

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

*INTERVENCIONES QUE SE UTILIZAN PARA ESTIMULAR
PRAXIAS EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA
RESIDENTES EN UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA.*

Alumna: Marcela Antenore

Tutora: Dra Wanda Rubinstein

Buenos Aires, mayo de 2018

Indice

1.Introducción	4
2. Objetivo General.....	5
2.1 Objetivos Específicos.....	5
3. Marco Teórico.....	5
3.1 El proceso de envejecimiento demográfico en la actualidad.....	5
3.1.1 Institucionalidad y envejecimiento en la Argentina: del paradigma asilar al paradigma del derecho.....	7
3.2 Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico.....	9
3.2.1 Alzheimer.....	12
3.3 Neuropsicología. Bases biológicas de las intervenciones Neuropsicológica: Neuroplasticidad y Resto cognitivo	16
3.3.1 Evaluación neuropsicológica e intervenciones en persona mayores con Enfermedad de Alzheimer.....	18
3.3.2 Praxias: Evaluación, diagnóstico e intervenciones en actividades de la vida diaria.....	20
3.4 Terapia ocupacional y el Método Montessori.....	24
3.5 Atención Centrada en la Persona.....	26
4. Método.....	28
4.1 Tipo de estudio.....	28
4.2 Participantes.....	28

	3
4.3 Instrumentos.....	28
4.4 Procedimiento.....	29
5. Desarrollo.....	29
5.1 Presentación de la Institución.....	29
5.2 Intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia leve residentes en una Institución geriátrica.....	32
5.2.1 Presentación del residente.	32
5.2.2 Intervenciones observadas para favorecer la independencia en el área del vestido y del arreglo personal.....	33
5.3 Intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia moderada residentes en una Institución geriátrica.....	36
5.3.1 Presentación del residente.....	36
5.3.2 Intervenciones observadas para lograr la independencia alimentaria.....	38
5.4 Intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia severa residentes en una Institución geriátrica.....	42
5.4.1 Presentación del residente.....	42
5.4.2 Intervenciones observadas en mantenimiento de la calidad de vida.....	43
5.5 Influencia del modelo de atención centrada en la persona en el diseño de las intervenciones para estimular praxias en personas mayores con demencia residentes en una Institución geriátrica.....	45
6. Conclusiones.....	47
7. Referencias Bibliográficas.....	52

1. Introducción

El presente trabajo se realizó en una Institución Geriátrica y la observación se llevó a cabo durante las 280 horas que conforma la Práctica Profesional V.

En calidad de observadora no participante se describieron las actividades de tres residentes con enfermedad de Alzheimer leve, moderado y severo. Estas personas mayores fueron asistidas por terapeutas ocupacionales quienes aplicaron diferentes intervenciones en estimulación cognitiva y actividades de la vida diaria (AVD).

En el presente trabajo se abordará el tema praxias y la consecuencia del daño cerebral sobre estas. La característica principal de esta alteración es la dificultad de los movimientos coordinados, voluntarios y proposicionales de la persona, donde se puede evidenciar por medio de la observación, la falla en la ejecución del acto motor intencional. Esta alteración hace necesaria la rehabilitación y /o estimulación del paciente.

La elección del tema praxias se sustenta en la importancia que cobra el manejo de objetos, y el reconocimiento de gestos, por ejemplo vestirse, usar los cubiertos y caminar en la autonomía de la persona mayor institucionalizada. Mantener el estado de independencia y reforzar las habilidades personales del residente permitirá no sólo amortiguar el curso de la patología, sino también, contribuirá a mejorar el papel social del mismo.

En la institución geriátrica visitada, las intervenciones terapéuticas utilizadas con fines rehabilitadores de las capacidades cognitivas, se desarrollan y diseñan en su gran mayoría tomando en cuenta las características personales de los residentes. Parten del nuevo paradigma de atención centrada en la persona (ACP), donde el rol activo del residente y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir, son aspectos fundamentales a tener en cuenta. La ACP aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. En esto se diferencia de las prácticas de corte paternalista en las que los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas mayores institucionalizadas amparados en la creencia que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas.

En la actualidad se observa un creciente interés en el sector sociosanitario por conocer y proponer nuevos modelos de atención en coherencia con modelos de calidad de vida, protección de derechos y orientación a la persona aumentando la consciencia de la necesidad de generar cambios y mejoras en la red de recursos existente.

Surge la intención en este trabajo de analizar el concepto de ACP y su influencia en el diseño de las intervenciones en alteraciones de las praxias, intentando responder a los objetivos propuestos desde una mirada multidisciplinaria que abarque la neuropsicología cognitiva, la gerontología, la psicología, la terapia ocupacional y el trabajo diario de enfermeros, asistentes y acompañantes terapéuticos.

2. Objetivo general:

Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia residentes en una institución geriátrica.

2.1. Objetivos específicos:

1-Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia leve residentes en una institución geriátrica.

2-Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia moderada residentes en una institución geriátrica.

3-Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia severa residentes en una institución geriátrica.

4-Analizar cómo influye el modelo de atención centrada en la persona en el diseño de las intervenciones para estimular praxias en personas mayores con demencia residentes en una institución geriátrica.

3 Marco teórico

3.1 El proceso de envejecimiento demográfico en la actualidad

Según estudios realizados por la CEPAL en el 2004; la UNFPA en el 2012 y las Naciones Unidas en el 2013, se ha experimentado una disminución en la mortalidad en todas las edades y mejoras en la salud de la población mundial, aumentando así la esperanza de vida. Simultáneamente se ha reducido la cantidad de hijos por mujer

provocando un proceso de envejecimiento que se caracteriza por el aumento relativo de la población de personas de 60 años y más. Con una vejez cada vez más prolongada y mejores expectativas de vida más larga, aparecen nuevas demandas de salud y el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. Estas particularidades convierten al grupo en una población que adquiere cada vez mayor importancia en las sociedades modernas, impulsado por la comunidad internacional el interés por avanzar en la protección de los derechos de salud de las personas mayores (Pizarro, et al., 2015).

Los derechos humanos mencionan a la salud como un derecho elemental. La población de personas mayores sufre el deterioro natural de la etapa vital en la que se encuentran, agregando a esto todos aquellos otros factores socioeconómicos y ambientales que tornan aún más dificultoso atravesar dicha etapa. Desde el 2002 en adelante en América Latina el envejecimiento ha sido aparejado con los derechos humanos. Se presenta como el lenguaje políticamente correcto para las nuevas políticas relacionadas a las personas mayores (Huenchuan, 2016).

Impulsada por recomendaciones de organismos internacionales se origina la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) con el objeto de tomar decisiones respecto a las prioridades básicas sobre el envejecimiento, las personas mayores y sus derechos en América latina. En ella se crea el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Este mismo vuelve a ratificarse en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA y en junio de 2015 la Argentina es uno de los cinco países de la región que firma su aprobación (Pizarro, et al., 2015).

En la República Argentina el envejecimiento poblacional se inició alrededor de 1920 avanzó intensamente desde la segunda mitad del siglo XX hasta mediados de la década del '70, posteriormente la población de mayor edad siguió creciendo pero con un ritmo menor. El fuerte afluente de población migrante de ultramar de fines del siglo XIX era principalmente joven, al promediar el siglo XX el peso de los migrantes en la población de 65 años y más representaba casi el 60%. Posteriormente el Censo 2010 demostró que el país se encontraba en una etapa de envejecimiento avanzada, un 10,2% de la población tenía 65 años, mayormente compuesta por mujeres consecuencia de los mayores niveles de sobremortalidad masculina. De un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones. Siendo uno de los países más envejecidos de la América latina, para el año 2050 en el país una de cada cinco personas tendrá 65 años y más (ENCaViAM, 2012).

3.1.1 Institucionalidad y envejecimiento en la Argentina: Del paradigma asilar al de derecho.

Las instituciones brindan los mecanismos suficientes para asegurar que las necesidades y derechos de la población adulta sean ejecutados. Por esta razón, las políticas y planes del Estado son de suma importancia. De esta manera, la creación de una institución es una prescripción legal que brinda estabilidad y una perspectiva de desarrollo a mediano y largo plazo. Deberá ir acompañada de una asignación presupuestaria suficiente para funcionar y llevar adelante sus obligaciones (Huanchuan, 2016).

En la actualidad las políticas sobre las instituciones destinadas a las personas mayores están influenciadas por tres acontecimientos internacionales: la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, el Año Internacional de las Personas de Edad en 1999 y la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el 2002. Los objetivos que se persiguen son lo de garantizar que la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y además que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Cambios de actitudes, de políticas y de las prácticas en todos los niveles y en todos los sectores, harán que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI (Guzmán, 2003).

Hoy las políticas nacionales están incluyendo una transversalización o integración de las cuestiones del envejecimiento en sus planes bajo el término *mainstreaming*. El *mainstreaming* del envejecimiento es la inclusión sistemática de este tema en todos los aspectos relacionados con los sectores social, político, económico y cultural relacionados con las estrategias de desarrollo de una nación, así lo define la Comisión Económica para Europa (CEPE), *Age Platform Europe* y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (Guzmán, 2003).

En la Argentina surge tempranamente la preocupación por la creación de Instituciones y la atención de las personas mayores. La Sociedad de Beneficencia creada a poco de declararse la independencia (1816) se ocupó de los pobres por decisión del Estado dejando atrás el pasado colonial en el que la Iglesia asumía esa función (Huanchuan, 2016). En 1948 se creó la Dirección Nacional de Asistencia Social, uno de sus objetivos era “el amparo y socorro de la vejez desvalida” (Ley Nacional N° 13.341) que va a desplazar a la Sociedad de Beneficencia. En 1955 durante el primer gobierno

de Perón la Argentina fue el primer país en el mundo en declarar los derechos de la ancianidad: a la asistencia, la vivienda, la alimentación, el vestido, la salud física, el cuidado de la salud moral, el esparcimiento, el trabajo, la tranquilidad y el respeto. La Argentina ha tenido una extensa historia de políticas y planes relacionados al derecho a la salud y la vejez; en 1973 se crea el Servicio Nacional del Anciano, en 1993 la Subsecretaría de la Tercera Edad implementando el Plan Nacional de Ancianidad 1996-2000, en el 2012 coordinado por la DINAPAM se aplica el Plan de Personas Mayores 2012-2016, donde se incluyen los derechos de las personas mayores dentro del marco general de los derechos humanos. En la actualidad el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) creado mediante la Ley nacional N° 19.032 del 13 de mayo de 1971, está encargado de brindar atención a las personas mayores (Roqué & Amaro 2016).

En el marco del paradigma de los derechos de las personas institucionalizadas en el año 2003, el reglamento de funcionamiento de las residencias para personas mayores sufre una nueva elaboración (Resolución 858). Dentro de las nuevas normativas se encuentra la de incorporar profesionales en las residencias formando equipos interdisciplinarios y destinar más cuidadores gerontológicos de apoyo a la vida diaria (Roqué & Amaro, 2016).

En pos de la defensa de este nuevo paradigma es que se sanciona en el 2010 la Ley de Salud Mental que defiende los derechos y garantías en pleno goce de los derechos humanos del paciente con padecimiento mental en relación a los profesionales e instituciones de la salud que se encuentren en territorio nacional (Art 1° Ley de Salud Mental N° 26.657, 2010). Esta Ley se aplica en las Instituciones en los casos de restricción a la capacidad de la persona mayor, en cuyo caso un familiar actuando como curador será el representante legal del adulto internado, tanto en internaciones voluntarias (Art. 18) o involuntarias (Art.20). En los casos de internación de adultos mayores declarados incapaces se procede según el Art. 26, de acuerdo a lo establecido en los Art.20, 21, 22, 23 y 25 de la Ley de Salud Mental (Ley de Salud Mental 26.657, 2010).

En cuanto a las instituciones privadas en el 2016 la legislatura de CABA sancionó con fuerza de ley un nuevo reglamento que regula y fiscaliza la actividad de los establecimientos para personas mayores que brindan prestaciones en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los términos del artículo 41° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y lo dispuesto en la Constitución Nacional. Se

considera que un establecimiento para personas mayores privado residencial o no, tiene como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación y/o atención médica y psicológica no sanatorial a personas mayores de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito (art.3º). Así mismo deberán inscribirse en el Registro Único y Obligatorio todas las Residencias para personas mayores, Hogares de Día y Casas de Residencia que brindan prestaciones dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (art 8). Deberán contar con un Director/a Técnico - Administrativo y un Director/a Institucional ejercido por un profesional con título universitario y especialización en Gerontología (art 14º). Todo el personal que trabaje en estos establecimientos deberá estar capacitado en Gerontología. (Ley 5.670, 2016).

Frente a las nuevas demandas de capacitación para la asistencia de personas mayores es que la DINAPAM en el año 2007 crea la carrera de posgrado de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional público, gratuito y federal en la Universidad Nacional de Mar del Plata (Roqué & Amaro, 2016). Una de las prioridades es la formación de profesionales dedicados a trabajar con la población adulta mayor que puedan transformar y superar los viejos paradigmas asistenciales (Huanchuan, 2016). Actualmente las residencias para mayores son consideradas centros de convivencia que intentan sustituir al hogar familiar. Ellos garantizan el respeto a la libertad, la privacidad, las costumbres y la dignidad, la libertad de conciencia, pensamiento y culto; el derecho sobre sus pertenencias individuales; la libre circulación dentro de la institución; el mantenimiento de las redes sociofamiliares a través de visitas, la recepción y el envío de correspondencia, comunicaciones telefónicas o por cualquier otro medio que favorezca el contacto habitual con el exterior; la flexibilidad respecto de horarios que hagan al cumplimiento de sus costumbres cotidianas. Darán garantía al derecho a la participación de los residentes en el diseño y la planificación de las actividades que los involucran y el derecho a la continuidad de los servicios. La institución deberá favorecer la autonomía, el cuidado de la imagen personal, así como la integración social con el resto de los residentes, con el personal técnico-profesional, la familia y la comunidad local. Así mismo las residencias han de incluir atención asistencial, de vivienda y comida, aspectos sociales, médicos y psicológicos, organización del tiempo libre, cultura y bienestar, por ser aspectos significativos de la vida humana (Roqué & Amaro, 2016).

3.2 Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico.

El ser humano desde que nace se encuentra envejeciendo, vivir es envejecer. El envejecimiento está definido como un proceso y su resultado; por lo cual la vejez será el resultado del proceso de envejecimiento. Pensar el envejecimiento como un proceso separa conceptos que tradicionalmente se han mal utilizado como sinónimos: envejecimiento “y” vejez (Cepsiger, 2014).

El envejecimiento normal es un proceso progresivo no imputable a las enfermedades que sufren los sistemas orgánicos y que origina cambios metabólicos y fisiológicos con el paso del tiempo (Portellano, 2005). Estos cambios asociados al envejecimiento hacen que la fisiología de los adultos mayores sea muy distinta a la de la población adulta. Esta característica implica diferencias específicas en su cuidado y control de la salud (Salech, Jara & Michea, 2012).

Para entender al proceso del envejecimiento y el deterioro cognitivo se deben tener en cuenta tanto las características cerebrales que se han modificado como el efecto de la interacción entre la biología y el ambiente (Román Lapuente & Sanchez Navarro, 1998).

Dentro de la fisiología que empieza a modificarse el cerebro disminuye progresivamente su masa a medida que envejece sufriendo pérdida neuronal. Las células del sistema nervioso central y del resto del organismo presentan cambios en sus componentes. Clásicamente se la describía como una pérdida generalizada, por el contrario actualmente gracias a la nueva tecnología en imágenes se sabe que en el envejecimiento normal estos cambios ocurren en regiones muy delimitadas y la pérdida es mínima (Salech et al., 2012).

También se producen cambios en neurotransmisores como la dopamina que muestra una disminución de sus niveles totales en el SNC, así mismo aparecen alteraciones en otras vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica las que se asocian a la enfermedad de Alzheimer y trastornos del ánimo (Kaplan & Sadock, 2009).

Los cambios morfológicos y funcionales en el sistema nervioso central revisten una gran importancia biomédica porque pueden determinar una discapacidad. Dentro de los cambios cognitivos se sucede un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información y una disminución en la capacidad de cambiar o alternar el foco de atención. La memoria de corto plazo en general muestra un mínimo deterioro con la edad. Pero al estar afectada la memoria de trabajo hay una gran percepción del deterioro

por parte de la persona. En relación a la memoria de largo plazo, la memoria semántica tiende a conservarse mientras que la memoria episódica está disminuida (Salech et al., 2012).

La vejez normal a diferencia de la demencia no interfiere significativamente con la conducta social u ocupacional de la persona (Kaplan & Sadock, 2009). Diferenciar el envejecimiento normal, en el que aparecen cambios cognitivos específicos de la edad de las primeras apariciones patológicas es difícil debido a que existen diferencias individuales; y además extrapolar los resultados procedentes de sujetos adultos lesionados adultos resulta complicado (Román Lapuente & Sanchez Navarro, 1998).

Las evaluaciones individuales aportarán una información precisa para no confundir los síntomas normales con patológicos o viceversa. Este conocimiento además facilitará la creación de estrategias para realizar las actividades de la vida diaria. Estas estrategias son de carácter vital ya que envejecer y ser una persona mayor en el siglo XXI se da en medio de una sociedad acelerada con cambios bruscos e inesperados que confronta a la persona mayor al desafío de encontrar los recursos necesarios para adaptarse a las nuevas situaciones que suponen otros valores y maneras de vivir la realidad (Limón & Ortega, 2011).

En este nuevo siglo conviven dos concepciones de vejez: el modelo médico tradicional que pone el acento en el déficit y la involución biológica y el modelo de desarrollo que ve a la vejez como una etapa que aún ofrece posibilidades. De este último surge una nueva forma de entender al el envejecimiento como envejecimiento activo (Limón & Ortega, 2011), término adoptado por la OMS a finales del siglo XX y aceptado por los países participantes en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid (2002). Los tres pilares básicos son: participación, salud y seguridad. La OMS lo define como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que le proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p. 79).

El envejecimiento patológico en cambio hace referencia a la aparición de síntomas relacionados con demencia. La demencia es una pérdida global de la función cognitiva que se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otros déficits como por ejemplo alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo (Tárraga & Boada, 1999). Otros la definen como un deterioro adquirido, crónico y generalizado de las funciones cognitivas que posee una etiología degenerativa, vascular o podría estar producida por otros factores causales. El problema en la demencia está causado por lesiones cerebrales. De acuerdo a la localización de éstas se hablará de demencias corticales, subcorticales y axiales (Portellano, 2005).

El diagnóstico de demencia debe cumplir ciertos criterios: a) una duración superior a los 6 meses; b) no estar causada por un trastorno delirante, coma o disminución transitoria del estado de conciencia; c) debe afectar a dos o más áreas: memoria, capacidad para resolver problemas, realización de actividades perceptivo-motrices, utilización de habilidades de la vida diaria y control emocional (Kaplan & Sadock, 2009).

Al inicio de la demencia hay conciencia del déficit, posteriormente la severidad del deterioro cognitivo y la presencia de afasias, agnosias y apraxias interferirán el normal funcionamiento familiar, social y ocupacional del sujeto (Portellano, 2005). La evolución será acorde al tipo y características individuales que posea aunque frecuentemente se inicia con signos sutiles, por este motivo pasa desapercibida para la persona y su entorno. La confirmación del diagnóstico es el primer paso para iniciar un tratamiento psicosocial y farmacológico (Kaplan & Sadock, 2009).

Actualmente la demencia cobra mucha importancia en los planes de las naciones debido a la carga social y económica que representan a la salud, teniendo en cuenta que las expectativas de vida cada vez son mayores mientras que las economías regionales no lo son (OMS, 2002). Es por ello que la DINAPAM ha creado el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida en Personas con Alzheimer y otras Demencias. Forma profesionales y promueve la investigación de estas enfermedades para mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen (Roqué & Amaro, 2016).

3.2.1 Alzheimer

Dentro del envejecimiento patológico la enfermedad de Alzheimer (EA) está clasificada como una demencia degenerativa cortical. Se produce por una lesión en las

áreas asociativas del córtex frontal y temporoparietooccipital y se caracteriza por el deterioro irreversible de las funciones cerebrales superiores con pérdida de la memoria, de la capacidad de razonamiento y del lenguaje (Portellano, 2005). Coexisten síntomas de deterioro cognitivo como expresión nuclear de la EA y síntomas psiquiátricos que se expresan como síntomas psicológicos conductuales de la demencia (SPCD) relevantes en la clínica por que suelen ser causantes de sufrimiento tanto para el paciente como para su familia (López-Álvarez & Aguera-Ortiz, 2015). La característica principal de este trastorno es que termina afectando la realización de las actividades de la vida diaria de la persona hasta llegar a la dependencia (Francés, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003).

Esta enfermedad es patogenicamente compleja y podría ser hereditaria, está caracterizada por la pérdida de neuronas y sinapsis y definida por la presencia de placas seniles y degeneración neurofibrilar (Donoso, 2003). Tanto el depósito de amiloide en las placas seniles y de la proteína tau en los ovillos neurofibrilares han sido dos líneas de investigación en los últimos años (López-Álvarez & Aguera-Ortiz, 2015).

Desde el comienzo presenta pérdida de la memoria a largo plazo fundamentalmente de la memoria explícita. Progresivamente se empobrece el pensamiento y hay una pérdida de la iniciativa conductual y cognitiva. El deterioro intelectual global en las fases iniciales puede estar enmascarado y encubierto por un adecuado manejo postural buenas relaciones y en general una expresión vivaz en el paciente. Es característico que la persona no sea consciente de su déficit a pesar de que sus familiares hayan observado los olvidos y las dificultades de memoria desde el comienzo del cuadro (Portellano, 2005).

La EA suele cursar con síntomas conductuales y psicológicos que generan una carga para los familiares y cuidadores, siendo estos finalmente los determinantes por los cuales las personas son institucionalizadas (Francés et al., 2003). Si bien no se puede precisar exactamente la evolución de la EA cursa una primer etapa con fallas en la memoria; una segunda en la que aparecen trastornos del lenguaje y apraxias; finalmente en la tercera el paciente queda incapacitado postrado en cama (Donoso, 2003).

Fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa han demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de la EA. Así mismo se hace necesario incorporar un abordaje terapéutico multidimensional con intervenciones no farmacológicas que esté dirigido no solo a la cognición y la conducta sino que además atienda las necesidades de los cuidadores (Francés et al., 2003).

En 1999 no era posible realizar el diagnóstico de la EA en su estado preclínico ya que las bases biológicas y genéticas no eran suficientes (Tárraga & Boada, 1999). Los avances en Neurociencias en los últimos años han permitido conocer un estadio preclínico asintomático y un segundo estadio sintomático en el que aparecen las primeras quejas cognitivas y finalmente la demencia. Se observó que pacientes con presencia de neuropatología tipo Alzheimer en el cerebro no presentaban síntomas. A partir de esto se demostró que existía una brecha entre la aparición de las primeras lesiones en el tejido cerebral y el inicio sintomático. Actualmente con la aparición de biomarcadores es posible realizar un diagnóstico de la EA en un estadio pre-clínico, ya que estos detectan y señalan acumulo de amiloide en el cerebro y los diferentes daños funcionales y estructurales que van apareciendo en él mismo (López-Álvarez & Aguera-Ortiz, 2015).

Existen diferentes sistemas de clasificación para diagnóstico de la demencia y la EA: una de ellas es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que no incluye los estadios preclínicos y define a la demencia como una enfermedad cerebral de naturaleza crónica o progresiva con déficits de múltiples funciones superiores y conciencia clara. El deterioro social o de la motivación repercute en las actividades cotidianas (asearse, vestirse, comer o funciones excretoras). La duración del cuadro no debe ser inferior a seis meses (OMS, 1992).

Otro sistema de clasificación, son los criterios diagnósticos de American Psychiatric Association que tampoco tienen en cuenta una fase pre clínica, pero suprimen el termino demencia e introducen el concepto de trastorno neurocognitivo mayor y menor. Estos se diferenciarán en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente.

1-Trastorno neurocognitivo mayor debido a la EA: probable (G30.9) o posible (G31.9) con o sin alteración del comportamiento (síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales). Se debe especificar el nivel de gravedad, cuando es leve provoca dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (tareas del hogar, gestión del dinero). Un nivel moderado provocará dificultades con las actividades básicas cotidianas (comer, vestirse), cuando es grave el paciente se vuelve totalmente dependiente.

2-Trastorno neurocognitivo leve debido a la EA (G31.84):

De acuerdo a APA (2013), el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la EA debe cumplir con los siguientes criterios:

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la EA probable o posible de la siguiente manera:

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve: Se diagnostica la EA probable si aparece algo de lo siguiente:

1. Evidencias de una mutación genética causante de la EA en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes: a) Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas); b) Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas; c) Sin evidencias de una etiología mixta o sea ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo. En caso contrario, debe diagnosticarse la EA posible (APA, 2013).

Movidos por el interés de encontrar diagnósticos cada vez más precoces se han desarrollado criterios que mejoran los anteriormente nombrados; en una revisión se mencionan a los criterios Dubois et al y a los criterios NIA-AA (actualización de los criterios NINCDS-ADRDA revisados en 2011), ya que los mismos permiten diagnosticar a la demencia y la EA con más exactitud.

En esta misma revisión, se compara a las primeras clasificaciones mencionadas CIE-10 y al DSM5 con los nuevos criterios Dubois et al y los NIA-AA. A diferencia de la CIE-10 y el DSM5, los criterios Dubois et al, tienen en cuenta los estadios pre-sintomáticos de la EA. Utilizando como criterio principal para el diagnóstico la afectación progresiva y gradual de la memoria episódica durante al menos seis meses, aislada o asociada a otras alteraciones cognitivas, la que siempre será objetivada mediante test neuropsicológicos. Se adicionan al criterio principal al menos una característica de las siguientes: presencia de biomarcadores en alteración del líquido cefalorraquídeo, en atrofia en el lóbulo temporal medial, en alteraciones en pruebas de neuroimagen funcional con PET o una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado.

En tanto que los criterios NIA-AA permiten una aproximación más clínica respecto a considerar solo la alteración de la memoria como lo hace los criterios Dubois et al. Incluso para estos la presencia de biomarcadores no es imprescindible. En cambio es de gran importancia el examen neuropsicológico cognitivo, la exploración psicopatológica y la valoración funcional. Estos criterios conservan el concepto de deterioro cognitivo leve y definen los criterios para diagnosticar una demencia, sea o no debida a la EA. También reconocen que la EA empieza antes que la demencia.

Uno de los principales cambios que han generado las nuevas investigaciones, ha sido la consideración de la EA como un proceso nosológico que posee una continuidad desde las fases asintomáticas hasta el desarrollo del cuadro demencial completamente caracterizado. Así es que existirían estadios asintomáticos, oligosintomáticos y plurisintomáticos, todo parte de un mismo proceso patológico. Este proceso continuo y de etiologías mixtas se ajustaría mejor a las edades más avanzadas que poseen pluripatologías y polifarmacia. Probablemente este proceso no tenga etiologías puras pero las evidencias encontradas refuerzan la teoría de que estas son sólo de manual (López-Álvarez & Aguera-Ortiz, 2015).

Además de los criterios diagnósticos será necesario una anamnesis cuidadosa, una evaluación médica general y neurológica con pruebas neuropsicológicas de complejidad variable. Actualmente se usan pruebas de screening como el Minimental Test de Folstein y el Test del Reloj; y pruebas de evaluación de funciones cognitivas completas como pruebas de aprendizaje verbal y visual, pruebas de funciones ejecutivas con el Test de los Trazos y el Wisconsin entre otras y una evaluación clínica para detectar la actitud del paciente, la existencia de afasias, defectos de lectoescritura o cálculo y apraxias. Los exámenes complementarios habituales son la tomografía computada cerebral, hemograma y VHS, perfil bioquímico y tiroideo, VDRL, nivel de vitamina B12 y ácido fólico y orina completa (Donoso, 2003).

La información que la familia aporta sobre la persona mayor en relación a las actividades cotidianas es muy importante y será valorada junto con los datos de la exploración clínica y psicológica (Tárraga & Boada, 1990).

3.3 Neuropsicología. Bases biológicas de las intervenciones Neuropsicológicas: Neuroplasticidad y Resto cognitivo

El presente trabajo se desarrollará en el marco teórico de la neuropsicología. Esta tiene como objetivo estudiar las relaciones entre el cerebro y la conducta. En sujetos sanos relaciona la cognición y el cerebro y en sujetos con daño cerebral las consecuencias del daño sobre la conducta (Portellano, 2005). La neuropsicología investiga los procesos mentales complejos como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, lenguaje, motricidad y percepción (Vélez Restrepo, 2016).

Su origen se relaciona con la aparición de técnicas de imagen que permiten observar al cerebro *in vivo*. Posteriormente la ciencia cognitiva va a aportar la teoría de concebir al cerebro como un sistema de procesamiento de la información generando modelos de procesamiento para cada función cognitiva. Este aporte dio origen a la neuropsicología cognitiva que intentará comprender cómo se altera la función cognitiva cuando un componente del sistema está dañado, siendo su objetivo el de conocer la función cognitiva normal. Esos conocimientos en la práctica clínica colaboran en el diagnóstico y en la rehabilitación de los pacientes con lesiones cerebrales (Portellano, 2005).

En neuropsicología se utilizan cuatro tipos de instrumentos de evaluación: tests psicométricos, tareas experimentales, tareas que el neuropsicólogo idea para un paciente concreto tratando de verificar la hipótesis planteada y tests que dentro del marco de la neuropsicología cognitiva fueron utilizados para verificar una determinada hipótesis acerca de un paciente concreto y que por ser útiles se han tipificado como por ejemplo el Test de las Pirámides y las Palmeras (Bénédet, 2002).

La neuropsicología interviene en las personas mayores considerando la existencia de bases biológicas, ciertos mecanismos de plasticidad compensatoria que evitan o disminuyen el progreso del envejecimiento cerebral. Dicho mecanismo sucede en las neuronas que no están afectadas de manera que sus axones y dendritas proliferan activamente para compensar el déficit de las otras neuronas que han sufrido una lesión. Esto sucede especialmente en áreas cognitivas importantes para la consolidación del aprendizaje como el hipocampo (Portellano, 2005). Las personas con demencia leve y moderada mantienen cierta neuroplasticidad, una reserva que permite ser desarrollada y estimulada (Aguilar Rebolledo, 2003). Esta capacidad plástica posibilita utilizar la estimulación como una herramienta para disminuir la discapacidad que las demencias provocan incrementando la autonomía funcional del paciente que reside en una institución geriátrica (Francés et al, 2003).

En cuanto al concepto de reserva cognitiva se ha observado que existen individuos que no están clínicamente demenciados pero cumplen criterios para el diagnóstico de EA. Esto sucede cuando se posee una reserva cerebral, ya sea por tener un gran número de neuronas, gran densidad en sus interconexiones o por disponer de estrategias cognitivas para la resolución de problemas. Estas características generan una cierta cantidad de tejido cerebral funcional que mantiene sana a la persona. Esta reserva cerebral reduce la expresión clínica de la EA. La educación, la prevención de trastornos cerebrovasculares o la estimulación cognitiva inciden favorablemente en ella (Tárraga & Boada, 1990).

3.3.1 Evaluación neuropsicológica e intervenciones en personas mayores con enfermedad de Alzheimer

La evaluación de demencia en adultos es un arte en el que se debe diferenciar las alteraciones patológicas de las normales producidas por la edad. Una revisión de instrumentos menciona los tres criterios que deben cumplirse, según el NINCDS-ADRA para poder hablar de EA: a) examen clínico; b) Mini Examen del Estado Mental (MMSE); c) ser confirmada por una evaluación neuropsicológica (Simone, Serrano & Allegri, 2007). Esta misma revisión establece que en pacientes con riesgo de demencia suele utilizarse el MMSE (Folstein et al., 1975) test de screening rápido y sencillo que puede aplicarse en el consultorio. También agrega que si posteriormente fuera necesaria una prueba diagnóstica para EA se aplicará ADAS (Rosen et al., 1984); para la evaluación de los déficits emocionales se utiliza la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Simone, Serrano & Allegri, 2007).

La Escala Global *Deterioration Scale* (GDS), (Reisberg, Ferris, De Leon & Crook, (1982) es frecuentemente utilizada para medir el deterioro cognitivo a través de siete estadios: GDS1 significa ausencia de deterioro cognitivo, GDS2 disminución cognitiva muy leve, GDS3 defecto cognitivo leve, GDS4 defecto cognitivo moderado, GDS5 defecto cognitivo moderado-grave, GDS6 defecto cognitivo grave, GDS 7 defecto cognitivo muy grave (Reisberg et al., 1982).

Para determinar los niveles de las cinco actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de autonomía del adulto mayor se utiliza la Escala de Barthel, éste índice evalúa 10 ABVD (Yanguas, 2007).

Los autores consultados coinciden en que las intervenciones terapéuticas no farmacológicas se apoyan en dos capacidades del paciente: la plasticidad cerebral y la reserva cognitiva. El objetivo de una intervención terapéutica para Tárraga y Boada (1990) deberá estar dirigido a restaurar, recuperar o mantener las funciones mentales superiores, enlentecer la progresión del deterioro, mejorar el estado funcional del enfermo con demencia, estabilizar y controlar los síntomas, cuidar de la salud y dar confort en la fase terminal de la enfermedad. El Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) de Boada y Tárraga, se apoya en las funciones intelectuales conservadas para favorecer la funcionalidad instrumental y básica del paciente y mantener su autonomía. Las intervenciones neuropsicológicas en psicoestimulación tienen una finalidad rehabilitadora no son una sobre estimulación desorganizada sino adecuada especialmente para cada paciente y acorde a sus capacidades residuales. Actualmente se utilizan las siguientes intervenciones: a) orientación a la realidad. b) programa de psicoestimulación integral (PPI). c) programas de estimulación cognitiva basados en nuevas tecnologías (Yanguas, 2007).

Dejar de ejercitar una determinada función ya sea cognitiva, social o física aumenta el deterioro cognitivo. Generalmente sucede que a medida que la EA avanza el enfermo evitará efectuar esa función por las dificultades que representa el realizarla. Por este motivo es importante intervenir en los estadios incipientes y leves de la EA manteniendo y optimizando las capacidades preservadas para evitar posibles alteraciones emocionales y estados depresivos ya que a menudo los pacientes son conscientes de estos déficits y les cuesta adaptarse a los cambios que sufren con el inicio de esta enfermedad. El hecho de mantener las actividades cotidianas genera una mayor autonomía una mínima supervisión y una mayor calidad de vida (Tárraga & Boada, 1990).

Los familiares también colaboran en la creación de las intervenciones mencionando las preferencias, habilidades y competencias del paciente. Siendo cada caso particular y único, la suma de las condiciones intelectuales, físicas y biográficas del enfermo marcará el tipo de intervención más adecuada (Tárraga & Boada, 1990).

La intervención para el envejecimiento normal que se estima en la Escala de Deterioro Global para un GDS 1-2 es la de un trabajo general a nivel de todas las funciones cognitivas, incidiendo en aquellas que implican el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida de los sujetos. En este grupo se presta especial atención a la memoria por ser una de las mayores preocupaciones de las personas mayores, a las

habilidades sociales, a la resolución de problemas cotidianos y toma de decisiones, se enseñan ejercicios de relajación y trabaja en la autoestima. Las personas mayores ubicadas en la escala GDS 3-4 participan en una intervención diseñada para la estimulación de las capacidades que están empezando a declinar y el reforzamiento de las que aún se conservan. Se estimula el mantenimiento de la autonomía para las actividades de la vida diaria básicas, el mantenimiento de la capacidad de toma de decisiones cotidianas, las funciones cognitivas y el estado afectivo, la historia previa, el estado de salud, la autonomía funcional. Se recomienda realizar tres sesiones de 30' por semana. La intervención para la EA moderada-grave o GDS 5-6 está basada en actividades procedimentales, debido al gran deterioro neuronal que sufren en estos estadios. La capacidad procedimental tiene una base anatómica que está más conservada hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Se intenta que la carga del lenguaje y la memoria declarativa sean mínimas. Se estimula a las personas mayores a realizar acciones básicas de la vida diaria, bien sean completas o por partes, su duración será de 30 minutos, debido a las características de los sujetos. La frecuencia de sesiones aumenta, situándose en cuatro o cinco semanales (Yanguas, 2007).

3.3.2 Praxias: evaluación, diagnóstico e intervenciones en las actividades de la vida diaria.

La neuropsicología se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los problemas cognitivos que se presentan en las praxias. Estas son acciones motoras coordinadas que se realizan con un fin determinado. El lóbulo parietal es el principal responsable de la actividad práxica ya que proporciona los mapas sensoriales que facilitan la ejecución de movimientos (Portellano, 2005). Su alteración es la dificultad o imposibilidad de realizar correctamente movimientos proposicionales aprendidos como consecuencia de una lesión cerebral, en ausencia de trastornos elementales sensoriomotores, alteraciones perceptivas o de comprensión del lenguaje (Politis & Rubisntein, 2007). También se la define como la dificultad en la realización de movimientos a la orden o a la imitación o cualquier dificultad en el uso de un objeto cotidiano (Dorribo, 2003).

La praxia es una de las funciones cognitivas afectadas en los pacientes con demencia y está incluida dentro de los criterios diagnóstico de Demencia del DSM5 (American Psychiatric Association, 2013).

La corriente clásica representada por Leipman (1900) explica el déficit y los síntomas de la siguiente manera:

- 1- apraxia ideomotora: es la imposibilidad de traducir la idea global de movimiento en un acto motor preciso.
- 2- apraxia ideatoria: es la pérdida de la idea del movimiento. Hay una falla en el uso de objetos cuando se realiza una secuencia compleja de actos.
- 3- apraxia mielocinética: es la pérdida de patrones inervatorios que interfiere para seleccionar las sinergias necesarias para realizar un movimiento (Politis & Rubisntein, 2007).

Las lesiones parietales derechas provocan apraxias constructivas, las lesiones parietales izquierdas producen apraxias ideomotoras o ideatorias (Portellano, 2005). Las primeras apraxias en aparecer son la ideatoria y la constructiva; en una segunda etapa avanzada se agregan las apraxias ideomotora y del vestir (Donoso, 2003).

La neuropsicología cognitiva desarrolla un modelo explicativo diferente al clásico conserva los tres componentes básicos de procesamiento propuestos por Liepmann, pero se insertan en un modelo multicomponencial significativamente más complejo. Rothi, Ochipa y Heilman, (1991) proponen un modelo de procesamiento de praxias en el cual la ejecución de los movimientos aprendidos estarían mediados por subsistemas. En los pacientes con lesiones cerebrales las alteraciones pueden producirse de manera independiente tanto en la producción, imitación y/o recepción de gestos (Politis & Rubisntein, 2007).

La presencia de apraxias tiene influencias sobre la vida diaria en pacientes con demencia variando de acuerdo al grado de severidad de la demencia (Rubinstein & Politis, 2009). La persona con demencia raramente se queja de las apraxias: primero porque sufre de anosognosia, segundo suele tener una hemiparesia derecha lo que obliga a la persona a usar la mano izquierda no hábil y atribuye la torpeza a este motivo, y tercero porque en el uso de objetos reales la apraxia suele ser leve, con respecto al uso de gestos como este es infrecuente hace que pase desapercibida la dificultad de realizarlos (Dorribo, 2003).

Para evaluar una apraxia se debe primero identificar su presencia (diferenciar entre afasia, la no comprensión del lenguaje y apraxia, falla o error a la orden). Segundo, se debe clasificar la naturaleza del déficit según los errores cometidos. Finalmente a partir de los anteriores conocer el mecanismo subyacente del déficit según el modelo utilizado. Debido a la dificultad que genera medir las praxias se

recomienda registrarla en video para puntuarla y revisarla mínimo por dos jueces (Politis & Rubisntein, 2007).

De acuerdo al modelo conexionista para evaluar apraxias es utilizado frecuentemente El Test de Boston (Goodglass & Kaplan, 1963). En cuanto a la evaluación cognitiva de las apraxias se aplican la Bateria de Ska et al. (1996,1997), la Bateria de Florida (Gonzalez Rothi et al, 1992,1997) y la Bateria para la Evaluacion Cognitiva de las Apraxias (Politis & Margulis, 1997. Politis, 2003; Politis & Rubisntein, 2007).

Según los modelos conexionistas clásicos para evaluar las distintas alteraciones práxicas existen las siguientes pruebas: para la apraxia ideomotora se sugiere imitar gestos simples como cerrar los puños, hacer dos aros entrelazados con los dedos, reproducir simbólicamente determinados gestos expresivos como el manejo de un martillo o simular cómo se enciende un cigarrillo. Para la apraxia ideatoria se le pide al sujeto que meta una carta dentro de un sobre, se le propone la utilización de objetos comunes (martillo, peine o destornillador) o se le pide que encienda una vela con una cerilla. Para la apraxia constructiva se aconseja pedirle al sujeto que reproduzca una construcción sencilla hecha con piezas de madera o plástico; o que reproduzca la Figura Compleja de Rey, también se sugiere que realice los Test de Bender, el de Retención Visual de Benton, el Test de Copia de una Bicicleta o el de Cubos de Kohs. Para la apraxia del vestido en cambio se le propone al sujeto actividades de vestirse y desvestirse. Para la de la marcha se observa si existe alguna dificultad en el inicio de la misma o en la secuenciación de movimiento de brazos y piernas. Finalmente para la praxia bucofonatoria se le pide al paciente que realice gestos como silbar, olisquear, absorber o sacar la lengua. Para la apraxia óptica se le pedirá al sujeto que siga movimientos de rastreo con la vista (Portellano, 2005).

Como las alteraciones práxicas dificultan el uso de herramientas y la producción y comprensión de gestos, podrían influir en las AVD (Rubinstein, 2009). Por lo tanto los objetivos de las intervenciones serán optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad, favorecer la producción de actos motores voluntarios, mantener la mecánica de la escritura y favorecer las habilidades viso-constructivas, adecuándolas a las capacidades residuales de los enfermos y aprovechando las preferencias del paciente, para aplicarlas a las actividades de la vida diaria (Tárraga & Boada, 1999).

En las fases de EA leve es importante simplificar las tareas complejas. En la fase moderada las apraxias gestuales dificultan la imitación de gestos simbólicos y el manipular objetos comunes, así como realizar actividades cotidianas, en cuanto a las apraxias del vestir, el orden de colocación de las prendas suele verse alterado. Finalmente en el estadio severo el paciente pierde completamente la secuencia de acción de los objetos y su uso, no los reconoce y se vuelve dependiente de la alimentación y del aseo. Se recomienda ejercitar las capacidades práxicas adecuando los ejercicios a las capacidades residuales de los enfermos. Es de vital importancia aprovechar las aficiones y gustos personales del paciente (costura, dibujo, manualidades, modelaje, maquetismo, etc.), con el fin de utilizarlas para promover tareas aplicables a las actividades de la vida diaria (Tárraga & Boada, 1999).

En las intervenciones que tienen como objetivo la recuperación de las apraxias ideomotoras se recomienda acompañar el movimiento de la mano apráxica mientras el paciente realiza el gesto deseado. Se podría utilizar un espejo, ya que la visualización del acto motor permite una ejecución más eficaz. Si el paciente verbaliza el acto que desea realizar de manera simultánea a su ejecución será más efectivo. Para sistematizar e interiorizar la actividad práxica, el sujeto debe realizarlo con los ojos cerrados. Para las apraxias ideatorias se sugiere combinar los ejercicios anteriores junto con el uso de herramientas lo más reales posibles. Si la actividad tiene un propósito el aprendizaje será más rápido (Portellano, 2005).

En las apraxias constructivas es aconsejable la copia de modelos simples. En cuanto a las intervenciones en la apraxia del vestido, suele utilizarse un espejo donde el paciente pueda ver como lo está haciendo. La técnica de autoinstrucciones verbales también facilitará la realización de las praxias (Portellano, 2005).

Está demostrado el efecto positivo tanto de las estrategias de adiestramiento cognoscitivo en el rendimiento intelectual de los ancianos, como de las intervenciones en alteraciones práxicas y su beneficio en las AVD (Rubinstein & Politis, 2009). Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, son fundamentales para vivir en un mundo social y gozar de bienestar: comer, bañarse, vestirse, movilidad funcional, actividad sexual, ir al baño, higiene, cuidado personal. En cambio las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas que apoyan a la vida cotidiana en casa y a menudo son más complejas que las de autocuidado: cuidado de niños, mascotas, u otras personas, utilizar

teléfonos, medios de transporte, gestión de la salud, del hogar y financiera (AOTA, 2014).

La evolución progresiva de la EA va a tener efectos devastadores en tres campos sintomáticos esenciales: en la capacidad para realizar AVD, en la función cognitiva y en la conducta. La descripción medible de cómo van declinando tanto las ABVD como las AIVD irán documentando el progreso de la EA. Serán predictoras de los cuidados que requerirá la persona mayor y ayudarán a evaluar las intervenciones aplicadas a crear estrategias acorde a cada persona (Resnikoff, 2003).

Suele utilizarse el índice de Barthel para valorar la autonomía de la persona anciana para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. También se utiliza el índice de Katz, formado por seis ítems: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño, para describir el nivel funcional de los pacientes, valorar la necesidad de rehabilitación, comparar el resultado de diversas intervenciones y seguir la evolución de las personas con demencia (Valderrama & Pérez del Molino, 1992).

Las intervenciones centradas en la modificación de conductas que fomentan las AVD deben analizar el alcance del problema cuantificándolo en términos de frecuencia, intensidad, duración o localización del comportamiento específico. Incluso teniendo en cuenta las conductas anteriores y posteriores al problema. Por ejemplo, las actividades que más tensión produce tanto en los enfermos como en los cuidadores son la hora del baño y la incontinencia, síntomas que antes o después padecen las personas con EA (Yanguas, 2007).

3.4 Terapia ocupacional y el Método Montessori.

Las intervenciones observadas en apraxias estuvieron realizadas y diseñadas por el equipo de terapia ocupacional del hogar geriátrico. Para ellos la ocupación representa una parte importante en la vida de todo ser humano, la imposibilidad de realizar dicha actividad ocasiona una reducción en la calidad de vida (Kielhofner, 2006).

La imposibilidad de realizar las AVD es la causa que suele decidir la institucionalización de la persona mayor. Esta incapacidad tiene un impacto muy fuerte en la persona generando reacciones emotivas y conductuales como apatía, ansiedad,

frustración y agresividad. De la misma manera la familia también se verá afectada por estas situaciones críticas (Resnikoff, 2003).

La Terapia Ocupacional (TO) va a tomar como objetivo central el uso de la ocupación para mejorar el estado de salud y amortiguar las reacciones adversas a la institucionalización. Lo lleva a la práctica proporcionando oportunidades de participar en la ocupación, modificando los ambientes, generando dispositivos técnicos y orientando y solucionando problemas (Yanguas, 2007).

La TO se apoya en modelos conceptuales que brindan el conocimiento de los problemas a los que se enfrentan los pacientes y otorga explicaciones y repuestas concretas para la práctica. Kielhofner identifica siete modelos en la actualidad:

1- Biomecánico. Trata las limitaciones de la movilidad funcional, el TO interviene previniendo deformaciones y manteniendo las capacidades de movimiento existentes y recuperando la capacidad para moverse y compensando el movimiento limitado.

2- Canadiense, donde se interviene en el desempeño ocupacional del cliente de acuerdo a sus intereses.

3-De las discapacidades cognitivas, en el que se interviene con actividades o con adaptaciones ambientales en las limitaciones cognitivas del paciente, compensando con diferentes apoyos verbales, gestuales etc.

4- Cognitivo-perceptual, que interviene en la utilización de las capacidades remanentes y en compensar los déficits cognitivos y funcionales de los pacientes.

5-De la ocupación humana, que enfatiza el compromiso en las ocupaciones significativas para cada paciente y la influencia del entorno.

6-El modelo que toma el concepto de cambio y la comprensión de la naturaleza como proceso fundamental para explicar la intervención, especialmente cuando es necesaria una modificación en el entorno. Este modelo remarca que todo cambio depende de la persona, por este motivo la ocupación deberá ser real no una actividad artificial y principalmente deberá tener importancia y significado para el paciente de manera que pueda provocar una respuesta positiva en él.

7- El del control motor que propone estrategias de intervención para mejorar el uso del propio cuerpo de manera efectiva y el modelo de integración sensorial que apunta a la recuperación del problema de la integración sensorial, vestibular, propioceptiva y táctil (Kielhofner, 2006).

En la actualidad uno de los métodos de intervención utilizados por la TO, diseñados para el trabajo con personas mayores con deterioro cognitivo grave es el

método Montessori. Sus fundamentos psicopedagógicos hacen posible su aplicación en personas mayores incluso para las que sufren demencia (Preciado Jimenez, 2007).

El programa de intervención cognitiva fue adaptado por Cameron Camp y está basado en las actividades creadas por María Montessori (1870-1952) para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales (López Yañez, 2013). El mismo reconoce el derecho a la libertad, la inteligencia y la dignidad como características propias de todo ser humano. Se apoya en los mismos principios éticos que la atención centrada en la persona estimulando y favoreciendo la responsabilidad y la autodisciplina (Preciado Jimenez, 2007).

Las actividades incluyen tanto la estimulación cognitiva como oportunidades para poder interactuar de forma satisfactoria con el entorno físico y social (Yanguas, 2007).

Los principios de este método son involucrar a las personas en el aprendizaje de actividades de la vida diaria de manera activa que puedan provocar recuerdos por lo que aumenta el significado de la realización de la tarea. Por esta razón se utilizan en las intervenciones materiales de la vida real que sugieren un propósito, no se los considera como juguetes, sino herramientas para preparar a la persona para que pueda vivir de manera independiente (López Yañez, 2013).

Existe el error en algunas instituciones de creer que el adulto mayor con deterioro o sin él, es como un niño. Sin embargo el adulto a lo largo de su vida ha realizado múltiples experiencias y aprendizajes que lo sitúan en un nivel superior al de un niño que recién comienza a vivir. Las instituciones y los cuidadores no deberían confundirse, es fundamental tener en cuenta las necesidades y potencialidades de los adultos a la hora de definir las diferentes actividades (Preciado Jimenez, 2007).

Los objetivos de las intervenciones no son meras distracciones ni juegos, sino los de proporcionar tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria. Es importante conocer los antecedentes de las personas, su cultura y su lenguaje tanto durante las actividades como en el diseño de las estrategias que se utilizaran (Yanguas, 2007).

Las actividades que se realizan son: discriminación sensorial, actividades de coger, de verter, de prensar, de motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal, de clasificación y de seriación. Las tareas tienen una progresión en secuencias y se desglosan para que la persona pueda realizarlas maximizando el éxito y minimizando el fracaso: De lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto, de derecha a izquierda

y de arriba abajo; de grande a pequeño y de más a menos cantidad. Las actividades se implementan de manera individual o grupal utilizando un lenguaje simple (Lopez Yañez, 2013). Estas actividades se apoyan en la memoria procedimental o implícita ya que la misma esta mejor conservada (Yanguas, 2007).

3.5 Atención Centrada en la Persona

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un nuevo enfoque que se está implementando en algunos países con políticas sociales de avanzada donde es considerada como una estrategia para mejorar la calidad asistencial y las necesidades de salud de las personas mayores frente a la atención médica convencional que se focaliza en la enfermedad y en el déficit (Martínez, 2015).

El origen de la ACP se le atribuye a Carl Roger, psicoterapeuta enmarcado en la corriente de psicología humanística. Posteriormente fue Tom Kitwood, quien utiliza el término ACP con Demencia revisando los modos de atención existentes y ubicando a la persona en primer lugar antes que la enfermedad (Kitwood, 1997). La ACP ha tenido un importante desarrollo en la atención a las personas con demencias (Martínez, 2015). Kitwood (1997) postula que además del daño neurológico en la demencia otros factores como la personalidad, la biografía, la salud y el entorno social deben ser tenidos en cuenta para entender la conducta del paciente y buscar su bienestar. La causa de muchas alteraciones conductuales del paciente es la incomprensión de sus necesidades. A través de conductas disruptivas la persona expresaría su disconformidad.

Por este motivo es importante capacitar cuidadores que entiendan esta problemática y puedan implementar un abordaje diferente al tradicional. Los pacientes con EA deterioro severo suelen ser percibidos generalmente como carentes de personalidad procurándoseles solo atención física, descuidando la psicosocial. La ACP propone una atención personalizada en entornos positivos postulando que la personalidad no se pierde totalmente (Martínez, 2015).

La ACP como enfoque busca una atención individualizada e incorpora como algo fundamental el rol activo de las personas usuarias tanto en lo asistencial como en las intervenciones. Entiende que la comunicación con los otros es un factor de transformación en el proceso de construcción de una persona y que esta puede ser capaz de decidir su propia vida en base a sus deseos y posibilidades aún con deterioro cognitivo severo. La autonomía es un valor y un derecho, no solo una capacidad. La

posibilidad de vivir acorde a los valores y deseos propios debe verse reflejado en la vida cotidiana, por esta razón, debe apoyarse a todas las personas mayores para que lo logren, aún a las que tienen un deterioro cognitivo avanzado (Martínez, 2011).

Se desprende del nuevo paradigma ACP, la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP) que puede ser definida como una metodología donde la auto-determinación de la persona en relación a su calidad de vida es el eje central de las intervenciones profesionales. Posee técnicas e instrumentos para intervenir y orientar siendo las personas mayores por su situación de fragilidad o dependencia especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad. La AGCP intenta mejorar y cambiar el actual modelo residencial geriátrico, ya que lo que caracteriza a estas residencias es una organización rígida, despersonalizada y sin posibilidades de que la persona participe en su vida cotidiana (Martínez, 2015).

Es importante aclarar que el hecho de permitir y apoyar a que las personas mayores tomen sus propias decisiones no significa que los profesionales carezcan de autoridad ni de responsabilidad en la atención. Los profesionales deben apoyar, y colaborar desde la escucha y la cercanía motivando a que el paciente recupere el control de su vida. Claramente la autonomía tiene límites, y los profesionales han de saber identificar las situaciones en las que podría ponerse en riesgo la propia persona o a terceros (Martínez, 2011).

4. Método

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizó es cualitativo y descriptivo de caso.

4.2 Participantes

La muestra se compuso por los siguientes residentes:

- A: mujer de 92 años, EA con deterioro cognitivo leve, estado civil soltera, nivel de educación medio-alto.

- B: mujer de 83 años, EA con deterioro cognitivo moderado, estado civil casada, nivel de educación medio.
- C: varón, 80 años EA con deterioro cognitivo severo, estado civil soltero, nivel de educación alto.

El criterio de selección de los participantes se aplicó incluyendo a personas mayores con EA que participaban en talleres de rehabilitación y estimulación cognitiva. A los fines de las observaciones, fueron diferenciados en tres grupos: EA leve, moderada y severa de acuerdo al nivel de presencia del cuadro según DSM5. Los datos utilizados fueron obtenidos de la historia clínica de cada uno de los residentes.

Participaron también los siguientes profesionales de la Institución: Jefa del Servicio Social, psicóloga de piso, médica clínica de piso, enfermeras y terapeutas ocupacionales.

4.3 Instrumentos

- 1- Observación no participante de las intervenciones en estimulación cognitiva a dos residentes con EA: RA y RB.
- 2- Observación participante en estimulación cognitiva a un residente con EA: RC.
- 3- Historias clínicas.
- 4- Entrevistas semi dirigidas a los siguientes profesionales: Jefa del servicio social del Hogar, psicóloga de piso, médico de piso, coordinadora del sector de TO, TO a cargo de las intervenciones observadas, enfermeras y acompañantes terapéuticos.

4.4 Procedimiento

El siguiente trabajo se llevó a cabo a través de entrevistas a la Jefa del Servicio Social, haciendo eje en las características institucionales del Hogar, indagando sobre las posibilidades y/o dificultades de la aplicación del modelo de atención centrado en la persona en el Hogar geriátrico. También mediante entrevistas a la psicóloga de piso, a quien se interrogó por el papel del psicólogo en la institución y su rol con los residentes.

Se registraron las observaciones de las actividades, siendo siempre la misma TO la que las administraba. Dichas intervenciones en estimulación se dieron en el contexto de tres dispositivos Montessori, AVD y ULE (unidad de larga estadía), en los que se desempeñaban los residentes.

Se entrevistó a la TO a cargo de las intervenciones y se le interrogó respecto a la organización de los talleres, la elección y el diseño de las tareas propuestas, la posibilidad de aplicar la atención centrada en la persona en su labor y cómo esta pudo ser llevada a la práctica.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de la Institución

La misión del Hogar en el cual se hizo este trabajo, era la de brindar asistencia a aquellos ancianos que no son autovalidos y que por sus propios medios no tienen una alternativa digna de subsistencia. Dado que el Hogar pertenecía a una comunidad religiosa, los valores y las tradiciones atravesarían y guiarían el espíritu del mismo dando una suerte de prescripción legal, un marco de estabilidad necesario para que la Institución pueda asegurar la cobertura de las necesidades de los ancianos, conceptos que podrían relacionarse con los mecanismos que deben poseer las instituciones según Huanchuan (2016). Esta ética también se vio reflejada en la dirección del lugar acorde a los nuevos paradigmas legales de la Argentina (Ley de Salud Mental 26.657, 2010) (Ley 5.670, 2016).

Este trabajo se introdujo en el sector de Servicio Social. Él mismo estaba conformado por psicólogos, psiquiatras, TO y neuropsicólogos especializados en geriatría. Este sector junto con médicos y enfermeros de piso se reunían una vez por semana para evaluar la salud de los residentes. Siendo esta modalidad parte del nuevo paradigma de los derechos de las personas institucionalizadas, Roque y Amaro (2016) señalan que dentro de las nuevas normativas se incluye al trabajo interdisciplinario como una instancia fundamental para mejorar la atención de la persona mayor.

La admisión de un nuevo residente en el Hogar estaba a cargo de la Jefa del servicio Social, ella recibía a los residentes que ingresaban y a los familiares acompañantes. Posteriormente la psicóloga de piso se ocupaba de integrarlos al hogar y de trabajar junto con los familiares todo lo relacionado a la estadía y el bienestar del

residente. Junto con ella, la médica clínica de piso entrevistaba al recién llegado y a la familia recopilando información y construyendo la historia clínica (HC). Citando a Limón y Ortega, (2011) la confección de la HC es uno de los pasos esenciales para discriminar síntomas seniles normales de otros patológicos, estos datos serán utilizados en el cuidado del residente. En los siguientes días al ingreso, la TO se presentaba al nuevo residente e indagaba sobre las preferencias en cuanto a actividades recreativas, terapéuticas y sociales. Esta información más la evaluación médica eran los datos que utilizaba la TO para organizar las intervenciones, integrando la mirada médica tradicional y otra más dinámica, activa y funcional que entiende a la vejez como parte de un proceso en el que aún hay mucho por hacer (Limón & Ortega, 2011).

Existía además en el Hogar una neuropsicóloga que se encargaba de aplicar diferentes instrumentos de evaluación a los nuevos residentes, test que determinaban como enunció Portellano, (2015) el daño cerebral y de la conducta. Siendo estos datos indispensables para determinar el tipo de rehabilitación más conveniente, también servirían para ser comparados con evaluaciones regulares y observaciones realizadas por la TO a los residentes del hogar. López –Álvarez y Aguera – Ortiz, (2015) señalan que el seguimiento del paciente es fundamental para conocer más acerca de la continuidad sintomática de la EA.

El equipo médico de la Institución realizaba las derivaciones, he indicaba cuando el residente requería la asistencia al dispositivo AVD. Existían además otras actividades en el Hogar como los talleres de estimulación cognitiva Montessori a los cuales los residentes eran invitados a participar sin necesidad de una derivación médica.

El paso siguiente a la derivación médica era una evaluación inicial que realizaba un terapeuta ocupacional mediante el índice de Barthel (Valderrama & Pérez del Molino, 1992) para determinar las intervenciones a realizar según los déficits que manifestaba la persona. Existían diferentes modalidades de atención en el servicio de la TO: entrenamiento en AVD y rehabilitación física de miembros superiores, entrenamiento en AVD y rehabilitación física para residentes con deterioro cognitivo, evaluación e intervención durante el horario de la alimentación y confeccionamiento de equipos y ayudas ambientales. Siguiendo a Kielhofner (2006), la TO entendía la problemática a la que se enfrentaban las personas mayores con EA y podía dar respuestas concretas para la rehabilitación.

La observación de la tesista mayormente se realizó en el dispositivo de entrenamiento en AVD; este surgió a principio del año 2015 como respuesta a la

demanda de un grupo de residentes afectados por secuelas motoras debido a enfermedades neurológicas, traumatológicas y reumatológicas que presentaban dificultades en la realización de las AVD principalmente en el área de la alimentación y el vestido. Se ocupaba de este dispositivo el sector de TO, cuyo objetivo era la ocupación y la actividad en personas mayores con deterioro con el fin de evitar una disminución en la calidad de vida de los residentes (Kielhofner, 2006).

Debido a las particularidades del trabajo y a la alta demanda contaba con un espacio físico propio en las salas 1 y 2 del centro de día.

Los marcos de referencia que utilizó este dispositivo para aplicar las intervenciones fueron: el biomecánico, el de neurorehabilitación y el modelo de ocupación humana (Kielhofner, 2006).

La TO utilizó para tal fin actividades elementales, funcionales y significativas para la persona (Lopez Yañez, 2013), teniendo en cuenta que la Residente A y la Residente B, contaban con una cierta neuroplasticidad y reserva cognitiva, Aguilar Rebolledo, (2003) menciona que las personas con demencia leve o moderada aún podrían mantener y estimular estas capacidades.

A continuación se presentarán y desarrollarán los objetivos específicos mencionados en este trabajo.

5.2 Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia leve residentes en una institución geriátrica

5.2.1 Presentación del residente

Antes de describir las intervenciones es necesario presentar el caso clínico y aquellos datos personales que aportaron información importante para la elección de las actividades. Los datos de la Residente A (RA) fueron obtenidos a través de la lectura de la historia clínica donde constaba que había sido diagnosticada con EA deterioro cognitivo leve, presentando trastorno del inicio y mantenimiento del sueño, artritis y catarata senil incipiente. Obtuvo 23 puntos en el Minimental State.

Ingresó al Hogar con su hermana mayor en el año 2010. De las dos, solamente la RA, había sido diagnosticada con demencia, a pesar de esto ellas habían decidido estar en la misma habitación y acompañarse. Kaplan y Sadock, (2009) manifiestan que el diagnóstico es fundamental para empezar con un tratamiento psicosocial y

farmacológico, ambos van a permitir mantener la calidad de vida del paciente. En el caso de la RA inicialmente diagnosticada con EA, recibía tratamiento y seguimiento clínico, realizaba actividades terapéuticas y sociales. Todos estos factores, más la compañía y el afecto de su hermana incidieron para que ella tuviera una vida satisfactoria en el Hogar.

Su habitación se encontraba en el tercer piso lugar donde se alojaban los residentes con mayor autonomía y con buen manejo de la AVD. Los profesionales que la atendían comentaban que mantenía buenas habilidades sociales y de comunicación con sus pares, y que era muy cordial con el personal del Hogar. El mantenimiento de las habilidades sociales y actitudinales como en el caso de la RA, hace que los mismos pacientes y familiares no perciban el inicio de la EA. Acerca de esto Portellano, (2015) explicó que una de las características que posee la EA en su inicio es que el deterioro intelectual global puede estar enmascarado por un adecuado manejo postural general y de las relaciones, motivo por el cual la EA inicialmente pasa desapercibida.

Solía asistir a las actividades del Hogar aunque a veces se ausentaba por cuidar a su hermana. En un principio participaba de “Incrementando Destrezas” pero lo abandonó porque su hermana no quería asistir. Tanto la médica de piso como la TO que la asistía en los talleres de AVD concordaban en que la RA padecía de una preocupación excesiva por su hermana, generando un vínculo de dependencia que muchas veces determinaba su ausencia a las actividades. López –Álvarez y Aguera – Ortiz, (2015) mencionaron que síntomas psicológicos y conductuales suelen acompañar a la EA y que estos interfieren en la vida social y recreativa de la persona. Por este motivo es que tanto los médicos como la TO intentaban a través del tratamiento psicosocial y farmacológico que la RA pudiera superarlos.

Según lo informado por la TO, la RA mantenía la independencia en AVD básicas específicamente en transferencias de silla a parada, alimentación y vestido; y la capacidad de desplazarse a lugares conocidos dentro del Hogar. Durante las observaciones se comprobó que la residente conservaba su autonomía en el Hogar, reconocía personas y caras familiares y comprendía las consignas de las tareas. Solía tener algunos lapsus en relación con detalles específicos, ocasionalmente no encontraba la palabra adecuada cuando era entrevistada y se le pedía que relatara episodios de su infancia o de su trabajo como secretaria en la empresa familiar. Según Donoso, (2003) la memoria es la primera en ser afectada en la EA, era visible en la RA mayor pérdida en la memoria a largo plazo fundamentalmente en la memoria explícita, esta

característica se da desde el inicio de la EA explica Portellano, (2005) luego de manera progresiva se irá agravando el deterioro intelectual global.

La RA estaba orientada en tiempo y espacio, usaba reloj de pulsera y cuando lo necesitaba, observaba el calendario que se encontraba en la pared de su piso donde figuraba el día, mes y año. Se la solía observar en los espacios comunes del hogar junto con su hermana charlando o en el jardín. Mientras que los lunes, miércoles y viernes de 9 a 945hs concurría al dispositivo AVD.

5.2.2 Intervenciones observadas para favorecer la independencia en el área del vestido y arreglo personal.

El objetivo de las intervenciones diseñadas para la RA desde el módulo AVD, eran la estimulación de las capacidades que estaban empezando a declinar y el reforzamiento de las que aún se conservaban (Tárraga & Boada, 1990). Se realizó un trabajo general a nivel de todas las funciones cognitivas, incidiendo en aquellas que implican el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida. Las actividades seleccionadas por la TO fueron las destinadas a favorecer la independencia en el vestido y en el aseo personal.

La RA manifestó ser muy cuidadosa de la apariencia, le gustaba desde pequeña estar bien vestida, combinar la ropa y arreglarse el peinado. Solía usar collares, anillos y pulseras. Como ella aún cuidaba de su arreglo personal, se intentaría seguir favoreciendo esa independencia, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional según lo planteado por Tárraga y Boada (1990) en cuanto a la estimulación del enfermo con demencia. La TO comentó a la tesista, que utilizó el cuidado personal como un recurso para lograr la asistencia y continuidad al taller, ya que esta actividad era estimulante y significativa para la RA. Con respecto a la elección de este recurso, Tárraga y Boada, (1990) acuerdan lo mismo, las intervenciones deberían surgir de las preferencias y habilidades que le permiten al paciente vivir de forma autónoma.

Uno de los objetivos trazados en cuanto al cuidado personal fue identificar la frecuencia y la hora del baño, ya que esta es una de las actividades que más tensión produce tanto en las personas con demencia como en las enfermeras (Yanguas, 2007). La RA y la TO hablaron acerca de las siguientes actividades: el cepillado de dientes y del pelo, el cuidado de la piel y las uñas y de cómo la residente podía realizarlas de

manera más segura y efectiva. Posteriormente la TO le pidió que realice las pantomimas del cepillado de dientes y luego del pelo, estas son praxias ideomotoras especificadas por Portelano, (2005). La RA realizó los gestos correctamente sin utilizar una parte de su cuerpo como objeto. Siguiendo la explicación de Liepman (Politis & Rubisntein, 2007), en cuanto a praxias, déficit y síntomas, la RA habría realizado correctamente la actividad sin evidencias de apraxias, así lo comentó la TO.

Otro de los objetivos fue ejercitar las praxias del vestir, especificada por Portellano, (2005) como una actividad especial para que la RA pueda identificar los diferentes tipos de ropa, la delantera de la espalda, el derecho y el revés, ropa limpia de ropa sucia y entrenar la secuencia del vestido. La enfermera de piso expresó que en algunas ocasiones le ayudó a elegir la ropa de acuerdo al estado del tiempo, sabiendo que el vestir para la RA era un modo de expresar su personalidad (Martínez, 2015).

Utilizó para trabajar las habilidades del vestido un dispositivo de tela llamado “ejercitador del vestido” que sirve para abrochar y desabrochar botones, subir cierres, abrochar cinturones, trenzar cintas de distintos tamaños y colores. Los materiales con los que se trabaja en los talleres, lejos de ser considerados juguetes, eran herramientas para que la persona mayor pueda volverse independiente (López Yañez, 2013).

Otras veces frente la RA trabajaba frente a un espejo, ya que la visualización del acto motor permitía una ejecución más eficaz (Portellano, 2005). Se ajustaba la ropa al cuerpo, incluso verbalizaba el acto de abrochar los botones del saco de manera simultánea a su ejecución para que sea más efectivo. Para sistematizar e interiorizar la actividad práctica, también lo realizó con los ojos cerrados (Portellano, 2005). Practicaba el sacarse y ponerse un abrigo en forma autónoma, doblar una manga de camisa, acomodar la falda y el entrenamiento del calzado.

La TO comentó que el desempeño en ciertas actividades cognitivas ocasionalmente se veía interferido por su estado de ánimo depresivo y ansioso (López – Álvarez & Aguera – Ortiz, 2015).

El entrenamiento con “La caja de praxias” (así llamaba la TO a una caja que guardaba objetos con un propósito) puso de manifiesto según comentó a la tesista, primero, la importancia de conocer aspectos biográficos de la persona antes de proponer una actividad (Tárraga & Boada, 1990); y segundo, no sacar conclusiones apresuradas acerca del desempeño apráxico de una persona (Politis & Rubisntein, 2007).

A continuación se describe la situación: La actividad empezaba sacando de la caja una tarjeta, la RA lee la consigna de la tarjeta: “póngale el cordón a la zapatilla”,

ella debía buscar lo necesario dentro de la caja para completar la acción. Encontró la zapatilla y el cordón, pudo pasarlo por los agujeros correspondientes, pero cuando tenía que anudar el moño no pudo hacerlo, lo intenta dos veces más pero no logró recordar cómo se hacía. Dijo la RA: “yo no usaba zapatillas, por eso no sé hacer moños”. La TO tomó la mano de la RA, le explicó paso por paso y juntas hicieron un moño. La TO le dijo que seguirían practicándolo juntas hasta que salga. Finalizada la actividad, la TO comentó que seguramente era cierto y que no podíamos asegurar que fuera una apraxia. Ella expresó que sus esfuerzos para que la RA aprendiera a hacer un moño se basaban en el hecho de que en los inicios de la demencia existía aún cierta plasticidad neuronal que posibilitaría la estimulación cognitiva (Francés, et al., 2003).

Otras veces las intervenciones consistían en realizar actividades de grafomotricidad, haciendo copias de dibujos sencillos para estimular las apraxias constructivas. Según Donoso (2003) estas apraxias serían las primeras en aparecer en la EA. En el caso de la RA lograba copiar las figuras con moderada dificultad.

Según la RA una de las actividades preferidas, era buscar dentro de una cartera llena de objetos, utilizada para estas actividades, (peine, cepillo, lápiz de labios, polvera, anteojos, billetera, pañuelo, llaves), sacar de a uno los objetos, nombrarlos y explicar la función. A través de la observación realizada por la tesista durante la actividad, la RA respondió correctamente. Luego debía realizar el gesto de uso sin el objeto, por ejemplo realizar el gesto de peinarse, Portellano, (2015) cita esta prueba como ejercicio para evaluar las alteraciones práxicas. La TO comentó a la pasante que la RA no debía usar la mano como objeto, este detalle era importante. Pudo observarse a la RA realizarlo correctamente. La actividad finalizaba con el uso del elemento, por ejemplo peinarse frente a un espejo. De todos los objetos que se encontraban en la cartera el lápiz de labios era su preferido según lo comentó la residente. Ella podía pintarse los labios correctamente contando con buen pulso. En las fases de EA leve sugieren Tárraga y Boada, (1990) simplificar las tareas complejas y entrenar la motricidad fina.

Las alteraciones práxicas dificultan el uso de herramientas (Rubinstein, 2009), por lo tanto los objetivos de las intervenciones serán optimizar la motricidad fina (Tárraga & Boada, 1990), la fuerza y la flexibilidad de los miembros superiores como requisito previo para la motricidad con intencionalidad. Para esto la residente trabajó en actividades que requerían el uso de pinzas finas en el plano vertical y horizontal, actividades bimanuales con cruce de línea media en el plano vertical y horizontal, ejercicios de motricidad fina y gruesa con pinza bidigital y tridigital fina con bandas

elásticas, tornillos y tuercas. Trabajó la fuerza y la flexibilidad de miembros superiores con pelotas de diferentes tamaños. Si bien lograba ejecutar las tareas propuestas, durante las observaciones realizadas la tesista evidenció déficit en la concentración y en la memoria sin que la RA tuviera conciencia de ello. En relación a esto, Portellano, (2015) señala que es característico que las personas con EA no sean conscientes de su déficit.

En resumen, como la RA mantenía la independencia en el vestido y arreglo personal se siguieron estimulando estas mismas actividades para que pueda seguir realizándolas el mayor tiempo posible. La TO se decidió por esta actividad orientada al cuidado del propio cuerpo y fundamental para vivir en un mundo social (AOTA, 2015), de acuerdo a la predilección de la RA por el arreglo personal, la TO contaba con el efecto positivo que las intervenciones en alteraciones de las praxias generaba en las AVD (Rubinstein & Politis, 2009).

5.3 Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia moderada residentes en una institución geriátrica

5.3.1 Descripción del residente

En este objetivo las intervenciones variaron debido a las características cognitivas y conductuales de la residente. Antes de programar las actividades la TO, estudiaba el caso particular ajustando sus objetivos a las posibilidades y preferencias de la residente

(Tárraga & Boada, 1990). En la presentación del caso de la Residente B (RB) los datos fueron obtenidos a través de la lectura de la historia clínica donde había sido diagnosticada con EA deterioro cognitivo moderado (G30.9+), que la ubicaba según APA (2013), como un trastorno neurocognitivo mayor debido a la EA probable. Cuando ingresó al Hogar presentaba trastorno de ansiedad y depresión. En el Mini Mental State puntuó 19 (Donoso, 2003).

Esta residente se encontraba en proceso de adaptación al hogar, había ingresado en el mes de agosto del 2017 con un cuadro de desnutrición proteicoenergética no especificada y acalasia del cardias, motivo por el cual su dieta era líquida o semisólida. Presentaba incontinencia fecal parcial y urinaria total. Su estado de ánimo era cambiante, desorientada en tiempo y espacio al momento de ingreso al hogar, pero paulatinamente este síntoma fue remitiendo.

La decisión de institucionalización la tomó el marido de la RB, (dato suministrado por él mismo a la tesista), siendo también una persona mayor no podía afrontar solo ni económica ni personalmente el cuidado de su esposa que ya manifestaba síntomas de deterioro cognitivo, clínico y psiquiátricos. Explican López –Álvarez y Aguera – Ortiz, (2015) que estos síntomas son relevantes en la clínica por que causan sufrimiento tanto al paciente como a su familia. A diferencia de la RB, el marido cursaba una vejez normal, para Kaplan y Sadock, (2009) la vejez normal es aquella que no interfiere en la conducta social y ocupacional de la persona. El marido de la RB mantenía en el hogar una vida activa y sociable sin dificultades en la vida diaria.

Debido a estas diferencias diagnósticas, el matrimonio vivía en la misma Institución pero en sectores diferentes. La habitación de la RB se encontraba en el primer piso, en el sector Unidad de Cuidados Especiales (UCE), donde se alojaban personas con deterioro cognitivo y motor. La habitación del esposo se encontraba en el segundo. Ambos habían planteado a médicos y psicólogos la necesidad de estar en la misma habitación. La institución negó este pedido explicando que no era conveniente por que los síntomas conductuales de la RB terminarían afectando al marido. Esta decisión generó en el matrimonio angustia y disconformidad (comentario realizado por el matrimonio a la tesista) y debilitó las garantías al derecho que tiene todo residente de participar en las decisiones que atañen a su vida (Roque & Amaro, 2016). Según palabras de RB el Hogar actuó de manera rígida y despersonalizada, lo cual podría vincularse con los viejos paradigmas asistenciales geriátricos. Huanchuan, (2016) menciona como además del deterioro natural que caracteriza a la vejez, existen otros factores socioeconómicos y ambientales, que agregan más dificultades a esta etapa de la vida. En el caso de la RB su deseo era el de volver a vivir con su marido como antes de la institucionalización.

La sexualidad era un tema difícil de manejar, pero una realidad que solía generar diferentes posturas y reacciones en el personal del Hogar. Citando a Roqué y Amaro, (2016), el respeto a la libertad, la privacidad, las costumbres y la dignidad son condiciones que deben existir en un geriátrico. En el caso de la RB y su marido, habían planteado la posibilidad de mantener su vida sexual, la Institución no lo autorizó. La pareja comentó a la pasante esta situación como un hecho desafortunado. Martínez, (2011) afirma que las personas mayores que viven en geriátricos, aún con diagnóstico de demencia, deberían ser respetadas y estimuladas a vivir acorde a sus deseos y valores propios facilitándoles estos logros en la vida cotidiana. De acuerdo a lo observado por la

tesista, esta Institución estaría más cerca del modelo médico tradicional donde la patología se ubica primero que la persona, todo lo contrario a lo que propone Kitwood, (1997) y lejos del modelo de desarrollo que ve a la persona mayor atravesando una etapa diferente pero con posibilidades de vivir aún una vida activa y feliz (Limón & Ortega, 2011).

En general la RB era asistida por su marido, ella se movilizaba en silla de ruedas por debilidad y falta de fuerza en las piernas. Pasaban la mayor parte del tiempo juntos salían al jardín o asistían a las actividades recreativas del Hogar.

Cuando se entrevistó a la RB podía recordar detalles relevantes de su vida actual por ejemplo la dirección de su antigua casa y el nombre de su hermano menor. No presentaba desorientación temporal, en cuanto a fecha, día de la semana ni del lugar, cuando lo necesita utiliza los calendarios que se ubicaban en las paredes del Hogar. Sabía su propio nombre y el de su esposo. La TO comentó que progresivamente la RB iba presentando una pérdida de la iniciativa conductual y cognitiva (Portellano, 2005).

La RB solía realizar preguntas retóricas sobre su permanencia en la institución y relativas a su vivienda anterior. Quería irse del Hogar, extrañaba y deseaba volver a su casa, estos pensamientos provocaban episodios de llanto y angustia. Estos sucesos podrían relacionarse a los síntomas psicológicos conductuales que acompañan a la EA según refieren López –Álvarez y Aguera – Ortiz, (2015), generando mucho sufrimiento.

A continuación se detallan las intervenciones que tuvieron como objetivo lograr la independencia alimentaria para generar en la RB una mejor autoestima y favorecer su adaptación al Hogar.

5.3.2 Intervenciones observadas para favorecer la independencia alimentaria.

La EA tiene efectos devastadores en la capacidad de realizar AVD (Resnikoff, 2003), por esta razón los objetivos se plantearon en función de la estimulación del uso de cubiertos y la independencia en la alimentación.

La RB asistía desde el 15 de agosto del 2017 al dispositivo de TO- AVD cognitivo los días martes y jueves de 10:30 a 11hs. Uno de los objetivos con la RB fue entrenar el uso de cubiertos para evitar la asistencia alimentaria y la dependencia (Francés, et al., 2003).

En la entrevista de ingreso se indagó sobre sus preferencias, ella comentó que le gustaba escuchar tangos. La TO solía poner música de este estilo mientras la RB

realizaba las actividades. Según comentarios de la TO la residente se incorporó al taller con buena adherencia actitudinal, se mostraba participativa en las actividades aunque por momentos de manera ansiosa se quería ir a su casa o con su marido.

Para evaluar si existía alguna alteración práxica en el uso de los cubiertos, la TO preparó una actividad utilizando un individual que tenía la silueta de un plato, vaso, cuchillo, cuchara y tenedor. Los objetos se encontraban a un costado de la mesa, la residente debía nombrarlos y decir su uso sin tocarlos. Posteriormente tomó a cada objeto y lo acomodó en la silueta correspondiente; el hecho de que los elementos que utilizó la RB para la rehabilitación de las praxias ideatorias, sean lo más reales posibles y tengan un propósito son dos factores que hacen que el aprendizaje sea más rápido. Portelano, (2005) les asignó una gran importancia en las intervenciones que tienen por objeto recuperara las praxias. Así mismo López Yañez, (2013) señaló que el uso de objetos reales facilitaría la estimulación de las AVD, como fue el caso de la RB. La TO, comenta a la tesista que el método Montessori se desarrolla como si fuera una situación real y que estas actividades habían sido especialmente diseñadas para personas con demencia (Preciado Jimenez, 2007).

La TO tomó masa y con ella hizo varias tortillas de diferentes grosores para que la RB utilice los cubiertos e intente cortarla y pincharla. La TO le aclaró todas las veces que no era comida de verdad, sólo era para practicar. En general se observó que podía cortar y pinchar la masa pero se confundía cuando debía tomar el tenedor o el cuchillo según la mano derecha o la izquierda en el momento de cortar o pinchar. El hecho de dejar de ejercitar una función hace que cada vez resulte más difícil realizarla, y esto a su vez genere más deterioro, por esta razón Tárraga y Boada, (1990) sugieren el entrenamiento sistemático de las praxias.

Para evaluar la praxia ideomotora (Portellano, 2005), la TO le preguntó si ella podía hacer el gesto con el que convencionalmente suele pedirse un café; la tesista observó que la RB lo realizó correctamente. Luego le pidió que realizara el gesto de hablar por teléfono, la RB lleva la mano al oído como si sostuviera un teléfono completando la acción correctamente. Según la opinión de la TO la residente resolvió con éxito la realización de gestos faciales y manuales.

En otra de las sesiones, la actividad consistió en relatar los diferentes pasos en la realización de algún plato comestible. La RB explicó paso por paso correctamente como se hacía una milanesa y aclara que era su comida preferida. Según observó la pasante, la RB solía estar atenta a las consignas pero se cansaba rápidamente. Si bien las personas

con demencia leve o moderada mantienen cierta neuroplasticidad que permite rehabilitación y estimulación cognitiva (Aguilar Rebolledo, 2003), fue necesario que la TO planteara actividades cortas y variadas para que ella pudiera tolerarlas.

Durante las actividades la RB solía preguntarle a la pasante su nombre y detalles acerca de su domicilio. La pasante le respondía pero la RB si bien reconocía su cara y a veces recordaba su nombre, volvía en cada encuentro a realizar las mismas preguntas. Todos estos síntomas son característicos de la EA (Portellano, 2005).

Las alteraciones prácticas dificultan el uso de herramientas (Rubinstein, 2009), ese es el primer factor a tener en cuenta en toda estimulación. A pesar de esta primera limitación Tárraga y Boada, (1990) señalaron que es importante el trabajo de la motricidad fina para favorecer la motricidad intencional y el acto voluntario, ya que éste estaría ligado al concepto de praxia. La coordinación, la fuerza y la flexibilidad de los miembros son un requisito previo para la motricidad con intencionalidad, por este motivo la RB trabajaba el posicionamiento autónomo del control postural y la movilización del tren superior con pautas de amplitud articular realizando ejercicios de flexo extensión de miembros superiores y control postural con alcances laterales; también se incluyeron actividades de motricidad fina en miembros superiores, específicamente ejercicios de pinza para la rehabilitación del uso de los dedos de la mano, con el objetivo de un agarre eficaz de los cubiertos.

En su mayoría la TO elegía actividades procedimentales debido a que esta capacidad está más conservada en la EA (Yanguas, 2007), como por ejemplo abrir y cerrar frascos, usar diferentes tipos de cubiertos de acuerdo al alimento, enroscar y desenroscar tuercas y tornillos.

La TO tenía especial cuidado con el lenguaje utilizado en las actividades y con la exigencia que provocaban los ejercicios de memoria en la RB, intentando que no sean de gran dificultad. Con respecto a la intensidad de las cargas de estos dos aspectos Yanguas (2007) sugiere que deben ser mínimas en las intervenciones a personas con EA con deterioro moderado o grave.

La tesista consideró observar a la RB durante los horarios del almuerzo y la merienda para comprobar el efecto de la estimulación y la posibilidad de que la RB se alimente por sí misma. En los almuerzos se observó que la RB comía papillas o diferentes tipos de puré, siendo alimentada por el personal de enfermería. Se entrevistó a la enfermera jefa de piso por esta situación y ella respondió que muchas veces escapaban cosas a su control como el caso de la ayuda innecesaria a aquellos residentes

que podrían hacerlo por sus propios medios. Esta situación resalta lo explicado por Martínez, (2015) respecto a la importancia de formar cuidadores que puedan entender no sólo la problemática de la persona mayor sino también que puedan respetar la individualidad y también fomentar la participación activa en la vida cotidiana de las personas mayores residentes en un geriátrico.

A la hora de la merienda la RB se sentaba en su mesa habitual, tomaba un café con leche con muy buena autonomía, realizaba correctamente el movimiento de llevar el vaso de plástico a la boca y tragaba perfectamente. También fue observada comiendo un yogurt. El uso de la cuchara era correcto incluso utilizaba una servilleta para limpiarse la boca.

En resumen, la RB diagnosticada con EA, estaba atravesada por síntomas conductuales que muchas veces impedían las actividades de estimulación. Un comentario que hizo la enfermera de piso referido a la negativa de la RB para alimentarse por sus propios medios, es la oportunidad para comprender que no sólo el daño neurológico debe ser tenido en cuenta a la hora de entender la conducta de un paciente, sino también aspectos relacionados a la personalidad del mismo. Según la enfermera esta negativa era la forma en que la RB manifestaba su disconformidad con el lugar. Kitwood, (1997) con respecto a esta situación, explica que la causa de algunas alteraciones conductuales son producto de la incomprensión que siente el residente respecto a sus necesidades, y que la conducta disruptiva sería la forma de expresar su disconformidad. Por este motivo aclara que factores como la biografía del paciente y el ambiente donde se encuentra deben ser tenidos en cuenta además de los daños neurológicos propios de la demencia.

5.4 Describir las intervenciones que se utilizan para estimular praxias en personas mayores con demencia severa residentes en una institución geriátrica.

5.4.1 Descripción del residente

La observación del último caso presentó características muy diferentes a los anteriores. El deterioro severo hizo que este paciente no pudiera salir de su sector, por lo cual la TO y la pasante se desplazaban hasta ULE para realizar las actividades de estimulación al residente.

Para la presentación del último Residente C (RC) los datos utilizados fueron tomados de su historia clínica en la constaba diagnóstico de demencia tipo EA no especificada. El nivel actual de deterioro cognitivo es severo (APA, 2013). Presentaba incontinencia urinaria parcial. De noche usaba pañal y requería asistencia para el aseo; muchas veces se negaba a comer y lo alimentaban los enfermeros, todos estos síntomas evidenciaban un gran deterioro neuronal (Yanguas, 2007).

Ingresó al hogar en el año 2011, su profesión fue la de escritor y guionista de cine antes de la EA. Desde el primer momento se alojaba en una habitación en el segundo piso de la unidad de larga estadía (ULE), sector al que llegan las personas con gran deterioro. Se encontraba en la etapa de la deambulacion desorientado temporoespacialmente, con un deterioro irreversible de las funciones cerebrales superiores (Portellano, 2005); caminaba por sus propios medios dentro del sector y era vigilado por los enfermeros porque había intentado varias veces salir por la puerta de acceso. El enfermero del piso relató a la pasante que cuando el RC se aproximaba a la puerta, lo llamaban por su nombre y volvía a su mesa habitual; si bien reconocía cuando lo llamaban no podía recordarlo cuando le preguntaban por el mismo. Actualmente la puerta estaba disimulada pintada a modo de biblioteca de manera que el RC no distinguiera el picaporte y pudiera salir. El déficit cognitivo fue aumentando rápidamente en los últimos años, así lo refirió el enfermero de piso; se encontraban afectadas las áreas de la memoria, resolución de problemas y AVD (Kaplan & Sadock, 2009). También presentaba afasia, agnosia y apraxia características de la EA (Portellano, 2005).

Según observó la tesista, reconocía caras familiares pero no sus nombres. Algunas veces nombró a su pareja pero sin conciencia de ello, este solía ir a visitarlo y llevarlo al jardín del Hogar.

Los días que era visitado por algún familiar, el RC recibía menos medicación y se encontraba más despierto, en algunos momentos de la pasantía se lo encontró somnoliento y falta de motivación. En esas oportunidades la TO y la pasante debieron suspender el trabajo de estimulación. Yanguas (2007), comenta que el objetivo de las actividades Montessori en demencia severa es la interacción con el entorno, con el RC esta interacción se lograba a través de charlas, siendo necesario un estado de alerta suficiente para llevarlo a la práctica. Se comentó a la médica de piso la imposibilidad de realizar la actividad por los síntomas anteriormente referidos, ella justificó el uso de ciertos medicamentos que aplacaban la conducta del residente porque en un momento

de la internación había mostrado conductas agresivas; aunque aceptaba que en la actualidad estas ya no sucedían.

5.4.2 Intervenciones observadas en el mantenimiento de la calidad de vida.

La tarea de estimulación tenía que ver con lograr la conexión con el entorno. La vida del RC transcurría en el sector ULE, solía encontrarse sentado frente a una mesa, la TO se acercaba para realizar la tarea de estimulación mientras la tesista observaba. La misma tenía como objetivo provocar el estado de alerta teniendo en cuenta especialmente las características personales del RC. Tárraga y Boada, (1990) señalan que al ser cada caso particular y único la suma de condiciones tanto físicas como intelectuales y biográficas marcarán el tipo de intervención más conveniente. De acuerdo a este objetivo las actividades elegidas eran variadas, algunas involucraban los sentidos para provocar diferentes sensaciones táctiles, olfativas, visuales y auditivas, en otras se utilizaron imágenes y música. Las actividades planteadas por la TO seguían algunos de los principios Montessori, nombrados por López Yañez, (2013) tanto los de discriminación sensorial como algunas actividades de motricidad fina. Intentando involucrar al residente de manera activa y con un objeto para él significativo como es una lapicera, (debido a su profesión de escritor), se le pidió que escribiera una palabra. Con respecto a este tipo de intervenciones López Yañez, (2013) señaló que aquellas actividades que puedan provocar recuerdos, aumentaran el significado de la tarea. Siguiendo adelante con la tarea la TO le alcanzó el objeto, el RC la tomó; luego le pidió que la nombre, pero el RC no pudo. La TO dijo “Lapicera”, el escuchó. Luego le preguntó al RC si sabía para que servía una lapicera y él contestó “para dar vida”. Si bien no era la respuesta esperada, metafóricamente podría pensarse como la respuesta de un escritor, dado que como ya se mencionó, esa era su profesión antes de la EA.

En otra oportunidad la TO le acercó aros de colores y le explicó que debía pasarlos de un lugar a otro, lo hizo sólo con uno y después manifestó que no podía seguir haciéndolo. La tesista preguntó de color era ese aro (rosa), el respondió que no sabía. Luego le alcanzó unas láminas con imágenes de historia argentina, pero no le interesaron.

El RC por lo general se encontraba bien dispuesto para conversar, cualquier otro tipo de intervención comenzó a ser rápidamente desestimada. Contando con la aprobación y

supervisión de la TO a cargo, las observaciones de la tesista pasaron a ser participantes y las intervenciones se transformaron en largas conversaciones entre el RC y la misma.

La atención a la personalidad del paciente era tan importante como la atención física (Martínez, 2015). La tesista al conocer la identidad del RC, sabía que él había sido escritor de allí que sus modales daban cuenta de una buena educación. Era común que en una conversación mezclara palabras en inglés, evidenciando rastros de una reserva cognitiva que aún no se había perdido totalmente (Tárraga & Boada, 1990).

Estas observaciones participantes posibilitaron la vivencia de prolongadas charlas de 20 minutos o más, en las cuales la tesista escuchaba las historias que relataba el RC.

Los relatos eran inentendibles debido a la EA severa, la presencia de las siguientes características nombradas por Portellano, (2015) aparecían en el RC: amnesia; afasia; pérdida de las capacidades verbales (anomia); utilización de palabras generales para comunicar cualquier contenido (palabras ómnibus); desviación de un tema a otro perdiendo la finalidad del proceso del pensamiento; comprensión reducida y contestación a una pregunta con algo no relacionada a ella (parafasia). Por momentos tenía pensamientos perseverantes o combinaba palabras de forma errática (jergafasia) y a veces cantaba en el medio de una frase, sostenía una vocal, emitía sonidos o utilizaba vocablos inexistentes.

Había que prestar mucha atención para descubrir una palabra que se repitiera y pudiera ser relacionada con otra mencionada para encontrar algún sentido; el trabajo de la tesista era como el armado de un rompecabezas.

Debido al gran deterioro cognitivo que presentaba el RC, las únicas observaciones de movimientos coordinados propositivos que pudieron realizarse, fueron en la alimentación, actividad en la que el RC no necesitaba asistencia aún. Utilizaba solamente cuchara ya que los alimentos que le ofrecían eran semi-sólidos (purés y procesados de distintos tipos); y para beber un vaso de plástico con sorbete. Coordinaba correctamente la secuencia motora necesaria para el uso de la cuchara y para llevar los alimentos y las bebidas a la boca (Portellano, 2005). En una oportunidad el RC tomó un vaso con té con leche y dijo: “¡que caliente!”. El comentario sorprendió a la tesista por lo ajustado a la situación y por el armado correcto de la frase. Algunas veces el RC se negaba a comer, según refirió la enfermera, en este tipo de situaciones ella lo alimentaba para evitar consecuencias perjudiciales en su salud. La cocinera comentó que al RC le

gustaban las cosas dulces y que cuando no aceptaba la comida le preparaban puré de manzanas porque eso le gustaba mucho y era la forma de que se alimente.

En resumen el estado de deterioro severo del RC permitía únicamente trabajos de estimulación sensorial, pero por elección del residente las actividades que se realizaron fueron charlas donde la tesista ofrecía un espacio de escucha y compañía, intentando hacer más comfortable para el residente esta fase avanzada de la EA intervención que sugieren Tárrega y Boada, (1990). A pesar de la regularidad de los encuentros durante cinco meses, en ninguno de los ellos el RC reconoció a la tesista. Cada día era un nuevo encuentro. Una de las formas de captar su atención era colocándose frente a él, ya que su radio atencional era muy reducido y coincidía con el visual. De acuerdo a lo observado por la pasante lo que no estaba delante de él, dejaba de existir.

5.5 Analizar cómo influye el modelo de atención centrada en la persona en el diseño de las intervenciones para estimular praxias en personas mayores con demencia residentes en una institución geriátrica.

El último objetivo propuesto fue el de analizar como el modelo de ACP puede influir o no en el diseño de las intervenciones en estimulación que se aplican a personas mayores que residen en un geriátrico.

El servicio de terapia ocupacional del Hogar era el que llevaba adelante la tarea de rehabilitación y estimulación cognitiva a través de diferentes actividades y talleres. El trabajo del sector de TO del Hogar estaba ligado a mejorar la calidad asistencial, tomaba como referencia al enfoque de ACP, término que Kitwood, (1997) utiliza con el objetivo de ubicar primero a la persona y luego a la enfermedad. La Terapia Ocupacional se inició originalmente en el hogar con solo dos talleres, “Incrementando Destrezas” y “Entrenamiento en Habilidades Conservadas”. La Licenciada en Terapia Ocupacional coordinadora del sector, comentó en una entrevista que comenzaron el taller de TO con tres licenciadas y un pequeño grupo de residentes con demencia ubicados en ULE. El resultado se vio rápidamente, habían disminuido los problemas conductuales que los tratamientos farmacológicos no lograban atenuar (Francés et al., 2003).

Progresivamente se fue incluyendo el programa Montessori, que en la Institución comenzó hace solo cinco años ante la necesidad de trabajar actividades procedimentales

con las personas con deterioro cognitivo y demencia. Preciado Jimenez, (2007) comenta respecto al método Montessori que sus fundamentos psicopedagógicos son los que hacen posible su utilización en personas mayores con demencia. Para aprender a aplicar dicho método en los residentes del Hogar, contaron con la visita desde España de una entrenadora. Por último, el año pasado el sector de TO recibió una formación en el Método Feil (Validación). Todo esto dio como resultado una alta capacitación para realizar intervenciones a los residentes desde la ACP.

El modelo ACP; está basado en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra, que todos tienen distintos intereses, necesidades y sueños, por lo tanto la individualización debe ser el valor central de los servicios que prestan apoyos a personas. Es por este motivo que para diseñar las intervenciones el TO indagaba sobre la historia del residente, sus gustos y preferencias ya sea directamente a la persona o consultando a los familiares. En las intervenciones buscaba involucrar a la persona desde un hacer, encontrando una ocupación que además pudiera amortiguar las consecuencias de estar institucionalizado (Yanguas, 2007). En general la TO trataba de favorecer la responsabilidad de los residentes. En este punto la ACP y el método Montessori comparten los mismos principios éticos, ambas estimulan la autodisciplina sabiendo que las personas mayores, aún las dementes, no son niños y por lo tanto se los debía tratar como tales (Preciado Jimenez, 2007).

Pudo observarse en las intervenciones que realizaba la TO los diferentes modelos conceptuales de la Terapia Ocupacional nombrados por Kielhofner, (2006):

- 1-El modelo biomecánico, con el cual trataba las limitaciones funcionales de los residentes.
- 2- El modelo de discapacidades cognitivas, compensando con apoyos verbales.
- 3-El modelo cognitivo-perceptual, utilizando las capacidades remanentes de los residentes.
- 4-El modelo de la ocupación humana, seleccionando actividades significativas para los residentes.
- 5-El modelo del cambio, ya sea de una conducta de los residentes o del entorno.
- 6-El modelo del control motor, proponiendo estrategias para mejorar el uso del propio cuerpo de cada residente

La planificación centrada en la persona, es una estrategia fundamentada en valores, la TO entendía que cada encuentro con los residentes era un desafío para lograr algo nuevo. Si bien algunas actividades en AVD eran comunes para todos los residentes

se buscaba la manera de que esa propuesta sea real y significativa para cada uno de ellos, según Kielhofner; (2006) ésta sería la manera de provocar un cambio en la persona mayor.

La puesta en práctica de las intervenciones en ACP comprenden la sumatoria de los esfuerzos y la coordinación de apoyos tanto naturales como profesionales, a partir de lo observado la tesista puede concluir, que la influencia del modelo de atención centrada en la persona en el diseño de las intervenciones para estimular praxias, no sólo favorecía el aprendizaje, sino también mejoraba la auto valía, la relación con el ambiente, con los otros, y devolvía a la persona mayor la dignidad y los derechos que el deterioro natural de esa etapa le había quitado.

6. Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo observar y describir las intervenciones que se utilizaban para estimular praxias en personas mayores con demencia residentes en una institución geriátrica; para tal fin se observó a tres residentes con EA leve, moderado y severo.

En la actualidad la demencia se ha vuelto un tema central (Pizarro et al., 2015), el aumento de la incidencia de la EA provoca un creciente interés por las intervenciones no farmacológicas (Francés et al., 2003). Los participantes de este trabajo, personas mayores con demencia fueron observados desde el marco de la neuropsicología. Esta ciencia puso en evidencia factores como la neuroplasticidad (Portellano, 2005), la reserva cognitiva y la optimización de las capacidades conservadas, desde las cuales se apoyará para intervenir de manera no farmacológica (Tárraga & Boada, 1990). A su vez se ocupó del tratamiento de las praxias, siendo esta una de las funciones cognitivas que se ven afectadas en la demencia (APA, 2013). La principal característica de las praxias es que podrían influir en la realización de las AVD (Rubinstein & Politis, 2009); por lo tanto se vuelve necesario intervenir en la persona con apraxia, para restaurar, recuperar o mantener dicha función (Tárraga & Boada, 1990).

El objetivo principal de las intervenciones en la personas con apraxias consiste, esencialmente, en mantener al paciente autónomo durante el máximo tiempo posible y cuidar su calidad de vida (Yanguas, 2007). Siguiendo este objetivo la TO del Hogar diseñaba intervenciones y proporcionaba tareas para mejorar la realización de las AVD de los tres residentes observados: las intervenciones cognitivas observadas en la RA con

EA leve, tuvieron como objetivo favorecer la independencia en el área del vestido y arreglo personal, se realizaron en el sector AVD y también se utilizaron actividades del Método Montessori (Yanguas, 2007). La RB con EA moderada realizó actividades destinadas a lograr la independencia alimentaria para generar una mejor autoestima y favorecer su adaptación al Hogar. Dichas actividades se realizaron en el sector AVD y en el taller Montessori. Como las posibilidades de intervención con el RC eran mínimas debido al deterioro severo que cursaba, sólo pudieron observarse algunos movimientos coordinados propositivos durante la alimentación (actividad en la que el RC no necesitaba asistencia) siendo realizadas en el sector ULE.

En las intervenciones la TO tenían en cuenta la biografía de cada paciente, sus preferencias y posibilidades. Aplicadas en un entorno positivo, la TO propiciaba el rol activo de los residentes estimulando su autonomía acorde a los principios de la ACP (Martínez, 2011).

A la hora de realizar el trabajo ciertas limitaciones modificaron el desarrollo del mismo, ya que no fue posible filmar las intervenciones para medir e identificar las praxias como lo sugieren Politis y Rubinstein, (2007). De todas maneras el trabajo no se vio perjudicado debido a las numerosas observaciones que se realizaron durante la práctica. A su vez se había planteado una entrevista con la neuropsicóloga de la institución pero no fue posible llevarla a cabo. La información recogida de las historias clínicas de los residentes y de las evoluciones escritas por la TO, sirvieron para conocer aspectos clínicos y conductuales, pudiendo utilizar estos datos para la confección del perfil de los residentes.

Si bien la institución no está obligada a realizar evaluaciones periódicas a los residentes, sería interesante que un profesional las realice. La importancia de esto radica en que a través de las mismas sería posible discriminar las capacidades deterioradas de las preservadas (Simone, Serrano & Allegri, 2007), y determinar las intervenciones en rehabilitación y/o estimulación cognitiva más convenientes para cada persona. Dicha evaluación neuropsicológica, un material fundamental para la observación y el análisis de la EA, podría considerarse como línea de base para el seguimiento de las intervenciones (Tárraga & Boada, 1990).

Cabe destacar a modo de reflexión la importancia del trabajo interdisciplinario en una institución geriátrica, siendo fundamental la comunicación entre los diferentes sectores, el estudio de casos y la puesta en común sobre cómo llevar adelante los diferentes tratamientos. Sin duda estas son piezas claves que aseguran la consolidación

de las intervenciones terapéuticas en rehabilitación y estimulación cognitiva. La institución observada trabajaba de manera interdisciplinaria, pero el sector de enfermería o a veces los acompañantes terapéuticos optaban por una atención al residente rápida, cómoda y segura; aunque esto no fuera lo mejor para promover la autonomía o la ACP. Según algunas observaciones hechas a la hora del almuerzo, residentes que en el módulo AVD trabajaban el uso de cubiertos, luego eran alimentados por las enfermeras; invalidando todo el entrenamiento a favor de la autovalía de la persona. Es muy importante que todo el personal que asiste a personas mayores esté capacitado en gerontología (Ley 5.670, 2016). Huanchuan, (2016) señaló que es prioridad la formación de profesionales capacitados que puedan superar los viejos paradigmas asistenciales. Si bien muchos de los profesionales del Hogar contaban con una formación inicial en gerontología, no suele resultar suficiente ya que, en muchas ocasiones, es preciso modificar “formas de hacer” que están muy automatizadas, como por ejemplo la alimentación asistida. Romper con la dinámica anterior es un tema que debe ser tenido en cuenta como algo difícil pero no imposible, parte de un proceso de cambio al que se aspira llegar. Estas automatizaciones en la ayudas también fueron observadas en la propia tesista cuando una persona mayor dudaba un poco o tardaba, el primer impulso era ir y hacerles las cosas, pero hay que dejarles su tiempo y que lo hagan ellos a su manera.

Los objetivos del trabajo pudieron cumplirse y ser llevados adelante de manera satisfactoria. El Hogar contaba con los recursos humanos y ambientales necesarios para ello. Los espacios donde se realizaban las intervenciones estaban perfectamente ambientados y contaban con variado material para las mismas. Respecto a la posibilidad de implementar el nuevo paradigma de atención centrada en la persona en el diseño de las intervenciones de estimulación cognitiva de las praxias, las observaciones realizadas y sus resultados demostraron que es posible. Las intervenciones que colocan a la persona como centro son más efectivas ya que desarrollan un vínculo empático entre asistente y asistido. Las dificultades estarían más relacionadas con las políticas institucionales del Hogar observado. Según refirió la jefa de Servicio Social cuando fue entrevistada acerca de esta institución y la ACP; respondió que era difícil incorporarla totalmente. El Hogar se encontraba atravesando un cambio de autoridades y la nueva dirección realizaba una revisión de las políticas anteriores. Probablemente introducir cambios en los centros gerontológicos que vienen de modelos centrados en el servicio no siempre resulta sencillo. No obstante, para promover un cambio de modelo de

atención, si no se cuenta con un liderazgo de los responsables de las organizaciones, dicho cambio se verá muy limitado ya que, habitualmente, es preciso reorientar el concepto de atención y llevar a cabo modificaciones organizativas. Por otra parte la participación y el compromiso de los profesionales son esenciales, especialmente de los enfermeros y acompañantes terapéuticos, figuras esenciales al ser quienes apoyan a lo largo del día a las personas. Los profesionales médicos, psicólogas y enfermeras que fueron entrevistados si bien no actuaban completamente desde un modelo paternalista, tampoco abordaban sus tareas desde el nuevo paradigma AGCP (Martínez, 2015). De todas maneras cabe resaltar el entusiasmo con que desarrollaban su tarea, siendo esta una labor ardua y agotadora. Durante el tiempo que duró la pasantía en el Hogar, la tesista observó el buen trato que recibían todos los residentes.

Respecto al futuro de las intervenciones en estimulación cognitiva para personas mayores con demencia que se apoyan en el modelo de ACP, será necesario disponer de un mayor conocimiento y realizar estudios en relación a asuntos como el diseño de intervenciones terapéuticas insertadas en actividades de la vida diaria significativas, la sistematización y validación de modelos aplicados y metodologías acordes a la ACP, así como el diseño y validación de instrumentos de evaluación (evaluación de personas y de servicios) orientados desde este enfoque.

Por otro lado, los aportes de las nuevas investigaciones en EA y el avance de las nuevas tecnologías diagnósticas aportan datos neuropatológicos y bioquímicos que permiten un diagnóstico precoz de la demencia. (López -Álvarez y Aguera - Ortiz, 2015), siendo que la detección temprana de la EA posibilitaría el inicio de un tratamiento y de una intervención que ayude a mantener la vida autónoma de la persona.

Actualmente se están incorporando en las intervenciones a personas mayores los avances sucesivos que se están produciendo en el ámbito de las tecnologías (ciber-Neuropsicología) y en los programas de evaluación y estimulación psico-cognitiva. Uno de los grandes saltos es la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) que se está aplicando a servicios de rehabilitación para la intervención y soporte a distancia de personas con demencia (Yanguas, 2007).

A partir de la información obtenida y las observaciones realizadas surgieron interrogantes relacionados a la rehabilitación y a la estimulación psiconeurológica con el fin de lograr una mejor efectividad en la persona mayor; estas preguntas se relacionan a la cantidad conveniente de intervenciones por semana, tiempo estimado de duración de las actividad, cuánto tiempo se utilizan las mismas actividades y cuando deben

cambiarse. Así también surge el interés por la creación de nuevos diseños de intervenciones motivando la idea de proseguir investigando.

Surgieron también respuestas a la pregunta ¿para qué estimular las praxias? la autonomía debe destacarse como un valor nuclear de la atención y esto debe verse reflejado en la vida diaria. La autonomía es una capacidad y un derecho y por lo tanto es objeto de apoyo y desarrollo para todas las personas incluyendo a aquellas que tienen un deterioro cognitivo avanzado.

Finalmente cabe señalar a través de lo observado, que el modelo de ACP influye favorablemente en el diseño y las intervenciones para estimular praxias en personas mayores con demencia. Es necesario buscar actividades que proporcionen un bienestar a las personas mayores con demencia institucionalizadas. Se puede lograr abriendo nuevas alternativas en las intervenciones a través del trabajo de los profesionales en el día a día.

7- Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- AOTA, (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso*. Chile: Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicación a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología cognitiva*. Madrid: IMSERSO
- Cepsiger, S. (2018, 27 de enero). Vejez y envejecimiento dos conceptos que son confundidos. *Revista el Telégrafo*. Recuperado de <http://www.eltelegrafo.com.ec>.
- De Renzi, E. (1990). Apraxia. En F. Boller & J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*. Amsterdam: Elseviere.
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*. doi: 10.4067/S0717-92272003041200003
- Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., DeKosky, S., T., Barberger – Gateau, P., & Cummings, J. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, 6, 734-46
- Indec. (2014). Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Psychocognitive stimulation in dementias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es&tlng=es.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Minimental State, A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gonzalez Rothi, L., Ochipa, C. & Heilman, K. (1997). A Cognitive Neuropsychological Model of Limb Praxis and Apraxia. En L. Gonzalez Rothi & K. Heilman, (Eds.), *Apraxia, the neuropsychology of action* (pp.29-49).
- Guzmán, J. (2003). *Celade, Division de Poblacion*. Santiago de Chile: Cepal.
- Huenchuan, S. (2016). *Envejecimiento e Institucionalidad pública en América*

- Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Kaplan & Sadock. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. New York: Wolters Kluwer Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kitwood, T. M. (1997). *La Demencia Reconsiderada: La persona es lo primero*. Filadelfia: Open University Press.
- Ley Nacional 26529 (2010). Salud Pública Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009. Publicada en el boletín Oficial del 20 de noviembre 2009. Núm. 31785 (pp. 1)
- Ley Provincial N° 5670 (2016). De los Establecimientos para personas mayores. Sanción: 27/10/2016 Promulgación: 22/11/2016 Publicación: BOCBA N° 5024 del 13/12/2016
- Liepmann, H. (1900). Das Krankheit de Apraxie (Motorische Asymbolie). Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. En D. A. Rottenberb and F.H. Hochberg (Eds.) *Neurological classics in modern translation* (pp. 155-183). Nueva York: Macmillan Publishing Co.
- Limón, M. & Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-231. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3808587>
- López- Álvarez, J. & Aguilera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*. Recuperado de www.vigera.com/sepg
- López Yañez, R. (2013). Eficacia del Método Montessori en personas mayores con deterioro cognitivo (tesis de grado) Recuperado de ruc.udc.es/dspace/handle/2183/11693
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E.M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA. *Neurology*, 34, 939-44.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Gobierno Vasco: servicio central de publicaciones del gobierno vasco.

- Martínez Rodríguez, T. (2015). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación. (tesis doctoral). Recuperado de <https://www.acpgerontologia.com/documentacion/TESISDOCTORALACPTMTZ>.
- Ochipa, C. Rothi, L. & Heilman, K. (1992). Conceptual apraxia in Alzheimer's disease. *Brain*, 115(4), 1061 -1071. doi: 10.1093
- Organización Mundial de la Salud,OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *España Revista Española Geriatría Gerontológica*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)*. Geneva: Who.
- Politis, D. (2003). Nuevas perspectivas en la evaluación de las apraxias. (Tesis de Doctorado). Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- Politis, D. & Margullis, L. (1997). Evaluación de las praxias a partir de un modelo cognitivo. *Neuropsychologia Latina*, 3,92.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Mcgraw -Hill Interamericana de España.
- Preciado Jiménez, S. (2007). Modelo Montessori, una propuesta para el trabajo con adultos mayores. Recuperado de <https://biblat.unam.mx>
- Rebolledo, F.A. (2003). *¿Es posible la restauración cerebral? Mecanismos biológicos de la plasticidad neuronal*. México: Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral.
- Reisberg, B., Ferris, S., De Leon, M. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi: 10.1176/ajp. 139.9.1136
- Resnikoff, F. (2003). Demencia y actividades de la vida diaria. *Neurología Neurocirugía y Psiquiatría*. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2003/nnp031d.pdf
- Ripoll Redolar, D. (2014). *Neurociencia cognitiva*. España: Editorial médica panamericana.
- Román Lapuente, F. & Sanchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14 (1), 27-43. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=205943>

- Rosen, W., Mohs, R. & Davis, K. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *A Journal of Psychiatry*, 141(11), 1356-1363. doi:10.1176/ajp.141.11.1356
- Roqué, M. & Amaro, S. (2016). La dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en la Argentina. En S, Huenchuan, *Envejecimiento e Institucionalidad pública en América latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. (pp. 109-149). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Rubinstein, W. & Politis, D. (2007). Apraxia y severidad de la demencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer. En XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Rubinstein, W. & Politis, D. (2009). Estudio de actividades de la vida diaria y apraxia en pacientes con demencia tipo Alzheimer. En *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigación en Psicología del Mercosur* (pp. 385-386). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Salech, M., Jara, R., & Michea, A. (2012). Cambios psicológicos asociados al envejecimiento ychocognitive stimulation in dementias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70269-9
- Santillan Pizarro, M., Ribotta, B., & Acosta, L. (2015). Informes futuros de la vejez en la Argentina. En Cepal (Ed.), *Notas de población, Año XLIII* (pp. 95-122). Chile: Cepal.
- Simone, V., Serrano, C., & Allegri, R. (2013). La evaluación en el consultorio médico. Exámenes cognitivos breves. En D, Burin M, Drake & P, Harris (Eds.), *Evaluación Neuropsicología en adultos*. (pp. 63-96). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Tárraga, I. & Boada, M. (1999). *Volver a empezar*. España: Fundación ACE.
- Trigás- Ferrín, M. Ferreira- González, L. Meijide- Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clinica*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/318087>
- Valderrama, E. & Pérez Del molino, J. (1997). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Recuperado de www.academia.edu/.../

- Vélez, D. & Restrepo, N. (2016). Revisión sistemática de la intervención neuropsicológica en el deterioro cognitivo leve y la demencia Alzheimer. (Trabajo de grado). Recuperado de la Universidad de Antioquia Medellín.
- Yanguas, J.J. (2007). *Modelo de Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Instituto de Mayores y servicios Sociales. IMSERSO.