

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Abordaje Diagnóstico y Terapéutico de una paciente con demencia mixta
Estudio de caso único

Alumna: Saharrea, Jesica Natalia

Tutor: Dr. Pablo Gómez

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mayo 2020

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco teórico	4
3.1 Neurociencias.....	4
3.2 Envejecimiento no patológico	6
3.3 Deterioro cognitivo leve	8
3.4 Demencia	9
3.4.1 Enfermedad de Alzheimer.....	11
3.4.2 Demencia Vascular	14
3.4.3 Demencia Mixta	15
3.5 Evaluación Neuropsicológica y Funcional	16
3.6 Intervención en el tratamiento de las demencias	18
3.6.1 Neuroplasticidad y psicoestimulación.....	18
3.6.2 Estimulación Cognitiva.....	19
3.6.3 Arteterapia.....	21
4. Metodología	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Participantes.....	25
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento	28
5. Desarrollo	29
5.1 Presentación del caso	29
5.2 Analizar la evolución de los síntomas conductuales y del rendimiento cognitivo en una persona mayor con demencia mixta desde el año 2017 al 2019.	30

5.3 Describir las intervenciones realizadas a través del taller de estimulación cognitiva para una paciente con demencia mixta.....	36
5.4 Describir las intervenciones realizadas a través del taller de arteterapia para estimular las funciones cognitivas en una paciente con demencia mixta.	40
6. Conclusiones.....	45
7. Referencias Bibliográficas	459
8. Anexo A	55

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se realizó en una institución especializada en demencias en el barrio de Coghlan ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional propuesta para el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.

La institución, de nueve años de antigüedad, cuenta con servicios de vivienda y asistencia integral a las personas que padecen de la enfermedad de Alzheimer y otras alteraciones con deterioro cognitivo, promoviendo su dignidad y calidad de vida. En la residencia brindan diferentes actividades cognitivas y recreativas, ofreciendo a los pasantes la posibilidad de asistir a los distintos talleres y tener de esta forma un acercamiento al rol profesional.

La carga horaria de la práctica constó de 285 horas, que se distribuyeron principalmente en cinco días por semana, asistiendo 20 horas en forma presencial y 5 horas a distancia. En estos espacios se realizó observación de los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia; así como también se llevaron a cabo actividades individuales con pacientes asignados. Además, se efectuó la revisión de historias clínicas para tener un conocimiento más personalizado de los pacientes. También se desarrollaron tareas fuera de la institución como la lectura de material bibliográfico y realización de resúmenes de evaluaciones neuropsicológicas de los residentes.

En esta práctica e investigación se llevó a cabo el análisis de los síntomas conductuales y el rendimiento cognitivo de una paciente de 87 años con demencia mixta, así como las intervenciones realizadas en los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia observados.

Esta temática es de relevancia, ya que se parte de la convicción de que, tratar de entender sobre las características de la enfermedad y su tratamiento, puede colaborar a vislumbrar acerca de la plasticidad cerebral para el mantenimiento de las funciones cognitivas de las personas. Es de vital importancia continuar con este tipo de investigaciones en el contexto de una sociedad donde la expectativa de vida se ha prolongado notablemente y que necesita mantener su cerebro lo más activo posible.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Evaluar la evolución de los síntomas conductuales y rendimiento cognitivo en los últimos dos años, como así también, las intervenciones en los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia realizadas a una paciente de 87 años con demencia mixta.

2.2. Objetivos Específicos

1. Analizar la evolución de los síntomas conductuales y del rendimiento cognitivo en una persona mayor con demencia mixta desde el año 2017 al 2019.

2. Describir las intervenciones realizadas a través del taller de estimulación cognitiva para una paciente con demencia mixta.

3. Describir las intervenciones realizadas a través del taller de arteterapia para estimular las funciones cognitivas en una paciente con demencia mixta.

3. Marco teórico

3.1. Neurociencias

La neurociencia se ha definido como un conjunto de ciencias cuyo objeto de investigación es el sistema nervioso con particular interés en cómo la actividad del cerebro se relaciona con la conducta y el aprendizaje (Salas Silva, 2003). Teniendo en cuenta otro punto de vista, la tarea de la neurociencia es comprender los procesos mentales mediante los cuales percibimos, actuamos, aprendemos y recordamos (Kandel, Schwartz & Jessel, 2001).

Como antecedentes en las neurociencias, Escera (2004) hace una revisión detallada de los descubrimientos experimentales hechos hasta el siglo XX, en los que se destaca el concepto de localización de las funciones cognitivas en el cerebro de Gall y su discípulo Spurzheim, la teoría de una función cerebral unitaria sostenida por Flourens, las investigaciones en relación a la dificultad del lenguaje por Broca y Wernicke, el modelo de organización jerárquica del sistema nervioso propuesto por Jackson, la doctrina de la neurona y el principio de polarización dinámica de Ramón y Cajal y los estudios citoarquitectónicos del córtex por Korbinian Brodmann.

Desde el siglo XX hasta la actualidad, las técnicas de neuroimagen funcional han sido un gran avance científico ya que han permitido revelar acerca de la activación cerebral cuando trabajan los sentidos, así como también en los procesos del aprendizaje y el recuerdo (Bernal, 2009). En este contexto, se fue configurando la existencia de la neurociencia cognitiva cuyo objetivo es analizar los procesos cerebrales y cómo éstos interaccionan entre sí para sustentar las funciones complejas (Escera, 2004). Esta se encuentra conformada por disciplinas como neuroanatomía, neurofisiología, biología del desarrollo, biología celular y molecular y psicología cognitiva (Maureira, 2010).

La neurociencia cognitiva surgió, internacionalmente, en 1970. Se define como la conjunción entre la psicología cognitiva, que estudia los procesos mentales para comprender como la mente humana realiza estos procesos, y la neurociencia, que investiga acerca del sistema nervioso con diferentes aportes desde los estudios moleculares, funcionales, computacionales y los aspectos patológicos (Allegri & Bagnatti, 2017).

En cuanto a la historia de las neurociencias cognitivas en Argentina, Allegri y Bagnatti (2017) refieren que en la década del 80 apareció la neurología moderna, generando cambios en el método científico y el nacimiento de subespecialidades. En ese período, se creó en Buenos Aires la Asociación Neuropsicológica Argentina (SONEPSA) y comenzó a tomar relevancia el Instituto de Investigaciones Neurológicas de la Fundación FLENI. Además, el Dr. Mangone realizó varias publicaciones en relación al deterioro cognitivo y a la demencia. En abril de 1989 inauguró la asociación de familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Asociación de Lucha contra el Mal de Alzheimer (ALMA). En el mismo año, también se llevó a cabo en Buenos Aires el Primer Congreso Argentino de Neuropsicología organizado por SONEPSA. En este contexto, se inició el desarrollo de la neurología cognitiva en Argentina en las diferentes instituciones.

Dado que la neurociencia cognitiva es una disciplina notablemente reciente, el estudio del envejecimiento aún se encuentra en pleno desarrollo. La finalidad de la neurociencia cognitiva del envejecimiento es el estudio de la actividad cerebral y los procesos cognitivos asociados a la edad (Grandi & Ustárroz, 2017). Desde una perspectiva neurológica, el envejecimiento normal conlleva una pérdida de tejido cerebral, tanto en peso como en volumen, produciendo la disminución de ciertas capacidades cognitivas y su funcionalidad.

3.2. Envejecimiento no patológico

Para entender el concepto de vejez en su totalidad hay que tener en cuenta dos puntos de vista: el envejecimiento demográfico y el individual.

El envejecimiento demográfico o poblacional está asociado a dos cuestiones, por una parte, al aumento de la calidad de vida y por otra el descenso de la tasa de fecundidad (número de nacimientos por mujer). Esto produjo un incremento de la proporción de adultos mayores en comparación a épocas pasadas. Además, se observa un mayor porcentaje de población envejecida femenina sobre la masculina (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016).

Por consiguiente, se impone la reflexión sobre el proceso de envejecimiento propiciando que sea de forma saludable para tener una buena calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento saludable es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2019). Cabe destacar que para lograr un envejecimiento exitoso es necesario contar con un entorno y oportunidades que posibiliten a la persona ser y hacer lo que valora a lo largo de su vida. Para Von Bernhardt (2019) estar libre de enfermedad no es un requisito para un envejecimiento exitoso; muchos adultos mayores tienen enfermedades que, estando bien controladas, solo tienen una influencia modesta sobre su bienestar.

Otro concepto vinculado al envejecimiento saludable y exitoso es el de reserva cognitiva, el cual puede pensarse como una variable amortiguadora del envejecimiento patológico. La reserva cognitiva es definida como la capacidad del cerebro que permite afrontar y/o tolerar cambios cerebrales presentados en el envejecimiento normal o debidos a un proceso neuropatológico, produciendo una disminución o demora de la sintomatología o manifestaciones clínicas (Cabaco, Luz, Rueda & Calzada, 2017).

En el proceso de envejecimiento, se detectan cambios sociales, fisiológicos y cognitivos que afectan al individuo y a la manera como éste asume su vida. Comenzando por los sociales, surgen algunos acontecimientos esperables de acuerdo al ciclo vital, tales como el retiro del mercado laboral, acceso a la jubilación, incremento del tiempo libre, revinculación afectiva familiar y de redes sociales, atención en salud específica y, en algunos casos, pérdida de la autonomía física. Cada persona tiene su forma de atravesar estas situaciones en función de sus trayectorias individuales y sociales (Rodríguez, 2018).

En cuanto a los cambios fisiológicos, se inician en forma estable, pero durante el proceso continúan de manera irregular, produciéndose a diferente velocidad porque

dependen de los tejidos, los órganos y la edad del sujeto. En consecuencia, se genera el proceso de senescencia que implica la modificación de la capacidad adaptativa del entorno. Este concepto alude a los cambios y relaciones entre los elementos del sistema con el transcurrir del tiempo. Por ello, la capacidad funcional se mantiene estable hasta los 40 años, por lo cual desde esa edad el proceso es decreciente 1% al año. Como consecuencia de las alteraciones celulares, los cambios morfológicos y bioquímicos de los tejidos, se compromete la funcionalidad del sujeto. Por consiguiente, en el sistema nervioso central se produce cambios en el metabolismo de los neurotransmisores, generando la aminoración de la síntesis de acetilcolina y colinesterasa, la disminución de las catecolaminas, de la COMT y un aumento de la actividad MAO. Por otro lado, se perciben alteraciones en el sistema endocrino, en las hormonas tiroideas, sistema locomotor, cardiovascular, digestivo, urinario y respiratorio (Rodríguez, 2018).

Con respecto a los cambios cognitivos en el envejecimiento normal, según Stankov (1988), se observan modificaciones en la atención, que no se la considera como un proceso unitario, sino como un dominio cognitivo constituido por diferentes procesos. Así, por ejemplo, se utiliza términos tales como atención sostenida o concentración, búsqueda o rapidez perceptiva, atención dividida, atención selectiva, flexibilidad atencional o vigilancia. Durante la vejez y en pacientes con daño cerebral preexistente, se presenta una mayor vulnerabilidad a desarrollar estados confusionales como resultado de una mayor susceptibilidad a pequeñas alteraciones metabólicas. También se encuentran alteraciones en la vigilancia, la atención selectiva, y una disminución en el rendimiento de las tareas que implican la atención dividida (Lapuente & Navarro, 1998). Considerando la memoria, Bataller y Moral (2006), sostienen que en el adulto mayor hay una disminución en la velocidad de procesamiento, repercutiendo en aspectos como la recuperación de la información o en la asimilación del material nuevo. Por otro lado, no se ven alterados ni el recuerdo de los sucesos lejanos, ni los conocimientos culturales, ni las habilidades aprendidas. Teniendo en cuenta las funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas, Lapuente y Navarro (1998) refieren que, se observa una disminución de estas funciones durante el envejecimiento, evidenciándose problemas en la organización visoespacial a partir de los últimos años de la séptima década de vida. En relación a las funciones ejecutivas, Cock, Matute y Jurado (2008), mencionan que las habilidades cognoscitivas de planeamiento, control de la atención, flexibilidad cognitiva y fluidez verbal, son proclives a los cambios durante el envejecimiento. Cabe mencionar que el lenguaje es uno de los procesos con menor alteración. En relación a esto, los adultos

mayores tienen una mayor dificultad tanto para procesar las estructuras sintácticas complejas como para poder hacer inferencias en la comprensión, tanto de una frase individual como en un discurso narrativo (Custodio et al., 2012).

En resumen, en el envejecimiento no patológico, se producen modificaciones que impactan en lo social, fisiológico y cognitivo. Considerando el área cognoscitiva, se observa una disminución de la atención, memoria, funciones visoespaciales y ejecutivas, siendo el lenguaje el proceso con menor alteración en los gerontes. Dado que el envejecimiento normal presenta un declive de los procesos cognitivos, se puede generar una confusión a la hora de diferenciar éste del deterioro cognitivo leve –DCL- (Calzada et al., 2017).

3.3. Deterioro cognitivo leve

Según Allegri et al. (2012), el deterioro cognitivo es un concepto que se utiliza para describir la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como percepción, memoria, aprendizaje, orientación, lenguaje, atención, conducta, juicio, razonamiento abstracto, toma de decisiones, resolución de problemas y planificación (Feldberg & Demey, 2015). El DCL se define como un estado transicional entre el envejecimiento normal y los primeros estadios de la demencia (Pose & Manes, 2010).

En relación a los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* -Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- (DSM 5), el DCL es un trastorno neurocognitivo menor donde se observa un ligero descenso cognoscitivo comparado a su desempeño anterior, en uno o más de los dominios cognitivos. Es necesario para su diagnóstico que se evalúe la preocupación del individuo además de contar con la presencia de un tercero informado o del facultativo con respecto a la disminución de las funciones cognitivas. En la evaluación neuropsicológica, se observa un descenso en el desempeño, con un resultado en los test de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación clínica equivalente a una persona que no presente dicho trastorno. Debe considerarse también que los déficits cognitivos no llegan a interferir con la independencia del paciente en tareas instrumentales de la vida diaria, pero sí en actividades de mayor dificultad como el manejo de medicación o dinero; donde logran un mejor desempeño esforzándose más y utilizando estrategias compensatorias para mantener la independencia. Es importante destacar que no se encuentra relación con el diagnóstico de delirium ni de otros trastornos mentales tales como trastorno depresivo mayor o esquizofrenia (APA, 2013).

Se puede afirmar que existen muchos factores que intervienen y alteran el estado cognitivo y funcional del anciano, como las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, osteoartritis, hepatopatías, neoplasias y neurológicas). Un aspecto a tener en cuenta es la situación económica del adulto mayor que por lo general es irregular. Esto es debido a los ingresos de bajo poder adquisitivo, entre ellos jubilaciones y pensiones escasas, que no le permiten cubrir las necesidades básicas, entre ellas, las referidas a la medicación y atención médica requerida. Por otro lado, se observan factores políticos como la falta de programas de ayuda social y programas de atención en los sistemas de salud, etcétera (De León-Arcila, Milián-Suazo, Camacho-Calderón, Arévalo-Cedano & Escarpín-Chávez, 2009). También hay otros factores de riesgo como el desarrollo del genotipo APO E4 (para el DCL tipo amnésico), depresión, bajo nivel educacional, atrofia e infartos identificados en la resonancia magnética (Pose & Manes, 2010).

Teniendo en cuenta las clasificaciones, se distinguen dos maneras de categorizar el DCL. En la primera, se encuentra el DCL amnésico y el no amnésico, de acuerdo al predominio, o no, del deterioro en la función mnémica. En la segunda, se podría diferenciar sujetos con DCL unidominio, cualquiera sea éste; y otros con DCL multidominio, donde existiría más de un dominio cognitivo deteriorado. Estas tipificaciones mencionadas buscan facilitar una mayor especificidad en la detección y diagnóstico del DCL (Cancino & Rehbein, 2016).

Cabe destacar que, si el deterioro avanza, afecta el desempeño y genera un impacto en la funcionalidad e independencia, se denomina síndrome demencial (Feldberg & Demey, 2015).

3.4. Demencia

La demencia es considerada como un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido, crónico y generalizado de las funciones cognitivas, que afecta 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 (Portellano, 2005).

En referencia a los criterios diagnósticos del DSM 5, la demencia es un trastorno neurocognitivo mayor que se caracteriza por la evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos. Se debe presentar la preocupación del individuo, de un tercero informado o

del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas. Se observa un declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test de rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente. Por otro lado, los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (por ejemplo, requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero); así como también, expresa que no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium ni son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia) (APA, 2013).

Por otra parte, según Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert (2012), en la demencia se presentan síntomas psicológicos y conductuales. Uno de ellos es la alteración del pensamiento que consiste en creencias o narraciones erróneas o falsas, observándose interpretaciones (por ejemplo, sustracción de objetos perdidos), delirios (ideas de robo, abandono), fabulaciones (contenidos falsos acerca del propio pasado). Además, presentan alucinaciones de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo u somático. También, se observa agresividad (conducta física o verbal), depresión (tristeza, anhedonia), ansiedad (sentimiento de pérdida de control de forma injustificada), euforia (humor elevado o inadecuado), apatía (escaso interés o motivación), desinhibición (en el trato social, a través del lenguaje y la expresión corporal), irritabilidad (impaciencia e intolerancia), hiperactividad motora (incremento de la deambulación) y alteración del sueño (hipersomnia, insomnio, etc).

Teniendo en cuenta la etiología de las demencias, se pueden diferenciar como corticales y subcorticales, teniendo en cuenta las características con la neuropatología. En relación a las demencias corticales, se presentan síndromes en el área frontotemporal o el temporoparietal. Entre ellas se encuentran la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontal, la demencia por cuerpos de Lewy, la enfermedad de Pick y la afasia progresiva primaria. En cambio, las demencias subcorticales, presentan patología inicial en el tálamo, ganglios basales, región superior del tronco del encéfalo, y sus proyecciones frontales, implicando trastornos motores y del habla. Los síntomas observados son la lentificación global del movimiento y del procesamiento cognitivo, la pérdida del tacto social y los trastornos del estado de ánimo. En este tipo de demencias se hallan la enfermedad cerebrovascular (puede ser tanto cortical como subcortical), la enfermedad

de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson y la parálisis supranuclear progresiva (Orozco, 2012).

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencias y es definida por Allegri et al. (2012), como un trastorno neurodegenerativo que se caracteriza por una declinación progresiva de las funciones cognitivas y presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos (trastornos psicóticos, depresión, vagabundeo) que generan la pérdida de la capacidad para realizar actividades habituales de la vida cotidiana. Estos mismos autores, refieren que la demencia vascular es considerada la segunda causa más común en países occidentales luego de la enfermedad de Alzheimer. Esta entidad es caracterizada por la presencia de un síndrome demencial generado por lesiones cerebrales de origen vascular (infartos, hemorragias o lesiones cerebrales hipóxico – isquémicas). Los síndromes cognitivos asociados con enfermedad cerebrovascular son muy heterogéneos, especialmente cuando están comprometidas diferentes áreas cerebrales (Feldberg & Demey, 2015).

3.4.1. Enfermedad de Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer (DTA) se define como un síndrome neurodegenerativo caracterizado por el deterioro progresivo e irreversible de múltiples funciones cognitivas provocando alteraciones conductuales y funcionales que repercuten en la calidad de vida (Lucendo, Bartolomé, Fernández, García & Sáez, 2018).

Considerando el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA), las investigaciones de la *National Institutes of Neurologic and Communicative Disorders* y la *Stroke –Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) afirman que dicho diagnóstico resultaría probabilístico, ya que la confirmación definitiva del mismo sólo es posible realizarlo post mortem a través de estudios patológicos (Allegri et al., 2011).

El DSM 5 define criterios para la detección del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad de Alzheimer. Para diagnosticar la enfermedad posible, debe presentarse la evidencia de una mutación genética que pueda ocasionar la enfermedad revisando la historia familiar. Además, tiene que observarse una disminución en la memoria y el aprendizaje y por lo menos otra función cognitiva. Asimismo, este declive se aprecia de forma progresiva, gradual y constante. En este trastorno no se evidencia una etiología mixta, o sea, ausencia de otro tipo de enfermedad (APA, 2013).

En la actualidad, se puede determinar precozmente alteraciones asociadas a la enfermedad a través de los biomarcadores, realizando estudios en el líquido cerebroespinal, sangre y saliva, modificaciones en las concentraciones de proteína Tau total, proteína Tau fosforilada y del péptido Beta Amiloide (Pardi, Santos, Silva Gois, Braz Jr & Olave, 2017).

En relación a los factores de riesgo, Allegri, Vázquez y Sevlever (2017), indican los genéticos, familiares y congénitos. Otro aspecto manifiesto es la edad avanzada, siendo que la prevalencia de la EA se duplica cada 5 años entre los 65 y los 85 años. A su vez, es de importancia considerar los antecedentes familiares que se pudieran presentar respecto de la demencia. En la extremadamente infrecuente enfermedad de Alzheimer familiar, se verifica la transmisión autosómica dominante, que transfiere los genes que regulan la proteína precursora de amiloide y las presenilinas 1 y 2. También, se tiene en cuenta la historia familiar de síndrome de Down, ya que se han realizado autopsias demostrando que los cerebros de los individuos con esta enfermedad presentaban placas amiloides. Asimismo, se hace hincapié acerca de otros componentes como el bajo nivel de educación, el sedentarismo físico, la depresión como síntoma temprano y factores vasculares (Allegri et al., 2017).

En cuanto al proceso en la EA, Feldberg y Demey (2015), detallan que suele comenzar en el área entorrinal y desde aquí se amplía hacia áreas vecinas de la región del hipocampo y consecutivamente al resto de la corteza. A raíz de esto, se observan como pilares de la expresión clínica de la enfermedad los déficits cognitivos, las alteraciones conductuales y la repercusión funcional. Si bien se presenta una variación en la sintomatología, se muestra como patrón típico el compromiso de la memoria episódica. También se encuentran otras formas clínicas denominadas atípicas donde se acentúan otros síntomas o déficits sobre la pérdida de memoria. Considerando esta última clasificación, predominan las alteraciones conductuales y las tareas ejecutivas (abstracción, razonamiento y planificación), así como también, la variante afásica, visual y la apráxica.

Con respecto a los estadios de la EA, Allegri et al. (2017) definen cinco momentos:

1. *Enfermedad de Alzheimer preclínica*: La EA se inicia en la corteza entorrinal y se extiende posteriormente al hipocampo, que se ocupa del proceso de aprendizaje, interviniendo en la modificación de la memoria de corto a largo plazo. Por ello,

las áreas involucradas comienzan a deteriorarse. Estos cambios en el cerebro se generan de 10 a 20 años antes de la aparición de los síntomas.

2. *DCL debido a enfermedad de Alzheimer:* Este estadio presenta la aparición de síntomas clínicos, con compromiso de la memoria episódica (DCL amnésico) con perfil hipocámpico. En este momento, las alteraciones no interfieren en forma significativa en las actividades de la vida diaria (AVD) de los pacientes. Éstos suelen concurrir a la consulta por olvidos frecuentes que luego son verificados por un informante o por la evaluación neuropsicológica.
3. *Demencia tipo Alzheimer leve:* Los síntomas de esta etapa son la pérdida de memoria que perjudica las AVD (olvido de acontecimientos recientes, citas o fechas de relevancia, preguntas repetidas), alteración en las funciones ejecutivas (concentración, planificación y resolución de problemas), dificultades para la ejecución de tareas domésticas, laborales o de ocio (por ejemplo, uso de artefactos, cajeros automáticos, organización presupuestaria), desorientación en tiempo y/o espacio (confusión de fechas, estaciones o el paso de tiempo), problemas de percepción visual (complicando la lectura, calcular distancia y discriminar colores o contrastes e incluso en el reconocimiento del propio cuerpo), inconvenientes para comunicarse (en sostener una conversación o utilizar las palabras adecuadas), cambios de humor y personalidad (se aprecian signos de agresividad o irritabilidad; así como también, indicadores de depresión y apatía). Además, suele ocurrir que pierdan objetos o guardarlos en lugares no destinados a ese fin. También se observan fallas en el sentido común y capacidad de juicio o toma de decisiones (complicando el uso del dinero, elección de vestimenta, entre otros). Por lo expuesto, se produce el abandono de actividades, la motivación por los hobbies, proyectos laborales, deportes, presentando mayor introversión o aislamiento.
4. *Demencia tipo Alzheimer moderada:* Las alteraciones se expanden a otras áreas cerebrales, comprometiendo el lenguaje, el razonamiento y los procesos sensoriales. Los pacientes necesitan mayor supervisión y asistencia, presentando mayores modificaciones en la conducta y el comportamiento.

Los síntomas más frecuentes son la desorientación temporal y espacial, dificultades atencionales, lenguaje, planificación, organización de los pensamientos. Además, presentan incapacidad para aprender cosas nuevas o manejar situaciones novedosas. También se evidencia la inquietud, agitación,

ansiedad, labilidad emocional, alucinaciones, ideación paranoide como irritabilidad. Estas alteraciones conllevan a la pérdida del control de impulsos a través del lenguaje o conductas inapropiadas, negativismo al aseo (bañarse, cambiarse la ropa) y en algunos casos puede aparecer pérdida de control de esfínteres.

5. *Demencia tipo Alzheimer severa*: En el último estadio, la EA compromete todo el cerebro, demostrando una atrofia severa. Los pacientes pierden la capacidad de comunicarse, con total dependencia de otros. Los síntomas observados son la pérdida de peso, trastornos deglutorios, convulsiones, incapacidad para comunicarse, incontinencia de esfínteres, así como también rigidez y dificultad en la marcha.

3.4.2. Demencia Vascular

Actualmente, la demencia vascular (DV) es la segunda causa de demencia. Para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de demencia o deterioro cognitivo vascular, es necesaria la evaluación del déficit a través de pruebas cognitivas, la historia clínica e imagen (tomografía axial computarizada o imágenes de resonancia magnética). Se debe considerar que las demencias vasculares muestran deterioro en funciones ejecutivas, alteraciones en la marcha y signos de focalización neurológica dependiente del área afectada (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016).

Teniendo en cuenta la nosología, el DSM 5 establece criterios para la demencia vascular posible, donde deben presentarse pruebas de imágenes neurológicas en las que se compruebe una lesión parenquimatosa significativa generada por una enfermedad cerebrovascular. La alteración neurocognitiva muestra una relación temporal con uno o más episodios conocidos. Además, se confirma la enfermedad tanto por los aspectos clínicos como los genéticos – por ejemplo, arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía- (APA, 2013).

Se han detectado diferentes tipos de demencias vasculares de acuerdo a la localización alterada. En primer lugar, se encuentra la demencia multi infarto, es la más común de las demencias vasculares; esta se genera por la destrucción del parénquima cerebral resultante de la oclusión arterial cerebral, tanto cortical como subcortical de vasos arteriales pequeños y grandes. En cuanto al déficit cognitivo, si bien no se encuentra establecido, se puede apreciar un deterioro variable de las funciones ejecutivas,

manteniendo ciertas funciones y teniendo un deterioro severo en otras (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016).

En segundo lugar, se encuentra la demencia por infarto estratégico. Este tipo de enfermedad está constituida por infartos en áreas específicas corticales o subcorticales relacionadas con las funciones ejecutivas y el comportamiento. Teniendo en cuenta los déficits cognitivos, se diferencian en cinco regiones: Pre-frontal subcortical (función ejecutiva), hemisférica izquierda (afasias), hemisférica derecha (agnosias, heminegligencia y aprosodias), hipocampal límbica (déficit de memoria y trastornos emocionales), occipitotemporal (procesamiento visual complejo) y mixtos. En consecuencia, dependiendo del área afectada, se tendrán diferentes resultados para el paciente (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016).

Un tercer tipo es la demencia por enfermedad isquémica de pequeñas arterias. En este grupo se incluyen las lesiones corticales y subcorticales secundarias a infartos lacunares, lesiones en la enfermedad de Binswagner. Teniendo en cuenta el aspecto cognitivo, la enfermedad se caracteriza por un déficit en la velocidad procesamiento de la información y de funciones ejecutivas con una preservación relativa de la memoria episódica (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016).

Considerando los factores de riesgo para DV, se encuentran las enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial), presencia de apolipoproteína E4 y el antecedente de un evento vascular cerebral previo (Ibarrola, Contreras & Ortiz, 2016).

3.4.3. Demencia Mixta

Se define como demencia mixta a la combinación patogénica de al menos dos tipos diferentes de demencia: enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, etc. En general, se ha considerado a la demencia mixta como la combinación, confirmada por estudio histopatológico, de características de DTA (placas seniles por depósito de proteína β -amiloide) con lesiones vasculares cerebrales (isquémicas o hemorrágicas). Teniendo en cuenta la manifestación clínica, se encuentra la pérdida de memoria, especialmente episódica y semántica, característica de la DTA, mientras que el deterioro de las funciones ejecutivas se ha observado en el deterioro cognitivo vascular. Por el momento, la bibliografía sobre la demencia mixta aún es limitada porque no existen consensos ni criterios diagnósticos bien establecidos (Cervantes et al., 2017).

Con respecto a la epidemiología, las investigaciones indican que la EA es la causa de demencia más frecuente (40-65%), seguida por la demencia vascular. Adicionalmente, la demencia mixta (Alzheimer y vascular) se presenta entre un 11 al 43%. Los estudios han analizado que en el 15% de los enfermos con demencia mixta (demencia vascular y DTA), los infartos cerebrales pueden agravar las manifestaciones clínicas de esta enfermedad degenerativa (Ardila, 2004).

3.5. Evaluación Neuropsicológica y Funcional

La neuropsicología es una neurociencia que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta, enfocándose en los procesos mentales complejos (pensamiento, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, motricidad y percepción) tanto en sujetos sanos como en aquellos que han sufrido algún tipo de daño cerebral (Portellano, 2005).

La evaluación neuropsicológica utiliza los métodos de la psicología cognitiva clínica y experimental para el análisis de los trastornos de las funciones cerebrales superiores y alteraciones conductuales causadas por lesión o enfermedad cerebral, o por desarrollo anormal del cerebro. Estas técnicas permiten llevar a cabo un complemento de ciertos aspectos del examen neurológico -orientación, memoria, lenguaje- (Allegri, Harris & Drake, 2000).

Para llevar a cabo la evaluación neuropsicológica, es necesario indagar varias cuestiones, por ejemplo, el motivo de consulta, contexto, tipo de cambios cognitivos y conductuales presentados; así como también el grado de conciencia del déficit que posee el paciente. A su vez, hay que considerar que los adultos mayores presentan alteraciones sensoriales (auditivas y visuales principalmente) y variados niveles educacionales, los cuales se deben tener en cuenta para seleccionar las pruebas que serán administradas. Una vez identificadas las principales áreas deficientes se realiza una selección de las técnicas que permitirán estimar el funcionamiento cognitivo. Posteriormente con los resultados, el neuropsicólogo clínico, confecciona un informe describiendo el perfil cognoscitivo, mencionando los principales déficits y las habilidades preservadas. Seguido de esto, formula una propuesta de intervención y seguimiento. Finalmente, se realiza una sesión con la persona afectada, sus familiares, cercanos y/o cuidadores para exponer de manera individualizada los alcances de la evaluación y las etapas de seguimiento (Molina, 2016).

Por otro lado, es fundamental considerar la capacidad funcional en las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria. La evaluación funcional mide la capacidad de una persona para desarrollar las actividades de la vida diaria. Es de suma importancia como parte integral de la evaluación neuropsicológica, dado que si se observa dependencia en estas actividades podría conducir a un deterioro en la calidad de vida tanto del paciente como de la familia y sus cuidadores. Este tipo de indicador es un posible predictor de futura institucionalización (Allegri et al., 2017).

En la Tabla 1 se clasifican las actividades en dos grupos: actividades básicas e instrumentales.

Tabla 1.

Descripción de las actividades de la vida diaria (Allegri et al., 2017).

Básicas	Instrumentales
Bañarse	Usar el teléfono
Uso del baño (continencia)	Preparar la comida
Alimentación	Manejo de las finanzas
Transferencia de la cama a una silla	Limpieza de la casa
Vestirse (capacidad de colocarse la ropa)	Hacer las compras
Cuidado personal (Capacidad de estar apropiadamente vestido, limpio, bien cuidado)	Lavado de la ropa
	Tomar las medicaciones
	Capacidad de solicitar un transporte

Las actividades básicas son fundamentales para mantener las necesidades fisiológicas mínimas, de baja complejidad y que posibilitan a un paciente vivir en su casa sin asistencia de terceros. En cambio, las actividades instrumentales requieren mayor capacidad cognitiva y se suelen estar afectadas en forma más temprana, mientras que las básicas se afectan con posterioridad en las enfermedades demenciales. Además de las dos categorías mencionadas anteriormente, se puede incluir una nueva clase que son las actividades avanzadas de la vida diaria. Entre ellas, se encuentra cocinar comidas complejas, utilizar aparatos electrónicos, organizar un viaje, conducir un auto, etc (Allegri et al., 2017).

3.6. Intervención en el tratamiento de las demencias

3.6.1. Neuroplasticidad y psicoestimulación

El concepto de plasticidad neural (o neuroplasticidad) se presenta como una alternativa que activa el cerebro humano para combatir la demencia. Al respecto, el sistema nervioso posee una gran capacidad plástica, que le permite recuperarse de las lesiones que pueda sufrir en un momento determinado. Es la propiedad que tienen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células. Estas modificaciones pueden traer como consecuencia la transformación del funcionamiento de los circuitos neurales y la forma en cómo se relacionan los sistemas modales en que se organiza el cerebro. Este proceso sucede durante y después de su maduración en fases como la memoria y el aprendizaje. Por consiguiente, el grado de recuperación depende de muchos factores, que incluyen la edad, el área del cerebro comprometida, la cantidad de tejido dañado, la extensión de la lesión, la rapidez con la que se produce el daño, los programas de rehabilitación y los factores ambientales y psicosociales (Prado & Rodríguez, 2013).

Es de relevancia mencionar que son muchas las intervenciones propuestas para el tratamiento de los pacientes con demencia. Se menciona que existen unas enfocadas al entrenamiento de funciones cognitivas, otras al tratamiento de los problemas de conducta, otras dirigidas específicamente a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental y otras enfocadas al núcleo familiar (Francés, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003).

A continuación, se hará mención sobre las modalidades más frecuentes utilizadas en el tratamiento de pacientes con daño cerebral, agrupándolas en tres variables:

- *Activas*: En este caso se hace referencia a las operaciones que pueden ser aprendidas y que afectan al contenido de la información (por ejemplo, estrategias de búsqueda de la información, resolución de problemas).
- *Pasivas*: Son aspectos que no afectan de modo directo a lo que es aprendido o recordado, pero sí a la predisposición para el aprendizaje (salud, sueño, motivación, etc).
- *SopORTE*: En esta categoría se incluyen las variables externas al sujeto que permiten sustituir determinadas funciones cognitivas - por ejemplo, pedirle a alguien que nos recuerde algo- (Feldberg & Demey, 2015).

Existen diferentes técnicas en la rehabilitación de pacientes con lesiones cerebrales. Entre ellas Feldberg y Demey (2015) destacan:

- a) *Las modificaciones ambientales:* Consiste en la adaptación cognitiva y funcional del entorno físico, considerando fundamentalmente la seguridad, prevención y simplificación del lugar. Una de las estrategias más utilizadas para la intervención es colocar carteles, flechas indicadoras de camino, etiquetas, relojes y calendarios.
- b) *Aplicación de mecanismos compensatorios:* Existen muchos tipos de ayudas compensatorias, desde sistemas de voz asistidas para pacientes que presentan alteraciones severas de la expresión, hasta agendas, alarmas y dispositivos electrónicos para pacientes con problemas de memoria.
- c) *Las técnicas de restauración:* Las actividades que son desarrolladas se caracterizan por un conjunto de tareas y ejercicios que se realizan en forma repetitiva para generar la activación de los circuitos cerebrales y la recuperación de la función cognitiva dañada. Aunque este tipo de técnica podría no ser tan eficaz para el entrenamiento de la memoria. Otra práctica implementada es el aprendizaje sin error, que consiste en ofrecer al paciente las respuestas correctas de una tarea con el fin de que la persona consolide la información nueva.

3.6.2. Estimulación Cognitiva

El término estimulación cognitiva refiere a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (por ejemplo, la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas o el cálculo), ya sea en sujetos sanos como en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central (OMS, 2001). Desde otro punto de vista, la estimulación cognitiva es definida como el conjunto de técnicas y estrategias que permiten mejorar el funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas a través de una serie de actividades concretas que se planean y estructuran en lo que se denominan programas de estimulación (Muñoz González, 2018).

Las actividades de estimulación cognitiva, se basan en la creencia de que mantener a la persona con demencia, activa y estimulada, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, puede disminuir o ralentizar el declive cognitivo y funcional, estimulando aquellas áreas que todavía están preservadas y evitando el desuso que puede aparecer derivado de la falta de competencia en otras funciones (Francés et al., 2003).

De acuerdo a los aportes de Allegri et al. (2017) se pueden citar técnicas específicas en demencias, detalladas a continuación:

- *Orientación a la Realidad (OR)*: Es uno de los primeros enfoques estructurados de trabajo en pacientes con demencias, el cual consiste en aumentar la orientación personal, temporal y espacial mediante el uso de calendarios fijos, interactivos, carteles con los nombres de las personas e indicaciones contextuales.
- *Aprendizaje sin error*: Es una técnica que busca eliminar el error durante el aprendizaje. Esta actividad se puede llevar a cabo dividiendo la tarea en pasos, dando varios ejemplos previamente, corrigiendo los errores automáticamente.
- *Terapia de reminiscencia*: Se trata en el recuerdo de eventos y experiencias de la vida pasada con otra persona o en grupo por medio de fotografías, música y artículos familiares.

- *Técnicas de elaboración semántica*:

a. *Uso de pistas*: Es de mucha utilidad en pacientes con alteración de la memoria episódica, donde aprenden información nueva a través del uso de pistas como soporte a la codificación y evocación.

b. *Recuperación espaciada*: Se presenta una parte de la información que se desea incorporar y se repite la misma en partes, en forma reiterada, hasta su consolidación.

- *Estrategias compensatorias*: son una de las mejores herramientas para que los pacientes con déficit de memoria puedan afrontar sus dificultades en forma diaria. Algunos elementos son el uso del cuaderno, agenda, calendario y las adaptaciones ambientales (lugar para las llaves, teléfono, pastillero, anteojos, etc.)

- *Intervención cognitiva mediante ordenadores y cuadernillos*: Existe la implementación de software de rehabilitación cognitiva a través de computadoras y/o dispositivos móviles, muchas de ellas provenientes y adaptadas de juegos de estimulación cerebral. Son actividades de gran utilidad para la tele – rehabilitación, donde el paciente puede llevar a cabo las sesiones pautadas por los terapeutas, por ejemplo: NeuroAtHome, CogniFit y Gladior. Todas estas plataformas incluyen ejercitaciones de múltiples funciones cognitivas tales como la atención sostenida, atención dividida, praxias constructivas, memoria a corto

plazo, comprensión, entre otras. Los cuadernillos de estimulación cognitiva, son también herramientas de suma utilidad ya que favorecen la estimulación intensiva en forma diaria.

En la revisión de la literatura especializada se encuentran diferentes actividades que se pueden incluir en los talleres de estimulación tanto individual como grupal para trabajar todos los dominios cognitivos (Orejarena-Ballestas, Quiñonez-Pérez & Marín-Gutiérrez, 2017). Dado que en la mayoría de los dispositivos grupales se trabaja con actividades donde se ven implicadas la memoria (centrándose en la semántica) y lenguaje, se hará hincapié en las más utilizadas para trabajar esas funciones cognitivas.

Con respecto a las estrategias para estimular la memoria, se llevan a cabo actividades de recuerdo y reconocimiento de imágenes, tareas de categorización -memoria semántica-; organización sintáctica de palabras para formar frases -memoria de trabajo-; trabajar actividades de ordenamiento de letras para formar palabras -memoria de trabajo y acceso al almacén léxico fonológico y semántico-; aprendizaje de historias -entrenamiento en codificación, recuperación de memoria episódica y función ejecutiva-; realizar ejercicios de orientación y memoria espacial; realizar juegos de reconocimiento de canciones e intérpretes -memoria semántica- y elaborar cuadernos de memoria -memoria episódica- (Orejarena-Ballestas et al., 2017).

En relación al lenguaje, se implementan actividades de discriminación fonológica; comprensión verbal; denominación escrita; descripción espontánea de imágenes -fluidez verbal y denominación-; asociación de palabras con propias vivencias y recuerdos -acceso a información remota y activación de información relacionada, expresión y comprensión verbal-; interpretación y completamiento de refranes -comprensión, memoria episódica y semántica-; juegos de fluidez, y bingo visual y musical, como tarea de seguimiento de otra actividad -comprensión verbal, designación, asociación y acceso al almacén léxico- (Orejarena-Ballestas et al., 2017).

3.6.3. Arteterapia

Otra modalidad de estimulación de las funciones cognitivas es a través de arteterapia, ello consiste en la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura) con fines terapéuticos (Díaz Barrientos & Sosa Coronado, 2010).

En cuanto a las bases neurales, Serrano, Allegri, Martelli, Taragano y Ranalli (2005) mencionan que el lóbulo parietal se encuentra involucrado en el análisis espacial (vía dorsal o del dónde) mientras que el lóbulo temporal posibilita la integración e interpretación de los fenómenos visuales (vía ventral o del qué). De este modo, la persona

forma distintas escenas visuales durante su vida, las cuales son percibidas por el significado de los componentes del sistema ventral localizado en las cortezas occipitales y temporales. Esas imágenes que son simbolizadas internamente acerca de personas, animales, objetos y escenas, representan huellas creativas para muchos artistas, que podrían ser reproducidas en forma de pinturas, dibujos y esculturas. En consecuencia, los artistas necesitan precisión visual y utilizan la vía dorsal para construir las escenas percibidas en el sistema ventral, posibilitando la posterior aplicación sobre el lienzo.

Desde el punto de vista estrictamente cognitivo, el ejercicio de la pintura es un ejercicio complejo que pone en juego diversas habilidades: atención, habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas, memoria, funciones ejecutivas y habilidades psicomotrices (Rodríguez Cabedo, 2002).

Seguidamente, se mencionarán las características específicas de cada una de estas funciones:

- 1) *La capacidad para mantener la atención:* Es la habilidad de mayor incidencia en la práctica de la arteterapia. La acción de pintar demanda y estimula la atención y la concentración en un periodo de tiempo, siendo de relevancia, dado que de ellas depende la eficacia de cualquier intervención, bien sea cognitiva, psicomotora, o de cualquier otro tipo.
- 2) *Las habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas:* Son las que se encuentran más directamente relacionadas con la actividad artística. El ejercicio de la pintura precisa trabajar la percepción de formas, la diferenciación figura-fondo, la percepción del color, la organización espacial de los elementos, y la coordinación visomanual necesaria para la visoconstrucción.
- 3) *Memoria:* La memoria es la función cognitiva que se altera primeramente en la enfermedad de Alzheimer. Pero no todas las memorias se alteran al mismo tiempo. Existen dos aspectos de la memoria que demoran en alterarse en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, y son aspectos de la memoria que se ponen en juego en la práctica de la arteterapia:
 - a) *La memoria procedimental:* Consiste en la capacidad del individuo para aprender a través de la acción. En los grupos de arteterapia, los pacientes consiguen optimizar su capacidad para realizar las obras. Para ello se utiliza

elementos sencillos y técnicas accesibles para la persona, evidenciándose una mejora en su capacidad, o sea, de aprender la técnica.

b) *La memoria emocional*: En este artículo se refiere a la capacidad del enfermo para reconocer estímulos agradables, que evocan al pasado biográfico, o que tienen una implicación sentimental.

4) *Las funciones ejecutivas*: En esta práctica también se requiere de capacidades de elección, de organización, de selección (el color, por ejemplo) y de secuenciación. El paciente debe realizar toda una serie de tareas que implican organización temporal (qué es antes y qué es después), de secuenciación y de ubicación espacial.

5) *Habilidades psicomotrices*: Las habilidades prácticas son evidentemente, estimuladas ante la práctica de la arteterapia. Tanto la habilidad para secuenciar movimientos, como la velocidad viso-motora o la coordinación óculo-manual, se trabajan en el ejercicio de la pintura (Rodríguez Cabedo, 2002).

Uno de los aspectos de mayor relevancia en la práctica de la arteterapia en pacientes afectados de algún tipo de demencia, es el que se puede observar el estado de ánimo y el sentimiento de autoestima o autoconfianza que estimula la realización de tareas artísticas (Rodríguez Cabedo, 2002).

Asimismo, la aparición y evolución de la creatividad visual en la demencia ofrece una ventana al proceso artístico, al tiempo que demuestra la extraordinaria flexibilidad cognitiva de las personas que experimentan una pérdida progresiva de neuronas corticales (Miller & Hou, 2004). Como resultado, la arteterapia fomenta el bienestar mediante el fortalecimiento de redes de apoyo y la autoexpresión, además de apuntar al fortalecimiento de las conexiones sinápticas estimulando varias regiones del cerebro (Ehresman, 2014).

En esta forma de abordaje, los profesionales especializados en la materia pueden utilizar múltiples técnicas, materiales y recursos en sus intervenciones: desde las clásicas como el dibujo, pintura, escultura hasta las más modernas y actuales: assemblage, collage, fotografía, video, hibridaciones y poéticas de intervención como land-art, body-art, etc. Además, se puede integrar las nuevas tecnologías, implementando programas informáticos de dibujo, tratamiento de imágenes o animación en tres dimensiones en sus sesiones. La incorporación de los nuevos recursos informáticos favorece otras

posibilidades para poder ilustrar, animar y compartir las fantasías de los participantes (Martínez, 2011).

Desde otro punto de vista, y avanzando en el campo del arte, se acompaña a los pacientes a visitas a museos y galerías, donde, con la observación directa de las obras, que representan el arte clásico, ellos puedan dar valor a lo visto y de esa forma, y a través del recuerdo formado, logren llevar a su propia creación artística y de esta forma, mejoren su estado de ánimo, la autoestima y de esa manera reducir la carga de los cuidadores (Wang & Li, 2016).

Considerando las intervenciones llevadas a cabo en las instituciones, Laurin (2008) propone un modelo basado en sus experiencias. Lo primero a tener en cuenta es el marco de trabajo, donde se establecen las variables que estructuran la actividad. Entre ellas, cabe mencionar la búsqueda y determinación del lugar donde se dispondrán a trabajar colocando los materiales sobre la mesa; la asistencia de los participantes, que en muchos casos son guiados por los asistentes y la duración donde suele estimarse una hora o una hora y media aproximadamente.

En cuanto a los materiales, se suelen poner a disposición temperas, pinturas acrílicas, pinceles, pegamento, tijeras, fotos (periódicos, revistas), telas, etc. El soporte es generalmente una hoja de papel blanco o de color, de dimensiones variables, colocada sobre una mesa o un caballete. En relación a la actividad, en muchos casos los pacientes con demencias perciben una sensación de vacío frente a la página en blanco, por lo que se realiza un trazo o forma simple para despertar la curiosidad e invitarlos a continuar en la tarea. Los demás participantes en algunos casos intercambian cumplidos, a través de una mirada o un gesto cuando no pueden manifestarlo. El profesional interviene devolviendo la mirada de la persona a la composición, a los colores, recordando su génesis, que ésta podrá algunas veces reinscribirse en el devenir del tiempo en consonancia con su estado emocional (Laurin, 2008).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso único.

4.2. Participantes

Se analizó a una paciente de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, artrosis de rodillas, hipotiroidismo, deterioro cognitivo de aproximadamente 6 años de evolución que configura un síndrome demencial de origen mixto (vascular y Alzheimer).

En cuanto a su situación académica, realizó sus estudios primarios y secundarios con un adecuado rendimiento. Posteriormente estudió la carrera de Psicología, desempeñándose en dicha área y especializándose en niños hasta el momento de su jubilación. Vivió hasta noviembre de 2017 en su domicilio con su marido, también añoso, y debido a los trastornos conductuales y el agravamiento de sus funciones cognitivas fue internada inicialmente en un Centro y luego derivada a una Residencia especializada en demencias en forma permanente.

Desde su ingreso, la paciente se encuentra desorientada en tiempo y espacio, con trastornos severos de memoria y funciones ejecutivas, funcionalmente con leve dependencia para las actividades de la vida diaria (en las que necesita indicaciones y supervisión) y con episodios de angustia y ansiedad ocasionales. Se encuentra adaptada a la Institución. Es continente, deambula por sus propios medios, se alimenta sola y se la supervisa en baño y vestido, así como en higiene personal. Es dependiente para todas las actividades instrumentales de la vida diaria.

Participó de todas las actividades de estimulación cognitiva y física propuestas en el grupo de pacientes con demencia moderada.

Las actividades de los residentes (actividades diarias, estimulación, recreativas, físicas) y la comunicación con los familiares, son tareas que se encuentran a cargo de una profesional, titulada en Psicología, con especialización en neuropsicología de la Universidad de Buenos Aires, quien se desempeña como coordinadora del área cognitiva-funcional y social de la Institución.

El taller de estimulación cognitiva se encuentra a cargo de dos psicólogos. Uno de los profesionales es Doctor en psicología de la Universidad de Buenos Aires, con especialización en envejecimiento y deterioro cognitivo, y más de 10 años de experiencia en estimulación y rehabilitación neuropsicológica de adultos mayores. La segunda profesional a cargo del taller es licenciada en psicología, con especialización en envejecimiento y deterioro cognitivo, actualmente cursando el doctorado en la Universidad de Buenos Aires. Cuenta con varios años de experiencia, realizando evaluación y estimulación neuropsicológica en la unidad de memoria de un hospital de San Martín. La actividad de arteterapia la realiza una psicopedagoga con especialización

en arteterapia dictado en la Universidad Nacional de Artes. Posee varios años de experiencia en la atención clínica en forma particular de gerontes.

4.3. Instrumentos

Se detalla a continuación los diferentes instrumentos:

- Acceso a la historia clínica: Donde se observaron las evaluaciones médicas, cognitivas y funcionales; así como también, los informes realizados en las actividades de estimulación cognitiva y arteterapia.

A continuación, se detallan las técnicas utilizadas para las evaluaciones:

- *Addenbrooke's Cognitive Examination - III* (ACE-III). Es un test que analiza cinco dominios cognitivos: atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y función visuoespacial. Esta técnica se utiliza como evaluación para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre enfermedad de Alzheimer (DTA) y Demencia frontotemporal (DFT). Este test ha sido validado en el año 2013 por Hsieh, Schubert, Hoon, Mioshi y Hodges y en Argentina en el 2017 (Bruno et al., 2020).
- *Batería de memoria de Wechsler* (WMS – Wechsler Memory Scale – Logical Memory; Wechsler, 1987). Esta prueba evalúa la memoria en tres fases: en forma inmediata, diferida y reconocimiento. Para ello, se leen dos historias cortas (historias A y B) que constan de 25 porciones de información cada una (Allegrí et al., 2017).
- *Clinical Dementia Rating Score* (CDR). Determina el estadio de la enfermedad cognitiva del paciente. También es considerada una escala funcional porque mide las actividades recreativas y de ocio, brindando una idea global de funcionamiento (Allegrí et al., 2017).
- *Figura Compleja de Rey – Osterrieth*. Permite la valoración de funciones perceptuales, motoras y mnésicas, así como la apreciación de distintos procesos cognitivos como planificación y organización perceptual (Allegrí et al., 2017).
- *Fluencia verbal* (FV). La FV se explora a partir de tareas que requieren que el sujeto produzca la mayor cantidad de palabras diferentes durante un periodo de tiempo, generalmente un minuto. Además, permite apreciar la estrategia de búsqueda como medida ejecutiva (Allegrí et al., 2017).
- *Índice de Barthel* (BI). El objetivo es la valoración de la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la

vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras (Pinto, Alarcón, Rosero, Zamora & Landázuri, 2016).

- *Ineco Frontal Screening* (IFS). Es una herramienta breve, sensible y específica para analizar las funciones ejecutivas en la demencia. Consiste en evaluar al sujeto a partir de tres grupos de tareas cognitivas: inhibición de respuestas y cambio de sets, capacidad de abstracción y memoria de trabajo (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, López & Manes, 2009).
- *Neuropsychiatric Inventory* (NPI). Es un instrumento para evaluar, clínicamente y de forma breve, las alteraciones neuropsiquiátricas asociadas a la demencia. Analiza doce síntomas neuropsiquiátricos en dos dimensiones: gravedad y agotamiento emocional del cuidador (Boada, Cejudo, Tárraga, López & Kaufer, 2002).
- *Repetición de dígitos* (Wechsler, 2002). Esta breve prueba consta de dos partes: repetición de dígitos hacia adelante y la repetición de dígitos hacia atrás. La repetición de dígitos hacia adelante permite valorar la concentración y capacidad de registro (span atencional) y la repetición de dígitos hacia atrás muestra el rendimiento de la memoria de trabajo (Allegri et al., 2017).
- *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) (Spreeen & Strauss, 1998). Esta es una prueba de lápiz y papel, corta y de fácil administración que permite analizar la memoria de evocación inmediata, valorando también el aprendizaje verbal de una lista de palabras (Feldberg & Stefani, 2009).
- *Test de Acentuación de Palabras* (WATBA). Esta técnica se utiliza para comprobar la inteligencia adquirida en adultos mayores. La prueba consiste en que los examinados lean en voz alta palabras en español poco frecuentes, una situación que requiere conocimiento léxico (Burin, Jorge, Arizaga & Paulsen, 2000).
- *Test de Denominación por Confrontación Visual de Córdoba*. Es un método de evaluación de la anomia. En esta prueba, se le muestra al sujeto unas láminas con dibujos de objetos (con diferente frecuencia y / o familiaridad) y se le indica que nombre cada elemento observado (Fernández, 2013).
- *Trail Making Test* (TMT). Evalúa la función de cambio de tareas, memoria de trabajo, control de inhibición / interferencia y habilidades visomotoras (Sánchez-

Cubillo et al., 2009). En la parte A, el propósito es valorar el seguimiento y coordinación visual y la velocidad grafomotora. La parte B, provee una medida de velocidad grafomotora y atencional y evalúa flexibilidad cognitiva (Allegrí et al., 2017).

- Entrevista a la coordinadora del área cognitivo funcional y social: Se indagaron los síntomas conductuales de la paciente en el ingreso a la residencia y su evolución en la actualidad.
- Observación participante con la paciente en el taller de estimulación cognitiva: Se presenciaron las actividades llevadas a cabo por los dos profesionales a cargo de la actividad.
- Observación participante con la paciente en el taller de arteterapia: Se asistió para conocer acerca de otra forma de estimulación organizada por la arteterapeuta.
- Entrevista con los talleristas: Se indagó sobre la modalidad de abordaje de cada actividad terapéutica y sus percepciones acerca del desempeño de la paciente en las tareas propuestas.

4.4. Procedimiento

Se requirió el acceso a la historia clínica de la paciente con el fin de obtener información acerca de las evaluaciones médicas, cognitivas y funcionales, y las intervenciones realizadas en los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia.

Se realizó una entrevista a la coordinadora del área cognitivo funcional y social de la Institución, la cual tuvo una extensión aproximada de 10 minutos, donde se indagó acerca de los síntomas conductuales de la paciente en su ingreso a la residencia y su evolución en la actualidad, para complementar con los datos obtenidos de la historia clínica.

Asimismo, se llevó a cabo una observación participante en el taller grupal de estimulación cognitiva, el cual se desarrolló dos veces por semana y con una duración total de tres horas. Dicha actividad se encontraba a cargo de dos neuropsicólogos, quienes concurrían una vez por semana cada uno. Los primeros meses la intervención se desarrolló con la mencionada frecuencia, sin embargo, a mediados de octubre uno de los profesionales debió suspender su asistencia, debido al surgimiento de compromisos laborales. En consecuencia, la actividad se modificó y la concurrencia a dicho taller se redujo a una hora semanal.

Además, se efectuó una observación participante en el taller de arteterapia, una vez por semana con una duración de una hora durante cuatro meses, para considerar un abordaje individual a través de un enfoque creativo para trabajar las demencias.

Por último, se indagó acerca de la modalidad de abordaje de los talleres y el desempeño de la paciente en los mismos, a través de entrevistas semi dirigidas de 10 minutos a los diferentes responsables de las actividades terapéuticas.

5. Desarrollo

5.1. Presentación del caso

La paciente tiene 87 años y desde hace dos años que se encuentra en una residencia especializada en demencias. Respecto a su constitución familiar, la paciente está casada en segundas nupcias y tiene tres hijos, los cuales residen en Estados Unidos. Pertenecía a la comunidad judía. En cuanto a su situación académica, realizó sus estudios primarios y secundarios con un adecuado rendimiento. Posteriormente estudió la carrera de Psicología, desempeñándose en dicha área y especializándose en niños hasta el momento de su jubilación. Además, cuenta con conocimientos del idioma inglés. Entre sus intereses se encuentran los perros, lugares como la playa, leer (libros, diarios), cine, música clásica, cantar, peluquería y estar al aire libre.

En la historia clínica refiere como antecedentes médicos: hipertensión arterial, artrosis de rodillas, hipotiroidismo, problemas respiratorios (EPOC y tos habitual). Todos ellos incluida su edad, son factores de riesgo para una DV (Ibarrola et al., 2016), así como también para EA (Allegri et al., 2017). De acuerdo a lo informado en la evaluación neuropsicológica la paciente presenta diagnóstico de demencia mixta, esto coincide con los estudios que afirman la existencia de superposición de patologías (Cervantes et al., 2017). La médica de la institución reporta en su historia clínica un deterioro cognitivo de 6 años de evolución con sintomatología conductual y profundización de los síntomas cognitivos. En ese contexto, la paciente presentó un episodio violento en el hogar con su marido, finalizando en una internación por 72 horas. En dicha ocasión, la paciente se encontraba medicada con antidepresivos y risperidona pero aparentemente la toma de los medicamentos no estaba siendo correcta, respondiendo adecuadamente a la nueva medicación prescrita (escitalopram, amlodipina, clonazepam y quetiapina). La paciente no presentaba registro de dicho episodio, ni de lo acontecido los días previos ni el motivo

ni lugar de su internación. El hecho de no recordar la situación, muestra la alteración en la memoria episódica (Feldberg & Demey, 2015). En la entrevista realizada a la coordinadora institucional menciona que su marido no informaba a su familia acerca de los síntomas de su esposa, tratando de minimizar la situación. Además, en dicha entrevista agrega que *“la paciente presentaba un trastorno cognitivo y había algunos episodios de celotipia con el marido, una cuestión delirante, que conducía a los episodios de agresión física y el más grave terminó con una internación y su posterior derivación a la residencia”*. Tanto la desorientación en tiempo y/o espacio como los cambios de humor y personalidad (signos de agresividad o irritabilidad) son síntomas característicos de la demencia. Esto genera un impacto en la persona, así como también a su entorno, recurriendo a la institucionalización (Allegri et al., 2017).

Desde su ingreso, la paciente se encuentra desorientada en tiempo y espacio, con trastornos severos de memoria y funciones ejecutivas, funcionalmente con leve dependencia para las actividades de la vida diaria (en las que necesita indicaciones y supervisión) y con episodios de angustia y ansiedad ocasionales. Es dependiente para todas las actividades instrumentales de la vida diaria. En función de lo observado, la paciente presenta un deterioro adquirido, crónico y generalizado de las funciones cognitivas, afectando la utilización de habilidades de la vida diaria y control emocional (angustia y ansiedad), concordando con los criterios diagnósticos de demencia (Portellano, 2005).

5.2. Analizar la evolución de los síntomas conductuales y del rendimiento cognitivo en una persona mayor con demencia mixta desde el año 2017 al 2019.

Se efectuó el análisis de la evolución de los síntomas que presenta la residente, utilizando, para el caso de los síntomas conductuales, el *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), aunado a la descripción realizada por la coordinadora institucional al momento de ser entrevistada. Para las manifestaciones cognitivas, se recabó información de la evaluación neuropsicológica que ha sido practicada en el año 2019. Por último, considerando el aspecto funcional, se menciona lo observado en el informe de la terapeuta ocupacional. Cabe aclarar que, si bien este aspecto funcional no forma parte del objetivo propuesto, se considera relevante para una mayor comprensión de las consecuencias que se generan en la calidad de vida de una paciente con un cuadro demencial de estas características.

En relación a los síntomas conductuales, al momento de la institucionalización de la paciente en el año 2017, se procedió a la evaluación de los mismos a través de la administración del NPI. De los resultados obtenidos, se observaron indicadores asociados al delirio, ansiedad y depresión. A su vez, considerando la descripción obtenida en la entrevista, la coordinadora refiere que la paciente, desde su ingreso a la institución *“nunca presentó agresividad física, ni labilidad emocional, es decir, ciertas fluctuaciones de su estado de ánimo”*.

En el período inicial, la paciente presentaba mucha desorientación espacial, es así como confundía la institución con un crucero, idea que sostenía en forma recurrente. Además, expresaba mucha preocupación por su marido, quien convivía con ella, teniendo momentos donde manifestaba la necesidad de irse, con cierta agitación, pero nunca llegó a una actitud agresiva, como tampoco violencia física con otros residentes ni con el personal. Ante la preocupación de la residente, y a fin de lograr cierta tranquilidad, los profesionales intervinieron permitiendo la realización de llamadas telefónicas con su esposo.

En función de lo expuesto por la profesional, se observaron características conductuales propias de la demencia en fase moderada, con síntomas como desorientación temporal y espacial (por ejemplo, confusión de la institución con un crucero) inquietud, agitación, ansiedad y labilidad emocional (Allegrí et al., 2017). En el último período, la coordinadora institucional mencionó que su desorientación espacial continuaba. Presentaba un estado de ánimo deprimido, pero sin llegar a una apatía. Asimismo, se observó que la paciente dormía hasta más tarde, negándose a llevar a cabo alguna actividad, sin embargo, cambiaba de parecer cuando se la invitaba nuevamente. Se mostraba preocupada por otros residentes de la institución. En algunas circunstancias confundía a una residente con su madre y se ocupaba mucho de su cuidado. En general, es una residente que siempre se mostró muy pendiente de los demás, muy bien integrada desde lo social, muy atenta a su entorno. La coordinadora expresa que *“en ese sentido ella logró como una adaptación e integración a la institución bastante única, porque tiene mucho registro de los demás, cosa que a la gran mayoría le cuesta”*. A raíz de lo manifestado, se puede inferir una mejora en la expresión comportamental puesto que desde su ingreso no presentó episodios de agresividad, mostrándose integrada al grupo. Sin embargo, los síntomas conductuales que persistieron durante la institucionalización fueron la desorientación espacial, signos de depresión, ansiedad y alteración del sueño, que son característicos de un cuadro demencial (Olazarán-Rodríguez et al., 2012).

Respecto al rendimiento cognitivo, su última evaluación se realizó en enero del 2019. Este tipo de técnicas resultan de gran importancia para el análisis de los trastornos de las funciones cerebrales superiores y alteraciones conductuales causadas por una enfermedad cerebral, como es en este caso la demencia (Allegri et al., 2000). En ese informe, se reportaron fallas en múltiples dominios cognitivos que incluyen atención, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje y habilidades visoconstructivas. Todo ello se corresponde con las características de la demencia, definida como un síndrome neurodegenerativo caracterizado por el deterioro progresivo e irreversible de múltiples funciones cognitivas provocando alteraciones conductuales y funcionales que repercuten en la calidad de vida (Lucendo et al., 2018). En la Figura 1, se grafica el funcionamiento cognitivo actual de la paciente en comparación a su evaluación previa en el año 2017.

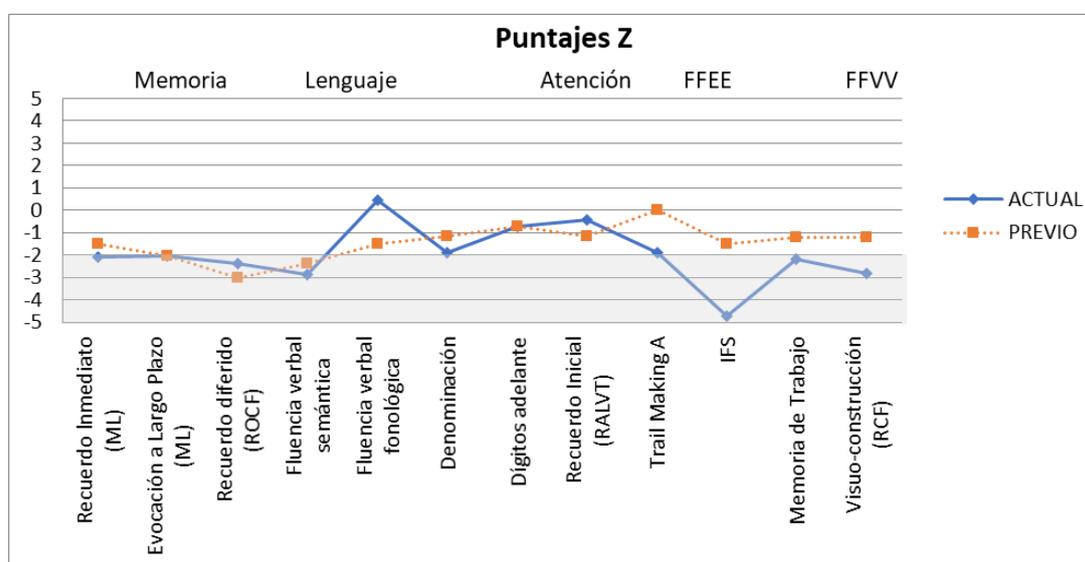


Figura 1. Funcionamiento cognitivo actual de la paciente en comparación con su desempeño previo evaluado en el año 2017.

En la mencionada evaluación se informa que la paciente se mostró desorientada en tiempo, sin lograr mencionar correctamente el año, la estación, el mes, la fecha ni el día en la que se encontraba. Asimismo, se registra que se mostró desorientada en espacio, sin lograr referir correctamente el barrio ni el piso en el que fue realizada la evaluación. Esto es consistente con las alteraciones propias de la demencia, donde presentan dificultades en la orientación, es decir, la ubicación en tiempo y espacio (Allegri et al., 2017). No obstante, la paciente demostró clara comprensión de las consignas y una actitud colaboradora en las diferentes propuestas.

En el informe neuropsicológico, en primer lugar, se realizó una descripción del resultado de las pruebas de screening generales y, con posterioridad, se llevó a cabo el análisis considerando las distintas funciones cognitivas. En cuanto a las técnicas globales, por una parte, se utilizó el *Addenbrooke's Cognitive Examination- III* (ACE-III) y por otra, el *Ineco Frontal Screening* (IFS). En su desempeño, la paciente presentó un rendimiento menor a lo esperado respecto a su nivel de instrucción alcanzado (ACE III: 59/100; IFS: 9/30).

En relación a la atención, en el informe neuropsicológico, detalla que la paciente presentó valores normales en el recuerdo inicial de una lista de palabras, así como en la repetición de dígitos en orden directo. Ello evidencia un adecuado span atencional. Sin embargo, se presentó un rendimiento descendido en aquellas actividades donde se ve implicada la memoria de trabajo y en pruebas simples de velocidad de procesamiento. Al respecto, la declinación progresiva de las funciones cognitivas es característico de la EA (Feldberg & Demey, 2015).

En cuanto a las funciones ejecutivas, la paciente obtuvo valores por debajo de lo esperado respecto al nivel de instrucción alcanzado (IFS: 9/30). Así, se observó una adecuada capacidad para abstraer el significado no literal de refranes (pensamiento abstracto). Por otro lado, se advirtieron fallas en la capacidad para mantener una serie motora preestablecida, en responder frente a instrucciones conflictivas, así como también al inhibir respuestas preponderantes en su modalidad verbal y motora. El deterioro de las funciones ejecutivas, son síntomas asociados tanto en la EA (Allegrí et al., 2017) como en la DV (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016).

Considerando el perfil mnésico, la residente presentó fallas en la adquisición inicial de nueva información, tanto verbal como visual. Dichas dificultades repercutieron en el almacenamiento y la evocación espontánea a largo plazo, sin obtener el beneficio esperado en la fase de reconocimiento. En este punto, se observa el patrón típico de la EA, que es el compromiso del proceso de almacenamiento (Feldberg & Demey, 2015).

Por otra parte, en el lenguaje presentó un desempeño variado. La residente ha tenido una adecuada expresión oral en forma espontánea y una correcta comprensión de las consignas de las tareas propuestas. Se observaron valores normales en tareas de repetición de palabras y frases, al igual que en tareas de lectura y escritura. Sin embargo, obtuvo un menor rendimiento en tareas de denominación por confrontación visual, presentando anomias para palabras de baja y mediana frecuencia de uso. Además, se apreciaron diferencias en la ejecución de tareas de fluencia verbal, obteniendo mejores

resultados en la variante fonológica y no así en la semántica. En función de lo mencionado, puede decirse que se evidencia un deterioro progresivo en este dominio cognitivo, lo cual es característico de la DTA (Allegri et al., 2017) siendo uno de los procesos de menor alteración en el envejecimiento normal (Custodio et al., 2012).

Teniendo en cuenta las funciones visuoperceptuales, la residente obtuvo un buen desempeño en el reconocimiento de formas, letras, colores y dibujos. Además, se observó una correcta localización de los estímulos en el Trail Making Test, así como también en el conteo de puntos en el ACE-III. Respecto a las habilidades visuoespaciales, alcanzó valores normales en la copia de una figura simple (cubo), aunque presentó fallas en la ejecución del diagrama de un infinito, en una figura compleja y en la construcción de un reloj. En esta tarea, si bien realizó la esfera y colocó adecuadamente los números, se equivocó en marcar la hora como le fue indicado. En este dominio cognitivo se observa un declive, lo cual es característico de un proceso demencial (Allegri et al., 2017).

Cuando se comparan los resultados de la evaluación actual con la efectuada en el año 2017 (Ver Anexo A), se detalla que la paciente presentó una leve mejoría en fluencia verbal fonológica. Sin embargo, se observó un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, así como también una disminución del desempeño en visuoespacial. Asimismo, se percibió un peor rendimiento en las tareas que evalúan las funciones ejecutivas, tales como la capacidad para mantener series motoras preestablecidas, responder frente a instrucciones conflictivas y en el control inhibitorio. En función de los datos obtenidos, se evidencia un declive de forma progresiva, gradual y constante, que se corresponden con los criterios diagnósticos establecidos para la demencia en el DSM 5 (APA, 2013).

Para la evaluación de la funcionalidad en la realización de las actividades de la vida diaria se utiliza el Índice de Barthel. En el último informe llevado a cabo por la licenciada en terapia ocupacional, se describe que la residente posee un IB:95/100, considerándose un nivel de dependencia leve en las ABVD. En dicho informe detalla que la paciente presenta continencia urinaria tanto diurna como nocturna pero no ocurre lo mismo con el control de esfínteres, donde presenta un episodio de incontinencia una vez por semana. En general, realiza correctamente las tareas de aseo y el uso del baño. Con respecto a la actividad de baño, la lleva a cabo por sí sola, pero requiere la indicación de los asistentes. Por otra parte, se presenta completamente autónoma en la alimentación y es independiente en su movilidad funcional. En lo que respecta al vestido, si bien posee

iniciativa para realizar la actividad, no registra la limpieza de las prendas, guardando las que se encuentran sucias en el mismo lugar.

Por último, el personal de enfermería administra la escala *Clinical Dementia Rating Score* (CDR), que permite evaluar el funcionamiento de la residente. En la última entrevista, la paciente obtuvo un CDR (1). Se refiere que la paciente presenta una habitual desorientación temporal y a menudo espacial, con moderada pérdida de la memoria. Asimismo, se reportan leves dificultades para resolver problemas, leve incapacidad para realizar actividades significativas en su lugar de residencia y presentaría intereses muy restringidos con abandono de las tareas más difíciles. Asimismo, se expresa incapacidad para funcionar en actividades sociales de manera independiente y que sería medianamente capaz de llevar a cabo su cuidado personal por si sola.

En resumen, puede decirse que, de acuerdo a lo descrito en informes y entrevistas, el perfil de la paciente es compatible con un deterioro progresivo e irreversible de múltiples funciones cognitivas provocando alteraciones conductuales y funcionales que repercuten en su calidad de vida (Lucendo et al., 2018). En cuanto a lo conductual, desde su ingreso a la institución, no presentaría episodios de agresividad ni violencia física hacia los demás. Los cambios presentados refieren a momentos de desorientación temporal y espacial, signos de ansiedad, agitación y labilidad emocional. Con respecto al perfil cognoscitivo, se evidenciaron fallas en múltiples dominios cognitivos. Comparando con su nivel de funcionamiento previo (2017), se advirtió una leve mejoría en tareas de fluencia verbal fonológica. Sin embargo, se observó mayores dificultades en habilidades ejecutivas, tales como la capacidad para mantener series motoras preestablecidas, responder frente a instrucciones conflictivas y en el control inhibitorio. Teniendo en cuenta lo funcional, se encontraba con dependencia leve en las actividades de la vida diaria, realizando algunas por iniciativa propia y otras con la asistencia y supervisión de las asistentes. Dado que el deterioro producido por la enfermedad es continuo, resulta importante la implementación de actividades de estimulación cognitiva para mantener a la persona con demencia, activa y estimulada, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, posibilitando disminuir o ralentizar el declive cognitivo y funcional (Francés et al., 2003).

5.3. Describir las intervenciones realizadas a través del taller de estimulación cognitiva para una paciente con demencia mixta.

En esta sección se describe las intervenciones llevadas a cabo en el taller de estimulación cognitiva, a partir de las observaciones, informe y entrevistas realizadas a los profesionales. A partir de lo referenciado por la psicóloga, los residentes se encontraban divididos tres en grupos, en función de su deterioro cognitivo y funcional (demencias moderadas a severas). La paciente se encontraba en el primer grupo por su desempeño cognitivo, puesto que podía participar de las actividades grupales con un cierto nivel. Además, se beneficiaba mucho en esta agrupación, dada su alta capacidad de sociabilidad, mostrándose muy atenta al resto de los residentes.

La paciente asistía a las actividades de estimulación cognitiva cuatro veces por semana. Las mismas tenían una duración de 45 minutos aproximadamente, en las cuales se trabajaban las diferentes funciones cognitivas. El grupo estaba conformado por 10 usuarios, un profesional a cargo de la actividad y dos asistentes asignadas por el equipo médico. Durante las entrevistas, se indagó acerca del abordaje de la actividad de estimulación cognitiva, el psicólogo detalló que son talleres grupales, con un perfil lúdico-recreativo, porque el primer paso es que el residente esté motivado a participar de los mismos. En el caso de pacientes con demencias, es un taller que apuntaba a la estimulación de distintas áreas cognitivas, con el objetivo de enlentecer el avance del deterioro, pero sin la pretensión de volver a estadios previos de funcionamiento. Por otra parte, la otra profesional a cargo, refirió que el fin apuntaba a mantener las funciones conservadas. Particularmente se utilizaba la dinámica grupal, pero con apoyo individual a requerimiento de los pacientes. En función de lo comentado por ambos profesionales, se puede observar que el abordaje se basa en la creencia de que mantener a la persona con demencia, activa y estimulada, puede disminuir o ralentizar el declive cognitivo y funcional, estimulando aquellas áreas que aún se encuentran preservadas (Francés et al., 2003).

En cuanto a las funciones cognitivas trabajadas, el psicólogo en la entrevista mencionó que se estimulaba la orientación temporal y espacial, la atención, la memoria semántica, el reconocimiento por vía visual y auditiva, la producción y la comprensión del lenguaje y la visopercepción. De forma mucho más acotada, se utilizaba la memoria episódica reciente y tareas con carga ejecutiva. En este punto, la psicóloga describió actividades específicas por función. Por ejemplo, en relación a la memoria semántica, se

indagaban conocimientos del mundo, categoría de objetos, preguntas sobre cultura general (fechas patrias, provincias, países). En lenguaje, se trabajaban la clasificación, la denominación, ordenar palabras, armar oraciones, fluencia verbal, o búsqueda de sinónimos. También se abordaba la memoria de trabajo, no directamente, pero si dentro de las mismas tareas, cuando se requería mantener cierta información en un lapso de tiempo. De acuerdo a lo manifestado, se puede evidenciar el uso de técnicas de orientación a la realidad y de elaboración semántica, que son específicas para la demencia (Allegrí et al., 2017). Posteriormente, se interrogó respecto del rol que cumple el psicólogo en este tipo de abordaje, el profesional expresó que consiste en llevar a cabo el diseño y desarrollo de las actividades a realizar en el taller, pensadas y adaptadas para ese grupo en particular. Durante el encuentro, se ofrecen consignas similares a los participantes, sin embargo, la asistencia y la tarea, varían en función de las capacidades que cada uno presenta. Es decir, algunos pacientes requieren que se les repita la consigna, cada vez que se presentan nuevos estímulos mientras que otros pueden sostener la tarea por más tiempo. Algunos necesitan que se convoque su atención con cierta frecuencia in tanto que otros pueden mantener el tono atencional a lo largo de la actividad. Todo esto se desarrolla sin perder la atención a las necesidades que puede tener un paciente o a la emergencia de síntomas conductuales. De acuerdo a lo expuesto, se observa que la estimulación cognitiva consiste en un conjunto de técnicas y estrategias que estimulan el funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas a través de una serie de actividades concretas, en este contexto, diseñadas por el psicólogo (Muñoz González, 2018).

Durante la observación participante, se evidenció lo mencionado por ambos profesionales. Se trabajaba en una dinámica grupal a través del uso de la pantalla para que todos puedan visualizar la consigna planteada. En algunos casos, las presentaciones contenían alguna pista fonológica para facilitarles la recuperación de las palabras. Las actividades fueron referidas al lenguaje (definiciones, sinónimos y antónimos, rimas, ordenar sílabas, armar oraciones), memoria semántica (denominación de objetos, países y ciudades del mundo, barrios de Capital Federal); fluencia semántica (animales, árboles, frutas, verduras, profesiones); preguntas de conocimiento general (por ejemplo: historia mundial, artistas de música clásica, personajes famosos), cálculo (ordenar de menor a mayor, números pares e impares, determinar precio más alto, cuentas). Las propuestas referidas coinciden con las encontradas en la revisión de la literatura especializada para trabajar todos los dominios cognitivos (Orejarena-Ballestas et al., 2017).

Por otro lado, en las entrevistas se indagó acerca de los aspectos positivos y dificultades apreciadas en el grupo 1. Al respecto, el psicólogo expresó como aspecto favorable que poseían un muy buen nivel cultural, lo que posibilitaba usar referencias geográficas, históricas, literarias, científicas. En general, no presentaban alteraciones severas en la comprensión o la producción del lenguaje, lo que facilitaba la transmisión de consignas y la evocación de respuestas. En relación a las dificultades, menciona que eran pacientes con alteraciones marcadas en múltiples dominios cognitivos. Por lo tanto, había tareas que se presentaban muy desafiantes para ellos, principalmente las que implicaban el manejo de las funciones ejecutivas o con mucha carga de memoria de trabajo, de memoria episódica diferida, o aquellas que requerían mucha abstracción. Asimismo, muchos residentes presentaban limitaciones sensoriales, por lo cual la propuesta tenía que adaptarse a sus dificultades en la vista o el oído. Desde otro punto de vista, la psicóloga formuló como problema el abordaje con aquellos residentes que manifestaban sintomatología conductual. Las dificultades indicadas, tanto las alteraciones cognitivas como la expresión conductual, son características de la demencia en la fase moderada (Allegri et al., 2017).

En cuanto al desempeño de la residente, en la entrevista realizada, el psicólogo comentó que presentaba un buen desempeño en los talleres de estimulación. No requería de apoyos especiales para comprender o sostener las consignas. Se apreciaba un muy bien nivel cultural y una excelente disposición para el trabajo diario. Considerando otra opinión, la psicóloga agregó que la residente era muy participativa, en general se mostraba activa y atenta en el taller. En algunos momentos se encontraba un poco dispersa y había que insistirle un poco. Asimismo, contaba con una reserva cognitiva bastante alta, por ello, las tareas de conocimiento general las resolvía adecuadamente. Esto permite apreciar la importancia de la reserva cognitiva, que puede pensarse como una variable amortiguadora del envejecimiento patológico (Cabaco et al., 2017).

Acerca del informe del taller de estimulación cognitiva realizado por la psicóloga, se evalúa que la residente siempre asistió a las actividades, presentó una actitud activa, un desempeño satisfactorio, así como también, se encontraba integrada desde lo social.

Dado que se trata de una paciente con un cuadro demencial, es importante mencionar las modificaciones en la capacidad cognitiva y conductual, consideradas por los profesionales de los talleres durante la estadía en la residencia. Teniendo en cuenta el rendimiento cognitivo, el psicólogo en la entrevista sostuvo que se evidenciaron cambios en la residente, en un primer momento en la disminución de los síntomas conductuales y

en la capacidad de sostener la atención durante todo el taller de estimulación. También fue capaz de reconocer la necesidad de mayor tiempo de elaboración de consignas de otros residentes, respetando los turnos y facilitando claves a sus compañeros de grupo. En el último período, se observó la disminución del control inhibitorio de respuestas y el nivel atencional. Además, la residente se encontraba más somnolienta, particularmente por las mañanas, con mayor frecuencia que antes. Con respecto a la manifestación conductual, mencionó que en sus primeros momentos en la residencia se mostraba mucho más inquieta e incluso confusa durante los talleres, presentándose la necesidad de abandonar el espacio por diferentes motivos (por ejemplo, refería que se le había perdido algo, que estaba buscando a un familiar o que se le hacía tarde para volver a su casa). En todos los casos, se trató de calmar su ansiedad y acompañarla en su proceso de adaptación a la institución. Al poco tiempo, estos síntomas fueron disminuyendo en frecuencia e intensidad hasta casi desaparecer por completo.

Cabe mencionar que, en las actividades observadas, en general la residente se percibía de buen ánimo. Se encontraba integrada al grupo, conversando con sus compañeros. En cuanto a lo cognitivo, se evidenció un buen desempeño en las tareas que estimulaban la atención, memoria semántica y lenguaje. Presentó un rendimiento óptimo en la mayoría de las consignas referidas a la denominación de objetos cotidianos, fluencia verbal, sinónimos y antónimos, ordenar las sílabas para formar palabras, así como también respondía adecuadamente las preguntas acerca de cultura general (por ejemplo, geografía o historia). Incluso mostraba una buena organización del pensamiento cuando tenía que unir imágenes o palabras para formar oraciones, presentando un discurso coherente. No obstante, se percibió cierta dificultad en el recuerdo de nombres, hechos y canciones de personajes famosos. Asimismo, tuvo dificultades en la realización de cálculos mentales, pero se considera una propuesta más compleja puesto que requiere de memoria de trabajo además de cálculo. En tanto lo conductual, en general siempre se mostraba muy activa, no así en el último período, en el cual la paciente se levantaba más tarde y no participaba en algunos talleres de las mañanas. Por otra parte, en ciertas ocasiones se encontraba desorientada, refiriendo que tenía que retirarse porque debía atender a un paciente en su consultorio. Otras veces, quería quedarse en su piso a cuidar a otra paciente porque la confundía con su madre. En todos los casos, se intervenía tratando de contenerla e invitándola nuevamente para que se integre a sus compañeros del taller. Los síntomas conductuales de desorientación temporal- espacial, apatía y

alteración del sueño observados en este último tiempo, son característicos de un cuadro demencial (Olazarán-Rodríguez et al., 2012).

En síntesis, en este apartado se describió acerca del taller de estimulación cognitiva que se llevó a cabo bajo la modalidad de talleres grupales, con un perfil lúdico-recreativo, estimulando las diferentes funciones cognitivas a partir de tareas concretas (Muñoz González, 2018). Considerando los aspectos positivos del grupo, poseían un muy buen nivel cultural y uso del lenguaje. En relación a las dificultades, eran pacientes con alteraciones marcadas en múltiples dominios cognitivos, lo cual generaba que ciertas consignas se percibieran más complejas para ellos. Asimismo, algunos tenían limitaciones sensoriales y la propuesta tenía que adaptarse de acuerdo a las necesidades particulares. En cuanto al desempeño de la residente, en general, presentaba un buen rendimiento en las propuestas acerca de lenguaje y memoria semántica, además de una excelente disposición para el trabajo diario. Se mostraba muy activa y participativa en el taller. En el último período, se presentaron cambios en el rendimiento cognitivo disminuyendo el control inhibitorio de respuestas y el nivel atencional. Desde lo conductual, se apreciaron signos de apatía y somnolencia en las actividades de la mañana. Las alteraciones cognitivas y conductuales, son características tanto de la EA (Allegrí et al., 2017) como la DV (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016). Es de relevancia mencionar que son muchas las intervenciones propuestas para el tratamiento de los pacientes con demencia (Francés et al., 2003). Una de ellas es la estimulación de las funciones cognitivas a través de arteterapia, ello consiste en la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura) con fines terapéuticos (Díaz Barrientos & Sosa Coronado, 2010).

5.4. Describir las intervenciones realizadas a través del taller de arteterapia para estimular las funciones cognitivas en una paciente con demencia mixta.

En esta sección se describe las intervenciones llevadas a cabo en el taller de arteterapia, a partir de las observaciones, informe y entrevista realizada a la psicopedagoga a cargo del mismo. En primer lugar, se indagó acerca del abordaje de la actividad. En ese sentido, la profesional comentó que inicialmente se pautaron los objetivos terapéuticos compartidos con el resto del equipo y luego cada uno los abordó desde su área. Una vez establecido esto, se trabajó con proyectos, considerando la apreciación y producción de arte, siendo las dos ramas que estimularon las distintas áreas cerebrales. En este grupo, se trabajó sobre todo la atención, la percepción, la memoria y

las funciones ejecutivas, llevando a cabo una estimulación cognitiva con artes visuales. Lo mencionado por la profesional coincide con las intervenciones establecidas en arteterapia, es decir, la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura) con fines terapéuticos (Díaz Barrientos & Sosa Coronado, 2010). Posteriormente, se interrogó acerca de los aspectos positivos y las dificultades presentadas en el taller. Como fortaleza, la psicopedagoga mencionó que el grupo siempre contenía y sostenía, es decir, se ayudaban mutuamente para que cada uno pueda ir superando sus dificultades y limitaciones. En cuanto los problemas observados, refirió que, dado el avance del deterioro, a veces se presentaron distintos ritmos, por ejemplo, en la comprensión de consignas y en la ejecución de las actividades. En la situación mencionada, se advierte como estas diferencias en el deterioro obstaculizan la realización de las tareas propuestas de forma grupal.

Para llevar a cabo las intervenciones, se elaboraron distintos proyectos, planteando los objetivos, técnicas y actividades para cada uno. En líneas generales, los objetivos formulados fueron: identificar formas, colores, contrastes; estimular la atención, percepción y funciones ejecutivas sobre todo de anticipación, planificación y toma de decisiones en la construcción de obra; promover la fluidez verbal en la apreciación, descripción y caracterización de obra. En tanto que las técnicas implementadas han sido el rearmado de imagen, creación de personajes e historias, pintura sobre madera, lápiz negro, pastel óleo y acrílico. Las actividades consistieron en completamiento de figuras, collage, intervención de foto, localización de formas dentro de una imagen y elaboración de historias e ilustración de las mismas. El planteo del taller, en estas condiciones, coincide con las intervenciones utilizadas en dinámicas grupales, llevadas a cabo en este tipo de patologías (Laurin, 2008).

En cuanto a las actividades observadas, los residentes realizaron apreciación del arte, a través de presentaciones en pantallas, láminas y libros de artistas. Por otra parte, se llevó a cabo la producción de obra con distintas propuestas como completamiento de figuras a partir de un estímulo (por ejemplo, una imagen recortada o dibujo de un sector del cuerpo). También pinturas, agregando título y firma en cada diseño. Desde el punto de vista estrictamente cognitivo, el ejercicio de la pintura resulta complejo puesto que pone en juego diversas habilidades (Rodríguez Cabedo, 2002). Además, se implementó el reconocimiento de sí mismos y de los otros a través de fotografías sacadas por la profesional, intervención sobre sus fotos y creación de un memotest con las imágenes de los residentes. En esta última propuesta, se generaron distintas variaciones en las

consignas, no solo trabajando la memoria visual inmediata, sino también agrupación de categorías y cálculo. En todas las tareas, se estimularon la atención, las habilidades visoperceptivas y visoconstructivas, las praxias, así como también las funciones ejecutivas. Además, se trabajó la memoria, dado que, en cada encuentro, se recordaba lo visto durante los anteriores; por ejemplo, acerca del nombre y biografía de un artista. De este modo, en esta forma de abordaje, los profesionales pueden utilizar múltiples técnicas, materiales y recursos en sus intervenciones (Martínez, 2011).

En relación al desempeño de la paciente, la psicopedagoga en la entrevista expresó que siempre se mostraba muy activa y colaboradora, ayudando a los compañeros. Presentaba muy buen desempeño tanto en apreciación como en producción de arte. Con respecto a lo cognitivo, comprendía las consignas de las actividades y el uso de las herramientas. Su lenguaje no se encontraba tan alterado, por lo que presentaba creatividad a la hora de poner título en la obra o en la creación de alguna historia. Asimismo, conservaba la mayoría de las funciones espaciales en el plano y eso hacía que su producción fuera rica. Lo expresado es un aspecto esencial en el arteterapia, ya que los artistas necesitan precisión visual para la aplicación sobre el lienzo u otros materiales (Serrano et al., 2005). Fundamentalmente, tenía despliegue creativo que es lo buscado en arteterapia. Desde lo conductual, se la percibió ansiosa, lo que a veces obstaculizaba en la dinámica del taller cuando veía que sus compañeros tenían otro ritmo o estaban haciendo algo diferente a lo planteado. Luego, se le preguntó si notaba cambios durante la estadía en la residencia, al respecto, respondió que a veces estaba un poco más cansada o más inquieta manifestando querer irse a su casa, entonces esa idea permanente no le permitía trabajar relajada. Esto no sucedía siempre, pero sí con más frecuencia que antes. No se percibió alteración en su producción gráfica, sino que los cambios se apreciaban en el estado anímico conductual. Las modificaciones del comportamiento son características de la DTA (Lucendo et al., 2018).

La profesional, en su informe, refiere que la residente en las actividades ha sostenido la atención, respondiendo a los estímulos visuales y auditivos; utilizó adecuadamente los materiales; interactuaba con el resto verbalizando su producción y del trabajo ajeno; aceptaba sugerencias y presentaba creatividad en sus trabajos.

Considerando lo observado en la paciente, siempre se mostraba muy participativa y colaboradora en el grupo. Acerca de lo cognitivo, se apreciaba un buen desempeño en las distintas funciones cognoscitivas trabajadas durante el taller. En cuanto al proceso atencional, escuchaba atentamente y comprendía las consignas planteadas. Presentaba

buenas habilidades visoperceptivas logrando identificar figuras, colores, contrastes; localizando formas dentro de una lámina y una buena distinción de categorías en el memotest (hombres y mujeres, con y sin lentes, por color de cabello, etc). Con respecto a las praxias visoconstructivas, poseía la capacidad de realizar los movimientos necesarios para formar un dibujo a partir de un estímulo. En relación a las funciones ejecutivas, hacía uso de la planificación y toma de decisiones en la creación artística. También expresaba un lenguaje adecuado, con una buena fluidez verbal en la apreciación, descripción y caracterización de las obras. Al mismo tiempo, demostró buena memoria visual inmediata en el juego del memotest, tanto en forma individual como en conjunto con otro participante. Por otro lado, en esta misma actividad se estimuló el cálculo, mencionando la cantidad de participantes o en diferentes agrupaciones. Desde lo conductual, siempre se encontraba muy predispuesta en las distintas tareas, sin embargo, en el último tiempo se notaba más ansiosa, pero sin interferir en sus producciones y la participación con sus compañeros.

A continuación, se expone algunas elaboraciones llevadas a cabo por la residente, donde se puede apreciar el despliegue creativo. En la Figura 2, se muestra la producción realizada por la paciente en relación al proyecto acerca de la obra y vida de Marc Chagall.



Figura 2. Pintura realizada por la paciente acerca de la obra y vida de Marc Chagall.

En la Figura 3, se muestra la producción realizada por la paciente en relación al proyecto acerca de la obra y vida de Raquel Forner.



Figura 3. Pintura realizada por la paciente acerca de la obra y vida de Raquel Forner.

Para finalizar, en el taller de arteterapia se llevó a cabo las intervenciones considerando la apreciación y producción de arte para estimular las distintas áreas cerebrales. De este modo, esta forma de abordaje apunta al fortalecimiento de las conexiones sinápticas estimulando varias regiones del cerebro (Ehresman, 2014). La dinámica se implementaba en forma grupal, planificando los materiales, técnicas y actividades para cada encuentro. Como aspecto positivo, y teniendo en cuenta las características del grupo, se advirtió que se sostenían y contenían, pudiendo desarrollar sus producciones a pesar de las limitaciones propias de la patología. Por otro lado, se presentaban dificultades puesto que cada participante requería tiempos diferentes. Por último, la paciente presentaba un buen desempeño en las diferentes tareas realizadas. Con respecto a lo cognitivo, comprendía las consignas de las actividades y el uso de las herramientas. Asimismo, conservaba la mayoría de las funciones espaciales en el plano, las cuales se plasmaban en sus trabajos, completando figuras a partir de un estímulo. Además, poseía un lenguaje adecuado, con una buena fluidez verbal en la apreciación, descripción y caracterización de las obras. Desde lo conductual, si bien mostraba signos de ansiedad, no interfería en su producción artística. En consecuencia, podía realizar el despliegue creativo, lo cual demuestra que incluso en un paciente con demencia puede conservarse la extraordinaria flexibilidad cognitiva de una persona (Miller & Hou, 2004).

6. Conclusiones

El presente Trabajo Final Integrador se llevó a cabo en una institución que se especializa en la asistencia y tratamiento de pacientes que padecen demencias, y cuyo objetivo es estimular la autonomía de sus usuarios teniendo en consideración las características propias del deterioro cognitivo. La propuesta terapéutica fue adecuada a la necesidad individual de cada persona. Para ello, ofrecían diferentes actividades grupales recreativas, culturales y artísticas, en las que los residentes podían relacionarse con sus pares, dinamizando así su rutina diaria.

El interés por la temática surgió a raíz del contexto de una sociedad donde la expectativa de vida se ha prolongado notablemente, por lo que los individuos necesitan mantener su cerebro lo más activo posible. Por lo tanto, comprender sobre las características de la enfermedad y su tratamiento, puede colaborar a vislumbrar acerca de la plasticidad cerebral para el mantenimiento de las funciones cognitivas de las personas.

En cuanto a los objetivos del presente trabajo, se considera que han sido cumplidos de manera satisfactoria dado que se analizó la evolución de los síntomas conductuales y rendimiento cognitivo durante los dos últimos años; además se describieron las intervenciones en los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia realizadas a una paciente de 87 años con demencia mixta. Para llevar a cabo este proceso, se realizaron observaciones en las diferentes actividades propuestas para tomar conocimiento del desempeño de la paciente. Asimismo, se recabó información de la historia clínica, es decir, de las evaluaciones médicas, cognitivas y funcionales, así como también se llevaron a cabo entrevistas a la coordinadora institucional y talleristas, las cuales permitieron conocer acerca del funcionamiento previo y actual de la paciente y las intervenciones implementadas por los profesionales.

En relación a los objetivos específicos, se desarrolló el perfil neuropsicológico, conductual y funcional de la paciente. En referencia a lo conductual, desde su ingreso a la institución, la evaluada, no presentó episodios de agresividad ni violencia física hacia los demás. Los síntomas manifestados durante los últimos años refieren a momentos de desorientación temporal - espacial, somnolencia (principalmente por las mañanas) y signos de ansiedad, agitación y apatía. Las alteraciones conductuales expresadas son típicas de un cuadro demencial (Olazarán-Rodríguez et al., 2012). Con respecto al perfil cognoscitivo, se evidenciaron fallas en múltiples dominios cognitivos. Comparando con su nivel de funcionamiento previo (2017), se advirtió una leve mejoría principalmente en tareas de fluencia verbal fonológica. Sin embargo, se observaron mayores dificultades en

habilidades ejecutivas, tales como la capacidad para mantener series motoras preestablecidas, responder frente a instrucciones conflictivas y en el control inhibitorio. El declive en las funciones cognoscitivas son características tanto de la EA (Allegri et al., 2017) como la DV (Muñoz-Pérez & Espinosa-Villaseñor, 2016). Teniendo en cuenta la valoración funcional, se encontraba con dependencia leve en las actividades de la vida diaria, realizando algunas de forma autónoma (alimentación y movilidad propia) y otras con la asistencia y supervisión de las asistentes (por ejemplo, el uso del baño). De acuerdo a lo analizado, se considera compatible con un deterioro progresivo e irreversible de múltiples funciones cognitivas provocando alteraciones conductuales y funcionales que repercuten en la calidad de vida (Lucendo et al., 2018).

En referencia al segundo objetivo, se detallaron las intervenciones realizadas en el taller de estimulación cognitiva. La forma de abordaje consistía en dinámicas grupales, con un perfil lúdico-recreativo, orientadas a potenciar las distintas áreas cognitivas, con el objetivo de enlentecer el avance del deterioro cognitivo. En función de lo expuesto, se evidencia la creencia de que mantener activa a la persona que padece demencia, puede disminuir o ralentizar el declive cognitivo (Francés et al., 2003). La paciente asistía a dicha actividad con una excelente disposición para el trabajo diario. Además, contaba con una buena reserva cognitiva por ello, las tareas de lenguaje y memoria semántica las resolvía adecuadamente. Esto permite apreciar la importancia de esta capacidad como una variable amortiguadora del envejecimiento patológico (Cabaco et al., 2017). De este modo, presentaba un buen rendimiento en propuestas al lenguaje (sinónimos y antónimos, ordenar sílabas, armar oraciones), memoria semántica (denominación de objetos, países y ciudades del mundo); fluencia semántica (animales, frutas, verduras); preguntas de conocimiento general (por ejemplo: historia mundial, artistas de música clásica). No obstante, presentaba cierta dificultad en la aplicación de cálculo mental, así como también una disminución del nivel atencional y en el control inhibitorio de respuestas. Desde lo conductual, se apreciaron signos de apatía y somnolencia en algunas actividades de la mañana.

Considerando el tercer objetivo, se desarrollaron las intervenciones del taller de arteterapia. Esta modalidad se enfocaba en la apreciación y producción de arte para estimular las distintas áreas cerebrales. De este modo, se apuntaba al fortalecimiento de las conexiones sinápticas estimulando varias regiones del cerebro (Ehresman, 2014). La dinámica se planteaba en forma grupal, planificando los materiales, técnicas y actividades para cada encuentro. La paciente poseía un buen desempeño cognitivo en las diferentes

propuestas, comprendiendo las consignas de las actividades y el uso de las herramientas. Asimismo, conservaba la mayoría de las funciones espaciales en el plano, las cuales se plasmaban en sus elaboraciones, completando figuras a partir de un estímulo y pintura de sus creaciones. Presentaba buenas habilidades visoperceptivas logrando identificar figuras, colores, contrastes. Se evidenciaba un buen dominio del lenguaje por lo que podía hacer apreciación, descripción y caracterización de las obras. Desde lo conductual, si bien mostraba signos de ansiedad, no interfería en su producción artística. Por ello, podía realizar el despliegue creativo, conservando una extraordinaria flexibilidad cognitiva aún con la pérdida progresiva de neuronas corticales (Miller & Hou, 2004).

Entre las limitaciones del trabajo, se puede señalar cuestiones metodológicas y operativas, dado que se colaboró mayormente en dinámicas grupales, llevando a cabo la asistencia a todos los participantes y, en varias situaciones, a una persona en particular. La intervención con esta paciente era necesaria puesto que se mostraba inquieta, deambulando e interrumpiendo a los demás residentes, además de dificultar el desenvolvimiento de las actividades. Entonces, se la acompañaba por distintos sectores del lugar establecido para el desarrollo del taller y, en algunos casos, se realizaba una tarea individual con ella, integrándola posteriormente al resto de sus compañeros. Por ello, no se pudieron plasmar datos más precisos tales como manifestaciones verbales o comportamentales de la residente elegida para la práctica e investigación presentada. Por otro lado, no se encontraron limitaciones teóricas en general, se obtuvo material sobre las neurociencias, envejecimiento normal y patológico como es el caso de las demencias, así como también las intervenciones utilizadas. Quizás la única dificultad ha sido el desarrollo acerca de las demencias mixtas, dado que la bibliografía aún es escasa porque no existen consensos ni criterios diagnósticos bien establecidos (Cervantes et al., 2017).

Cabe mencionar que la realización de esta práctica ha generado algunas reflexiones. A raíz de lo observado durante un lapso de tiempo, se pudo apreciar un excelente equipo interdisciplinario, que intervenía considerando las necesidades particulares de cada residente y propiciando la integración con sus familias, ya sea en espacios particulares, así como también generando actividades de psicoeducación a nivel grupal. Asimismo, presentaron talleres muy dinámicos, pensados en función de los intereses de los usuarios, incorporando nuevas propuestas como ha sido la terapia asistida con animales, específicamente con perros. Las diferentes formas de abordaje no sólo trabajaron la estimulación cognitiva, sino también promovieron las relaciones interpersonales entre compañeros, generando consecuencias positivas en el estado

emocional de cada uno. Por lo expuesto, se evidencia un gran trabajo de los distintos actores institucionales, favoreciendo el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

Como aporte personal, podría proponerse el incremento de horas en los talleres de estimulación cognitiva y arteterapia. En cuanto a la primera actividad, en la práctica se apreció la importancia de esta forma de abordaje, dado que la dinámica de este taller les permitió trabajar las diferentes funciones cognitivas, así como también favoreció un espacio de encuentro e intercambio entre los diferentes participantes. Asimismo, se ha comprobado que las propuestas de psicoestimulación promueven el desarrollo de la capacidad de aprendizaje, por lo que es posible un aumento de la reserva cognitiva o potencial de aprendizaje en pacientes lesionados (López, Sánchez & Martín, 2020). Teniendo en cuenta la intervención a través del arte, se evidencia su utilidad en el trabajo con personas que padecen demencia puesto que les facilita una vía creativa para la expresión de sus emociones, a la vez que les permite disfrutar de la compañía del grupo (Waller, 2007). Por su parte, otros autores sostienen que, la implementación de este tipo de programas en pacientes con trastornos cognitivos, han producido mejoras en la percepción acerca de la calidad de vida de los sujetos (Dominguez, Benticuaga & Monterio, 2017).

Una pregunta que surge del análisis de este abordaje especializado en demencias, es sobre la posibilidad de implementar algunas de estas actividades en forma personalizada, por ejemplo, en geriátricos que se encuentran gestionados por el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los cuales se observa una mayor cantidad de pacientes y escaso personal, y donde la respuesta a la demanda está circunscripta a la cobertura de las necesidades básicas de las personas y normalmente no cuentan con la posibilidad de ofrecer tratamientos particulares de acuerdo a los intereses de los residentes. Por ello, sería conveniente evaluar cuáles aspectos de este abordaje serían beneficiosos incorporar a las intervenciones que se llevan a cabo en estas residencias y cuáles no son posibles de poner en práctica.

Finalmente, en lo referente a nuevas líneas de investigación, sería interesante que se desarrollaran más trabajos con la aplicación de nuevas tecnologías en los distintos dispositivos que asisten a personas de tercera edad y particularmente en las demencias, determinando la eficacia de estas intervenciones. Una estrategia novedosa es el uso de la realidad virtual, siendo de provecho para clínicos e investigadores por el beneficio que se puede obtener, como el desarrollo de técnicas de evaluación cognitiva, estrategias de rehabilitación y actividades terapéuticas (Díaz Pérez & Flórez Lozano, 2018).

Considerando otra perspectiva, podría ser de utilidad llevar a cabo la profundización en el uso de la fotografía terapéutica en las dinámicas grupales para el abordaje de Arteterapia en la EA y otros trastornos cognitivos. En la práctica se pudo apreciar que este tipo de intervención favorece la autopercepción, así como el reconocimiento de los otros, posibilitando una mayor conexión con el entorno y, de esa manera, mejorar las relaciones interpersonales entre los integrantes de un grupo.

Por último, se observó en la práctica la implementación de una nueva actividad que consistía en una terapia asistida con animales, específicamente perros. Se estima relevante ahondar en los resultados obtenidos en la aplicación de este tipo de enfoque, puesto que podría promover una mejora en el comportamiento, estado de ánimo, actividades de la vida diaria y en el estrés mental de personas que padecen demencia (García et al., 2017).

7. Referencias Bibliográficas

- Allegri, R., Harris, P. & Drake, M. (2000). La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol Arg*, 25(1), 11-5.
- Allegri, R. F. et al. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Revista Neurología Argentina*, 3(2), 120-137.
- Allegri, R. F. et al. (2012). Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Revista Vertex*, 23(101), 5-15.
- Allegri, R. F. & Bagnatti, P. (2017). Historia de la neuropsicología a las neurociencias cognitivas en Argentina (1883-2003). *Revista Vertex*, 28(1), 468-478.
- Allegri, R., Vazquez, S., & Sevlever, G. (2017). *Enfermedad de Alzheimer: Nuevos paradigmas*. Buenos Aires: Polemos.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, G. P. (2004). Demencia: la epidemia silenciosa del III milenio. *Revista Salud UIS*, 36(3), 138 - 145.
- Bataller, S. B. & Moral, J. M. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika*, 22(5), 179-185.
- Bernal, I. M. (2009). Psicología y neurociencia: claves del progreso. *Cuadernos de neuropsicología*, 3(2), 143-144.

- Boada, M., Cejudo, J. C., Tárraga, L., López, O. L. & Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17(6), 317-323.
- Bruno, D. et al. (2020). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*, 35(2), 82-88.
- Burin, D. I., Jorge, R. E., Arizaga, R. A. & Paulsen, J. S. (2000). Estimation of premorbid intelligence: the word accentuation test-Buenos Aires version. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22(5), 677-685.
- Cabaco, A. S., Luz, M., Rueda, A. V. & Calzada, A. C. (2017). Envejecimiento activo y reserva cognitiva: Guía para la evaluación y la estimulación. *Studia Zamorensia*, 16, 195-204.
- Calzada, A. C., Esteban, M. N. B., Cabaco, A. S. & Mateos, L. M. S. (2017). El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento. *Revista de Psicología/Journal of Psychology*, 19(1), 159-192.
- Cancino, M. & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.
- Cervantes, C. et al. (2017). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Neurología*, 32(5), 309-315.
- Cock, M. R., Matute, E. & Jurado, M. B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Custodio N. et al. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *An la Fac Med*, 73(4), 321-330.
- De León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. & Escarpín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.
- Díaz Barrientos, E. & Sosa Coronado, A. M. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *Medisan*, 14(6), 838-849.
- Díaz Pérez, E. & Flórez Lozano, J. A. (2018). Realidad virtual y demencia. *Revista de Neurología*, 66(10), 344-352.

- Dominguez, P., Benticuaga, J. & Monterio, M. (2017). Combatir el alzhéimer con arte. Programa de arteterapia para personas mayores con alzhéimer u otro trastorno neurocognitivo mayor. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano*, 13(4), 66-79.
- Ehresman, C. (2014). From rendering to remembering: Art therapy for people with Alzheimer's disease. *International journal of art therapy*, 19(1), 43-51.
- Escera, C. (2004). Aproximación histórica y conceptual a la Neurociencia Cognitiva. *Cognitiva*, 16(2), 141-61.
- Feldberg, C. & Stefani, D. (2009). Locus de control, autoeficacia para la memoria episódica verbal y rendimiento en adultos mayores no dependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(1), 9-21.
- Feldberg, C. & Demey, I. (2015). *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Fernández, A. L. (2013). Development of a confrontation naming test for Spanish-speakers: The Cordoba Naming Test. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(7), 1179-1198.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T. & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(3), 383-403.
- García, M. G. et al. (2017). Efectividad de la terapia asistida con animales en pacientes con demencias, una revisión sistemática. *Fisioterapia*, 39(6), 242-249.
- Grandi, F. & Ustárroz, J. T. (2017). Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(6), 326-331.
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E. & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 242-250.
- Ibarrola, M. L., Contreras, R. M. S. & Ortiz, A. L. S. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Archivos de Neurociencias*, 21, 7-25.
- Kandel, E., Schwartz, J. & Jessel, T. (2001). *Principios de neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lapiente, F. R. & Navarro, J. P. S. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(1), 27-43.

- Laurin, P. (2008). Taller de mediación artística con personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 3, 117-140.
- López, C., Sánchez, J. L. & Martín, J. (2020). Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre el beneficio de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer esporádica de inicio tardío. *Revista de neurología*, 70(8), 271-281.
- Lucendo, M., Bartolomé, M., Fernández, V., García, R. & Sáez, E. (2018). Calidad de vida en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Innova Research Journal*, 3(2.1), 14-21.
- Martínez, M. D. L. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 183-191.
- Maureira, F. (2010). La neurociencia cognitiva: ¿Una ciencia base para la Psicología? *Psiquiatría Universitaria*, 6(4), 449-453.
- Miller, B. L. & Hou, C. E. (2004). Portraits of artists: emergence of visual creativity in dementia. *Archives of Neurology*, 61(6), 842-844.
- Molina, M. (2016). El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 319-331.
- Muñoz González, D. A. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 1077.
- Muñoz-Pérez, M. J. & Espinosa-Villaseñor, D. (2016). Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(6), 85-96.
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F. & Muñoz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *RevNeurol*, 55(10), 598-608.
- Orejarena-Ballestas, M. C., Quiñonez-Pérez, A. M. & Marín-Gutiérrez, A. (2017). Estimulación cognitiva para pacientes con trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de alzheimer: revisión sistemática. *Búsqueda*, 4(19), 208-226.
- Orozco, M. E. D. (2012). Revisión teórica sobre las demencias de tipo cortical. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 40-54.

- Pardi, P. C., Santos, G., Silva Gois, J. C., Braz Jr, R. G. & Olave, E. (2017). Biomarcadores y Marcadores de Imagen de la Enfermedad de Alzheimer. *International Journal of Morphology*, 35(3), 864-869.
- Pinto, D. A. Z., Alarcón, S. G., Rosero, A. R. P., Zamora, J. R. & Landázuri, M. V. M. (2016). Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores. *Enfermería Investiga Investigación Vinculación Docencia y Gestión*, 1(3), 112-116.
- Portellano Pérez, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGrawHill.
- Pose, M. & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol Colomb*, 26(3), 7-12.
- Prado, L. B. & Rodríguez, S. F. (2013). Neuroplasticidad y psicoestimulación en enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*. 53(1), 39-44.
- Rodrigues, C.Y.D.S. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, C. (2018). Aspectos Sociales del Envejecimiento. *En Trabajo con Personas Adultas Mayores: Un abordaje Integral en comunidad*. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.
- Rodriguez Cabedo, N. (2002). *Arte Terapia: Talleres de psicoestimulación a través de las artes*. Barcelona: Fundación Uszheimer.
- Salas Silva, R. (2003). ¿La educación necesita realmente de la neurociencia?. *Estudios pedagógicos*, (29), 155-171.
- Sánchez-Cubillo, I. et al. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: Role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 438 – 450.
- Serrano, C., Allegri, R. F., Martelli, M., Taragano, F. & Ranalli, P. (2005). Arte visual, creatividad y demencias. *Vertex*, 16(64), 418-29.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT. *A compendium of neuropsychological tests*, 2, 326-340.
- Stankov, L. (1988). Aging, attention, and intelligence. *Psychology and Aging*, 3, 59-74.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P. & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 777-786.

- Von Bernhardt, R. (2019). El Desafío de envejecer: Una mirada desde la neurociencia. *Ars Medica Revista de Ciencias Médicas*, 44(1), 3-5.
- Waller, D. (2007). Demencia, estigma y arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 63-70.
- Wang, Q. Y. & Li, D. M. (2016). Advances in art therapy for patients with dementia. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 105-108.
- Wechsler, D. (1987). *WMS-R: Wechsler memory scale-revised*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Wechsler D. (2002) *Test de inteligencia para adultos, WAIS III*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2019). *A decade of healthy aging (2020–2030)*. Geneva: WHO.

8. Anexo A

Puntajes brutos informados en la evaluación cognitiva de la residente y su comparación con la del año 2017 en las diferentes pruebas administradas.

Test		Resultados 2019	Resultados 2017
WAT		107,17	107,17
ACE		59/100	57/100
IFS		9/30	19/30
Memoria de Relatos	Inmediato	5	9
	Diferido	0	0
	Reconocimiento	0/21	4/21
Lista de Rey	Trial 1	5	4
Test de Córdoba		8	12
F Verbal Fonológica		12	8
F Verbal Semántica		5	3
Trail Making Test	A	110	80
Figura de Rey	Inmediato	20	25
	Diferido	0	0
	Reconocimiento	0/6	0/6
Dígitos-span	Adelante	5	5
	Atrás	2	3