doi: 10.4321/S1137-66272003000500007
- Gajardo, J. J., y Aravena C, J. M. (2016). ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(3), 239-249. doi:10.4067/s0717-92272016000300008
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., ... y Cummings, J. L. (2006). Mild cognitive impairment. *The lancet*, 367(9518), 1262-1270. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68542-5.
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., y González López-Arza, M. V. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32(4), 253-263. doi:10.1016/j.nrl.2014.11.001
- González, F., Buonanotte, F. y Cáceres, M. (2015) Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Revista de neurología argentina*, 7(1), 51-58. doi: 10.1016/j.neuarg.2014.08.004
- Grandi, F., y Ustárroz, J. T. (2017). Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. *Revista Española de geriatría y gerontología*, 52(6), 326-331. doi: 10.1016/j.regg.2017.02.005

- Guix, J. M., Lleó, A., y Villar, A. (2002). El anciano con demencia. *Med integral*, 40(10), 467-475. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/b6b4/4b2ecc0d92e78646b83cc2e1a30edb617abd.pdf>
- Harmer, B. J., y Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and mental health*, 12(5), 548-558. doi: 10.1080/13607860802343019
- Hernández, L., Montañés, P., Gámez, A., Cano, C., y Castellar, E. N. (2007). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría*, 21(1), 992-1004. Recuperado de: [http://acgg.org.co/pdf/pdf\\_revista\\_07/21-1.pdf#page=24](http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-1.pdf#page=24)
- Hodgson, R., Kennedy, B. K., Masliah, E., Scaer-Levie, K., Tate, B., Venkateswaran, A., y Braithwaite, S. P. (2019). Aging: Therapeutics for a healthy future. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 108, 453-458. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.11.021
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., y Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 242-250. doi: 10.1159/000351671
- Ibarrola, M. L., Contreras, R. M. S., y Ortiz, A. L. S. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Archivos de neurociencias*, 21, 7-25. Recuperado de: <https://cerebroymemoria.com/wp-content/uploads/2019/12/supl17-Dr.-Luna.pdf#page=20>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). (2012). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Recuperado de: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)
- Junqué, C., y Jurado, M. A. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez roca.
- Lancho, M. C. P., y Bercianos, S. G. (2018). Demencia frontotemporal: fronteras diagnósticas. *Revista INFAD de psicología. International journal of developmental and educational psychology*, 4(1), 67-76. doi: 10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1267

- Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Masterman, D., Miller, B. L., Craig, A. H., ... y Litvan, I. (1998). Apathy is not depression. *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 10(3), 314–319. doi:10.1176/jnp.10.3.314
- Lillo Z, P., y Leyton M, C. (2016). Demencia frontotemporal, cómo ha resurgido su diagnóstico. *Revista médica clínica las condes*, 27(3), 309–318. doi: 10.1016/j.rmclc.2016.06.005
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... y Cooper, C. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The lancet*, 390(10113), 2673-2734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6
- Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., y Borella, E. (2018). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia: A review. *European psychologist*, 24(3), 257. doi: 10.1027/1016-9040/a000342
- Lodeiro-Fernández, L., Lorenzo-López, L., Maseda, A., Núñez-Naveira, L., Rodríguez-Villamil, J. L., y Millán-Calenti, J. C. (2015). The impact of hearing loss on language performance in older adults with different stages of cognitive function. *Clinical interventions in aging*, 10, 695-702. doi: 10.2147/CIA.S81260
- López-Álvarez, J., y Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14. Recuperado de: [https://www.viguera.com/sep/revista/0501/501\\_0003\\_0014.pdf](https://www.viguera.com/sep/revista/0501/501_0003_0014.pdf)
- Mascayano, F., Tapia, T., y Gajardo, J. (2015). Estigma hacia la demencia: una revisión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(3), 187-195. doi: 10.4067/S0717-92272015000300006
- Merrilees, J., Hubbard, E., Mastick, J., Miller, B. L., y Dowling, G. A. (2009). Rest-activity and behavioral disruption in a patient with frontotemporal dementia. *Neurocase*, 15(6), 515-526. doi: 10.1080/13554790903061371
- Mesulam, M. M. (2016). Primary progressive aphasia and the left hemisphere language network. *Dementia and neurocognitive disorders*, 15(4), 93-102. doi: 10.12779/dnd.2016.15.4.93.

- Miller, P. A., y Butin, D. (2000). The role of occupational therapy in dementia C.O.P.E. (Caregiver Options for Practical Experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 86–89. doi:10.1002/(sici)1099-1166(200001)15:1<86::aid-gps124>3.0.co;2-8
- Miranda-Castillo, C., Mascayano, F., Roa, A., Maray, F. y Serraino, L. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445-455. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-2.ipec
- Montañez, P., y De Brigard, F. (2001). Neuropsicología clínica y cognoscitiva. Bogotá: Guadalupe.
- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. D., y Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: perspectiva comparada con España. *Revista latinoamericana de población*, 10(18), 135-154. doi: 10.31406/relap2016.v10.i1.n18.6
- Mora, A., y Sanguinetti, P. (1996). Diccionario de neurociencia. Madrid: Alianza.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., ... y Benson, D. F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51(6), 1546-1554. doi: 10.1212/wnl.51.6.1546
- Olney, N. T., Spina, S., y Miller, B. L. (2017). Frontotemporal dementia. *Neurologic clinics*, 35(2), 339-374. doi: 10.1016/j.ncl.2017.01.008
- Onyike, C. U. (2011). What is the life expectancy in frontotemporal lobar degeneration?. *Neuroepidemiology*, 37(3-4), 166. doi: 10.1159/000333347
- Onyike, C. U., y Diehl-Schmid, J. (2013). The epidemiology of frontotemporal dementia. *Int rev psychiatry*, 25(2), 130-137. doi: 10.3109/09540261.2013.776523
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Temas de salud, envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2019) *Demencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Peña, A. S. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid

- Pérez Romero, A., y González Garrido, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378–384. doi:10.1016/j.nrl.2016.02.024
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong learning in neurology*, 22(2 Dementia), 404-418. doi: 10.1212/CON.0000000000000313
- Petersen, R. C., y Morris, J. C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of neurology*, 62(7), 1160-1163. doi: 10.1001/archneur.62.7.1160
- Pino, M. B., y Escárcega, M. V. (2016). Abordaje no farmacológico de las demencias. *Archivos de neurociencias*, 21, 95-102. Recuperado de: <http://archivosdeneurociencias.com/sites/default/files/eventos/documentos/supl-17-colorw.pdf#page=108>
- Portellano Pérez, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGrawHill.
- Raglio, A., Filippi, S., Bellandi, D., y Stramba-Badiale, M. (2014). Global music approach to persons with dementia: evidence and practice. *Clinical interventions in aging*, 9, 1669 - 1676. doi: 10.2147/CIA.S71388
- Ramos Cordero, P., y Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51, 12-21. doi:10.1016/s0211-139x(16)30138-x
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., ... y Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477. doi: 10.1093/brain/awr179
- Rodrigues, C. Y. D. S. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. Ciudad de México: Manual moderno.
- Rodríguez-Leyva, I., Oliva-Barrios, J. E., Cueli-Barcena, S., Carrizales-Rodríguez, J., Chi-Ahumada, E., y Jiménez-Capdeville, M. E. (2018). Demencia frontotemporal: revisión y nuestro punto de vista. *Revista mexicana de neurociencia*, 19(6), 20-31. doi: 10.24875/RMN.M18000011
- Rojas, P. A. R., y Robledo, L. M. G (2018). Conocimiento actual sobre enfermedad de Alzheimer en la Latinoamérica y México: Algunos desafíos. En Gutiérrez Herrera, R. F,

*El Alzheimer en Iberoamérica* (pp. 83-106). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, *14*(1), 27-43.
- Roumec, B., Gismondi, M., Gomez, A. M., y Sousa, L. (2014). Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria: validación y correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Neurología Argentina*, *6*(3), 137-141. doi: 10.1016/j.neuarg.2014.04.002
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the international neuropsychological society*, *16*(5), 754-760. doi: 10.1017/S1355617710000706
- Sánchez, J. R. P., Fages, B. de la C., Chicote, A. C., y Pérez, F. G. (2015). Demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y otras demencias. *Medicine - Programa de formación médica continuada acreditado*, *11*(72), 4323-4333. doi: 10.1016/j.med.2015.01.004
- Sarasola, D., De Luján-Calcano, M., Sabe, L., Crivelli, L., Torralba, T., Roca, M., ... y Manes, F. (2005). El Addenbrooke's Cognitive Examination en español para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal. *Revista de Neurología*, *41*(12), 717-721. doi: 10.33588/rn.4112.2004625
- Schaber, P., y Lieberman, D. (2010). *Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Sequera-Martín, M., Miranda-Pereda, C., Masegú-Serra, C., Pablos-Hernández, C., y González-Ramírez, A. (2015). Musicoterapia en la demencia del paciente anciano: fundamentos, aplicaciones y evidencia científica actual. *Psicogeriatría*, *5*(3), 93-100. Recuperado de: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503\\_0093\\_0100.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0093_0100.pdf)
- Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., y Edvardsson, D. (2013). Personcentredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*, *69*(10), 2196-2205. doi:10.1111/jan.12085; 10.1111/jan.12085
- Snowden, J. S., Neary, D., y Mann, D. M. A. (2002). Frontotemporal dementia. *British journal of psychiatry*, *180*, 140-143. doi: 10.1192/bjp.180.2.140

- Solé Resano, C., Mercadal-Brotons, M., Castro, M. D., y Asensio, F. M. (2015). Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. *International journal of developmental and educational psychology (INFAD) Revista de psicología*, 2(1), 25-34. doi: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.59
- Spector, A., Orrell, M., y Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1253-1258. doi:10.1002/gps.2464
- Steketee, R. M. E. E., Bron, E. E., Meijboom, R., Houston, G. C., Klein, S., Mutsaerts, H. J. M. M. M. M., ...y Smits, M. (2016). Early-stage differentiation between presenile Alzheimer's disease and frontotemporal dementia using arterial spin labeling MRI. *European radiology*, 26(1), 244-253. doi: 10.1007/s00330-015-3789-x
- Svansdottir, H. B., y Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimers type: a case-control study. *International psychogeriatrics*, 18(4), 613-621. doi: 10.1017/S1041610206003206
- Today's Geriatric Medicine. (2015). Music and art in memory care. Recuperado de <https://www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/0115p10.shtml>
- Torrvalva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., y Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—corrected version. *Journal of the international neuropsychological society*, 15(5), 777-786. doi:10.1017/S1355617709990415
- Tortajada, R. E., y Villalba, S. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (6), 73-94. Recuperado de: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/344/Therapeia%206-5.pdf?sequence=1>
- Valverde, S. R. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(2), 193-199. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629206>
- Victoria, A. R. D., y Rodríguez, M. Á. V. (2016). Parámetros para la evaluación neuropsicológica en las demencias. *Archivos de neurociencias*, 21, 39-44. Recuperado

de: <http://archivosdeneurociencias.com/sites/default/files/eventos/documentos/supl-17-colorw.pdf#page=52>

Vilatela, M. E. A., y Gómez, P. Y. (2016). Genética de las demencias. *Archivo de neurociencias*, 21, 65-71. Recuperado de: <http://archivosdeneurociencias.com/sites/default/files/eventos/documentos/supl-17-colorw.pdf#page=78>

Von Bernhardt, R. (2018). El desafío de envejecer: Una mirada desde la neurociencia. *Ars medica revista de ciencias médicas*, 43(3), 3-5. doi: 10.11565/arsmed.v44i1.1567

Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., y Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging ment health*, 10, 219-226. doi: 10.1080/13607860500431652

Woollacott, I. O., y Rohrer, J. D. (2016). The clinical spectrum of sporadic and familial forms of frontotemporal dementia. *Journal of neurochemistry*, 138(S1), 6-31. doi: 10.1111/jnc.13654

World Federation of Music Therapy. (2011). About world federation of music therapy 2020. Recuperado de: [http://www.wfmt.info/WFMT/About\\_WFMT.html](http://www.wfmt.info/WFMT/About_WFMT.html)

## **8. Anexos**

### **Entrevista a la coordinadora cognitivo-funcional**

*¿Cuál es el rol del coordinador del área cognitivo funcional?*

El rol del coordinador del área cognitivo funcional tiene que ver principalmente con la organización de las actividades de los residentes, como la estimulación, la organización de horarios y lugares, coordinar los profesionales que dictan dichas actividades en forma diaria, la elección y contratación de los profesionales, y las cuestiones administrativas en relación a horarios y honorarios. También la comunicación con las familias a través de reuniones o de manera más informal, cuestiones que surjan con los pacientes, organización de salidas con los residentes en forma grupal con personal de residencia, ayudar a las familias cuando quieren hacer salidas con sus familiares, diagramar horarios de visitas, o coordinar alumnos que hacen pasantías. Incluye la organización general de actividades de investigación, organización de reuniones mensuales de familiares – desde la forma de talleres, reuniones psicoeducativas y shows musicales que también asisten las familias-, y otras cuestiones como un paciente en crisis con alguna necesidad específica. Organización y coordinación del equipo de terapia ocupacional y el manejo de los profesionales en relación a las actividades de la vida diaria de los pacientes.

*¿Cómo es el abordaje en las actividades para la demencia?*

Los pacientes están divididos en tres grupos según el nivel del deterioro cognitivo. Todos cumplen aproximadamente con la misma cantidad de horas y tipos de actividad, están adaptadas a la necesidad de cada grupo junto con las limitaciones y capacidades que presentan. Tienen actividades de lunes a sábados por la mañana y por la tarde en sesiones de 40 minutos.

*¿Cómo describiría el desempeño de la Sra. M en las actividades?*

Ella es una paciente que continua en el grupo uno, el de menor nivel de deterioro. Con el paso de los años el deterioro de la Sra. M fue aumentando. Mas allá de lo cognitivo, sigue conservando en forma casi intacta el manejo de lo social y la integración con sus pares. Tiene una gran conservación de su independencia y de su nivel funcional, ya sea en el baño, donde recibe solamente asistencia verbal y se puede bañar sola. También conserva la alimentación con algunos cambios, estos tienen que ver con cierta negatividad en la ingesta y a querer determinadas

consistencias o a determinadas comidas. No tiene que ver tanto con la funcionalidad específica del uso de cubiertos.

El desempeño en las actividades de la Sra. M es muy satisfactorio. Si bien específicamente en lo cognitivo, el aumento del deterioro en los últimos dos-tres años fue evidente. Ella sigue siendo muy participativa, sigue manteniendo interés en las actividades con una actitud positiva y buen ánimo, y eso hace que tenga una excelente calidad de vida.

*¿Observa aspectos positivos y/o dificultades en la residente?*

-Aspectos positivos: El estado del ánimo, la conservación de la interacción social, la reactividad del entorno y el interés por las personas a su alrededor.

-Dificultades: Aumento del deterioro cognitivo, pero con conservación en gran parte de su nivel funcional.

*¿Considera que hubo cambios en su funcionalidad en los primeros dos años desde su ingreso a la residencia? En caso de ser así, por favor especifique.*

En los primeros años, la Sra. M tuvo una mejora funcional importante.

-Alimentación: Ella llega a la residencia comiendo solamente comidas procesadas por los cuidadores en su casa. A través de la presentación de alimentos que le resultaran familiares y atractivos, y que le dieran ganas de comer, se pudo lograr que la paciente coma comida normal. Ella mejoró mucho con la alimentación, en donde paso de comer comidas procesadas (no por necesidad deglutoria, sino por la negativa de la paciente de comer alimentos sólidos) a comer normalmente con comida en su consistencia normal.

-Baño: En los primeros años se vio que no tenía ninguna necesidad de ser asistida en forma completa para el baño. Entonces hubo una mejora funcional en el primer tiempo.

### **Entrevista al neuropsicólogo**

*¿Cómo es el abordaje del taller de estimulación cognitiva en las demencias de la residencia?*

Son talleres de estimulación cognitiva grupal, con un perfil lúdico-recreativo, porque el primer paso es que el residente esté motivado a participar de los mismos. En el caso de pacientes con demencias, es un taller que apunta a la estimulación de diferentes funciones cognitivas, con el

objetivo de enlentecer el desarrollo del deterioro cognitivo, pero sin la pretensión de volver a estadios predemenciales de funcionamiento.

*¿Cuál es el rol del profesional neuropsicólogo?*

Por un lado, el neuropsicólogo es el que diseña y desarrolla las actividades a realizar en el taller, pensadas y adaptadas para ese grupo en particular. Durante el taller, ofrece las consignas a los participantes, variando los apoyos y la misma tarea en función de las capacidades de cada uno. Por ejemplo, algunos pacientes van a requerir que se repita la consigna cada vez al presentar nuevos estímulos mientras que otros pueden sostener la tarea por más tiempo. Algunos van a necesitar que se convoque su atención cada cierto tiempo mientras que otros pueden mantener el tono atencional a la largo de toda la tarea. A su vez, está atento a las necesidades que puede tener puntualmente un paciente o a la emergencia de síntomas conductuales.

*¿Qué funciones cognitivas se trabajan?*

Actualmente en el grupo de pacientes más leves de la institución se trabaja la orientación temporal y espacial, la atención, la memoria semántica, el reconocimiento por vía visual y auditiva, la producción y la comprensión del lenguaje y la visopercepción. De forma mucho más acotada, se trabaja la memoria episódica reciente y tareas con carga ejecutiva.

*¿Cómo describiría el desempeño de la residente en el taller de estimulación cognitiva?*

La residente tiene un buen desempeño en los talleres de estimulación. Actualmente necesita de cierto apoyo para comprender o sostener las consignas. Eventualmente presenta fluctuaciones atencionales importantes. Presenta buen nivel cultural y una excelente disposición para el trabajo diario.

*¿Observa aspectos positivos en la residente?*

La residente se encuentra en el grupo más leve dentro de la institución, lo que permite trabajar con materiales más complejos. Tienen a su vez buen nivel cultural, lo que posibilita usar referencias geográficas, históricas, literarias, científicas. En general, no presentan alteraciones severas en la comprensión o la producción del lenguaje, lo que facilita la transmisión de consignas y la

evocación de respuestas. Asimismo, casi no presenta síntomas conductuales ni dificultades sensoriales que dificulten o limiten el trabajo diario.

*¿Observa dificultades en la residente?*

Pese a ser parte del grupo más leve dentro de la institución, la residente muestra alteraciones en múltiples dominios cognitivos. Hay tareas que se presentan como muy desafiantes para ella, como tareas ejecutivas complejas o con mucha carga de memoria de trabajo, tareas de memoria episódica diferida, o tareas que requieran mucha abstracción. Puntualmente, las tareas que dependen del control inhibitorio son de las más afectadas en esta paciente.

*¿Considera que hubo cambios en su funcionalidad en los primeros dos años desde su ingreso a la residencia? En caso de ser así, por favor especifique.*

Los cambios positivos de la residente se vieron en un primer momento en la disminución de los síntomas conductuales, presentando menos apatía, y en la capacidad de sostener la atención durante todo el taller de estimulación.

*¿Considera que la residente podría tener otro diagnóstico además de DFT?*

La residente presenta algunos síntomas característicos de la demencia frontotemporal: trastornos de conducta (pe. distractibilidad, impersistencia, conducta perseverativa) y alteraciones en el lenguaje (pe. ecolalias, lenguaje estereotipado, perseveraciones). Está reportado un perfil apático, con marcada abulia, falta de espontaneidad y apatía, asociado a lesiones del cíngulo anterior o dorsolaterales. Si bien la heterogeneidad es característica de la demencia frontotemporal, algunos aspectos pueden poner en duda ese diagnóstico, como la edad de comienzo de los síntomas o la progresión de los mismos.

### **Entrevista a la musicoterapeuta**

*¿Cuál es el rol del profesional musicoterapeuta? Y ¿Cómo es el abordaje de la musicoterapia en las demencias?*

Musicoterapia es una disciplina de salud que utiliza la música y sus elementos dentro de un contexto clínico con el fin de abordar determinados objetivos terapéuticos apuntando a mejorar la calidad de vida de las personas que atiende. El rol del musicoterapeuta es encauzar las necesidades

del paciente o grupo de paciente a través de propuestas sonoras donde sean abordados dichos objetivos. Los mismos son evaluados y confeccionados por el equipo interdisciplinario donde el musicoterapeuta forma parte.

Dentro del abordaje con demencias, Musicoterapia brinda sesiones individuales o grupales, apuntando a estimular funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje) además de abordar aspectos vinculados a habilidades sociales y autoestima. El espacio de musicoterapia busca además conectarlos con su identidad e historia ya que todos los elementos utilizados son seleccionados teniendo en cuenta la historia sonoro musical del grupo. Las personas con demencia continúan respondiendo a la música incluso en etapas avanzadas de la demencia.

La Sra. M participa activamente dentro de las sesiones de musicoterapia tanto desde el eje instrumental como vocal. En ocasiones requiere que se la convoque uno a uno con el fin de sostener su atención por lo tanto se trabaja con ella aspectos atencionales (atención sostenida y selectiva) junto con otras funciones cognitivas como ser memoria y funciones ejecutivas.

*¿Observa aspectos positivos y/o dificultades en la paciente?*

Se observa durante las sesiones un incremento en su capacidad atencional, y mayor fluidez en el lenguaje logrando a través de la evocación de letras de canciones expresarse a través de frases más largas. En ocasiones se observa cambios positivos en el estado de ánimo.

La paciente presenta dificultades en aspectos atencionales, y en la toma de turnos/ roles, no logra reconocer turnos de sus pares. Se observa, además, dificultad en el reconocimiento auditivo y visual de aspectos vinculados a lo sonoro musical (agnosia visual y auditiva) y en la ejecución de propuestas de media complejidad.

*¿Considera que hubo cambios en su funcionalidad en los primeros dos años desde su ingreso a la residencia? En caso de ser así, por favor especifique.*

Durante los primeros años no presentó grandes cambios en su funcionalidad dentro del espacio de musicoterapia. Incluso actualmente conserva gran parte de sus funciones a pesar de notarse mayor fluctuación. Si se observó un gran cambio en la lectura fluida ya que M al comienzo lograba leer letras de canciones en forma fluida al mismo ritmo con sus pares, aspecto que perdió al año de haber ingresado.

## **Entrevista a terapeuta ocupacional**

*¿Cuál es el rol del TO? ¿Como es el abordaje en las actividades para las demencias?*

El rol del terapeuta ocupacional dentro de las demencias y patologías asociadas, es poder fomentar la independencia y la autonomía en todas las actividades que la persona pueda realizar y retrasar el avance del deterioro al poder realizar estas actividades. Como la premisa fundamental de la TO el hacer alguna actividad en el cotidiano, organiza el día, mantiene la rutina, te mantiene ocupado, y poco a poco te va devolviendo las funciones perdidas o que se necesiten reacomodar. Esto también aplica a las demencias. Es importante porque la demencia es una enfermedad degenerativa que avanza y no va a desaparecer. Lo que pretende la TO es que este deterioro aparezca lo más lento posible, para que la persona lleve una vida normal.

Hay abordajes individuales, grupales y de asesoramiento para poder brindar apoyo a la red de la persona con demencia.

*¿Cómo describiría el desempeño de la paciente en las actividades?*

La Sra. M tiene un desempeño que requiere de prestaciones de apoyo, por lo general con indicación verbal y acompañamiento con modelaje, muchas veces hay que focalizar la atención y darle algunas estrategias para que pueda avanzar en las tareas porque puede volverse reiterativa, pero puede ejecutarlas. Ella mantiene praxia, mantiene la memoria procedural así que puede realizar actividades que ya fueron aprendidas.

*¿Considera que hubo cambios en su funcionalidad en los primeros dos años desde su ingreso a la residencia?*

La funcionalidad en los primeros años del ingreso a la residencia fue incrementándose. Al ingreso M presentaba muchos problemas conductuales como apatía y abulia. Se sumaba una bulimia importante y mucha selección en las comidas. Al ingreso comía todo licuado o procesado y a través del trabajo nutricional y terapia ocupacional, pudo avanzar a comer comida normal sin procesar. De un cortado común de ella, paso a un desmenuzado y luego a procesado. El tema es que, por su baja atención y la apatía hacia la comida, hay que estar insistiéndole para que coma. Esto al ingreso y entre 2-3 años no lo tenía, ella era asistida y tenía muy bajo peso. Eso fue un logro, se trabajó mucho con M, el trabajo social la beneficio mucho (en lo referente a mantener las relaciones sociales,

al estar incluida al grupo. Antes le daba vergüenza estar en grupo y la facilitaba a vencer esta selección a las texturas y comía como todos).

-Actividad de baño: Al ingreso era sumamente dependiente y se bañaba en silla. Fue avanzando hasta poder bañarse sola, pero con guía y estructura al alcance de los elementos. Por ej. el asistente le preparaba todo lo necesario para la actividad y le iba pasando “te tenés que enjabonar” se enjabonada; “te tenés que pasar el shampo” se pasaba el shampo. Y así con esta estructura y soporte de organización ambiental, y los pasos y la secuencia de la actividad, M se podía bañar sola los dos primeros años. Actualmente puede bañarse sola, pero requiere de mucho más recordatorio verbal más allá del alcance.

-Lo mismo con la actividad del vestido, maruca puede elegir con las adaptaciones acordes a su patología, puede elegir que ropa ponerse y esto lo recupero al ingreso de la residencia.

-Traslados, transferencia, marcha: no sufrió variaciones del ingreso a la actualidad. Lo mantuvo.

-Arreglo personal: lo mantuvo.

-Lavado de dientes: no estoy segura. Durante los dos años con guía verbal lo pudo realizar. Pero no recuerdo como ingresó.

En general desde que ingreso a la residencia a los dos años, recupero función, siempre supervisada por un tema de seguridad institucional, con asistencia verbal y organización de los pasos de la actividad y del alcance de los objetos que la actividad requiere.

### **Entrevista psiquiatra y médica clínica:**

Desde lo médico y clínico: Desde que ingreso no ha tenido importantes eventos clínicos o interurrencias, tampoco necesito una internación. No tiene patología de base importante, más que un hipercolesterolemia que esta tratada y controlada. Si tuvo desde el ingreso, antecedentes de ciertos trastornos alimentarios, que no está referida como consecuencia de la patología. En algunos momentos los enfermeros notaban que ella comía y después vomitaba. No tenemos historia de la familia que explique que esto haya sido un tema en la historia para ella, siempre se cuidó, siempre fue delgada, siempre fue de cuidarse, pero no sabemos si esto fue histórico de la Sra. M o si apareció por la enfermedad.

Se hicieron un montón de adaptaciones con el equipo de TO y con nutrición para lograr un buen estado nutricional para que este tema se modificara y no haya más eventos de vómitos autoprovocados. Esto de ir al baño y vomitar no paso más, esto pasaba en el principio. Se le ha

procesado comida y cambiar la consistencia porque ella decía que no podía comer. Se fue tratando de cambiar las comidas para lograr que comiera de la mejor manera posible, y en eso mejoró. Mantiene un más o menos un peso adecuado, con un IMC dentro de lo esperable para ella y con eso nos conformamos.

Y con respecto a la medicación con que ingreso hasta la actualidad, se logró disminuir algo de la dosis de medicación antipsicótica, y la dosis actual es la mínima y necesaria para que ella coma. Sucede que en algún momento se lo sacamos de comer de vuelta y quedo apática.