

UP

Trabajo de Integración Final

Deterioro cognitivo. Descripción y abordaje.

Nombre: Leticia Cabral

Tutor: Alejandro Castro Solano

Índice Temático

1. Introducción	4
2. Objetivos	4
2.1. Objetivos Generales	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Adultos mayores institucionalizados	5
3.1.1 Envejecimiento: definición.	5
3.1.2 Estereotipos asociados a la vejez. Edadismo	7
3.1.3 Institucionalización del adulto mayor	8
3.2 Diferencias entre envejecimiento normal y patológico.	10
3.2.1 Envejecimiento normal	10
3.2.2 Funciones cognitivas afectadas en el envejecimiento normal	11
3.2.2.1 Memoria	11
3.2.2.2 Lenguaje	12
3.2.2.3 Capacidades espaciales	13
3.2.2.4 Funciones ejecutivas	13
3.2.3 Envejecimiento patológico	13
3.2.3.1 Deterioro cognitivo leve	13
3.2.3.2 Deterioro cognitivo moderado a grave	17
3.2.3.3 Enfermedad de Alzheimer	18
3.2.3.3.1 Definición	18
3.2.3.3.2 Criterios diagnósticos	21
3.3 Abordaje e intervenciones para aliviar los déficits cognitivos en el envejecimiento	22
3.3.1 Intervención Farmacológica	22
3.3.2 Intervenciones de las manifestaciones conductuales	23
3.3.3 Intervenciones no farmacológicas- Estimulación cognitiva	24
3.3.3.1 Talleres de entrenamiento de la memoria	25
3.3.3.2 Terapia Ocupacional	26
3.3.3.3 Método Montessori	26

4. Método	29
4.1 Participantes	29
4.2 Instrumentos	29
4.3 Procedimiento	30
4.4 Tipo de diseño	31
5. Desarrollo	31
5.1 Descripción del abordaje interdisciplinario del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados	31
5.2 Descripción de las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas en la institución	34
5.2.1 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo leve	35
5.2.2 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo moderado	36
5.2.3 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo grave	37
5.3 Descripción de los distintos grados de deterioro cognitivo de tres pacientes	40
5.3.1 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo leve (Caso Natalia)	41
5.3.2 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo moderado (Caso Masza)	41
5.3.3 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo grave (Caso Matilde)	42
6. Conclusiones	43
7. Referencias bibliográficas	47

1.Introducción

La práctica de habilitación profesional se llevó a cabo en un Hogar geriátrico , el cual es una entidad dedicada al cuidado de los adultos mayores a través de programas de alto contenido social, manteniendo las tradiciones de la comunidad judía.

La práctica tuvo una duración de 320 horas, repartidas 280 horas en el Hogar y el resto en la facultad, incluyéndose un taller de metodología cualitativa.

Se asistió a la Institución por las mañanas de lunes a viernes, de 9 a 13 horas, siendo las tareas desarrolladas la participación en los distintos talleres de estimulación cognitiva, los cuales estaban a cargo del personal de Terapia Ocupacional, favoreciendo el establecimiento de vínculos con los residentes, la práctica también residió en entablar conversaciones con algunos residentes asignados por la psicóloga a cargo, permitiendo el acceso a casos clínicos.

La directora de servicios sociales fue quien se ocupó del seguimiento y supervisión de la práctica en dicho Hogar.

Del contacto con determinados residentes con deterioro cognitivo grave y el abordaje que tiene la Institución con los mismos es que surgió el tema seleccionado para trabajar en el Taller de T.F.I..

2. Objetivos

2.1 Objetivos Generales

-Describir los distintos grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en el Hogaren adultos mayores, el abordaje interdisciplinario del mismo y las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas.

2.2 Objetivos Específicos

-Describir el trabajo interdisciplinario en el abordaje del deterioro cognitivo en adultos mayores en el Hogar .

-Describir las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas en la institución según tipo de deterioro.

-Describir los distintos grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en la institución.

3. Marco Teórico

3.1Adultos mayores institucionalizados

3.1.1Envejecimiento: definición.

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que le ocurre a todo ser vivo como resultado de la interacción de la genética del individuo y el medio ambiente. Del mismo modo también se lo podría definir como todas las alteraciones que se originan en un organismo en el transcurso del tiempo y que conlleva a la pérdida de las capacidades funcionales y posteriormente a la muerte (García Otero, García Otero, García Portela & Taño Lazo, 2010).

Por lo tanto, el envejecimiento se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, así como también cerebrales, lo cual implica un conjunto de déficits conductuales, cognitivos y emocionales. Cada vez es más grande el aumento del número de personas mayores de 65 años, por dicha causa es de suma relevancia el estudio de dichos sujetos. Se torna necesario estudiar todos los procesos del envejecimiento para poder de ese modo ser capaces de prevenir, reducir y aliviar las complicaciones propias de ese estadio ontogenético (Bentosela & Mustaca, 2005).

Se puede definir la vejez como un estado en la vida y el envejecimiento como un proceso que ocurre a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinar debido a que el ser humano es un ente bio-

psico-social. Por tal motivo, el sujeto envejeciente o viejo es una persona de conocimiento psicológico (Fernandez Ballesteros, Moya, Iñiguez & Zamarrón, 1999).

Existe la creencia que a partir de determinada edad comienza la vejez. La idea más reconocida es que ésta coincide con la edad de la jubilación y lo peor es que presume que con ella vienen la pérdida, el declive y el deterioro. Lo que sucede es que algunos psicólogos han asumido un modelo biomédico, el cual considera que a lo largo de la vida, una vez atravesado un fuerte periodo de crecimiento, todos los sistemas biológicos pierden eficiencia. Desde la biología, es a este funcionamiento de los sistemas biofísicos al que se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo (Fernández-Ballesteros et al., 1999).

No todas las personas envejecen de la misma manera o al mismo ritmo, muchos adultos mayores tienen mejor salud que otras más jóvenes, tampoco todos los cambios de la vejez son tan adversos, a cualquier edad la aparición de ciertas enfermedades pueden provenir de un entorno y de condiciones sociales independientes de lo que desee el individuo (Mishara & Riedel, 2000).

También hay que tener en cuenta que las personas llegan a la vejez con distintas experiencias y en diferentes estados biológicamente hablando, por lo tanto, el proceso de envejecimiento se caracteriza por su gran variabilidad entre un individuo y otro (Fernández-Ballesteros, 2004).

Desde el punto de vista biologicista se encuentran dos teorías: la del envejecimiento programado, donde en cada especie el proceso de envejecimiento seguiría un patrón incorporado en cada organismo, el cual sólo sufriría modificaciones menores. Como cada especie tiene su propia expectativa de vida y patrón de vejez, este patrón sería predeterminado y congénito; y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que plantea que el cuerpo envejece debido a su uso continuo y a la acción de estresores que se acumulan durante el tiempo. Una línea de trabajo que apoya esta idea es la del deterioro en el ADN (Papalia & Wendkos, 1998).

Los impulsores de la teoría del envejecimiento programado argumentan que, puesto que cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y expectativa de vida, este patrón es determinado e innato, mientras que los que adhieren a la teoría del desgaste natural comparan el cuerpo con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al

uso prolongado. Asumir alguno de estos dos enfoques tiene consecuencias pragmáticas. Si se cree que el envejecimiento es un fenómeno programado, es poco lo que se puede hacer para retardar el proceso. Si se asume que envejecer tiene relación con la exposición a estresores, se puede buscar eliminarlos y aumentar la cantidad y calidad de vida. Es posible que la razón del envejecimiento se encuentre en ambos enfoques: habría una predisposición genética y, al mismo tiempo, el desgaste puede acelerar el proceso de envejecer y acercar la muerte (Papalia & Wendkos, 1998).

En los mismos términos, algunos gerontólogos distinguen entre envejecimiento primario como el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad y el envejecimiento secundario, que es el resultado de la enfermedad, el abuso y factores que menudo están bajo el control de la persona (Alonso Galvan, Sansó Soberats, Diaz Canel Navarro, Carrasco Garcia & Oliva, 2007).

3.1.2 Estereotipos asociados a la vejez. Edadismo

El estereotipo que se aplica al envejecimiento se ha denominado *edadismo*, que proviene del inglés *ageism*, el cual hace referencia al proceso de discriminación del adulto mayor como causa de su edad, parecido a los conceptos de racismo y sexismo (Losada Baltar, 2004).

El edadismo se refiere al mantenimiento de actitudes prejuiciosas hacia un sujeto por la única razón de ser mayor (Palmore, 1990).

Según Fernández-Ballesteros (2000) estos estereotipos y falsas concepciones podrían encontrar su origen en la generalización de la investigación gerontológica sobre la vejez necesitada, es decir, aquella que si es patológica, tendiéndose a generalizar de manera equívoca las características típicas de esa población enferma a personas con un envejecimiento normal.

Otra falsa creencia sobre los adultos mayores es aquella que hace referencia a que los viejos tienen sus costumbres profundamente arraigadas y no pueden aprender nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento. No obstante, Smith et al. (2003), (como se cita en Losada Baltar, 2004) han encontrado resultados que se oponen a este estereotipo, al

llevar a cabo estudios en los cuales los adultos mayores utilizan las nuevas tecnologías para conseguir información sobre la salud, en comparación con otros grupos de edad. Si se facilita el acceso a la información, estos individuos acceden a la misma a través de medios informáticos y telefónicos del mismo modo que lo hacen personas de mediana edad y jóvenes.

Según Salvarezza (2002) el edadismo o viejismo es una conducta social compleja con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas y es usada para devaluar, consciente o inconscientemente, el status social de los adultos mayores.

Los prejuicios contra la vejez, así como sucede con cualquier otro prejuicio, son adquiridos durante la infancia y luego se van fijando y racionalizando a lo largo de la vida de los sujetos prejuiciosos. Dichos prejuicios provienen generalmente de la imitación de modelos parentales y nada tienen que ver con un pensamiento racional, más bien son una respuesta emocional directa frente a un estímulo determinado. Esta manera de pensar, prejuiciosamente, queda fijada en el sujeto, al cual luego le es difícil reconocer el impacto que estas identificaciones tienen sobre el pensamiento y la conducta lo cual trae como consecuencia una mala interpretación de los hechos, reacciones inapropiadas, desinterés o rechazo según el caso.

3.1.3 Institucionalización del adulto mayor

El ingreso a una residencia u hogar para adultos mayores se corresponde con el concepto de institucionalización. Al ingresar por primera vez a un geriátrico, todos los ancianos atravesarán un período de adaptación y observación establecido en 20 días (Rojas Ocaña, Toronjo Gómez, Rodríguez Ponce & Rodríguez Rodríguez, 2006).

Las instituciones para los adultos mayores son centros que se ocupan de atender a las personas que viven en ellas durante un período de tiempo prolongado y durante las 24 horas del día. Estas residencias cuentan con servicio médico y de enfermería y también con otros miembros del equipo de salud, así como también con otros departamentos o servicios. Sus residentes, por lo general son personas con algún déficit de autonomía, que precisan ayuda o supervisión para llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria (Gutierrez, Linares Abad & Grande Gascon, 2011).

Los asilos, residencias, hogares o centros de bienestar del anciano, sea cual fuere su denominación, tienen un carácter institucional y se caracterizan por tener objetivos formales pero que generalmente resultan insuficientes en número, limitados en su cobertura, inestables en sus bases económicas, financieras, organizacionales. Se torna necesario encontrar un equilibrio entre el autocuidado en aquellas personas mayores que aún son capaces de atenderse a sí mismas, el sistema de apoyo familiar y los cuidados profesionales (Cardona-Arango et al., 2010).

Los hogares para los adultos mayores son necesarios, debido a que constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, que no cuentan con un soporte familiar, o que por elección propia deciden irse a una institución, porque prefiere vivir en un entorno de esas características. Ya sea por una razón o por otra, la institucionalización debería ser el último recurso, ya que se lo asocia como uno de los factores que actúan en la disminución de autonomía de la persona mayor (Rojas Ocaña et al., 2006).

Las personas mayores institucionalizadas padecen de lo que se denomina las pérdidas asociadas a su envejecimiento. Se sienten perdidos en un entorno que no dominan, se van rompiendo o distanciando de sus relaciones personales, que han mantenido a lo largo de su vida. Asimismo puede llegar un punto en el que se olvide la competencia y la historia personal. Estos riesgos no necesariamente se suscitan en la totalidad de la población mayor institucionalizada. Es muy amplio y heterogéneo el estado de salud de los residentes. La disminución de la capacidad funcional de este grupo etéreo, quizás sea debido a una etiología multifactorial acumulativa, por un lado, a causa de las consecuencias que acarrea la propia enfermedad, pero sobre todo a las carencias que provoca la propia institución. Por lo tanto, la institucionalización puede ser considerada como un motivo de vulnerabilidad para el adulto mayor (Rojas Ocaña et al., 2006).

Tradicionalmente, estos centros eran conocidos como asilos. Este término, el de asilo, aún se sigue usando con frecuencia en el lenguaje cotidiano, sin embargo en el contexto político y social ha sido reemplazado por el de residencia o de hogar para personas mayores. De esta manera se utiliza un término un tanto más amable y apropiado. No obstante, estas residencias aún tienen cierta imagen social de exclusión y se sigue teniendo

la idea errada de que es un lugar en el que se confina a aquellos mayores que no tienen otro tipo de recursos en los que apoyarse (Gutierrez et al., 2011).

El sujeto institucionalizado, al formar parte de un sistema, perdería la capacidad de ejercer control sobre su propia vida y de decidir acerca de cualquier aspecto de la vida cotidiana. La institución debería ser la alternativa al domicilio del sujeto, donde la persona mayor podría ir adquiriendo identidad, tomar sus propias decisiones y seguir ocupándose de sus propios cuidados, en función de sus capacidades individuales (Rojas Ocaña et al., 2006).

Es importante destacar la influencia de las relaciones sociales con el envejecimiento físico y cognitivo a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas, de modo que formar parte de la familia y la comunidad, produce un sentimiento positivo con la vida. Por lo tanto las condiciones de satisfacción con las redes sociales formales e informales, más un trato agradable por parte de familiares y cuidadores, fomenta un sentimiento de acompañamiento. Y la participación en actividades lúdicas y recreativas dentro de las instituciones, socializan y dignifican su condición de adulto mayor institucionalizado (Cardona-Arango et al., 2010).

3.2 Diferencias entre envejecimiento normal y patológico.

3.2.1 Envejecimiento normal

La vejez es una fase normal del ciclo vital. Sin embargo, el deterioro cognitivo y la demencia, son patologías del cerebro, que pueden ser características de la edad avanzada. Frecuentemente, se confunde el envejecimiento mental normal, con la senilidad, que es un envejecimiento patológico, que excede a la involución propia de la edad y que ya sea por razones genéticas o hereditarias, lleva al deterioro cognitivo y a la demencia.

Con el paso de los años el cuerpo biológico experimenta una involución progresiva de su vitalidad, que además afecta al cerebro, con un mayor o menor grado de daño neuronal. Desde lo psicológico, el envejecimiento cerebral se traduce en una paulatina disminución de las funciones instrumentales de la inteligencia, en especial la memoria y la capacidad de aprendizaje (Peña Y Lillo Lacassie, 2012).

Debido a que los cambios cognitivos que se observan inicialmente en el envejecimiento patológico son muy parecidos a los que le corresponden al proceso normal de la vejez, la evaluación neuropsicológica sería un instrumento que no debe dejar de utilizarse para la determinación del diagnóstico diferencial. De hecho, representa la única herramienta disponible para determinar por ejemplo si existe un deterioro cognitivo leve (DCL) o si se está generando un proceso demencial (Rosselli & Ardila, 2010).

Durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. Es decir, que los adultos mayores tardan más en responder a la información que reciben en comparación con aquellos sujetos más jóvenes, más aún cuando las tareas que se le exigen precisan muchos recursos atencionales. Sin embargo, es importante resaltar que esos declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida (Fernandez-Ballesteros, 2004).

3.2.2 Funciones cognitivas afectadas en el envejecimiento normal

3.2.2.1 Memoria

Durante el envejecimiento se producen deterioros en el procesamiento, aprendizaje y recuperación de la nueva información, la solución de problemas y la rapidez de la respuesta. La declinación de la memoria es uno de los problemas más frecuentes en el envejecimiento (Bentosela & Mustaca, 2005).

Asimismo existen funciones de la memoria que permanecen relativamente estables como la memoria semántica que se refiere a los hechos y el conocimiento general acerca del mundo permanecen estables, especialmente si dicha información es usada habitualmente (Custodio et al., 2012). También se conserva la memoria procedural, la cual se refiere a saber como hacer algo, la cual tiene que ver con el aprendizaje de tareas o habilidades perceptivo-motoras y son informaciones que no requieren una referencia consciente de la información adquirida. Se diferencia de la memoria declarativa, el *saber qué*, referida a los conocimientos adquiridos que el sujeto puede evocar y comunicar en forma verbal o no verbal (Bentosela & Mustaca, 2005).

Sumado a esto, según Custodio et al. (2012) de igual forma existen funciones de la memoria afectadas con el envejecimiento como por ejemplo la memoria de trabajo que

comprende la tenencia y la manipulación de la información mientras se procesan otras tareas, como retener una corta lista de palabras para ordenarla alfabéticamente. La memoria episódica es la memoria relacionada con sucesos autobiográficos que pueden evocarse de forma explícita. Tanto la memoria episódica como la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento.

La memoria prospectiva es una memoria motora, de una actividad que aun no ha ocurrido, hace referencia a la capacidad para recordar la ejecución de una acción en el futuro, como por ejemplo recordar lavar el auto o la toma de medicación.

En términos generales, se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo (con excepción de la memoria de trabajo). A propósito de las diferentes áreas cognitivas a la memoria, la capacidad de centrar la atención y ejecutar una tarea simple, denominada atención sostenida, se conserva con un buen desempeño en el adulto mayor (Custodio et al., 2012).

El valor emocional de los recuerdos modularía la capacidad mnésica de los sujetos. Los estímulos emocionales funcionarían como facilitadores de la evocación mientras que no tanto aquellos que se encuentran en un contexto neutro (Bentosela & Mustaca, 2005).

3.2.2.2 Lenguaje

Las funciones cognitivas que parecen deteriorarse menos durante el envejecimiento normal son aquellas relacionadas con el lenguaje. Las dificultades que se presentan más frecuentemente durante el envejecimiento están relacionadas al acceso a las redes léxicas, presentando dificultades al momento de la denominación, también existe una disminución de la fluencia verbal, teniendo mas dificultades en el rendimiento de la tarea semántica frente a la fonética, asimismo también se pueden presentar en la vejez dificultades en la comprensión de estructuras gramaticales complejas, particularmente cuando estas requieren un gran esfuerzo para su procesamiento, sin embargo no tienen grandes inconvenientes en reconocer y corregir frases que muestran graves errores sintácticamente, respecto al discurso hay un declive en la descripción de objetos comunes, alguno autores sugieren que el hemisferio derecho, el cual está más implicado en el procesamiento de la información no verbal, se deteriora más que el izquierdo, el cual procesaría la información verbal (Lapuente & Sánchez Navarro, 1998).

3.2.2.3 Capacidades espaciales

Custodio et al. (2012) sostiene que las capacidades espaciales podrían definirse como la habilidad para representarse en la mente formas, dimensiones, coordenadas, proporciones, así como también las partes del cuerpo por medio de la cual se tiene noción de la propia posición relativa en el espacio, estas nociones son integradas a los conocimientos adquiridos o que se desean adquirir de los objetos del entorno y su interacción con el propio cuerpo.

3.2.2.4 Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas forman parte de las funciones cognitivas más complejas y revelan cambios en el envejecimiento. Estas funciones tienen un papel fundamental en el funcionamiento cognitivo, debido a que favorecen a que el sujeto aprenda, se maneje con autonomía, le posibilita la toma de decisiones, la planificación, la organización, así como el análisis de problemas y su resolución entre otras habilidades importantes para el desempeño cotidiano, siendo las funciones ejecutivas son las más sensibles al proceso de envejecimiento normal (Binotti, Spina, De la Barrera & Donolo, 2009).

Hablar del envejecimiento cognitivo normal se torna complejo debido a que son varias las dificultades que llevan a sesgar los resultados. Por un lado la falta de un concepto claro de envejecimiento cognitivo normal que sea útil como marco de referencia a una investigación sobre deterioro y por otro lado, los distintos niveles con los que parte cada individuo en particular en cuanto a capacidades intelectuales y cómo presuponerlos en cada caso (Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2003).

3.2.3 Envejecimiento patológico

3.2.3.1 Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Según Petersen (1999), (como se cita en Lorenzo Otero & Fontán Scheitler, 2003), el DCL, se refiere a una condición patológica que alude a un déficit cognitivo que distingue

al sujeto de sus pares normales pero cuya severidad no es suficiente como para cumplir con los criterios internacionales de demencia o de EA.

El deterioro cognitivo leve es un síndrome, que ya ha sido incluido en los criterios DSM-IV (mild neurocognitive disorder) e ICD-10 (mild cognitive impairment), el cual se caracteriza por ser una alteración adquirida y prolongada de una o más funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal (Robles, Del Ser, Alom & Peña-Casanova, 2002).

En el mundo existen muchos grupos de investigadores que se ocupan de estudiar a sujetos con Deterioro Cognitivo Leve (*DCL*), aunque aún existe cierta controversia acerca de la caracterización clínica de los sujetos que poseen este diagnóstico e incluso sobre la validación del concepto (Lorenzo Otero & Fontán Scheitle, 2003).

La objetivación del deterioro cognitivo es una de las características en las que se basa el diagnóstico de DCL, en el paciente con nivel de conciencia normal, se pueden utilizar pruebas neuropsicológicas estandarizadas, con puntos de corte apropiados para la edad y el nivel académico del sujeto, teniendo en cuenta su actividad profesional. Es importante comprobar que las alteraciones son adquiridas, a través de la manifestación de un informador en el cual se pueda confiar o bien por la objetivación del sujeto en exploraciones diferentes. El individuo que padece DCL, a diferencia del demente, aún posee recursos suficientes como para llevar a cabo sin grandes dificultades, o con mínimas limitaciones, sus actividades diarias instrumentales. No se sabe aún con precisión la duración mínima del DCL. Al igual que la demencia, el DCL, puede corresponderse también a múltiples causas (Robles, Del Ser, Alom & Peña Casanova, 2002).

Los criterios de diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) de acuerdo con Petersen, son:

- 1) Síntomas subjetivos de pérdida de la memoria.
- 2) Estos síntomas son confirmados por terceros, informantes válidos.
- 3) El estudio neuropsicológico de la memoria muestra un descenso consistente pero moderado en el testado.
- 4) Las actividades de la vida diaria (*AVD*) permanecen normales (no cumplen criterios de diagnóstico de demencia).
- 5) Esta situación no puede ser explicada por otra causa médica.

El diagnóstico correcto del deterioro cognitivo leve adquiere importancia dado que implica:

- a) Un pronóstico posiblemente ominoso, dado que un alto porcentaje de sujetos con DCL desarrollan Enfermedad de Alzheimer (EA) en el curso del tiempo por lo cual deben someterse a un control periódico.
- b) Una responsabilidad ética para el médico ya que supone para el paciente una serie de posibles decisiones a futuro.
- c) Eventualmente un tratamiento específico.

Las tasas de conversión a demencia de los sujetos con DCL varían de acuerdo a los autores, pero en todos los casos son superiores a la prevalencia de demencia en las poblaciones de sujetos añosos normales.

Según Mulet et al. (2005), el diagnóstico de DCL básicamente involucra alteraciones de la memoria superiores a aquellas esperables para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, el cual puede desempeñarse apropiadamente en sus AVD, por lo cual no puede aplicarse el diagnóstico de EA posible u otro tipo de demencia.

Una contribución muy importante dirigida a disminuir notablemente la heterogeneidad propia de estos pacientes y proporcionar un mayor conocimiento y diferenciación entre la etapa normal y la patológica, es la aplicación de los criterios diagnósticos.

Los criterios que definen el DCL han ido evolucionando al mismo tiempo que el conocimiento de este síndrome y se han establecido distintos subtipos clínicos (Molinuevo Giux, 2007).

Recientemente Petersen et al. (2001) plantearon tres tipos de DCL, cada uno de los mismos podría estar relacionado con una determinada evolución posterior.

El primer tipo de DCL sería el *DCL amnésico (DCL-A)*, el cual constaría de quejas subjetivas de la alteración de la memoria, las cuales podrían ser objetivadas a través de pruebas estandarizadas, teniendo en cuenta los datos normativos para la misma edad y nivel educativo del individuo. A pesar de presentar alterada la memoria, el sujeto podría obtener buenos resultados en pruebas de funcionamiento cognitivo general como por ejemplo en el *Mini Mental State Examination (MMSE)* desarrollado por Folstein et al. (1975), no se advierten otras alteraciones cognitivas y las AVD suelen mantenerse preservadas. Este primer tipo de DCL resultaría ser el que se da con mayor frecuencia y su etiología sería degenerativa, por lo cual sería una etapa prodrómica de la EA.

El segundo tipo sería el *DCL difuso* (del inglés *Multiple Domains Slightly Impaired*, abreviado *DCL-D*), el cual advertiría la existencia de distintas disfunciones cognitivas, como las funciones ejecutivas, el lenguaje, las alteraciones visoespaciales o visoconstructivas, no necesariamente la memoria, tomando como referencia datos normativos, pero dichas alteraciones no alcanzan para determinar el diagnóstico de demencia. De esta manera, los sujetos que presentan DCL-D pueden obtener resultados normales en pruebas de cribado y conservan su independencia en las actividades de la vida diaria.

Según Petersen et al. (2001), es esta la clase de DCL que puede avanzar hacia la EA, pero también puede tener otras etiologías, como la demencia vascular, así como encontrarse en el extremo del envejecimiento no patológico.

En último lugar, encontraríamos el *DCL focal no amnésico* (del inglés *Single Nonmemory Domain*, abreviado *DCL-F*), que implicaría una alteración leve de alguna función cognitiva que no fuese la memoria, como una alteración específica del lenguaje que pudiera progresar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría derivar en una demencia frontotemporal.

El número de dominios afectados así como la consecuente alteración de las AVD, serían las diferencias fundamentales al momento de comparar los criterios que identifican una demencia de un DCL. Por lo tanto es necesario diferenciar con claridad y objetividad el número de dominios afectados y la alteración de las AVD, debido a que ello haría posible diferenciar la demencia del DCL con especificidad elevada (Molinuevo Giux, 2007).

Existe una falta de consenso en cuanto a como caracterizar un dominio afectado frente a un dominio no afectado o normal. Sin embargo no están especificados los criterios que debe cumplir un dominio para considerarse alterado en ninguna de las definiciones aceptadas de DCL. Cuando fueron presentados los criterios del DCL- a, previamente comentados, por el grupo de la Clínica Mayo, no establecieron cual debía ser el grado de afectación para definirla como alterada. Del mismo modo tampoco se definía el tipo de memoria que hay que evaluar, no obstante cada vez existe mayor consenso en que la memoria episódica es la que precisa ser observada para identificar a los pacientes con un DCL- a (Molinuevo Giux, 2007).

3.2.3.2 Deterioro cognitivo moderado a grave

Cuando se habla de un deterioro cognitivo de moderado a grave, se está hablando ineludiblemente de la presencia de una demencia, siendo la Enfermedad de Alzheimer la más frecuente, se da en el 50 % de los casos diagnosticados.

Los estadios de moderado a grave de la EA presentan bastantes diferencias como para considerarlos como una entidad cuantitativa y cualitativamente diferente. Las demencias en fase avanzada, y especialmente la EA, representan la última etapa de un proceso que deteriora las funciones del sistema nervioso central y que inevitablemente conlleva una dependencia absoluta del paciente. No todos los pacientes tienen la misma progresión en el tiempo de la EA, se despliegan síntomas parecidos en las mismas etapas de forma generalizada. La primer etapa es el DCL, en la cual los sujetos pueden funcionar de manera autónoma en las AVD aunque desarrollen amnesia. En cambio, los sujetos que están en los estadios de leve a moderado, son aquellos que presentan déficits en otros dominios cognitivos y las AVD instrumentales están totalmente afectadas. Finalmente, los individuos que poseen una alteración cognitiva mayor que puede alterar su funcionamiento en la AVD incluso las básicas, son aquellos que presentan un deterioro de moderado a grave (Buiza Bueno, Montorio Cerrato, & Yanguas Lezaun, 2006).

Existe un deterioro general de todas las funciones, de las cuales en mayor o menor medida se hallan afectadas a nivel cognitivo. Sin embargo, hay todavía un funcionamiento cerebral al comienzo del deterioro cognitivo grave, el cual posibilita que el sujeto lleve a cabo tareas sencillas y que pueda ser capaz de interactuar algo con el ambiente y con quienes lo rodean. Esto releva importancia al momento de plantear tanto una evaluación eficaz de las capacidades cognitivas conservadas, como un esquema de intervención adaptado a sus características que favorezca y estimule las funciones conservadas con el objetivo de mantener la calidad de vida y las capacidades funcionales básicas (Buiza Bueno, Etxeberria & Yanguas Lezaun, 2005).

A nivel funcional, al inicio de las fases avanzadas, el individuo aún puede en cierto grado ejecutar algunas de las actividades básicas bajo supervisión o con la ayuda de un tercero pero respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria ha perdido la capacidad de llevarlas a cabo. Como consecuencia el individuo precisa ayuda las 24 horas

del día para poder mantenerse. En muchos casos estas personas aún viven en sus hogares bajo el cuidado de sus familiares aunque la demanda de ayuda de personas especializadas en el cuidado de estos pacientes, aparece en esta fase, incluso puede pensarse en la institucionalización del sujeto en un geriátrico ya que el manejo de estos pacientes en su domicilio puede tornarse dificultoso.

Comienza un declive progresivo a nivel físico, en el cual la habilidad de la deambulación y la masa muscular se van perdiendo y la presencia de enfermedades se vuelve más frecuente, lo cual afecta y favorece al avance de la enfermedad, la demencia no causa la muerte del sujeto sino las enfermedades en si mismas (Buiza Bueno et al., 2005). Los estadios leve, moderado y grave de la demencia presentan características anatómicas diferentes. Los cambios estructurales y patológicos progresan durante la enfermedad (Buiza Bueno et al., 2006).

Según Mias, Sassi, Masih, Querejeta, y Krawchik (2007) en Argentina hay un aumento en la población que envejece y que frente a las exigencias de adaptación a la vida cotidiana puede ver afectado su estado cognitivo. Existe un gran interés por identificar factores de riesgo que estén relacionados con el desarrollo de una demencia ulterior, especialmente Alzheimer.

Resulta de gran importancia prestar atención a las quejas de memoria en personas mayores de 50 años. Éstas pueden hacer referencia a una amplia gama de posibilidades incluso cuando no afecten a la vida diaria o laboral (Mias et al., 2007).

Conocer mayores diferencias entre el declive y el deterioro cognitivo, así como conocer la prevalencia del DCL y factores etiológicos, validar pruebas y establecer datos normativos, entre otras cuestiones, queda establecido como una necesidad.

Por otra parte según Mias et al. (2007), el diagnóstico temprano proporciona una mayor eficacia al tratamiento del deterioro cognitivo en el terreno farmacológico, neurocognitivo y conductual.

3.2.3.3 Enfermedad de Alzheimer

3.2.3.3.1 Definición

La presencia de déficits cognitivos podrían ser indicadores de una futura demencia, siendo la más frecuente la enfermedad de Alzheimer (EA), la cual es una enfermedad

neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, principalmente en la vejez. Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable.

Los cambios neuropatológicos propios de la EA se caracterizan fundamentalmente por la agregación anormal de proteínas (Valls-Pedret, Molinuevo, & Rami, 2010).

La EA es una enfermedad heterogénea. Existe una heterogeneidad en sus características que no permitirían hacer un diagnóstico único y seguro como lo es la edad en que se presenta la enfermedad, las manifestaciones clínicas, la velocidad de progresión, así como la presencia o ausencia de ciertas mutaciones o polimorfismos genéticos causales o predisponentes, y de algunos marcadores biológicos y de neuroimagen, del mismo modo la topografía y la proporción de las diferentes lesiones histopatológicas que son características de la enfermedad. Sin embargo, cuanto más cercano sea el perfil clínico del paciente y más congruente con la EA sean los resultados obtenidos en las pruebas complementarias, mayor será la seguridad del diagnóstico clínico (Robles et al., 2002).

La información tanto verbal como visoespacial tiene dificultades para acceder a los circuitos límbicos de la memoria a través de la corteza entorrinal, por consiguiente la manifestación más precoz y característica es la dificultad para fijar información episódica en la memoria y establecer nuevos aprendizajes. Por esa razón, las pruebas de aprendizaje con evocación diferida han demostrado una gran sensibilidad y especificidad diagnóstica. Por lo general, un paciente no tendrá una EA como causa de su trastorno cognitivo, si éste no presenta dificultades para el nuevo aprendizaje. La memoria suele ser lo primero que se deteriora, luego la atención selectiva y algunas funciones ejecutivas pueden deteriorarse prematuramente. Sin embargo, estas alteraciones también se pueden observar de forma temprana en otras demencias, como la demencia vascular, la demencia frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy (Robles et al., 2002).

Según Valls Pedret et al. (2010) la EA posee cambios neuropatológicos que tienen como característica principal la agregación anormal de proteínas. Más precisamente, tau hiperfosforilada intraneuronal en forma de ovillos neurofibrilares y β -amiloide extraneuronal en forma de placas seniles. Progresivamente, estos cambios se manifiestan clínicamente como alteraciones cognitivas debido a la pérdida de sinapsis y neuronas. En

muchas ocasiones la patología neuronal puede comenzar incluso hasta una década antes de que se inicie la sintomatología clínica. Los criterios de EA actuales requieren la presencia de déficit cognitivos relevantes y demencia, lo que implica que cuando se realiza el diagnóstico el daño neuropatológico subyacente es muy importante y afecta de forma generalizada a un gran número de áreas cerebrales (Valls Pedret et al., 2010).

El otro elemento de importancia es la disminución de la acetilcolina cortical, como punto de partida del compromiso neuropatológico precoz del Núcleo Basal de Meynert, principal fuente de la misma, ubicado entre los pedúnculos cerebrales. Este hecho fisiopatológico da el sustento racional para el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa central como tratamiento (Fontan, 2012).

También forma parte de la patología el Déficit Cognitivo Leve el cual ya se mencionó anteriormente. Esta enfermedad es progresiva y a medida que avanza, principalmente afecta la memoria pero también las funciones ejecutivas, el lenguaje, praxias y gnosias, también presentan dificultades en las actividades más complejas de la vida diaria, para finalmente comprometerse las básicas.

Luego se observarán en el sujeto dificultades en la planificación de tareas más o menos complejas como pueden ser la organización de cenas o reuniones por ejemplo, una disminución en el rendimiento del trabajo (si el paciente todavía trabaja), problemas en el manejo del dinero en un principio a nivel financiero como puede ser atender cuentas bancarias, completar cheques, etc. y luego del dinero en sí mismo, es decir los billetes. En esta etapa es cuando los pacientes comienzan abandonar las tareas que les resultan cognitivamente más exigentes. Luego aparecen los trastornos conductuales, el individuo se torna apático, disminuye considerablemente el interés por realizar actividades que antes llevaba a cabo y existe una tendencia a la retracción social (Fontan, 2012).

Posteriormente surge una mayor psicorrigidez, agresividad, intolerancia e irritabilidad fácil.

Generalmente estos pacientes tienen conciencia de sus déficits y limitaciones, por lo tanto es frecuente observar un componente depresivo reactivo en esta etapa.

Según Fontán (2012) con el paso de los años, la enfermedad evoluciona y las alteraciones mencionadas anteriormente se agravan y se asocian dificultades en el lenguaje (anomias), disminuye la iniciativa para la higiene, dificultades para elegir la ropa apropiada

y para vestirse. Es posible observar trastornos en la marcha, con paraplejia en flexión y gatismo en las ultimas etapas, después de más de 15 o 20 años de iniciada la enfermedad.

La detección temprana se ha vuelto uno de los principales focos de investigación en el campo de las enfermedades neurodegenerativas, ya que es necesario el tratamiento de la EA en las fases más iniciales. A fines del siglo pasado aparecía el concepto de deterioro cognitivo leve, el cual sirve para caracterizar las fases incipientes de la EA, esta caracterización ha ido evolucionando hasta los actuales criterios diagnósticos de investigación propuestos para la EA. Estos criterios permiten realizar un diagnóstico precoz de la EA, en fase prodrómica, y etiológico, al estar sustentado en marcadores biológicos objetivos (Valls Pedret et al., 2010).

3.2.3.3.2 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos más utilizados son los de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV(1994), los cuales son:

A.1. Deterioro de la memoria, y

A.2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas: Afasia, apraxia, agnosia, alteración de funciones ejecutivas.

B. Intensidad suficiente de los trastornos A1 y A2 como para dificultar las actividades ocupacionales o sociales del paciente. Las alteraciones constituyen un deterioro con respecto al nivel previo del individuo en esas funciones.

C. Estos síntomas no se presentan exclusivamente durante un estado confusional.

Según Robles et al. (2002) el diagnóstico de la demencia es clínico y está basado en la objetivación del deterioro de las funciones cognitivas en relación al estado previo del sujeto, por medio de la exploración neuropsicológica. También será necesario que el profesional pueda valerse de la experiencia suficiente para poder diferenciar entre la dificultad o la incapacidad de la persona para resolver las pruebas neuropsicológicas y el bajo rendimiento como causa de la simulación, abulia, depresión u otras alteraciones psiquiátricas. Mediante un informador fiable u otras evaluaciones, será posible la comprobación de que el paciente presenta un deterioro respecto a su capacidad intelectual previa.

Es importante recalcar que para que se pueda establecer el diagnóstico de demencia debe existir una condición esencial que es que el trastorno cognitivo sea tan intenso que altere por sí mismo las actividades habituales ocupacionales y sociales del sujeto. Tales como las actividades instrumentales típicas de su edad y medio sociocultural que realizaba antes de forma más o menos cotidiana y, en los grados más avanzados, inclusive las actividades básicas de la vida diaria (Robles et al., 2002).

Es importante saber que existen algunos inconvenientes importantes en los criterios diagnósticos actuales de EA. Primordialmente que cuando los pacientes cumplieron con dichos criterios ya padecen una demencia, con un deterioro cognitivo significativo, por lo tanto el nivel de patología presente en el cerebro ya es generalizado. Por consecuencia, es más difícil que puedan favorecerse de una posible intervención farmacológica que cambie el curso evolutivo de la enfermedad debido a que es demasiado tarde (Valls Pedret, 2010).

Al aumentar la expectativa de vida, se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores y determinan un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognitivo sin demencia representa una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia (Mejía – Arango, Miguel-Jaimes, Villa, Ruiz-Arregui & Gutiérrez-Robledo, 2007).

3.3 Abordaje e intervenciones para aliviar los déficits cognitivos en el envejecimiento

La tarea del manejo de la EA es sumamente complicada y requiere un abordaje interdisciplinario (que involucra a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y representantes legales entre otros) y aparte precisa ser individualizado. Además, implica la necesidad de grupos de apoyo, programas educativos y ayuda social institucional (Yanguas Lezaun et al., 2007).

3.3.1 Intervención Farmacológica

A partir de los diferentes hallazgos experimentales, se han desarrollado terapias farmacológicas para los trastornos cognitivos de la vejez y la enfermedad del Alzheimer,

utilizando drogas que incrementan la actividad de las neuronas colinérgicas del cerebro anterior y que se proyectan a la corteza cerebral y al hipocampo (Bentosela & Mustaca, 2005).

Actualmente el DCL aún no tiene un tratamiento específico. Los antioxidantes, principalmente la vitamina E o selegilina, o ambos, dado que los dos tienen un resultado parecido, estas sustancias ofrecen un efecto neuroprotector en EA (Fontan, 2012).

Hoy por hoy, el tratamiento farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer se efectúa en base al hecho fisiopatológico de la reducción de acetilcolina cortical. Se utilizan inhibidores de la acetilcolinesterasa central (donepecilo, rivastigmina y galantamina), que permiten un mayor tiempo de acción de la acetilcolina en la sinapsis.

Dichos fármacos optimizan la funcionalidad y las actividades de la vida diaria, así como también aspectos conductuales de la enfermedad, retardando su aparición y logrando reducir su intensidad, lo cual resultaría en una mejoría de la calidad de vida del paciente y del cuidador, de modo tal que ayudaría a no sobrecargarlo a este. La mejoría de los trastornos cognitivos es moderada. Con la llegada de los inhibidores de la acetilcolinesterasa central, se produjo un claro cambio clínicamente hablando de la evolución de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, consiguiéndose una mayor inserción de estos sujetos enfermos en las actividades de la familia y el hogar, observándose una disminución de los trastornos conductuales (Fontan, 2012).

Se han observado efectos beneficiosos en la memoria de mujeres posmenopáusicas que realizaban una estrógeno terapia. La prevalencia de EA es significativamente menor en mujeres con terapia hormonal sustitutiva, y que aquéllas que ingieren sexoesteroides tienen un riesgo menor de desarrollar la enfermedad o la presentan en edad más tardía y con menor severidad. El uso de estrógenos en la EA se ha visto limitado debido a sus efectos adversos como carcinoma uterino, feminización en hombres, etc., a pesar de poseer un efecto neuroprotector (Libre Rodríguez & Guerra Hernandez, 1999).

3.3.2 Intervenciones de las manifestaciones conductuales

A nivel conductual, se ha podido observar el efecto preventivo y curativo de la práctica, lo que resultó en el desarrollo de programas de estimulación cognitiva para los

adultos mayores con el fin de minimizar el impacto del envejecimiento y enfermedades asociadas, tales como el Alzheimer (Bentosela & Mustaca, 2005).

Para llevar a cabo intervenciones para las manifestaciones conductuales se debe tener en cuenta el grado de distrés y del riesgo de los pacientes y cuidadores. En los casos en que el paciente u otras personas estén en peligro es cuando se precisa de un tratamiento farmacológico. Existen algunos síntomas como la agitación, la ansiedad, el insomnio, la agresividad, la confusión, discomfort físico, hambre, constipación, medicación inadecuada, cambios en el entorno familiar que pueden deberse a una enfermedad clínica, por lo tanto es de suma importancia una correcta evaluación médica.

Los antipsicóticos más utilizados incluyen la tioridazina, el haloperidol, la clorpromacina y los agentes más recientes como la clozapina y la risperidona. Se necesitan más estudios y experiencia clínica para su uso en la población geriátrica y demencial, con medicamentos como la clozapina, el sertindole y la quetiapina.

Las benzodiazepinas pueden tener más alta probabilidad de efectos colaterales y más baja probabilidad de beneficios que los antipsicóticos, aunque pueden ser de ayuda tratando la agitación en aquellos pacientes en que la ansiedad es prominente. Otros agentes recomendados incluyen la carbamazepina, trazadona, buspirona, inhibidores de la recaptación de serotonina y los betabloqueadores como el propranolol (Llibre Rodríguez & Guerra Hernandez, 1999).

3.3.3 Intervenciones no farmacológicas- Estimulación cognitiva

Actualmente se puede encontrar una amplia gama de intervenciones no farmacológicas dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y apaciguar los problemas conductuales de los pacientes con demencia. Según Ballard et al., (2001), (como se cita en Yanguas Lezaun et al., 2007), cabe señalar que algunas de ellas se solapan y que raramente se utiliza solo una de ellas en el abordaje integral del paciente con demencia.

Para mejorar el desempeño cognitivo en pacientes con deterioro cognitivo leve existen intervenciones no farmacológicas como la estimulación de las funciones mentales superiores a través del entrenamiento y ejercitación de capacidades específicas, esta estimulación cognitiva también favorecería a enlentecer la evolución hacia una posible demencia, por lo tanto sería necesario tenerlo en consideración. Este tipo de intervención

tiene como objetivo modificar la estructura de funcionamiento y el rendimiento en una función cognitiva específica, a través de la repetición de ejercicios adaptados a las necesidades de cada paciente (Demey & Allegri, 2010).

3.3.3.1 Talleres de entrenamiento de la memoria

Este tipo de talleres pueden ser de gran utilidad para sujetos sin alteraciones cognitivas y funcionales significativas, más bien alteraciones de la memoria relacionadas con la edad, así como también para aquellas con DCL. Dichos talleres tienen como objetivo la mejoría en el rendimiento, la prevención de posibles deterioros y el mantenimiento de la memoria como proceso residual en el anciano. Se realiza de manera individual o en grupo técnicas para el aprendizaje y el manejo de estrategias de memoria como la categorización, visualización y asociación.

Los pacientes con deterioro cognitivo moderado también pueden beneficiarse con talleres de memoria más específicos para este grado de deterioro, como por ejemplo la facilitación de la codificación y la recuperación de la información, se emplea diversidad de códigos (emocionales, semánticos, motores) en el almacenamiento y posterior recuperación de la información. Asimismo se ofrece la recuperación espaciada, en la cual se trata de hacer recordar al paciente una determinada información en intervalos de tiempo cada vez más largos, dicho ejercicio estaría relacionado con la memoria implícita. Esta técnica de recuperación espaciada favorece a mejorar el aprendizaje de nombres de objetos, asociaciones de nombre-cara y objeto-lugar (Diaz Barrientos & Sosa Coronado, 2010).

También dentro de estos talleres se cuenta con estrategias y técnicas para disminuir los olvidos cotidianos. Entre estos ejercicios están los dirigidos a la memoria prospectiva, la memoria retrospectiva y las acciones automáticas. Son muchos los ejercicios que existen para la estimulación cognitiva, pero particularmente en los dirigidos a la memoria se encuentran las adivinanzas, los ejercicios de completar frases, la descripción de objetos, el reconocimiento de personas, entre otros. De todas maneras hay otros procedimientos más específicos diseñados para fenómenos más concretos, entre ellos, la técnica de recuerdo de nombres, la cual trata de que el adulto mayor pueda registrar, retener y evocar los nombres de las personas (Diaz Barrientos & Sosa Coronado, 2010).

3.3.3.2 Terapia Ocupacional

Se ofrecen diferentes actividades destinadas a adultos mayores con deterioro cognitivo leve así como también para aquellos pacientes con demencia, se trata de mantener las actividades de la vida diaria que son aquellas que facilitan la independencia y la autonomía de la persona mayor. Los adultos mayores y particularmente, las personas mayores con demencia, ven mermadas sus capacidades de autocuidado, por lo que, se llevan a cabo programas centrados en la reeducación de dichas actividades (Delgado Losada, 2001).

También forma parte de la terapia ocupacional los ejercicios de psicomotricidad, la cual es una técnica corporal que posibilita desarrollar capacidades motoras, psíquicas y sociales, a través del cuerpo y el movimiento, lo cual favorece la autonomía e independencia. Asimismo incluye programas de musicoterapia, así como también de manualidades que favorecen la coordinación y la movilidad de miembros superiores, combatir la soledad y el aburrimiento. La residencia tiene la responsabilidad de tratar de mantener la actividad física y mental de los pacientes, brindando múltiples actividades programadas, con fines sociales y culturales, para combatir la soledad, el aislamiento y la inactividad situaciones tan frecuentes en las personas mayores institucionalizadas (Delgado Losada, 2001).

La intervención no farmacológica en el campo de las demencias parte de la capacidad plástica del cerebro, conocida como neuroplasticidad. La neuroplasticidad se define como la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión. Recientes investigaciones ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente, si bien en menor intensidad (Boada Rovira, Domènech, Llorente, Morera & Tàrraga Mestre, 1999).

3.3.3.3 Método Montessori

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, en los hogares para adultos mayores se ofrecen actualmente algunos métodos de intervención especialmente diseñados para el trabajo con estos pacientes, un ejemplo es el Método de Intervención Cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo grave basado en las Actividades del Método Montessori, adaptado por Cameron Camp, basándose en las actividades creadas por Maria Montessori para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales (Buiza Bueno, Etxeberria, & Yanguas Lezaun, 2005).

La filosofía de Montessori era que el problema no está en el que aprende, sino en el que enseña, que no se adapta adecuadamente a las necesidades y características individuales del aprendiz. A partir de esta teoría se realizó una adaptación, la cual se utilizó para crear el Método Montessori para Personas con Demencia. Los objetivos de esta intervención consisten en: proveer a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de AVD básicas, proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente, y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales (Buiza et al., 2005).

Según Boada Rovira et al., (1999) se favorecen las relaciones intergrupales para facilitar la cohesión del grupo y la preocupación por el otro, asimismo también surgen reacciones de exclusión y rechazo como ocurre en la sociedad. El utilizar con habilidad la aprobación afectuosa y la capacidad de imitación del paciente favorece la respuesta positiva y elimina su inhibición ante las dificultades surgidas por la tarea propuesta.

El objetivo principal del taller de psicoestimulación cognitiva es la recuperación o mantenimiento de las funciones mentales superiores.

Este tipo de actividades ha proporcionado a gran número de pacientes, funciones cognitivas y capacidades instrumentales que habían sido olvidadas por el desuso. Su descubrimiento les otorga momentos de gran satisfacción, fundamentalmente, al propio sujeto, y refuerza el grado de autoestima. La evaluación neuropsicológica puede orientar acerca del grado de conservación de una determinada función pero tiene la dificultad de no poder distinguir lo perdido de lo olvidado (Boada Rovira et al., 1999).

Para alcanzar estos objetivos se realiza una intervención que puede ser en formato

grupal o individual como se dijo anteriormente, en la que se trabajan actividades muy procedimentales, mediante las que se proporciona a los participantes estimulación cognitiva adaptada a su nivel, y realizada de una manera que no les resulta artificial, puesto que son tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria, y utilizando siempre materiales de uso cotidiano (Buiza et al., 2005).

Se llevan a cabo tareas en las cuales se trabajan las funciones cognitivas de acceso a las palabras, el lenguaje verbal y la lecto-escritura, la imaginación visual, los conocimientos semánticos adquiridos, la orientación temporoespacial, el reconocimiento, la memoria autobiográfica y la memoria actual, el razonamiento, clasificación, relaciones y seriaciones y cálculo, a través de ejercicios grupales e individuales conforme a los diferentes niveles. Por medio de un buen clima se consigue una actividad y atención mantenidas, la cual facilita la interacción entre los miembros. Es de gran importancia la validación de cada sujeto mediante el reconocimiento de sus logros o intervenciones y minimizando sus fallos, lo que refuerza y anima, positivamente, una ulterior participación (Boada Rovira et al., 1999).

Se tiene como finalidad ejercitar las capacidades cognitivas que todavía se preservan con objetivos que tengan significado para el paciente, las actividades de Montessori están diseñadas con una metodología abierta, no hay punto final. A medida que los pacientes se empiezan a familiarizar con el material, el procedimiento y los principios involucrados en estas actividades, se espera que los profesionales que estén a cargo de preparar la intervención sean capaces de crear ejercicios adicionales que puedan ser significativos para los pacientes que cuidan (Camp, 1999).

La diferencia entre éste y otros tratamientos no farmacológicos es que Montessori se basa en actividades útiles para la vida diaria, algunos de los principios más importantes de este método son la utilización de materiales de la vida real, progresa de lo simple a lo complejo, progresa de lo concreto a lo abstracto, permite el aprendizaje para progresar en una secuencia. Idealmente esto ocurre con la observación, seguida del reconocimiento y después con el recuerdo o con la demostración (Yanguas et al., 2007).

Las intervenciones no farmacológicas dirigidas a personas que padecen una demencia, deberían integrar tanto actividades de estimulación cognitiva como la posibilidad de poder interactuar de manera satisfactoria con su entorno físico y social. Hay que tener en

cuenta que las personas que padecen este trastorno son primero que nada, personas incluso aquellas que presentan alteraciones de la memoria y gran déficit cognitivo tienen necesidades básicas como la necesidad de sentir la valía personal, la necesidad de expresar los propios pensamientos y sentimientos, la necesidad de tener sentimiento de pertenencia, de realización y de también de poseer una rutina. No se debe desechar la idea de que muchos de los problemas de comportamiento asociados a la demencia pueden ser el vestigio de la incapacidad de los pacientes para satisfacer esas necesidades básicas (Camp, 1999).

De esta manera queda expuesta la gran labor profesional del psicólogo, el trabajador social y el terapeuta ocupacional en los distintos programas de intervención cognitiva. Así como también es de suma importancia mencionar el trabajo en equipo por parte de los diferentes profesionales involucrados en el compromiso de ofrecer una buena atención a las personas mayores que viven en residencias (Delgado Losada, 2001).

4.Método

4.1 Participantes

Se trabajó con 18 participantes de ambos sexos que asisten a los tres talleres seleccionados, dichos participantes padecen algún grado de deterioro cognitivo, cuya franja etaria es de 75 a 90 años.

Además, se trabajó puntualmente con 3 participantes de sexo femenino, cada una con distinto grado de deterioro cognitivo (leve, moderado y grave), cuya edad ronda entre los 75 y 90 años (Caso Natalia, Caso Matilde, Caso Mazcda). Para mencionar a dichas participantes se han utilizado nombres falsos para preservar la identidad de las pacientes.

4.2 Instrumentos

Se realizó una observación participante de tres de los talleres ofrecidos en la institución y se observó la manera de trabajar de las terapistas ocupacionales, su abordaje a los residentes que participan de las actividades, sus reacciones, su capacidad para comunicarse con ellos y llevar a cabo los ejercicios, la capacidad para hacer entender consignas, su lenguaje corporal, las técnicas utilizadas para favorecer el desarrollo cognitivo de los residentes, etc., se observó a las profesionales que ofrecen estos talleres y a

los adultos mayores que concurren frecuentemente a esa actividad, se tomó nota y se llevó un registro de lo observado. A continuación se detallan los ítems trabajados:

- Manera de presentar los ejercicios (consignas).
- Tipo de ejercicios que se presentan.
- Introducción de materiales o no.
- Intervenciones frente a situaciones imprevistas.
- Capacidad de espera (por parte del profesional) de las respuestas de los residentes frente a los ejercicios.
- Si se queda quieto el profesional o si se acerca con frecuencia a cada uno de los integrantes del grupo.
- Lenguaje corporal del profesional hacia el residente (reconocimiento de logros, confianza, etc.).
- Contacto visual con los residentes.

Se utilizaron las historias clínicas de tres pacientes, cada uno con distinto grado de deterioro cognitivo, para dar cuenta de sus diferencias y evoluciones (ver Anexo 2).

También se hizo una entrevista semiestructurada con una de las coordinadoras de los talleres, en la cual se indagó sobre los objetivos de los talleres, en que consisten y cuales son los resultados que se esperan; y otra con la directora de servicios sociales en la cual se profundizó sobre el funcionamiento de la institución, los distintos grados de deterioro cognitivo con los que trabajan así como también el abordaje interdisciplinario del mismo (ver Anexo 1).

4.3 Procedimiento

El procedimiento fue de recolección de datos, primero se realizó la observación participante, se acudió una vez por semana a cada uno de los tres talleres seleccionados, por una hora, durante tres semanas, mientras duró la pasantía.

Luego se efectuaron las entrevistas semiestructuradas tanto con la coordinadora de los talleres como con la directora de servicios sociales, se acordó un día y hora para realizar dichas entrevistas, con una duración de 30 minutos cada una.

Y por último se consultaron las historias clínicas de tres pacientes para dilucidar las diferencias de los distintos grados de deterioro cognitivo de cada uno; para tal propósito se cotejaron los resultados de los diversos tests que se les administraron a dichos pacientes en la institución al momento de su ingreso.

4.4 Tipo de diseño

Descriptivo- Análisis de casos.

5. Desarrollo

Para el desarrollo del primer objetivo que consiste en describir el trabajo interdisciplinario en el abordaje del deterioro cognitivo en adultos mayores en el Hogar, se utilizó la entrevista realizada a la directora de servicios sociales y también la entrevista efectuada con la coordinadora de Terapia Ocupacional. Asimismo para llevar a cabo el desarrollo de la descripción de las técnicas de estimulación cognitiva (segundo objetivo), se emplearon registros de observaciones de tres talleres grupales, cada uno corresponde a cada tipo de deterioro cognitivo de los residentes (leve, moderado y grave) y además se extrajo parte de la entrevista con la coordinadora de Terapia Ocupacional. Y por último, para desarrollar el tercer objetivo, en el cual se describen los distintos grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en la institución, se utilizaron tres historias clínicas de tres pacientes que están diagnosticadas cada una con un diferente grado de deterioro cognitivo.

5.1 Descripción del abordaje interdisciplinario del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados

Para dar cuenta del abordaje interdisciplinario del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados, se realizó una entrevista a la directora de servicios sociales. En la misma señalaba que, en cuanto a profesionales, cada sector está compuesto por enfermería, médicos y servicios sociales. El área médica tiene una directora, un coordinador y ocho médicos de cabecera que son los médicos que se asignan a la residente cuando ingresa. Dichos profesionales son los encargados de llevar a cabo el seguimiento clínico del paciente. Además, la institución cuenta con varios médicos de guardia. Las

guardias son en concepto de 12 horas, no de 24 horas, a fin de evitar el cansancio y para que exista una mayor predisposición por parte de los profesionales a cargo.

El área de enfermería está compuesta por una directora y varias supervisoras, debido a que estas últimas hacen el seguimiento de los pacientes. En todos los office hay una enfermera diplomada y los que la ayudan son asistentes. Cabe señalar que cada sector cuenta con su respectivo office, el cual es un espacio en el que trabajan las enfermeras y sus asistentes.

Yanguas Lezaun et al. (2007) plantean que la tarea del manejo de la Enfermedad de Alzheimer (EA) es sumamente complicada y requiere un abordaje interdisciplinario (que involucra a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y representantes legales entre otros) además necesita ser individualizado. Al entrevistar a la directora de servicios sociales, ella indicaba que trabajan por office, en cada office hay uno o más médicos de cabecera, también disponen de una encargada de office a la mañana y otra por la tarde. Por cierto, también cuentan con una persona de servicio social que puede ser un psicólogo o trabajadora social. Estas figuras forman parte del trabajo interdisciplinario básico y son las que conectan con los demás profesionales, ya sea con los nutricionistas, los kinesiólogos, etc. Por lo tanto, es a partir de esta acción interdisciplinaria que se puede observar el bienestar del residente.

Respecto al psiquiatra, éste es el encargado del tratamiento farmacológico, como sostienen Bentosela y Mustaca (2005) se han desarrollado terapias farmacológicas para los trastornos cognitivos de la vejez y la enfermedad del Alzheimer, utilizando drogas que incrementan la actividad de las neuronas colinérgicas del cerebro anterior y que se proyectan a la corteza cerebral y al hipocampo.

Asimismo la directora señalaba en la entrevista que el tratamiento farmacológico lo decide el médico de acuerdo a lo que le corresponda a cada paciente.

Respecto a lo cognitivo, mencionaba que uno de sus abordajes sería la estimulación cognitiva y ambiental. Entre los profesionales que se desempeñan en el servicio social, aparte del psicólogo y el trabajador social, existe una figura en el medio que es el acompañante terapéutico. Este es quien contiene y orienta al paciente, el que circula y lleva a hacer las actividades a los residentes.

Asimismo se ofrecen actividades específicas como los talleres de memoria y los talleres de estimulación, además se brinda un taller de multiestimulación y otro del Método Montessori. También existen pequeños grupos dirigidos a personas con deterioro de moderado a severo, en los que se trabajan cosas muy básicas o en donde se trata de mantener conectado al residente con lo que éste puede. Incluso se pueden ver beneficiados con estos talleres aquellos sujetos que no se pueden levantar de la cama. En esos casos, las terapistas ocupacionales, entran a las habitaciones y buscan estimularlos de algún modo, ya sea a través del olfato, de lo táctil, con elementos suaves o mismo con la palabra y también mediante la música. Se trata de buscar los recursos para llegar a cada residente inclusive a aquellos que se encuentran en un avanzado estado de deterioro.

De igual manera, la directora de servicios sociales, manifestaba acerca de la importancia de su área, ya que la misma es la imagen que los familiares de los residentes tienen de la institución. Además, mencionaba que ellos son el referente directo, si bien en lo médico se habla con los médicos, en lo global hacía referencia a que son un pilar importante de la institución.

El servicio está formado por trabajadores sociales y psicólogos, también fonoaudiólogas, además cuentan con el área de terapia ocupacional, la cual es extensa e intensiva. Como sostiene Delgado Losada (2001) también forma parte de la terapia ocupacional los ejercicios de psicomotricidad, los cuales favorecen la autonomía e independencia. Asimismo incluye programas de musicoterapia, del mismo modo que de manualidades, que favorecen la coordinación y la movilidad de miembros superiores, que ayuda a combatir la soledad y el aburrimiento.

En la entrevista, la directora describía que son alrededor de 25 personas que están trabajando en toda el área social. Relataba que una de las psicólogas que trabaja en los sectores, también ofrece un taller de terapia ocupacional. Además, en el área social existe un semivoluntariado, que es el counseling, en el cual hay una coordinadora, que tiene a cargo entre 4 o 5 counselors, que hacen desde entrevistas individuales a grupales. De día funcionan cuatro grupos en el esquema de counseling y otro grupo en el esquema de psicología.

También se pudo extraer de la entrevista con la coordinadora de Terapia Ocupacional la definición que ella hacía sobre su labor y decía que tiene que ver con que

son especialistas en las ocupaciones del hombre, un hombre genérico a lo largo de toda su vida, acerca de todo tipo de situaciones que atraviesa su vida. Donde exista una disfunción ya sea por una enfermedad, ya sea adquirida o congénita, que le impida actuar efectivamente con el entorno, hay un lugar de inserción de terapia ocupacional. Esto significa que su labor abarca desde las actividades más básicas de alimentación y de vestido hasta actividades laborales, así como también actividades de asistencia. De igual manera se ocupan de los mayores con cuidados paliativos.

Hoy por hoy se puede encontrar una amplia gama de intervenciones no farmacológicas dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y apaciguar los problemas conductuales de los pacientes con demencia. Según Ballard et al., (2001), (como se cita en Yanguas Lezaun et al., 2007), cabe señalar que algunas de ellas se solapan y que raramente se utiliza solo una de ellas en el abordaje integral del paciente con demencia.

5.2 Descripción de las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas en la institución

El área de Terapia Ocupacional es la encargada de ofrecer diversos talleres y actividades a los residentes, en la entrevista con la coordinadora de Terapia Ocupacional, ella hacia mención de la existencia de 44 talleres semanales de los cuales 3 estarían pensados para las personas con mayores capacidades. También ofrecen un taller llamado “La Ventana Creativa” que se dedica a la realización de artesanías y manualidades que se da de lunes a sábados de 9 a 12 hs., asimismo la coordinadora comentaba sobre la existencia del taller elemental, que es de entrenamiento cognitivo y otro donde se ofrece narración con reflexión. Por ende es necesario que las personas que asistan a esa actividad tengan cierta capacidad reflexiva, que puedan prestar atención sostenida, por esta causa es que se apunta a personas con mayores capacidades cognitivas. El resto de los 41 talleres están pensados para las personas con mayores dificultades, dentro de los cuales están los talleres con estimulación basal, de placer-displacer para las personas con mucho compromiso.

Las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas en la institución se podrían dividir en tres grandes grupos, que estarían estrechamente relacionadas con los diferentes grados

de deterioro cognitivo con los que se trabaja en el Hogar, estos serían leve, moderado y grave.

5.2.1 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo leve

Como sostienen Demey y Allegri (2010) para mejorar el desempeño cognitivo en pacientes con deterioro cognitivo leve existen intervenciones no farmacológicas como la estimulación de las funciones mentales superiores a través del entrenamiento y ejercitación de capacidades específicas, esta estimulación cognitiva también favorecería a enlentecer la evolución hacia una posible demencia, este tipo de intervención tiene como objetivo modificar la estructura de funcionamiento y el rendimiento en una función cognitiva específica, a través de la repetición de ejercicios adaptados a las necesidades de cada paciente, tal como se pudo advertir en el registro de observaciones, donde se llevaron a cabo los talleres de memoria para pacientes con DCL. Los ejercicios que se realizaron a estos pacientes constaban de cuentas, sumas, restas, también formaban parte de los mismos las sopas de letras, hacer una lista con palabras que comenzaran con determinada letra así como también completar frases o reconocer imágenes, mencionar su nombre y decir para que sirve. Para tal fin, los residentes requieren de concentración para recordar esa información y de ciertas capacidades cognitivas que le permitan finalizar la actividad, en caso de dificultársele, las profesionales intentaban orientarlos ofreciéndoles pistas para que pudiesen terminar el ejercicio. Generalmente para realizar este tipo de actividades primero se les explicaba de manera grupal que es lo que iban a hacer y luego se procedía a explicar de manera individual la consigna, debido a que cada uno tiene sus propios tiempos de comprensión.

Según Diaz Barrientos y Sosa Coronado (2010) dentro de estos talleres se cuenta con estrategias y técnicas para disminuir los olvidos cotidianos. Entre estos ejercicios están los dirigidos a la memoria prospectiva, la memoria retrospectiva y las acciones automáticas.

Son muchos los ejercicios que existen para la estimulación cognitiva, pero particularmente entre los dirigidos a la memoria se encuentran las adivinanzas, los ejercicios de completar frases entre otros, tal como se puede verificar en el registro de observaciones, en donde se puede apreciar como el profesional leía la primera parte de un

refrán y los pacientes debían recordar como terminaba la frase. Generalmente se utilizaban refranes muy conocidos para todos. En otras oportunidades la actividad consistía en ofrecerles solo la última parte del refrán y lo que debían hacer los pacientes era decir como comenzaba ese refrán. Asimismo se realizaban ejercicios que consistían en describir objetos, se presentaban tarjetas con imágenes de determinado objeto y los sujetos debían reconocerlos, mencionando el nombre de dicho objeto e indicando su utilidad. También se llevaban a cabo actividades de reconocimiento de personas, igual que en el ejercicio anterior, se presentaban imágenes pero en esta ocasión las imágenes eran fotos de personas y tenían que reconocer si la imagen que se les mostraba correspondía a la de un hombre o una mujer y si en dicha imagen la persona parecía estar contenta o enojada.

5.2.2 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo moderado

También se pudo comprobar al momento de efectuar el registro de observaciones con pacientes con deterioro cognitivo moderado la existencia de actividades diseñadas para la ejercitación de la memoria, realizando sumas o restas con dados gigantes, los cuales debían ser arrojados por los residentes y en primer lugar si podían, reconocer y nombrar los números que salían y luego el que podía respondía cual era el resultado de la suma de esos números. No todos los residentes tenían la capacidad cognitiva para realizar el ejercicio pero era importante la labor de las profesionales al momento de alentarlos a que pensarán y se tomaran su tiempo para responder .

Como plantean Diaz Barrientos y Sosa Coronado (2010) los pacientes con deterioro cognitivo moderado también pueden beneficiarse con talleres de memoria más específicos para este grado de deterioro, como por ejemplo la facilitación de la codificación y la recuperación de la información, se emplea diversidad de códigos (emocionales, semánticos, motores) en el almacenamiento y posterior recuperación de la información.

Sumado a esto se pudieron observar actividades que tenían como objetivo el movimiento del cuerpo, como gimnasia con distintos elementos. Algunos ejercicios se llevaban a cabo con unas barras de goma espuma para que no fueran pesadas ni se pudieran lastimar con ellas. También se usaban unas pelotas grandes para ser lanzadas y sujetadas, asimismo utilizaban aros para trabajar la coordinación, los cuales debían ser colocados en

un brazo como si fuera una prenda de vestir, luego hacer lo mismo pero con el otro brazo, además se jugaba con pelotas más pequeñas para ser lanzadas y que entren en un aro más grande para favorecer la coordinación y la fuerza. Otro de los ejercicios era el movimiento de los dedos de las manos para no perder la fuerza de esos músculos que son los encargados de permitirles alimentarse de manera autónoma.

Toda la actividad era presentada por la profesional de manera práctica, ella la realizaba primero y luego ellos la repetían debido a que estos pacientes pueden comprender las consignas de mejor manera si primero las ven y luego las imitan. También cada vez que realizaban los ejercicios correctamente los felicitaban y aplaudían para brindarles confianza. Como plantean Boada Rovira et al. (1999) el utilizar con habilidad la aprobación afectuosa y la capacidad de imitación del paciente favorece la respuesta positiva y elimina su inhibición ante las dificultades surgidas por la tarea propuesta.

Los residentes estaban ubicados en ronda para poder verse los unos a los otros aunque en la entrevista con la coordinadora de Terapia Ocupacional ella comentaba que cada vez se le hacía más difícil trabajar en ronda puesto que la persona al tener que esperar su turno para realizar el ejercicio, pierde toda capacidad de concentración y se torna más difícil conseguir una respuesta favorable. Entonces para ellas la posibilidad de agrupar se les torna cada vez más complicado, por lo tanto están empezando a trabajar más en pequeños grupos. Como plantea Delgado Losada (2001) también forma parte de la terapia ocupacional los ejercicios de psicomotricidad, la cual es una técnica corporal que posibilita desarrollar capacidades motoras, psíquicas y sociales, a través del cuerpo y el movimiento, lo cual favorece la autonomía e independencia.

La residencia tiene la responsabilidad de tratar de mantener la actividad física y mental de los pacientes, brindando múltiples actividades programadas, con fines sociales y culturales, para combatir la soledad, el aislamiento y la inactividad, situaciones tan frecuentes en las personas mayores institucionalizadas.

5.2.3 Técnicas utilizadas para el Deterioro cognitivo grave

Para conocer las técnicas utilizadas en la institución para el deterioro cognitivo grave, se realizó una entrevista con la coordinadora de Terapia Ocupacional, en la misma,

se hacía mención sobre la existencia de dos dispositivos para estimular cognitivamente a estos pacientes, que son “Incrementando destrezas” del Método Montessori. Estos se dan en la sala a la tarde, algunas de esas destrezas son para tratar de mantener y recuperar habilidades presentes, del orden de lo cognitivo, lo físico, de lo relacional. El otro dispositivo fue diseñado para personas con demencia en estadios más avanzados, en el cual la finalidad es tratar de mantener habilidades.

Montessori es una metodología pensada por una italiana, para niños especiales que luego un neuropsicólogo lo adapta para el tratamiento de personas con demencia. Se utilizan materiales conocidos y está relacionado con la manipulación de artículos que le son familiares al sujeto, para recuperar patrones motores. Uno de los postulados de este método considera que siendo asertivo en esa manipulación, se le brinda al individuo la percepción de seguridad y certeza que disminuiría las alteraciones comportamentales. Como sostienen Buiza Bueno, Etxeberria y Yanguas Lezaun (2005) con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, en los hogares para adultos mayores se ofrecen actualmente algunos métodos de intervención como el Método de Intervención Cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo grave basado en las Actividades del Método Montessori.

Algunas de las actividades descritas en el registro de observaciones son el reconocimiento de objetos escondidos, por ejemplo en una caja de cartón llena de harina de maíz (polenta), en la cual había escondido un objeto tal como un cucharón, entonces el sujeto debía primero encontrarlo, luego identificarlo, llamarlo por su nombre y decir para que se utiliza. Algunas veces podían resolver bien la actividad y otras no, eso dependía de cuán avanzado estuviese el deterioro cognitivo del individuo, y de ese modo se realizaban repetidas veces la misma actividad pero con distintos objetos, todos eran objetos conocidos para ellos, que formaban parte de su vida diaria. Tal como plantean Buiza Bueno et al. (2005) los objetivos de esta intervención consisten en: proveer a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas, proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente, y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como mencionaba en la entrevista la coordinadora de Terapia Ocupacional, el material que se utiliza es de uso cotidiano, como cucharas, ropas, flores, para que la persona no se pierda en la exploración de un producto nuevo, completamente diferente a lo que está acostumbrado, tiene que ver con cosas que hacían a las actividades de la vida diaria (AVD).

Entonces, comentaba que al trabajar con individuos con mayor compromiso cognitivo, se sorprendían porque en el prejuicio apresurado que se hace al ver a una persona con deterioro avanzado, ella señalaba que se encontraban con individuos que podían corregir conductas, y que descubrían las potencialidades del sujeto que está detrás del enfermo. Según Delgado Losada (2001) los adultos mayores y particularmente, las personas mayores con demencia, ven mermadas sus capacidades de autocuidado, por lo que, se llevan a cabo programas centrados en la reeducación de dichas actividades.

También se ofrecían ejercicios de estimulación sensorial como reconocer texturas, utilizando materiales suaves como un guante de algodón o un guante exfoliante para sentir una textura áspera y la tarea consistía en reconocer la sensación producida por tal elemento.

Del mismo modo se realizaban actividades de reconocimiento de imágenes, en dicha actividad se ofrecía una foto de un hombre y otra de una mujer, primero debían reconocer el género de los sujetos de la foto pero el objetivo fundamental de la actividad consistía en inventar una historia en voz alta acerca de estas dos personas, basándose en los detalles de las imágenes, ya sea si las mismas expresaban algo, tal como un gesto o si se alcanzaba a ver una lágrima o si se podía ver algo más en la fotografía aparte del rostro de los sujetos. También revestía importancia dejar que imaginaran e inventaran libremente esa historia. Algunos pacientes podían realizar bien el ejercicio pero otros tenían dificultades para narrar una historia o era absolutamente incoherente su discurso. Como sostienen Boada Rovira et al. (1999) se llevan a cabo tareas en las cuales se trabajan las funciones cognitivas de acceso a las palabras, el lenguaje verbal y la lecto-escritura, la imaginación visual, los conocimientos semánticos adquiridos, el reconocimiento, la memoria autobiográfica y la memoria actual, a través de ejercicios grupales e individuales conforme a los diferentes niveles. Es de gran importancia la validación de cada sujeto mediante el reconocimiento de sus logros o intervenciones y minimizando sus fallos, lo que refuerza y anima, positivamente, una ulterior participación.

5.3 Descripción de los distintos grados de deterioro cognitivo de tres pacientes

Para la descripción de los distintos grados de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados, se utilizaron las historias clínicas de tres personas de sexo femenino, en las mismas cada una tiene diagnosticado un grado de deterioro cognitivo diferente. Se aclara que no se utilizaron los nombres reales de las pacientes para la realización de este T.F.I.

Toda vez que ingresa un paciente nuevo a la institución, se le administra una batería de tests, tales como:

- Mini Mental State Examination (*MMSE*) de Folstein (1975) que establece el grado del estado cognitivo del paciente y permite detectar una demencia.
- Addenbroke's Cognitiva Examination (*ACE*) desarrollada por Mathuranath et al. (2000) sirve para la detección y diferenciación de las demencias más prevalentes.
- Escala depresiva geriátrica Yesavage (*GDS*) desarrollada por Brink y Yesavage (1982) utilizada para el tamizaje de depresión.
- Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (*NPI-Q*) adaptada por Kaufer et al. (2000) evalúa síntomas neuropsiquiátricos y su respuesta al tratamiento en pacientes dementes.
- Fichas de evaluación de las ABC de Lawton (1969) para evaluar actividades instrumentales.

Este conjunto de evaluaciones sería lo básico para determinar el grado de deterioro cognitivo de los pacientes, luego, de ser necesario se puede ampliar con otros instrumentos, como por ejemplo el Test del reloj desarrollado por Freeman y cols (1994) que sirve para la detección de trastornos viso- espaciales, semánticos y ejecutivos en pacientes con deterioro cognitivo, esta tarea es llevada a cabo por un equipo de neuropsicólogos, que forma parte de servicios sociales.

La institución está dividida por sectores de acuerdo a las necesidades y el diagnóstico de cada paciente.

Brevemente se hará un recorrido por las tres historias clínicas ofrecidas por la institución para brindar una aproximación de los distintos grados de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.

5.3.1 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo leve (Caso Natalia)

Natalia es una paciente de 90 años, que al ingresar al Hogar fue diagnosticada con deterioro cognitivo leve que como postula Petersen (1999), (como se cita en Lorenzo Otero & Fontán Scheitle, 2003), se refiere a una condición patológica que alude a un déficit cognitivo que distingue al sujeto de sus pares normales. Para llegar a tal diagnóstico una psicóloga del equipo de servicios sociales le administró la batería de tests mencionada anteriormente, la cual arrojó como resultado además del DCL, un coeficiente VL0M que orienta el diagnóstico hacia la demencia de tipo Alzheimer.

Es una paciente con discurso coherente y habla fluente, los aspectos formales del lenguaje permanecen preservados. Presenta desorientación en el tiempo y está parcialmente orientada en espacio y persona. No presenta indicadores de depresión (GDS), ni se observan alteraciones comportamentales (NIP-Q). El minimal Test de Folstein arrojó como resultado un rendimiento deficitario. Según la ficha de evaluación de las ABC de Lawton, es un individuo semidependiente que necesita asistencia moderada. Como sostienen Robles et al. (2002) el individuo que padece DCL, aún posee recursos suficientes como para llevar a cabo sin grandes dificultades, o con mínimas limitaciones, sus actividades diarias instrumentales.

5.3.2 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo moderado (Caso Masza)

Masza es una paciente de aproximadamente 83 años, que fue diagnosticada al momento de su ingreso con deterioro cognitivo moderado, para arribar a tal conclusión se cotejaron los resultados de las baterías de tests administrados en la institución. En el caso de esta paciente el VL0M también orienta el diagnóstico hacia la demencia de tipo Alzheimer (ACE).

Es una persona con discurso coherente y organizado. Habla fluente con aspectos formales del lenguaje preservados. Orientación autopsíquica alterada. Presenta quejas espontáneas acerca de su rendimiento mnésico sin repercusión emocional. Como sostienen

Mias et al. (2007) resulta de gran importancia prestar atención a las quejas de memoria en personas mayores de 50 años. Éstas pueden hacer referencia a una amplia gama de posibilidades incluso cuando no afecten a la vida diaria.

Al mismo tiempo muestra desorientación en tiempo y espacio, déficit en la memoria de trabajo, memoria episódica, memoria anterógrada inmediata, diferida y retrógrada. Así mismo presenta déficit en la recuperación de la información semántica con disociación a favor de criterio fonológico, así como también fallas en la evocación de ítems léxicos. También se observaron alteraciones en el grafismo.

Existen indicadores de depresión (GSD). Presenta delirios (NPI-Q). El minimal Test de Folstein arrojó como resultado un rendimiento deficitario. Según la ficha de evaluación de las ABC de Lawton, es un individuo semidependiente que necesita asistencia mínima. Masza es una paciente que duda al aportar datos sobre su historia previa y de su historia familiar.

5.3.3 Historia clínica de una paciente con deterioro cognitivo grave (Caso Matilde)

Matilde es una paciente de 77 años, que fue diagnosticada con deterioro cognitivo grave, a la cual se le administraron los tests de rutina, los que determinaron su respectivo diagnóstico. Es una paciente de habla fluente, discurso incoherente con ideación delirante y presencia de neologismos. Parcialmente desorientada en tiempo y espacio, en cuanto a la orientación autopsíquica, ésta se encuentra alterada.

En este caso también se le administra a la paciente el Test del reloj (*CDT*) creado por Freeman et al. (1994), por lo tanto figura en la historia clínica el resultado de dicho test, observándose una declinación del conocimiento del código horario y ausencia de planificación. Asimismo también presenta una disminución de la recuperación de información semántica y ausencia de monitoreo (flujo verbal con intrusiones y comentarios inapropiados), déficit en memoria episódica, déficit en pruebas de atención y cálculo (Minimal); dificultades en praxias constructivas; alteración en pruebas de lenguaje: falla en tarea de repetición, comprensión, en lectura comprensiva y en escritura. El minimal Test de Folstein arrojó como resultado un rendimiento deficitario. Según Buiza et al. (2005) existe un deterioro general de todas las funciones, de las cuales en mayor o menor medida se hallan afectadas a nivel cognitivo. Sin embargo, hay todavía un funcionamiento cerebral

al comienzo del deterioro cognitivo grave, el cual posibilita que el sujeto lleve a cabo tareas sencillas y que pueda ser capaz de interactuar algo con el ambiente y con quienes lo rodean.

Según la ficha de evaluación de las ABC de Lawton, es un individuo semidependiente que necesita asistencia moderada. En cuanto a la escala de depresión geriátrica Yesavage no se pudo administrar por bajo status cognitivo.

Dicha paciente presenta delirios, agitación/ agresión, también presenta ansiedad, apatía e irritabilidad. De igual manera se pueden observar alteraciones motoras según el NPI-Q. La paciente logra dar algunos datos sobre su vida personal como edad o cantidad de hijos, sin poder dar nombre de los mismos presentando un discurso delirante.

De este modo se pueden ver los contrastes entre los diferentes grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en la institución.

6. Conclusiones

Para realizar este trabajo se hizo un recorrido por distintas instancias para intentar cumplir con los objetivos establecidos. Para la descripción del abordaje interdisciplinario del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados se realizó una entrevista con la directora a cargo, de la misma y de la teoría que la fundamenta, se puede concluir que es preciso un trabajo en conjunto de los diferentes profesionales de la salud, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeras, acompañantes terapéuticos, médicos y trabajadores sociales, debido a que estos pacientes requieren de un trabajo interdisciplinario y es necesario que éste sea individualizado. El psiquiatra es el responsable del tratamiento farmacológico y como plantean Bentosela y Mustaca (2005) en los últimos años se han desarrollado terapias farmacológicas para tratar el deterioro cognitivo y la EA, también es importante la labor desempeñada por el personal de Terapia Ocupacional, que son los encargados de ofrecerles a los pacientes con deterioro cognitivo diversas actividades de estimulación cognitiva y estimulación sensorial.

En este trabajo solo se hizo foco en algunos de los talleres ofrecidos que eran los necesarios para la descripción de los objetivos propuestos pero existe una amplia oferta de actividades de la cual puede valerse el adulto mayor institucionalizado. Asimismo, el trabajo del acompañante terapéutico le proporciona al paciente contención y asistencia en

todo momento, esta figura está muy presente en la vida de los residentes, además sirve de nexo tanto para el psicólogo como para las enfermeras para brindarles información sobre la salud física o psíquica de los individuos que viven en el Hogar, al mismo tiempo estas últimas van a ser las que le informen al médico sobre cualquier situación fuera de lo habitual.

Por lo tanto el lugar que ocupa cada uno en el abordaje a los pacientes con deterioro cognitivo es sumamente importante e imprescindible y a partir de esta labor en equipo se puede apreciar como resultado el bienestar de los residentes.

Entonces como sostiene Ballard et al.(2001), (como se cita en Yanguas Lezaun et al., 2007), raramente se utiliza un solo tipo de intervención en el abordaje integral de uno de estos pacientes.

En relación a la descripción de las técnicas de estimulación cognitiva observadas en los talleres ofrecidos por la institución que fueron volcados al registro de observaciones, se podría decir que en los mismos se puede dar cuenta de los distintos tipos de ejercicios que se realizan de acuerdo a las necesidades y capacidades cognitivas de cada residente y se los agrupa según ese mismo criterio. Se brinda una gran variedad de talleres de estimulación cognitiva tales como talleres de memoria, con diferentes actividades que van desde cuentas hasta reconocimiento de imágenes, también forma parte de las actividades algunos talleres de movimiento, que sirven para evitar la rigidez de las extremidades y las posturas anormales, así como también se ofrecen actividades que favorecerían a tener una mayor coordinación y ejercitación que les permitiría mantener cierta autonomía en cuanto a su alimentación, o sea poder comer solos, sin o con una mínima asistencia. De igual manera son de suma importancia las técnicas utilizadas para los pacientes con mayor compromiso cognitivo, como ser los talleres del Método de Montessori que tienen una muy buena respuesta por parte de los residentes que concurren habitualmente a los mismos.

Se ha podido observar como se introducen distintos materiales para cada actividad dependiendo del taller y de cual sea el resultado esperado, se cuenta con objetos de uso cotidiano, con los que el paciente se encuentra familiarizado, más allá de cual sea su grado de deterioro cognitivo.

Actualmente existe mucho material teórico que respalda las técnicas utilizadas para los diferentes grados de deterioro cognitivo en el adulto mayor.

En cuanto a la descripción de los distintos grados de deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado, se puede indicar que se ha trabajado con tres historias clínicas, al tener acceso a las mismas se han podido constatar los resultados arrojados por la batería de tests de rutina utilizados al momento de ingreso de los residentes, éstas fueron administradas por el equipo de neuropsicólogos con el que cuenta la institución, donde queda documentado el diagnóstico de estas tres pacientes que se tomaron como ejemplo para evidenciar las diferencias de los distintos grados de deterioro cognitivo.

En dichas historias clínicas quedan expresadas algunas de las capacidades perdidas así como también aquellas que aún permanecen conservadas.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos se podría inferir que los mismos se han podido desarrollar satisfactoriamente pero si se tuviese que hacer una crítica, se podría señalar que para desarrollar el objetivo sobre la descripción de los distintos grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en la institución, se podría haber usado algún otro instrumento que permitiera ampliar la información y de ese modo brindar mayor cantidad de datos sobre esas diferencias, quizás hubiese sido enriquecedor poder presenciar la administración de alguna de las pruebas que se les realiza a los pacientes, ya sea cuando ingresan al Hogar o cuando se hace necesario volver a administrar alguna de las mismas para poder reunir más información sobre la condición del sujeto o para analizar aquello que no queda plasmado en la historia clínica propiamente dicha.

Acerca de las limitaciones de este trabajo, sería necesario mencionar la falta de información acerca del contexto biopsicosocial de los pacientes que fueron utilizados para desarrollar los objetivos, para determinar el estilo de vida y condición previa de esos sujetos antes de ser institucionalizados. Asimismo hubiese sido de gran utilidad disponer de información adicional respecto de la evolución o involución de los pacientes a lo largo de su estadía en el Hogar, ya que de esta manera, el período de tiempo que dura la pasantía solo permitiría hacer un recorte de lo que es el desarrollo de la enfermedad de aquellos pacientes seleccionados para llevar a cabo este trabajo.

Como resultado de lo expuesto, la experiencia personal en el Hogar ha sido plenamente satisfactoria, debido a que fue un primer acercamiento muy parecido a lo que podría ser en un futuro el desempeño profesional, esta aproximación pre profesional ha proporcionado muchos beneficios en cuanto a aprendizaje de lo que es el trabajo en equipo, ya que era fundamental compartir momentos e información con varios profesionales de distintas áreas. También la experiencia dió lugar al conocimiento de lo que es trabajar en una institución con una infraestructura muy grande así como también conocer aspectos de la colectividad judía que son muy interesantes y dejan aprendizajes valiosos. Por otra parte, la pasantía ha ofrecido la posibilidad de trabajar con casos reales y tener acceso a conocer a esas personas que están detrás de las historias clínicas, ponerse en contacto con la fragilidad del adulto mayor y ofrecerles la ayuda que sea necesaria. No obstante, la experiencia también permitió estar en contacto con personas que aún conservaban sus capacidades cognitivas y era muy placentero mantener un diálogo con ellas, ya que se notaba la necesidad que tenían de hablar con alguien y compartir sus experiencias con las pasantes que estaban presentes. El cariño ofrecido por aquellos sujetos añosos hizo de la práctica una experiencia reconfortante.

Sumado a esto también es importante destacar como los profesionales brindaban su ayuda para que las personas que estaban realizando una pasantía pudieran contar con las herramientas necesarias para abordar a los residentes, ya sea contando la historia de determinado individuo con el que se debía trabajar o enseñando estrategias de intervención ante determinadas circunstancias.

De la misma manera es primordial resaltar la libertad e independencia con la cual la institución permitía a los pasantes manejarse dentro del Hogar, siendo siempre el respeto la base para tratar a los adultos mayores que residían en dicha institución.

El Hogar cuenta con muchos residentes, por lo tanto también cuenta con muchos empleados para abarcar la demanda, sin embargo una de las cosas que se pudo observar durante la práctica fue que debido al crecimiento del ingreso de los pacientes, pareciera necesario que contaran con más personal para que los empleados que trabajan en las distintas áreas no se vieran sobrecargados y al mismo tiempo los sujetos que viven en el hogar se vieran favorecidos por un incremento del personal que los asiste.

Otra cuestión que amerita que se la mencione es la atención y dedicación brindada tanto a los propios adultos mayores como a los pasantes que concurren durante el cuatrimestre a la institución.

Respecto a futuras líneas de trabajo, reviste importancia el desarrollo de nuevos instrumentos que permitan medir y detectar desde edades tempranas las variables relacionadas con el deterioro cognitivo y su posible evolución hacia una demencia.

Las investigaciones sobre esta problemática son fundamentales, debido a que se torna necesario conocer más sobre esta enfermedad para poder tener las herramientas necesarias para poder abordarla más precozmente y de este modo obtener mayor claridad sobre este fenómeno tan complejo.

A modo de cierre se puede decir que el tiempo dedicado a realizar la pasantía sirvió no solo para poder terminar este trabajo sino también para el crecimiento personal y ver la profesión desde otra perspectiva.

7. Referencias Bibliográficas

- Alonso Galvan, P., Sansó Soberats, F., Diaz Canel Navarro, A., Carrasco Garcia, M. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33 (1) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4th ed. Washington D.C.
- Bentosela, M. & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*. 22 (2) 211-235. Recuperado de : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272005000200005&script=sci_arttext

- Binotti, P., Spina D., De la Barrera, M. & Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Rev. chil. neuropsicol.* 4 (2), 119-126. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314913005>
- Boada Rovira, M., Domènech, S., Llorente, A., Morera, A. & Tárraga Mestre, L. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Buiza Bueno, C., Montorio Cerrato, I. & Yanguas Lezaun, J. (2006). Intervenciones en deterioro cognitivo grave. *Revista Española Geriatria Gerontológica*, 41(2), 42-48. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/articulo/intervenciones-deterioro-cognitivo-grave-13110089> doi: 10.1016/S0210-5705(09)71003-9
- Buiza Bueno, A., Etxeberria, I. & Yanguas Lezaun, J. (2005). *Deterioro cognitivo grave*. Recuperado de: <http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/buiza-deterioro-01.pdf>
- Camp, C. (1999). *Montessori-Based Activities for Persons with Dementia: Volume 1*. Beachwood, OH: Health Professions Press.
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga-Maya, L., Segura-Cardona, A., Ordoñez-Molina, J. & Osorio-Gómez, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Revista de Salud Pública*. 12(3), 414-424. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642010000300007&script=sci_arttext <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000300007>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linare, U. & Bendezu, L. (2012). Deterioro cognitivo leve. ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *An. Fac. med.* 73 (4), 321-330. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37925427009>
- Delgado Losada, M. (2001). Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*. 14, 323-339. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=268657>

- Demey, I. & Allegri, R. (2010). Intervenciones Terapéuticas Cognitivas en el Deterioro Cognitivo Leve. *Vertex rev. Arg. De Psiquiat.* 21 (92), 253-259.
- Díaz Barrientos, E. & Sosa Coronado, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *Medisan.* 14 (6), 838-849. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n6/san15610.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). La gerontología positiva. *Revista multidisciplinar de Gerontología.* 10 (3), 143-145
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas.* 1, 27-38.
- Fernandez-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. & Zamarrón, M. (1999). *Qué es psicología de la vejez?*. Madrid: Morata.
- Fontan, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina,* 7 (1), 34-43.
- García Otero, M., García Otero, M., García Portela, R. & Taño Lazo, L. (2010). Salud funcional y enfermedades generales asociadas en ancianos. *Ciencias Médicas.* 14 (1) 128-137.
- Gutierrez, J., Linares Abad, M. & Grande Gascón, L. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia.* 8 (36). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>
- Lapunte, F. & Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neurológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología.* 14 (1), 27-43.
- Llibre Rodriguez, J. & Guerra Fernandez, M. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. *Rev. Cubana Med.* 38 (2), 134-42. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000200007
- Lorenzo Otero, J. & Fontán Scheitler, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer: El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev. Méd. Urug.* 19 (1), 4-13. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952003000100002
- Losada Baltar, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la

- intervención. Recuperado de:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L. & Gutiérrez-Robledo, L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública México*. 49 (4), 475-81. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>
- Mías, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A. & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: Estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44 (12), 733-738.
- Mishara, B., & Riedel, R. (2000). *El proceso del envejecimiento*. (3 ed.). Madrid: Morata.
- Molinuevo Giux, J. (2007). *El deterioro cognitivo leve*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M., Figuera, L., Labad, A. & Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: Tipologías y evolución. *Psicothema*. 17(2), 250-256. Recupero de:
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3095>
- Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1998). *Desarrollo humano*. (4 ed.). Bogotá: Limusa.
- Peña y Lillo Lacassie, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. *Rev GPU*. 8 (2), 192-194.
- Petersen, R., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J., Rabins, P., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58(12) 1.985-1.992
- Robles, A., Del Ser, T., Alom, J. & Peña Casanova, J. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología* 17(1), 17-32.
- Rojas Ocaña, M., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C. & Rodríguez Rodríguez, J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 17 (1), 8-23. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2006000100002>
- Rosselli, M. & Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurol Colomb*. 26 (3), 59-68.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires:Paidós

Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: Fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*. 51 (8), 471-80.

Yanguas Lezaun et al. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-modelo-01.pdf>

Anexo 1-Entrevistas-

Entrevista a la Directora de Servicios Sociales

1-Qué es Ledor Vador?

La residencia es un hogar, que pertenece a la comunidad judía, que abrió hace 6 años, con la idea de, digamos, había otro hogar comunitario que estaba en la provincia y bueno se decidió en realidad, abrir un lugar en la capital, evaluando las necesidades gerontológicas actuales, donde bueno los mayores estén cerca de su familia, estén cerca de donde vivieron toda su vida, entonces por eso, si bien no es que se trasladó porque es otra institución, sino que se decidió que en lugar de que sea en el Gran Buenos Aires, que sea en Capital en un lugar accesible, es uno de los criterios importantes, fue muy cuidadosamente planificado y otro de los criterios que tiene que ver con el nombre de la Institución que es Ledor Vador que es de generación en generación, entonces nosotros ponemos mucho énfasis en el tema del contacto con otras generaciones, es una institución abierta, en el sentido que no hay horario de visita, hay actividades que son abiertas a la comunidad, todos los domingos hay un espectáculo que puede venir cualquier persona de la comunidad, toda persona puede entrar y salir, tratamos de tener criterios más de vivienda y no asilar, no en el sentido de asilar.

2-Cómo está compuesta la Institución (residentes y profesionales)?

Bueno, luego en relación a la primera parte que es Ledor Vador, lo que ahí faltaría es, bueno que nosotros tenemos alrededor de 320 residentes, con todos los niveles de discapacidad y necesidad de asistencia, digamos desde gente independiente y cognitivamente bien a gente que está con enfermedades más avanzadas. También tenemos cuidados paliativos, toda la gama de posibilidades de atención, después tenemos médicos 24 hs. y un sistema de especialidades también dentro de la institución tratando de cubrir lo máximo posible para que no se tenga que derivar, eh, cual era la pregunta que me hiciste?

-Cómo está compuesta la institución, residentes, profesionales y cuál es el objetivo de la institución?

Bueno en cuanto a residentes es lo que te dije y viven por sectores, la idea es que la institución este dividida en alrededor de siete sectores, que tienen que ver con los distintos niveles cognitivos y a veces de necesidad médica porque hay un sector de cuidados especiales que ahí no pasa por el deterioro cognitivo sino más por una cuestión aguda o crónica más complicada médica. En cuanto a profesionales, el área existencial, está compuesto por enfermería, médicos y servicios sociales. El área médica tiene, hay una directora, un coordinador, hay ocho médicos de cabecera que son los médicos que se asignan a la residente cuando ingresa que es el que hace el seguimiento clínico, y al lado otros tantos de médicos de guardia, las guardias son en concepto de 12 horas, no de 24 horas, justamente para evitar el tema del cansancio y la mayor disponibilidad, en enfermería tenemos una directora y varias supervisoras porque de día tenemos cuatro, a la noche tenemos otra, noche por medio, otra de fin de semana, porque son las que hacen el seguimiento, cuatro, seis, siete, que hacen el seguimiento en los office, después en todos los office se trata de una enfermera diplomada y los que la ayudan son asistentes, por lo general están cursando enfermería, todo personal con formación en el área de enfermería.

3-Bueno, las áreas me las acabas de contar y los elementos con los que cuenta la institución para poder atender a estos pacientes?

Hay consultorios de odontología, en cuanto a estudios y eso no hay mucho más, porque en realidad nosotros derivamos o pedimos asistencia a domicilio, como puede ser un análisis de sangre o una radiografía de emergencia. Si tenemos desfibrilador, electrocardiograma, las cuestiones más básicas de enfermería y bueno el desfibrilador sería ya algo más complejo para cuestiones muy agudas, cuestiones de emergencia, pero no tenemos digamos en ese sentido nos distinguimos de lo que es un sanatorio, no es un sanatorio. Lo que si hacemos nosotros por ahí es colocar suero, lo que es alimentación. -Claro porque eso corresponde a lo que es enfermería.

4-Cuáles son los distintos grados de deterioro cognitivo con los que se trabaja en el hogar?

Hay gente que no tiene tanto deterioro y viene por una cuestión funcional, una necesidad funcional y falta de una estructura familiar que lo sostenga, en realidad el criterio de internación de ingreso es la fragilidad, que puede pasar por lo cognitivo o por lo

funcional o por lo familiar-social cuando no hay familia o no hay medios económicos, entonces tenemos desde gente que no tiene deterioro cognitivo pero tiene una dependencia funcional y hay por deterioro cognitivo global, leve, moderado, severo, demencias, ACV, rehabilitación por ACV, hacemos rehabilitaciones también de fracturas, que más tenemos? Digamos, lo único que nosotros no aceptamos acá básicamente son patologías psiquiátricas agudas, si en lo psiquiátrico está compensado podemos abordarlo pero en agudos no porque es una comunidad muy abierta y generaría conflicto con los residentes y además para la seguridad de la persona, del enfermo y de nosotros, de agudos nada.

5-Qué evaluaciones se realizan para determinar el diagnóstico de los pacientes?

Lo hacen las psicólogas, tenemos un equipo de psiconeurólogos, que son cuatro, donde usando una batería de tests, si querés te lo puedo buscar pero usa obviamente el mini-mental, toma el Addenbrokes Cognitiva Examination, la escala depresiva geriátrica Yesavage, el NPI-Q, las fichas de evaluación de las ABC de Lawton, esto es como la básica, después puede ampliarla un poquito y esos informes se hacen a la semana de ingresar y después se reevalúa de acuerdo a la necesidad. Si no hay ningún motivo no se lo reevalúa pero si hay alguna cuestión poco definida si.

6-Cómo se divide la institución en relación a los distintos grados de deterioro cognitivo?

Tiene que ver con las necesidades sociales y de intercambio porque la verdad es que a veces puede haber personas, cuando haces una evaluación vivienda tiene que ver más con una evaluación clínica lo que hacemos más que la otra, la otra que es mucho más exacta es el de lo semántico, lo fonológico y algunos más a veces, cuando hay alguna duda. Es más clínica, lo que nosotros miramos en eso, es porque a veces puede haber alguien con un deterioro cognitivo más bien moderado pero conserva muy bien lo social, no sé si vos conoces a Frida G., una señora de 102 años, que en lo social y en mental tiene muchos recursos y entonces se la ve muy bien, pero cuando vos le haces la evaluación da un déficit moderado, es decir que en lo cotidiano o en la relación con los otros hace cierto ruido por ese deterioro moderado pero cuando vos hablas con ella está fantástica y tiene lo mental muy conservado, entonces bueno, esas son las cosas finas que nosotros evaluamos, porque el deterioro tiene muchas facetas que dependen mucho de la personalidad de base, si tiene

trastorno conductual o no, no es solamente si da leve, moderado o severo, también está lo conductual, si hay una enfermedad de base.

7-Cuál es el abordaje interdisciplinario?

Nosotros trabajamos por office, en cada office hay uno o más médicos de cabecera, después hay una encargada de office a la mañana y una encargada de office a la tarde y una persona de servicio social que puede ser un psicólogo o trabajadora social, esas figuras son el trabajo interdisciplinario básico y son las que conectan con las demás, con nutricionistas, con kinesiología, donde a partir de esa acción interdisciplinaria vemos el bienestar del residente, a veces aparece el psiquiatra pero queda más de la mano del médico.

8-Cuál es el tratamiento que reciben los pacientes de acuerdo al deterioro cognitivo diagnosticado? (Tratamiento farmacológico, que toman. No farmacológico, que técnicas utilizan)

El tratamiento farmacológico lo decide el médico de acuerdo a lo que le corresponda, en general con lo cognitivo no hay mucho salvo en las etapas iniciales con lo cual después estimulación y ambiental en el sentido de la comprensión, la orientación, nosotros en el servicio social aparte del psicólogo y trabajador social hay una figura en el medio que es el acompañante terapéutico, que es quien contiene y orienta, el que circula y lleva a hacer las actividades, entonces esto es lo que tiene que ver con el abordaje de las personas con deterioro, después hay actividades específicas que son los talleres de memoria y los talleres de estimulación, hay uno de multiestimulación y otro del método Montessori, hay estos grupitos chiquitos para deterioro de moderado a severo, donde se trabajan cosas muy básicas o se trata de mantener conectado al residente con lo que puede, incluso hasta aquellos que no se levantan de la cama, las terapistas ocupacionales entran a las habitaciones y buscan estimularlos de algún modo, ya sea a través de los olores, a través de lo táctil, con elementos suaves o la palabra, hablarle o la música, busca los recursos para llegar a cada residente incluso en los estados más avanzados del deterioro.

9-O sea que con estos talleres pueden mejorar su condición, su calidad de vida, esas son las cosas que pueden ofrecer.

Mejorar la condición no, el deterioro cognitivo no mejora, si puede mejorar la calidad de vida, el deterioro cognitivo es algo que lamentablemente avanza, lo que podemos hacer es que avance más lentamente y que avance con mayor satisfacción, digamos, con menos angustia. Estos talleres apuntan a eso, lo que resulta en una calidad de vida, pero lamentablemente no es reversible.

10- Para finalizar, hay algo más que te gustaría agregar.....

Bueno, me olvidé de servicios sociales como está integrado, servicios sociales en esta institución es considerado muy importante porque significa la visión de toda la institución a la familia, somos el referente directo, si bien en lo médico hablan con los médicos pero en lo global somos la carga de la institución, nuestro servicio está formado por trabajadores sociales y psicólogos, bueno fonoaudiólogas, toda la parte de terapia ocupacional, nosotros tenemos una terapia ocupacional extensa e intensiva, también con muchas universidades, se hacen prácticas en este equipo con varias universidades, Palermo, Quilmes, Buenos Aires, USAL, San Martín. En los talleres de terapia ocupacional hay memoria, talleres que tienen que ver con la manualidad, talleres que tienen que ver con desarrollar proyectos personales, si a alguien le gusta desarrollar la individualidad, después tenemos también el área de musicoterapia, tenemos un área muy importante en la institución y todo esto lo coordina un director de actividades y una coordinadora de actividades que todo pertenece a servicios sociales. El otro día hacía la cuenta y son alrededor de 25 personas que están trabajando en toda el área social. Tenemos una de las psicólogas que trabaja en los sectores, también hace terapia y después, ya me voy acordando, tenemos también en el área social un área que es semivoluntariado es el counseling, tenemos un equipo de counseling con una coordinadora, que coordina entre 4 o 5 counselors que hacen desde entrevistas individuales a grupos, de día funcionan cuatro grupos en el esquema de counseling y otro grupo en el esquema de psicología.

-Y eso a quién va dirigido?

A todos en general, a los que tienen posibilidades de participar y tenga una cierta posibilidad de reflexión pero a veces hasta moderado puede entrar. Y después hay otro aspecto más que pertenece a servicio social que son las actividades abiertas, tenemos una propuesta que es tres veces por semana para personas que no viven en la institución que

vienen tres veces por semana a hacer actividades, es de 3 a 6 de la tarde y tienen también el taller de memoria, tienen grupo de reflexión, toman la merienda y tienen kinesiología. Tienen un módulo que les permite a aquellos que todavía viven en su casa tener un banco de actividades, tenemos algo de 13-14 personas que se integra, a diferencia de otros centros de día, acá se integra con los residentes porque hay toda una ideología que la persona de afuera no quiere juntarse con los residentes porque tiene miedo a que lo dejen, esto si bien es cierto que existe, con nuestra cultura nunca pudimos hacerlo diferenciado pero quizás es una resistencia al comienzo pero después se torna más naturalmente y no hay mayor problema. Además te permite salir un poco del prejuicio de lo que es una institución, tanto lo que es para los chicos como para los viejos es un tema entrar a una institución, que obviamente cambia mucho el estilo de vida y también hay mucho prejuicio, digamos, hay cosas reales y cosas que son de prejuicio, se trata de por lo menos correr las que son de prejuicio.

Entrevista a la Coordinadora de Terapia Ocupacional

1-Qué es Terapia Ocupacional?

Bueno yo te comentaba que hay una definición que es como más casera que tiene que ver con que somos especialistas en las ocupaciones del hombre, un hombre genérico a lo largo de toda su vida, todo tipo de situaciones que atraviesa su vida, donde haya una disfunción ya sea por una enfermedad, adquirido, congénito, que le impida actuar efectivamente con el entorno, hay un lugar de inserción de terapia ocupacional, esto va desde las actividades más básicas de alimentación, vestido hasta actividades laborales, actividades de asistencia y a los mayores con cuidados paliativos. Después podemos pensar alguna actividad de estimulación, de rehabilitación, de reconversión laboral, de calificación laboral, después uno va focalizando la mirada.

2-Con qué tipo de población trabajan?

Terapia ocupacional como disciplina, toda la vida, acá particularmente con los adultos mayores.

3-Cuáles son los objetivos de los talleres?

Nosotros tenemos 44 talleres semanales de los cuales 3 están pensados para las personas con mayores capacidades y está la ventana creativa que es el taller de artesanías y manualidades que se da de lunes a sábados de 9 a 12 hs., el taller elemental, que es el de entrenamiento cognitivo y que se da los miércoles a la tarde y el taller gente que cuenta, que se da los jueves a la mañana que también hay narración con reflexión, por ende necesitamos gente que tenga esa capacidad reflexiva, poder prestar atención sostenida, concentrarse por eso es que decía que apuntamos a esas personas con mayores capacidades cognitivas, el resto de los 41 talleres que quedan están pensados para la gente con mayores dificultades, dentro de los cuales, llegamos a talleres con estimulación basal, opción de estimulación perceptiva básica, de placer-displacer para las personas con mucho, mucho compromiso y hasta con personas que están postradas, tenemos, si bien nuestro abordaje es grupal, en los sectores es grupal, tenemos apuntado por nuestra directora a quienes debemos abordar individualmente que son casos muy puntuales por las características y patologías o características de personalidad o para facilitar el traspaso luego de que haga la adaptación, digamos, hacer como un puente en su nueva vida institucional y luego de inserción plena en las actividades, muchas veces se comienza con un abordaje individual y cuando esta persona se inserta, ahí nosotras nos vamos retirando. A veces las características personales, de personalidades muy difíciles, o la complejidad de su patología hace que se tenga que mantener pero eso es contadas personas que se tengan puntualmente señaladas e indicadas por la dirección de servicio social. Tenemos un grupo que también trabaja con cuidados paliativos, especialmente en las intervenciones de la unidad de cuidados especiales. Después tenemos otros dos dispositivos que son “Incrementando destrezas” del Método Montessori que se dan en la sala a la tarde, algunas son para tratar de mantener y recuperar habilidades presentes, del orden de lo cognitivo, lo físico, de lo relacional y otra tiene que ver más con personas con demencia en estadios moderados avanzados y se trata de mantener habilidades. Montessori en realidad es una metodología pensada por una italiana para niños especiales que luego un neuropsicólogo lo adapta, toma principios, lo adapta, esta metodología para el tratamiento de personas con demencia en estadios moderados avanzados, tiene que ver con materiales conocidos, con la manipulación de

artículos conocidos, para recuperar patrones motores y uno de los postulados considera que siendo asertivo en eso, en esa manipulación le brinda la percepción de seguridad y certeza que disminuiría las alteraciones comportamentales, que no es poco, entonces esta gente está evaluada con distintas escalas, nosotros acá tomamos el Mini-Mental, así sabemos cuando el deterioro está avanzado pero sabemos cuales son las fortalezas donde todavía nos podemos agarrar.

4-Con qué materiales trabajan?

El material es material de uso cotidiano, como cucharas, como ropas, como flores, nada que le vaya a dar exploración, donde la persona no pierda, no se pierda en la exploración de un producto nuevo completamente diferente a lo que esta acostumbrado, tiene que ver con cucharas, con cucharones, con manipular pastas, fideos, tiene que ver con cosas que hacían al hacer, a las AVD, entonces la verdad nos encontrábamos con muchas sorpresas porque en el prejuicio profesional, en el prejuicio apresurado que uno hace de ver a una persona con deterioro avanzado y pensar en todo lo que no puede hacer, te encontrás con personas que corrigen conductas, hay señalamientos y te encontrás con las potencialidades del sujeto que está detrás del enfermo.

5-Qué resultados se esperan?

Nosotros en los que tienen mayor deterioro buscamos sobre todo en muchos casos que los estadios de alerta sean cada vez mayores, que puedan estar concentrados en algo cada vez por un tiempo mayor, que mantengan algunas praxias el mayor tiempo posible, en muchos tiene que ver con la movilización y también que mantengan ciertas posturas que no se tornen viciosas, la mayor parte de esta población está en silla de ruedas lo que hace que las posturas sean cada vez más anormales, entonces muchas veces con pelotas grandes, lo que se busca es favorecer posturas lo más normales posibles, favorecer la expresión, favorecer la expresión en voz alta de gente que está muy ensimismada, en gente que no se la hace hablar, que no se escucha y muchas veces lo que buscamos es que puedan ser asertivos y la aprobación del otro, porque acá hay que graduar la complejidad porque si vos no jugás con la asertividad del otro, con que el otro lo va a poder hacer, la frustración es lo primero que encontrás y digamos que la frustración es todo lo que hay.

6-Entonces se puede trabajar con todos los niveles de deterioro cognitivo?

Si sí, se puede trabajar es todo un desafío porque siempre estamos buscando armar y diseñar material cuando más deterioro hay, menos posibilidad de abstracción, por ende las actividades tienen que ser más concretas, por ende la profesional pone más el cuerpo, entonces al tener apoyatura de un material que sirva a la residente, estás también protegiendo un poco a la profesional que en este caso pone el cuerpo de forma constante, tenemos una T.O. que va 4 veces en un sector que es ULE , cuatro veces por semana, de cinco días va cuatro veces, entonces si no le brindas material de apoyo, bueno. Cambiamos también el encuadre, a veces trabajamos en pequeñas mesas y a veces trabajamos en ronda depende que es lo que queremos buscar pero igual cada vez es más difícil trabajar en ronda porque la persona se pierde entre que vos seguís haciendo la ronda con otro, hasta que logras una respuesta a lo mejor de una persona, estás un montón de tiempo, pasaste a la otra estás un montón de tiempo, esa primera que atendiste ya pasó 25-20 minutos hasta que vos pudiste volver, entonces para nosotros la posibilidad de agrupar es cada vez más difícil cuando querés encontrar una respuesta, entonces estamos empezando a trabajar más en pequeños grupos. Las chicas están haciendo una media hora, unos 40 minutos con la gente en las mesas de cuatro y después van a las habitaciones, sino el que está en la habitación por alguna razón no recibe nunca la actividad, en algún momento aunque sea 10-15 minutos focalizados con estas necesidades.

7-Qué proyecciones tiene este servicio?

Nosotros tenemos que encontrar el como pero lo que queremos es validar Montessori en castellano o sea validarlo para que sea rioplatense por lo menos para la cultura argentina, yo me capacité en San Sebastián, en España y tomamos el modelo español con lo que eso implica o sea, hay algunas cuestiones que son culturales, nosotros usamos una pelotita de golf, que nosotros apegados al modelo usábamos eso y en realidad tenía que ver con otra idiosincrasia porque la pelotita de golf era muy conocida porque donde se desarrolló el modelo, jugar al golf era cotidiano por ejemplo o que queremos también empezar un tema de capacitación y de charlas con respecto a todo lo que hacemos en materiales en deterioro cognitivo moderado y severo porque nos parece que ya que el

perfil por lo general en las instituciones cada vez apunta más a aquellas personas que se institucionalizan más tarde con las patologías cada vez más avanzadas. Porque muchas veces lo que sucede es que los profesionales no salen con habilidades para el manejo de esta población y terminamos o solo poniendo música o haciendo actividades que vos te das cuenta que no respetan ni el perfil gerontológico ni el perfil de compromiso, entonces ya que hemos recorrido unos 5 años y que hemos recorrido este camino y nos hemos capacitado, también quisiéramos ver la posibilidad de salir al afuera a capacitar a otros y bueno la participación en congresos.

8-Algo más que quieras agregar...

No, que los de servicio, lo que es docencia es una pata muy fuerte para nosotras es un compromiso muy grande que requiere recibir docentes de cuatro universidades, nosotros tenemos 25 alumnos por cuatrimestre, solo de terapia ocupacional, también recibimos por períodos cortos de otras disciplinas pero nos interesa mucho esto de que vivencien bien lo que se puede en este lugar. Pensamos que cada office podría ser una institución en el afuera, hay más de 100 personas, entonces es muy rico lo que se puede vivenciar acá.

visoespaciales (PC); déficit en el conocimiento del código de la hora y ausencia de planificación (reloj)

No presenta indicador de depresión (Escala de depresión geriátrica Yesavage).

Semidep. c/ asist. Mod (Lawton).

No se relevan alteraciones comportamentales (NPI-Q)

Comentarios

Se siente cómoda en el hogar, dice que la tratan muy bien, “ son todos tan amables”; igualmente “otra no me queda “.

Actividad en el hogar: adonde me llevan , voy. No parece interesada en actividades. Yo trabajé bastante.... TV: muy poca acá...soy mas de la radio, pero no me traje.

Visión: necesito anteojos, tengo para ver de lejos y de cerca, pero no me ayudan mucho. Le presté mis anteojos y dice que vio bien.

Datos personales que aporta:

Viuda de berko, él trabajaba como lustrador de muebles.

Dos hijos : Celia vive en villa cresco, Mario vive en el campo (no sabe en que provincia) . Mario tiene un hijo; celia tiene un hijo. Después dice que tiene tres nietos y 4 bisnietos. (datos cantidad de nietos no son precisos)

Argentina nacida en villa cresco.

Fecha nac: 18/09/ 1922. edad: 90 años (estos datos son correctos)

Trabajé en varias cosas, me jubilé en industria.

Reconoce haberse caído, y que por eso no puede vivir mas con la hija, sino ella no puede trabajar y no tienen de que comer. Hija separada, trabaja en Osecac.

Déficit de memoria episódica: ítem 1 de memoria (0/3), memoria anterógrada inmediata (12/21); diferida (0/7) retrógrada (0/4).

Déficit en la recuperación de la información semántica con disociación a favor de criterio fonológico. Fallas en el automonitoreo e intrusiones (flujo verbal 6/14)

Fallas en la evocación de ítems léxicos (6/10)

Alteraciones en el grafismo

Dificultades leves en la visuopercepción.

Declinación de conocimiento del código horario (test del reloj) con estrategia de planificación presente.

Indicador de depresión (yesavage)

Semidep. c/ asist. Min (Lawton)

Delirios (NPQ-I)

Observaciones

Paciente que duda al aportar datos de su historia previa y de su historia familiar. Nació en Polonia, duda acerca de su edad 83 años; no recuerda fecha de nacimiento. vino con sus padres hace mas de 30 años. Acá conoció a su marido Tobías. Trabajó en su casa para la fabrica de radios de su hermana (hacía bobinas).

Llegó al hogar ayer , refiere que fue porque su nieta se lastimó el brazo y “entonces me encajaron a mi”. No comprende muy bien el motivo de su ingreso al hogar.

Le gusta dibujar. Refiere haber pintado algunos cuadros.

12)Apetito/ingesta: severidad, frecuencia, sobrecarga (no computa), requiere mucho aliento para comer pero come bien (dice que va a comer en su casa).
Ficha de evaluación de las ABC de Lawton: 16 / 24 . Semidep. c/ asist. Mod

Conclusión

Según screening inicial, presenta indicador de déficit cognitivo global. El grado de compromiso cognitivo global es severo.

Se releva declinación del conocimiento del código horario y ausencia de planificación (test del reloj); disminución de la recuperación de información semántica y ausencia de monitoreo (flujo verbal con intrusiones y comentarios inapropiados), déficit en memoria episódica (Memoria 0/3), déficit en pruebas de atención y calculo (Minimal 1/5; registro 0/3) ; dificultades en praxias constructivas; alteración en pruebas de lenguaje : falla en tarea de repetición, comprensión (1/3), en lectura comprensiva y en escritura. Escala de depresión geriátrica Yesavage: No se administra por bajo status cognitivo. Semidep. c/ asist. Mod (Lawton). Delirios; agitación/agresión; ansiedad; apatía/indiferencia; irritabilidad/labilidad; alteraciones motoras; comportamientos (NPI-Q)

Comentarios

La paciente logra dar algunos datos sobre su vida personal como edad o cantidad de hijos, sin poder dar nombre de los mismos presentando un discurso delirante.