

UP

Universidad de Palermo

“El trabajo con reminiscencias en ancianos que padecen Demencia tipo Alzheimer”

TFI

- **Alumna: Romina Valeria Ramat**

Diciembre 2012

Introducción

La *Práctica e Integración Profesional 5* se realizó en una residencia geriátrica. Habitaban en ese momento 292 adultos mayores residentes con diferentes niveles de complejidades y dependencias. El hogar trabaja con un equipo interdisciplinario, promoviendo que sus residentes lleven una vida activa, a través de diversas actividades que proponen evitar la pérdida de las capacidades que presentan los residentes y a su vez estimular capacidades nuevas.

La elección del Hogar para la realización de la pasantía, fue debido a la búsqueda de conocimientos sobre la atención y cuidado de los gerontes.

El Hogar está dividido en tres pisos. En el primer piso residen quienes no presentan deterioro cognitivo o tienen un deterioro cognitivo leve. En el segundo residen quienes presentan deterioro cognitivo moderado-alto, y a su vez este piso está dividido en otro sector donde el deterioro cognitivo de algunos residentes, es muy alto. El tercer piso es el sector privado, donde residen quienes tienen un alto poder adquisitivo y gozan de otros beneficios.

Dada la necesidad de personal, la propuesta de la residencia hacia los pasantes fue trabajar en el 2 piso sector C. Este lugar es donde residen quienes poseen un mayor deterioro cognitivo, quienes tienen una menor movilidad y por ende un mayor grado de dependencia, y quienes en su mayoría no tienen familiares y están por debajo de la línea de pobreza. Al momento de realizar la pasantía, un alto porcentaje de estos residentes tenían Demencia tipo Alzheimer.

La actividad de la pasante dentro de la institución fue libre, es decir a elección de la misma aunque más o menos delimitada por la institución. Aprovechando esta libertad, la intención de la pasante fue desarrollar alguna función útil, necesaria, y

faltante dentro de la institución. Antes de programar las actividades, se recolectaron datos de los pacientes y se trabajó en conjunto con los diferentes profesionales. Esta etapa fue principalmente de observación, se necesitaba conocer tanto a los residentes, como a los profesionales, así como también la inter relación *paciente-profesional* y sus respectivos roles. A partir de lo observado y analizado, se programaron las diversas tareas que desarrolló la pasante en la residencia, y se fue perfilando de este modo el rol dentro de la institución.

Se participó en los talleres de musicoterapia, gimnasia, danza terapia, taller de cocina y las distintas labores que se brindan en Terapia Ocupacional. Con la intención de profundizar en las particularidades de cada individuo e informarse sobre las patologías de cada uno, también se han leído las historias clínicas de los mismos y se realizaron entrevistas.

Recopilando la información, surgió la realización de un *nuevo taller: "Charlas grupales de recuerdos reminiscentes"*. La finalidad del taller fue que entre los residentes más carenciados haya una estimulación cognitiva, transmitir el sentimiento de acompañamiento, la interrelación entre los mismos y a partir del trabajo con lo afectivo mejorar la calidad de vida.

La tarea de la pasante fue el acompañamiento de los gerontes, la coordinación y armado de las charlas, pensar disparadores para el trabajo con reminiscencias y a su vez las reminiscencias como disparadores de charlas, buscar distintas técnicas para que los individuos se interrelacionen y la estimulación de lo cognitivo. La labor que se realizó dependió de la heterogeneidad del grupo, de las distintas patologías y de los distintos niveles de Alzheimer que padecían algunos de los integrantes.

Se ha propuesto este taller principalmente porque se trabaja a través de lo afectivo. Cuando un adulto mayor se encuentra institucionalizado muchas veces padece de una depresión. Algunas de las causas son: la pérdida de roles sociales, la sensación de soledad que se vive al estar lejos de la familia y por el fallecimiento de seres queridos

y/o conyugues. Es aún más probable un estado depresivo en personas que padecen Alzheimer. En el taller se incentivó la interrelación, esto aumenta las redes sociales, previniéndolos así del aislamiento. Se apeló al uso de la memoria, y se propició la estimulación cognitiva. Es importante el trabajo desde lo afectivo ya que esto implica una posible mejoría en el estado anímico.

La accesibilidad del pasante en cuanto a historias clínicas y sociales, y otras informaciones útiles, fue limitada .Por distintas situaciones exclusivas del Hogar, no todos los diagnósticos estaban asentados y diferenciados. Por otro lado para la observación particular de algunos gerontes era necesario la asistencia más o menos continuada de estos al taller de reminiscencias.

Fue por esto y teniendo en cuenta las dimensiones del TFI, solo se tomaron los casos más destacados, que padecían Enfermedad de Alzheimer, que estaban diagnosticados en su historia clínica , que asistieron a los grupos de forma continua y que resultaron casos significativos para la realización del TFI.

Objetivos

- **Objetivo General:**

-Estudiar los cambios que se producen en adultos mayores que padecen Demencia tipo Alzheimer a partir del trabajo con reminiscencias, teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad en el que los individuos se encuentran.

- **Objetivos específicos:**

- Describir el trabajo con reminiscencias en adultos mayores con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer.
- Analizar los cambios en el funcionamiento de la memoria a partir del trabajo con reminiscencias.
- Evaluar los cambios que se producen en las relaciones interpersonales de los viejos con Demencia tipo Alzheimer al trabajar con los recuerdos reminiscentes.
- Estudiar las modificaciones que se producen en el área afectiva de los ancianos al apelar a los recuerdos reminiscentes.

Marco teórico

1-Vejez y envejecimiento

Se considera al envejecimiento como un proceso que aunque inicia con la vida misma adquiere relevancia a partir de la mediana edad. Momento en el que el trabajo psíquico apunta a la percepción del tiempo como finito y al registro de cambios físicos internos y externos, a partir de cuya elaboración habrá diferentes salidas hacia una vejez ligada a lo creativo o a modelos patológicos (Ferrero, 1998).

La vejez se asocia con los períodos tardíos de la vida y se adjudica al haber cumplido muchos años. Está relacionada a la edad cronológica, también a la duración de la vida, pero la definición de a qué edad uno es *viejo* está definido por la cultura y por la conciencia de cada persona.

Una cosa es la cantidad de años cumplidos y otra es sentirse viejo, la vejez trasciende la edad cronológica. Una enfermedad puede hacer que una persona se sienta vieja, y ya no se sienta así cuando termina el episodio de enfermedad. Sentirse viejo se asocia con la relación que se tiene con el ambiente y la predisposición ante la vida. El potencial de senectud se modifica con el entorno en que se crece y se envejece. Este potencial está influenciado por interacciones y por el modo que se trata a los individuos. A los que se les trata como viejos se les presiona que adopten la identidad prescrita. Hay otros que a pesar de que han cumplido muchos años cuentan con una predisposición positiva y acogen con menos quejas los cambios que conducen a la edad avanzada (Umpierre, 2006).

Según Lehr (1995), la visión predominante sobre el envejecimiento es negativa respecto a las modificaciones que se producen en la esfera psíquica: el envejecimiento como proceso de decadencia, de deterioro, de pérdida de facultades y de contactos sociales.

Para entender a la vejez es necesario tener en cuenta el desarrollo psicosocial de las personas. Para ello, Erikson integra los aspectos socio históricos con los biológicos, al referirse al Ciclo Vital Completado en su teoría epigenética. Los últimos períodos

corresponden a la adultez y vejez, y permite entender a la vejez, no como aislada, sino a partir de la historia del sujeto, dentro de una sociedad y de un contexto. En su teoría describe ocho etapas donde en cada una de ellas hay situaciones antagónicas, que producen crisis psicosociales y según como se afronte cada etapa, será como el individuo se predispondrá para la siguiente. El séptimo período es la adultez, produciéndose en esta etapa una crisis entre la *generatividad* y el *estancamiento*. La generatividad se refiere al poder producir, al poder crear y expandirse, mientras que el estancamiento se refiere a no poder salirse de sí mismo, con situaciones regresivas, lo cual conducirá a la *desesperanza* del individuo. Se condiciona la etapa anterior a la que sigue, entonces en la última etapa, la etapa de la vejez, la desesperanza se enfrentará con la *integridad*, entendida esta como un sentimiento de coherencia y totalidad, un estar satisfecho con la vida (Zolotow, 1999)

“La Integridad es el fruto de los otros siete ciclos vitales, y madura gradualmente en las personas que envejecen, solo en aquellas que se han ocupado de las cosas y de la gente, y se han ido adaptando a los triunfos y a los desengaños de ser, por necesidad, el que ha dado origen a otros y ha producido objetos e ideas. El fracaso de esta lleva el sentimiento de desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar otro tipo de vida que lleve a la integridad”
(Salvarezza, 1999, p. 47)

Según como se resuelvan estas situaciones antagónicas es como se transitará la última etapa de la vejez, con sabiduría teniendo un desapego por la vida frente a la muerte misma o con desdén frente un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo (Erikson, 1985).

El envejecimiento en general, se manifiesta en la mayoría aunque no en todas las especies. Una vez que se concluye con la maduración se comienza con el envejecimiento.

Hay diversos enfoques que se contradicen entre si, pero para aproximarse a una definición global hay algunos puntos en común entre las diversas definiciones que se procede a mencionar:

-Es una etapa del desarrollo humano, partiendo de un continuo cambio desde la preconcepción hasta la muerte

- Es un proceso evolutivo que involucra todos los aspectos del individuo en interacción con su ambiente.
- Relacionada a los acontecimientos y como estos repercuten en el organismo
- Es una progresión ininterrumpida, con etapas definidas
- Vinculada al estilo de vida y formas de conducta, en relación con el ambiente y otras personas.
- Un dominio exitoso en las tareas del crecimiento, en la maduración y en el envejecimiento; conduce a consolidar una identidad efectiva y conduce al bienestar.
- El fracaso en las tareas de crecimiento conduce a la infelicidad, desaprobación social y las dificultades de un concepto propio menos adecuado (Umpierre, 2006).

1.1 Tipos y edades de envejecimiento

Entonces se puede decir que hay distintas ***edades de envejecimiento***

Edad Biológica: Capacidades de los órganos y sistemas que controlan las funciones vitales

Edad Psicológica: Capacidad de ajuste entre las necesidades cambiantes de su organismo y del ambiente

Edad Social: se refiere al desempeño social de una persona con respecto a los miembros de una sociedad como producto de normas, patrones, valores y costumbres.

Se pueden definir tres ***tipos de envejecimiento***:

-Primario: cambios lentos, graduales e irreversibles que corresponden a la programación genética, el desgaste de las células por uso, a los cambios de aspectos cosméticos y funcionales. Es un envejecimiento normal en la medida en que prevalece el sentido de salud y se asocia a vivir en comunidad. Relacionado al enlentecimiento

-Secundario: Relacionado a la enfermedad, con condiciones crónicas que ejercen influencia en la capacidad funcional. Afecta tanto a la velocidad como el razonamiento

-Terciario: Caída terminal, disminución de las habilidades mentales y funcionales. Relacionado a la muerte (Umpierre, 2006)

1.2 Envejecimiento normal y enfermedad

Resulta interesante diferenciar entre el envejecimiento normal y la enfermedad.

Se podría decir que hay tres tipos de envejecimiento **la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito**. La primera es aquella que cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes; por el contrario la vejez patológica sería el resultado de un organismo complicado por la enfermedad y la discapacidad. La vejez con éxito sería aquella donde hay una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad, asociada a un alto rendimiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso con la vida. Estas formas de envejecer no son azarosas, las personas pueden hacer mucho a lo largo de la vida para lograr un envejecimiento competente. Así como también durante la vejez se puede atender la vejez patológica y entonces se potencie la vejez con éxito (Fernandez-Ballesteros, 2007).

La enfermedad no forma parte del proceso normal de envejecimiento, se manifiestan patologías reversibles e irreversibles en el organismo. Las enfermedades pueden ser producto de condiciones en el ambiente, de factores genéticos o los cambios relacionados con el envejecimiento. Con los años aumenta la vulnerabilidad y la posibilidad de enfermar, las enfermedades más comunes son las coronarias, osteoporosis, artritis y enfermedad de Alzheimer (Umpierre, 2006).

Los sistemas corporales envejecidos son menos aptos entonces aumenta el riesgo de contraer una enfermedad; cuesta más recuperarse de ellas y hay mayor posibilidad de morir.

La calidad de vida en la edad mayor es de vital importancia. Hay enfermedades incipientes, sutiles y progresivas como la hipertensión y las condiciones cardiovasculares,

que dado a la pérdida de funciones vitales pueden considerarse enfermedades esperables, pero que aumentan la susceptibilidad de desarrollar enfermedades o tener accidentes.

Hay diferentes cambios biológicos asociados al envejecimiento: alteraciones de tipo irreversible o de pérdida total, por ejemplo la capacidad reproductiva en las mujeres; y por otro lado reducción en el nivel de eficiencia sin que se pierda enteramente la capacidad funcional (Hayflick, 1999).

La dimensión biológica se relaciona con el sistema inmunológico, y la disminución en la eficiencia inmunológica, explica el riesgo creciente ante los procesos infecciosos y el cáncer.

La alteración de las células T es una señal de envejecimiento y del desbalance consecuente en las funciones supresoras y efectoras; factores relacionados a la atrofia renal y cambios en anticuerpos (Umpierre, 2006).

1.3 Importancia de las emociones en la vejez

Las emociones intervienen en todos los aspectos de la vida, y están relacionadas al bienestar o falta de él. Las emociones son la esencia de las relaciones sociales y representan los eslabones mayores de comunicación que permiten funcionar socialmente en los ámbitos de la familia, la comunidad y la cultura. Las otras personas ejercen una gran influencia en el modo de sentirse, de conducir la vida y de lograr metas.

Los estudios más actuales acerca de las emociones y el envejecimiento, revelan que con el envejecimiento no hay grandes diferencias en el estado de bienestar en las diferentes edades y la expresión emocional no experimenta declive sustancial, si gozan de buena salud (Umpierre, 2007).

1.4 La importancia de las relaciones interpersonales en la vejez

Las relaciones interpersonales son de vital importancia en la vida de las personas ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante

enfermedades. Según Fernandez-Ballesteros (2007) las personas con un mayor grado de apoyo familiar, amigos y vecinos tienen un mejor estado de salud.

Sin embargo en la vejez hay una disminución de la interacción social, esto podría ser porque al llegar a la vejez ocurre un proceso de *desvinculación social* a través de la disminución paulatina de actividades e interacciones sociales, ocurriendo esto como un mecanismo de preparación para la cercana muerte, es decir nos es la sociedad que abandona a los viejos, sino los viejos que tienden a aislarse. Sin embargo para un mejor envejecimiento se recomienda mantener las relaciones sociales fortaleciendo los compromisos y si es necesario, generando nuevos vínculos. Este fortalecimiento del compromiso social lleva a un ajuste psicológico óptimo, siendo las personas más activas las que presentan mayor bienestar y calidad de vida (Fernandez-Ballesteros,2007).

La disminución de la interacción social en las personas mayores puede deberse a la jubilación, la marcha de los hijos del hogar, la muerte del cónyuge o de seres queridos y la institucionalización. Esta última suele ser muchas veces una elección para no convertirse en una carga para los hijos, o por la ausencia de seres queridos, pero sea una elección propia o no, suele generar rechazo y se rechaza todo lo que la institución contiene e integra. Siendo esta un grupo social en sí misma, puede servir de estímulo en el incremento de las relaciones sociales sin embargo por lo explicado anteriormente, puede conducir a un mayor aislamiento y rechazar nuevos contactos sociales.

Se debe tener en cuenta otros factores que influyen en la interacción social en la vejez como la personalidad, las condiciones socioculturales y el estado de salud del individuo.

El *apoyo social* es un conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan bienestar físico y psicológico. Forma parte de la *red social*, esta brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, así como permite percibir que otros lo atienden, sintiéndose más o menos satisfecho con dichas relaciones. La *actividad social* se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otra. Entonces tanto el apoyo social, como las redes sociales y la actividad social son de enorme importancia no solo como fuentes de bienestar psicológico y

social del individuo, sino que tienen importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores (Fernandez-Ballesteros, 2007).

2-Enfermedades Neurológicas más comunes en la vejez

La *demencia*, la *depresión* y el *delirio*, son enfermedades psiquiátricas comunes en la vejez y suelen confundirse entre sí. La depresión y el delirio pueden coexistir con la demencia (Beers, 2001).

2.1-Depresión

En la vejez es frecuente la *depresión enmascarada*. Desde el punto de vista psiquiátrico es una forma clínica de depresión, solapada, de tipo endógeno, de evolución crónica, donde uno o más síntomas son orgánicos y de difícil diagnóstico. Esta pasa desapercibida en la observación clínica común. En la ancianidad se han observado cuadros clínicos de este tipo de varios años de evolución produciendo bloqueo de emociones y deterioro mental, así como también conductas corporales repetitivas. Entonces en la polipatología del adulto mayor debe pensarse en un cuadro depresivo hasta que no se demuestre lo contrario. Es necesario un diagnóstico temprano, efectuar una historia clínica lo más completa posible y realizar el diagnóstico diferencial, y tener en cuenta que puede estar asociada a otra patología orgánica o psíquica (Ferrero, 1998).

La *depresión grave* es un trastorno del estado del ánimo caracterizado por una disminución persistente del interés y el placer por actividades diarias, insomnio, e hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad de concentración, ideas de muerte y pérdida o aumento de peso (Beers, 2001)

En el caso de la *depresión geriátrica* se trata de la presencia de una molestia continua en el ánimo, presente por lo menos dos semanas, que se acompaña de alteraciones neurovegetativas, de conductas depresivas y de alteraciones cognitivas. Presencia de tristeza y de otras manifestaciones de humor depresivo, la presencia de anhedonia y pérdida de alegría en toda instancia. La definición requiere de la presencia sostenida de

otros síntomas durante el mismo periodo en que el ánimo empeora. Debe también definirse si no está dentro de una depresión bipolar.

La existencia de depresión puede ser por : una enfermedad depresiva anterior a la vejez; por tener una recaída en la vejez ya que las personas mayores están más enfermas, entonces son más proclives a sufrir depresión por condiciones específicas que la causan como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer , cáncer, enfermedad cerebro vascular, diabetes, hipertensión y enfermedades coronarias ; la depresión puede ser causada también por los cambios cerebrales que la vejez produce en un cerebro añoso, o la depresión cerebrovascular que puede perpetuar algunos síndromes depresivos (Taragano & Lyketsos, 1998).

Se llama *depresión secundaria*, a la depresión que surge a partir de otros trastornos psiquiátricos o no o por la utilización de algunos medicamentos. Hay pacientes con una sintomatología aparentemente depresiva, pero en realidad presentan otro tipo de enfermedad y algunas veces de suma gravedad (Salvarezza, 1999).

2.2-Delirio

El delirio causa una desorganización del pensamiento, una reducción de la capacidad de mantener o desplazar la atención, descenso en el nivel de conciencia, percepciones sensitivas erróneas, trastornos del ciclo de sueño y del nivel de actividad psicomotora, desorientación respecto al tiempo, lugar y personas y deterioro de la memoria. El inicio del delirio es rápido y su duración breve. En cambio en la demencia la característica esencial es el deterioro de la memoria remota y reciente y del juicio así como otras alteraciones de la función cortical superior y cambios de la personalidad.

Es importante diferenciar el déficit cognitivo de la tendencia al olvido común en la vejez, es normal una disminución en la rapidez del aprendizaje y el recuerdo (Beers, 2001).

2.3-Demencia

La demencia es un trastorno cognoscitivo ocasionado por un proceso orgánico que afecta al cerebro, y que puede ser producido por enfermedad, por efectos persistentes de una condición, o provocado por múltiples etiologías. Esta alteración global consiste en la pérdida de las funciones superiores del pensamiento sin alterar la conciencia. Esto conduce a una incapacidad funcional que impide la gestión laboral e interfiere en las actividades de la vida cotidiana.

La demencia afecta la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información, reduce el flujo de ideas, y perturba el control emocional, el comportamiento social y la motivación.

Las demencias no son un trastorno exclusivo de la vejez, pero si son más frecuentes en esta etapa de la vida. La razón de prevalencia de Alzheimer entra la edad de 65 a 85 años se manifiesta en una relación alta con la edad (Umpierre, 2006).

2.3.1-Enfoque Psicogénico de la Demencia

La palabra demencia es un derivado del latín *de-mentis*, que traducido significa algo así como *perder la mente* y significa “privado” de “inteligencia”, vinculado a la pérdida de la razón. A lo largo de la historia la palabra demencia no solo definió la pérdida de memoria sino que también definió la pérdida de razón o sea que también fue y sigue siendo usada para definir estados de locura. Generalmente se atribuye que un 15% de las demencias a causas psicológicas pero aún no se sabe su etiología, y por otro lado los análisis necroscópicos o los diagnósticos por imagen no evidencian el grado de daño neurológico o sea que no siempre existe una correlación entre las lesiones orgánicas y las perturbaciones psíquicas (Berriel & Perez Fernandez, 2007).

En la Enciclopedia Médica Quirúrgica, se define a las demencias como un deterioro global, progresivo e irreversible de las funciones intelectuales, siendo un fenómeno crónico e incurable de esta manera el diagnóstico se transforma en una condena. No se debería pensar que hay enfermedades incurables. Lo que las hace incurables es el hecho de que hasta el momento no se haya descubierto la cura (Berriel & Perez Fernandez, 2007).

Berriell y Perez Fernandez (2007), fundamentan su hipótesis psicogénica de la demencia, refiriéndose a que la fuerza del funcionamiento psíquico puede provocar una muerte histórica y social, o sea una muerte simbólica, antes de que la muerte biológica sea posible; que por ejemplo el deseo de olvidar puede ser tan fuerte que acabe provocando una pérdida neuronal, entendiendo a la demencia como una producción subjetiva paradójica donde el sujeto históricamente constituido, para salvarse, se pierde. Remarcando también que los duelos no elaborados pueden llevar a un olvido traumático, y cómo el duelo anticipado de la propia vida lleva al encapsulamiento, al aislamiento, a poner fin a los vínculos y hace preferir olvidar que el mundo existe. Entonces de esta manera, le atribuyen a los procesos demenciales, tanto factores psicosociales como neurológicos, en contraposición del paradigma predominante *monocausal neurológico*. Se propone entonces una forma de *diagnóstico interdisciplinar y multidimensional*

El paradigma monocausal neurológico de demencia, es un diagnóstico condenatorio de progresividad e irreversibilidad y ante los primeros síntomas se puede comenzar con una intervención terapéutica precoz que demuestre posibilidad de recuperación, no refiriéndose solo a la memoria, sino del placer por la vida (Berriell & Perez Fernandez ,2007).

Los autores proponen entonces una forma de diagnóstico interdisciplinar y multidimensional.

2.3.2-Enfoque Monocausal Biológico de Demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por déficits cognitivos múltiples que ocurren en un paciente alerta, y que son suficientes como para interferir en las actividades diarias del sujeto y en su calidad de vida. Estos déficits representan un declive respecto al funcionamiento previo del sujeto, y se deben distinguir del delirium, del retraso mental y del deterioro cognitivo focal como podría ser una amnesia o una afasia (Yanguas, 2007)

En términos generales para el paradigma médico biológico, la demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en

el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento la comprensión, el cálculo y la capacidad de aprendizaje (Berriel & Perez Fernandez 2007)

En estos últimos años se está dando un cambio en la población, con un aumento de adultos mayores y, en consecuencia, un aumento de enfermedades asociadas a la vejez, entre las más comunes las neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer (EA); cerca de 24 millones de personas la sufren actualmente y para el año 2040 esta cifra aumentará a 81 millones (Zea, López, Valencia, Soto, Aguirre, Lopera, Oswald & Rupprecht, 2008)

-Criterios de diagnóstico de la demencia según el **DSM-IV** Actualmente el diagnóstico de demencia es clínico apoyado en pruebas paraclínicas. Los criterios de diagnóstico usados internacionalmente son el CIE-10, principalmente en Europa el DSM-IV.

Según el DSM IV estos son los criterios del diagnóstico de demencia:

1- Déficit cognoscitivos múltiples manifestados por :

-Alteración de la memoria

-Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- Afasia
- Apraxia
- Agnosia
- Alteración de la función ejecutiva

2-Los déficits mencionados deben ser lo suficientemente graves como para provocar deterioro significativo en la actividad social o laboral

3-Los ítems representan un déficit respecto al nivel previo.

El síntoma principal es la pérdida gradual de la memoria y con ello la capacidad de lograr nuevos aprendizajes, la disminución de la capacidad para razonar, la desorientación espacial y dificultades en el lenguaje, alteraciones en la conducta o problemas para realizar tareas complejas habituales. La pérdida gradual de la memoria también disminuye la capacidad para realizar operaciones aritméticas, dificultad en la manipulación de objetos y otras actividades, y también la dificultad en el reconocimiento de situaciones, objetos o personas. Hay que añadir además alteraciones en la conducta, otras alteraciones psicopatológicas y trastornos del sueño. Finalmente ocasiona alteraciones en la marcha hasta que se pierde la capacidad de caminar e incluso mantenerse en pie (Yanguas, 2007).

2.3.3-Modelo Multidimensional de la demencia: Enfoque psicológico

En la historia del universo que comenzó hace 15.000 millones de años, diversos estudios antropológicos han ubicado hace aproximadamente medio millón de años la época en que una especie de primates comienza a evolucionar de forma diferente, dando surgimiento al Homo Sapiens (Umpierre, 2007).

En esos “pocos años” el ser humano ha aprendido a transformar el medio, así como también esa transformación modificó al ser humano. Y así se modificó su biología, su cerebro, su psiquismo y su medio. Este adquirió la conciencia de sí mismo como diferentes de los otros y de su propia finitud. Ha construido una noción de tiempo y ha ido organizando mentalmente el mundo, dándole un ordenamiento conceptual a las cosas. De a poco ha logrado comenzar a controlar cada vez más sus impulsos.

Finalmente ha logrado separarse cada vez más de los objetos y ha creado el lenguaje abriendo paso al mundo simbólico, pasando así de antiguas redes neuronales a nuevas redes semióticas de la comunicación que modificaron su biología.

El ser humano se ha convertido en el único ser vivo capaz de imaginar, proyectar y construir nuevas realidades. Aparece así el pensamiento y la planificación. La necesidad de estas funciones hizo que el ser humano fuese cambiando su biología, desarrollando la corteza cerebral y el lóbulo frontal. Estos cambios le han permitido comenzar a transmitir el

conocimiento y la aparición de la cultura, que a su vez modificó la forma de pensar, sentir y significar el mundo.

Modificando así el ambiente y en una relación dialéctica transformamos nuestra biología y nuestro psiquismo. El ser humano reproduce ontogenéticamente, el largo camino que recorrió filogenéticamente, complejizándolo aún más (Umpierre, 2007).

Desde esta *perspectiva dialéctica* donde lo psicosocial moldea lo biológico, y lo biológico es el sostén de lo social, es que se vuelve a plantear la definición de Demencia Tipo Alzheimer, a través de un modelo multidimensional.

Desde la *perspectiva Psicológica*, descentrándose del modelo biológico e individual, una demencia es una compleja construcción histórica, que culmina desorganizándose en al menos cinco planos: *somático, cognitivo, psicoafectivo, psicosocial, y sociocultural/histórica*.

- **En el plano somático:** Hay un déficit en el sistema nervioso central (placas amiloides, degeneración neurofibrilar, etc.). **En el plano cognitivo** se da una desintegración homogénea conjunta y la pérdida de las capacidades se da en un sentido inverso a como se han adquirido, primero se pierde lo último que se adquirió (como puede ser el pensamiento abstracto, luego la noción de peso, volumen, etc.), hasta que finalmente aparecen los síntomas neurológicos y el reflejo de presión, según Reisberg esto se denomina retrogénesis.
- **Desde el punto de vista psicoafectivo:** Aparece una desintegración de la identidad de la persona que emerge como enfermo. Disminuye el control yoico, lo que permitía una comunicación compartida a través del universo simbólico socio-cultural, de esta manera aflora todo lo que tiene que ver con el orden inconsciente, con la dimensión afectiva en forma no elaborada y el proceso primario.
- **En el plano psicosocial:** Afloran viejas modalidades de comunicación estereotipadas y afectos reprimidos. Las repeticiones por la falta de proyecto, dado al trastorno de la memoria, aluden a un pasado presentificado que sostienen la identidad del sujeto.

- **En el área socio cultural- histórica:** La significación de la demencia será muy distinta de una sociedad a otra y así de diferente será como el enfermo transite la enfermedad.

Tomando todos los diversos planos, sin centralizarse en lo somático se abren otras líneas de intervención en el campo (Berriel & Perez Fernandez, 2007).

2.3.4-Distintos tipos de demencias. Según su etiología y su evolución.

Degenerativas: Las más comunes en este grupo son la Enfermedad de Alzheimer (EA), demencia por los cuerpos de Lewy (DCL), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington y Parálisis supranuclear progresiva.

Vasculares: las más representativas son las demencias multi-infarto y enfermedad de Binswanger o encefalopatía cortical arteriosclerosa.

Infeciosas: Complejo demencia-SIDA, encefalopatía progresiva múltiple, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, entre otras.

Otras: Tóxicas (por ejemplo abuso de alcohol); desmielinizantes (como la esclerosis múltiple, etc. (Berriel & Perez Fernandez 2007)

2.3.5-Pseudodemencia:

Esta patología en sus formas puras no presenta un correlato anatómico, es decir que la misma difiere de la supuesta base orgánica de las demencias aunque coincide en su sintomatología. Supone la enorme suma de pérdidas cognitivas especialmente a nivel de la memoria y la atención, pero así también pérdidas del juicio, el lenguaje disgregado, trastornos afásicos y también a nivel de las praxias. Este concepto fue acuñado por Kiloh en 1961 pero se lo considera bastante impreciso (Ferrero, 1998).

3-Demencia Tipo Alzheimer: Definición

“Enfermedad neuropsiquiátrica progresiva propia del envejecimiento que se observa en adultos de mediana edad y en particular en ancianos, afectando la sustancia cerebral, caracterizada por la pérdida inexorable de la función cognitiva así como por trastornos afectivos de la conducta” (Beers 2001, p 1004)

Estadio inicial de la Demencia Tipo Alzheimer: pérdida de la memoria reciente, incapacidad para aprender y retener nueva información, problemas de lenguaje, labilidad del estado de ánimo y posibles cambios en la personalidad. Algunos pacientes pueden no razonar correctamente, aparecer irritables y hostiles como respuesta a la pérdida de control y de la memoria. Otros pacientes presentan afasia aislada o dificultades visuo espaciales. Sin embargo el estadio inicial puede no comprometer la sociabilidad. Se pueden referir conductas extrañas.

Estadio intermedio DTA: el paciente es completamente incapaz de aprender y de recordar nueva información, se pierden hasta pueden no encontrar su dormitorio o baño. Al deambular existen accidentes secundarios a la confusión como golpes o caídas. La memoria de hechos remotos está afectada pero no se pierde por completo. El paciente puede necesitar ayuda para las actividades de la vida cotidiana. Pérdida del sentido del tiempo y el espacio.

Estadio grave o terminal DTA, el paciente es incapaz de andar, es totalmente incontinente y no puede realizar ninguna actividad de la vida cotidiana, dependen por completo del cuidador. La memoria reciente y remota se pierde por completo. El progreso de la enfermedad es gradual, no rápido ni fulminante. Existe un declive sostenido aunque algunos de los síntomas parecen estabilizarse durante un tiempo. El estadio terminal es el coma o la muerte (Beers, 2001).

3.1-Diagnóstico Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad Alzheimer es la causa más frecuente de demencia y cuanto más años se cumplen tanto más frecuente será. El grupo de adultos mayores es el grupo etario que crece

con mayor rapidez, por lo que es probable que la demencia cause un fuerte impacto sanitario. Es por ello importante el diagnóstico temprano, aunque cuanto más temprano es este, más difícil es de detectar. En Argentina, en la Clínica Cemic, la certeza en el diagnóstico es en más del 95% de los casos (utilizando el paso del tiempo como instrumento de precisión diagnóstico). El 4% del 5% restante, resultó ser demencia de otra causa. Cuando la demencia es avanzada el diagnóstico es sencillo.

Para hacer el diagnóstico se debe basar en el examen del paciente, con ayuda de los parientes, la investigación clínica, neurológica y psiquiátrica, la neuropsicología, el laboratorio y la imagen cerebral.

Por ahora no hay evidencia científica de que esta enfermedad sea prevenible, pero si se conocen factores que aumentan la exposición a padecer la enfermedad. El principal factor de riesgo después de los 60 años es precisamente la edad, pero uno no puede prevenirse de ello.

Si bien hasta el momento la enfermedad de Alzheimer es irreversible, existen medicamentos para enlentecerla (pero solo un poco) y es mejor que el paciente sea medicado lo antes posible, ya que la acción del medicamento no será la misma en alguien que todavía dispone de un fuerte volumen neuronal, que en un individuo con una disminución avanzada de neuronas (Marquez Lopez Mato, 2002).

4-Calidad de vida en la vejez

Según Salvarezza (1998), cuando se llega a la vejez el deterioro del funcionamiento mental es considerado como uno de los principales signos no ya de vejez sino de senilidad, lo cual suele ser uno de los acontecimientos más temidos entre los ancianos. Lo que más genera temor es la posibilidad de convertirse en una persona no válida y dependiente, dejar de ser uno mismo y lo que incluso puede ser más estresante es no tener un ser querido que lo cuide.

Es por esto que se considera de fundamental importancia, ante una institucionalización y una Enfermedad de Alzheimer (EA), no olvidar incluir las intervenciones dirigidas al abordaje afectivo.

Existe un deterioro cognitivo “normal” producto del envejecimiento, y lo que se debe tener en claro es cuando este pasa a ser patológico.

La observación de historias clínicas junto a la detección de los signos y síntomas de los individuos permite trabajar adecuándose a las necesidades individuales según padezcan o no Alzheimer y según los estadios de la enfermedad en que se encuentre cada individuo (Salvarezza, 1998).

Los sentimientos y recuerdos de las personas con deterioro cognitivo deben ser respetados y validados incluso si son inconsistentes con la realidad. En definitiva, se trata de buscar la emoción subyacente al comportamiento manifestado. La técnica que se utiliza para ello es la *escucha activa* (Yanguas, 2007)

5-Memoria

La memoria es un sistema de procesamiento de la información que opera a través de procesos de almacenamiento, construcción, codificación, reconstrucción y recuperación de la información (Ruiz Vargas, 1991).

Aun en el proceso de envejecimiento normal, es decir en ausencia de enfermedad, hay un enlentecimiento y una menor eficiencia en el proceso cognitivo. El funcionamiento de la memoria dependerá también del tipo de envejecimiento y a un sin número de condiciones personales como la educación, la profesión, práctica, estado de salud etc. (Fernandez-Ballesteros, 2007).

6-Revisión de vida y reminiscencias

6.1-Revisión de vida

La *revisión de vida* se asocia con los procesos cognitivos que con llevan la búsqueda de memorias, la reconstrucción de recuerdos, la revisión de temas y creencias buscando un significado personal.

Tras las memorias que se activan con la revisión de vida puede haber hechos que se comprendan para dar nuevo significado, en la medida que se reemplazan interpretaciones. Revisar la vida conlleva exponerse a la posibilidad de cambios de apreciación de los eventos originales. En este descubrir y reconstruir el significado de los recuerdos no es importante el recuerdo preciso sino en el modo en que se reconstruyen fragmentos de la historia pertenecientes a la memoria de forma coherente y significativa (Acrich, 2006).

El proceso de evaluación y reevaluación de la propia vida como propio de la adultez y de la vejez, ha sido estudiado por diversos autores. Y se ha demostrado que es en la vejez donde se hace un imperioso balance de la propia vida, surgiendo una necesidad aún más fuerte de narrar la propia historia, resignificándose así el pasado (Acrich, 2006).

La revisión de vida es una forma de reminiscencia, un proceso recíproco de contar y escuchar, hay una interacción continua entre el que cuenta y el que escucha que no puede ignorarse y puede afectar el resultado. El proceso es influenciado por el ambiente y las circunstancias presentes (Umpierre 2007)

6.2- Reminiscencias

La *reminiscencia* es el acto íntimo deliberado o espontáneo (intrapersonal) o compartido (interpersonal) de recordar o relatar experiencias pasadas significativas que incluyen personas, lugares eventos y sentimientos. Una conducta que puede contribuir a

distintas consecuencias como: acentuar la identidad, encontrar significado, coherencia o relación entre las memorias y su asociación con el presente o manejar situaciones difíciles (Umpierre 2007).

Se define reminiscencias como el recuerdo de experiencias modificadas a través del tiempo por experiencias posteriores, de tal manera que lo expuesto verbalmente es una síntesis de múltiples experiencias que se ligaron en una nueva trama (Ferrero 1998).

En Umpierre (2007) se define la reminiscencia como el acto o hábito de pensar sobre, relatar eventos o el recuento de experiencias pasadas, especialmente las más significativas de la vida personal.

La historia de vida constituye un eje importante para la constitución de la identidad, es decir, es lo que permite que esta se sostenga a través del tiempo. Cuando alguien cuenta su autobiografía es difícil distinguir si lo que relata es “real” o imaginado, pero es muy importante saber que el relato de una experiencia siempre es construido. En la vejez contar *los viejos tiempos*, es lo que Robert Butler (1963) denominó como *life review*, que se tradujo al término de *revisión de vida*. El revivir el pasado, experiencia o conflicto, permite que este sea revisado y reintegrado (Salvarezza 1998).

Es un proceso activo, toda historia de vida como relato es una reconstrucción, que en principio sirve para mantener el *self* (*si mismo*) y que refuerza la autoestima. Lo cual sostiene la Identidad en el transcurso de la vida. Relatar la propia historia tiene distintos objetivos según las necesidades individuales, pero es fundamental no solo en el caso de los viejos, pero especialmente en ellos, escuchar con genuino interés y empatía (Salvarezza, 1998).

La revisión de vida y la reminiscencia, fenómeno que es parte de aquel proceso, se refieren a la evocación del pasado y dan lugar a recordar, permitiendo reevaluar temas o problemas no resueltos, en los que aparecen emociones perturbadoras o tumultuosas, que ayudan a reorganizar el sujeto. Esto induce a un sentimiento de serenidad, de bienestar y orgullo que provoca un efecto de adaptación, Butler lo considera altamente positivo porque permite la integridad y síntesis del ego. De este modo se lograría otorgar sentido y coherencia a la propia vida. Contar la historia a distancia en el tiempo permite al sujeto resignificarla, y tiene un valor terapéutico *per se* (Muchnik 2006).

Las construcciones a través de los recuerdos reminiscentes, para quienes transitan la vejez, promueven a recuperar la singularidad e historicidad como hilo conductor de la vida, que a veces en esos momentos se encuentra amenazada. Los recuerdos y reminiscencias de valoración positiva, narcisizantes permiten identificar un pasado a veces idealizado y otras denigrado, con una dimensión diferente (Ferrero 1998).

Butler describe el concepto de reminiscencia, como un proceso natural, intrínseco, mental, universal y evolutivo, y como una conducta espontánea y típica de las personas a medida que se van aproximando a la vejez. Es en la vejez donde la necesidad de narrar la propia historia se hace más intensa y así mismo es una forma de acción sobre el pasado, regulando a través de la memoria, una forma de afirmación sobre el presente. Se convierte así en una forma de construir y completar historias de vida familiares o personales (Salvarezza, 1998).

La revisión de vida y la reminiscencia, son términos similares que muchos autores los toman como sinónimos y otros los diferencian. Umpierre (2007) citando a Merriam, propone el concepto de reminiscencia sencilla que es menos evaluativo que la revisión de vida.

Umpierre (2007) establece la *reminiscencia informativa* que es recordar por el placer de revivir y contar el pasado, *evaluativa* que es equivalente a revisión de vida, y *obsesiva* en función de culpa, estrés y duelo.

6.2.1 -Trabajo con reminiscencias

El trabajo con reminiscencias puede ser un proceso ordenado de reflexión sobre los acontecimientos vitales de la persona con demencia. Utilizándose materiales como fotografías personales, música o sonidos familiares, comida y objetos que formen parte de su infancia o juventud. Algunos estudios afirman que mejoran la comunicación y autoestima de los pacientes, y que incluso ayuda a los profesionales a entender mejor la vida de las personas con deterioro cognitivo además de generar relaciones más cercanas con ellos. No hay mucha evidencia de que el trabajo con reminiscencias logra una mejora cognitiva pero si se puede asegurar que se obtienen resultados satisfactorios en el bienestar, interacción social, autocuidado, motivación y conducta de los pacientes. Una de las

ventajas es su gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades del individuo lo cual es muy beneficioso para personas con deterioro cognitivo grave (Yanguas, 2007).

La reminiscencia tiene durante el envejecimiento un proceso adaptativo, tanto en las condiciones internas como externas, y proporciona una protección contra la ansiedad y la depresión. El recuerdo del pasado, el recordar las experiencias anteriores de la vida permite además el mantenimiento de la autoestima frente a la disminución de la capacidad física e intelectual. Durante la vejez los hechos del pasado tienen una mayor carga emocional que los hechos del presente. La reminiscencia grupal promueve la socialización, el esparcimiento y el autoconocimiento (Krassoievitch, 1998).

Los beneficios terapéuticos de la terapia de revisión de vida son los siguientes: contribuye a resolver problemas residuales que han afectado a la persona de edad mayor por tiempo prolongado, incrementa la tolerancia al conflicto, alivia la culpa y los miedos, acentúa la creatividad, generosidad y aceptación del presente (Umpierre, 2006).

En la demencia, la terapia de reminiscencias es una técnica de tratamiento psicológico específico cuyo objetivo esencial es el de mejorar la memoria de evocación y la comunicación entre distintos pacientes y entre estos y el personal. Esta terapia utiliza elementos de la vida pasada y recuerdos sobre eventos relevantes de los pacientes, que son evocados en grupos reducidos. A través de estímulos de carácter visual como fotos, en un ambiente amistoso y relajado que ayuda a los pacientes a comunicar algunas de sus experiencias de la vida.

Mediante esta técnica se pone en práctica todo un proceso de interacción grupal, utilizando la comunicación verbal y no verbal, además de estimular habilidades mnésicas del paciente (Fernandez-Ballesteros, 2007).

La terapia de reminiscencias incluye la discusión de experiencias del pasado de forma individual o grupal, puede ser con la ayuda de fotos, música, objetos, grabaciones u otras pertenencias del pasado. En esta terapia, no hay muchos estudios de calidad sobre el alcance de su efectividad, aun así puede resultar beneficioso tanto para la reestructuración cognitiva, como para el humor (Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005).

La actividad del terapeuta propuesta por Rogers describe tres actitudes relacionadas a la empatía:

-Aceptación del paciente como alguien valioso.

-Actitud abierta y honesta hacia los propios sentimientos, incluyendo los que el paciente despierta en el terapeuta

-Comprensión lo más precisa y completa de la situación, de los problemas y sentimientos del paciente (Krassoievitch, 1998)

Para complementar el trabajo con reminiscencias, se incluye también el uso de la *remotivación*, en donde se trabaja con temas actuales y ayuda a relacionarse con otras personas. Se trata sobre algún tema planeado y dirigido pero que no provoque angustias, pudiéndose usar el apoyo de diarios y revistas (Krassoievitch,1998).

Un mecanismo de protección en pacientes con demencia sería el retraimiento, alejándose de los estímulos que producen angustia, retirándose del mundo circundante y de los demás. Otro mecanismo muy eficaz sería la negación del defecto, en este caso mental. Dos características de estos pacientes son: no poder discriminar la información almacenada en relación a la situación actual; y la otra no poder discriminar los estímulos, así es como estímulos ambientales insignificantes atraen la atención y los significativos parecen carecer valor. De ahí que el individuo parece estar distraído y no prestar atención (Krassoievitch,1998).

El trabajo en grupo permite encontrar aceptación, confianza, y aumenta la autoestima, fomentando el interés y compromiso emocional en las relaciones interpersonales (Krassoievitch,1998).

6.2.2- Trabajo con reminiscencias en pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Cuando se trabaja con las reminiscencias en pacientes con Alzheimer, se debe tener en cuenta que la EA es crónica, discapacitante y progresiva, y además incurable. La intervención debe apuntar entonces a mantener o mejorar la calidad de vida del individuo

enfermo. Cuando se habla de la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS), se debe tener en cuenta que es un concepto y que no es directamente observable. Entonces la descripción de la CVRS partirá de la evaluación y percepción del propio individuo, según el impacto que la enfermedad y sus consecuencias han supuesto en la vida de la persona. La valoración de la CVRS es subjetiva, individual, multidimensional, autocontrolada y variable en el tiempo. Se debe tener en cuenta que el *bienestar* no requiere de un estado cognitivo intacto (Yanguas, 2007).

La depresión es un determinante común de la CVRS. Los estados depresivos y ansiosos son frecuentes al comienzo de la enfermedad. Es por ello que en un estadio inicial-moderado de Alzheimer es necesario buscar la relajación del anciano, mientras que en un estadio moderado-grave es muy importante el abordaje afectivo (Yanguas, 2007)

Se pretende no rotular a los dementes en la enfermedad, sino entenderla dentro de una historia de vida. El trabajo de revisión de la vida es una técnica muy común utilizada en psicoterapia gestáltica (Krassoievitch, 1998). Aunque según Salvarezza (1998), esta técnica se puede utilizar desde diversos marcos teóricos.

6.2.3- Trabajo grupal con reminiscencias

La reminiscencia o revisión de vida social interpersonal se manifiesta de forma oral en diadas o grupos con quien se comparte la identidad percibida. Se trata de un acto de comunicación en que el que recuerda revela su interpretación de lo sucedido. Desempeña una función de revelación y un recurso de apoyo social y/o esfuerzo por validar la visión del pasado. El que escucha puede ser receptivo, confirmando o redirigiendo la interpretación de los eventos pasados, buscando significado adicional o legitimando el episodio al escuchar (Umpierre, 2007).

7-Psicoterapia en adultos mayores

La psicoterapia con personas de edad mayor se practica en distintos niveles como autoayuda, consejería, terapia individual, terapia grupal, o familiar, intervenciones

comunitarias y formulación de política pública. La aplicación requiere una intervención planificada con la intención de tener un efecto de naturaleza preventiva, curativa o paliativa. La intervención puede ser a corto o largo plazo y el contenido puede ser introspectivo o reconstructivo. Los propósitos de intervención pretenden: minimizar los efectos del daño y maximizar el potencial del desarrollo humano; que la persona comprenda lo que está sucediendo, mejorar las relaciones problemáticas o alteraciones de la conducta para que le permita llevar una vida más libre de malestar o discordia y restituir así la propia autoestima (Umpierre, 2006).

7.1-Destrezas profesionales:

En primer lugar empatía, desarrollo de un proceso complejo en el cual las personas entiendan los pensamientos, sentimientos y conducta problemática de otros desde el punto de vista de la persona problematizada por medio de canales verbales y no verbales. La relación terapéutica requiere afecto y respeto, transparencia y aceptar sin enjuiciar.

La práctica de la geropsicología como profesión (APA, 1991) se fundamenta en los siguientes principios: competencia, integridad, responsabilidad científica y profesional, respeto por los derechos y la dignidad de las personas, ocupación por el bienestar de otros, responsabilidad social (Umpierre 2006).

7.2-Terapias en grupo:

Los grupos tienen una particularidad para las personas de mayor edad por la marginalidad y el aislamiento que confrontan con frecuencia.

Los propósitos para reunir a personas de edad mayor comprenden: vida social, educación y aprendizaje, desarrollo personal, cambios de conducta o de actitud, revisión de vida, atención a las emociones y solucionar problemas. En ocasiones, ciertos factores claves para el cambio favorable suelen ser: las relaciones que se establecen en el grupo, compartir experiencias, el apoyo y altruismo (Umpierre, 2006).

Metodología

-Tipo de estudio: Descriptivo

-Participantes:

-Se tomaron como participantes de este estudio a dos mujeres ancianas, mayores de 75 años e institucionalizadas. Ambas padecían Demencia tipo Alzheimer atravesando un estadio moderado-avanzado de la enfermedad. Las mismas han sido seleccionadas porque padecían Alzheimer, porque asistieron al “ Taller de Reminiscencias” de forma más o menos regular, porque fue posible entrevistarlas, porque se realizaron además tareas de acompañamiento y porque se tuvo libre acceso a sus historias clínicas y sociales para su revisión.

-Instrumentos:

-Observación participante: del funcionamiento grupal como un todo, de cada individuo dentro del grupo, y de las dos ancianas con EA fuera del grupo.

-Entrevistas: Dirigidas a los residentes de la institución geriátrica que participaron de las reuniones. Por otro lado, se realizaron entrevistas a profesionales para comprender el rol del profesional en el trabajo con adultos mayores que padecen Alzheimer.

-Revisión de Historias Clínicas y Sociales: Para tener una aproximación a las historias individuales, y así obtener herramientas para coordinar las reuniones, teniendo conocimiento previo de los posibles participantes del taller.

-Procedimientos:

- Se organizó por la pasante un “Taller de Reminiscencias” en un geriátrico, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo se trataba de reuniones grupales que se realizaron 1 vez por semana durante 3 meses, en las cuales se trabajó con recuerdos, reminiscencias y remotivación. Las reuniones fueron abiertas a todos los residentes del

geriátrico, y heterogéneas respecto a las edades, patologías y sexo de los concurrentes. Todos los pacientes que asistieron eran mayores de 75 años, que en su mayoría eran mujeres con diversas patologías neurológicas, y que principalmente padecían la Enfermedad de Alzheimer. La asistencia al taller era voluntaria y abierta a todos los residentes del geriátrico, lo cual hizo que los participantes fueran rotando no siendo siempre los mismos concurrentes.

- Hubo un total de 12 reuniones, cada una duró una hora y media. La modalidad del taller fue pautaada por las necesidades de la institución, realizando tareas de acompañamiento e incluyendo a todo aquel que lo desee. Partiendo del objetivo institucional, se decidió armar reuniones abiertas e inclusivas, trabajando con los recuerdos que aún permanecían en las personas y a su vez trabajar con temas de la actualidad que faciliten la interacción entre los miembros del grupo, buscando integración y acompañamiento a partir de historias en común. Si bien el objetivo era trabajar con recuerdos reminiscentes, dadas las patologías y la búsqueda de interacción entre los integrantes, se trabajó tanto con reminiscencias, como recuerdos recientes, anécdotas y remotivación.

-Se revisaron las historias clínicas y sociales de los participantes del taller de reminiscencias y de las ancianas seleccionadas para el desarrollo de la tesina.

-Las entrevistas individuales fueron dirigidas a los posibles participantes del taller de reminiscencias, las cuales se utilizaron para obtener información previa de los posibles participantes, y a su vez informarles a estos en qué consistía el taller. Las dos mujeres seleccionadas tienen un mayor número de entrevistas ya que con ellas se trabajó dentro y fuera del grupo. Como coordinadora y como acompañante. En estos casos entonces, se trabajó con reminiscencias tanto en la modalidad grupal como individual. El trabajo individual permitió trabajar más profundamente sobre los recuerdos reminiscentes, dado que en el trabajo grupal y dadas las patologías, solo se logró por momentos focalizar y mantener la atención de los participantes. El total de entrevistas individuales fue de diez.

-Se realizaron tareas de acompañamientos durante todo la pasantía

-Toda la información obtenida fue recopilada para su estudio.

Desarrollo

- Descripción del trabajo con reminiscencias en adultos mayores con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer.

Se definió un rol específico y necesario dentro de la institución, dentro de las posibilidades y límites impuestos por el geriátrico, y de esta manera surgió el estudio a realizar.

Se pensó entonces en realizar alguna tarea grupal, ya que según Krassoievitch (1998), el trabajo en grupo permite encontrar aceptación, confianza, y aumenta la autoestima, fomentando el interés y compromiso emocional en las relaciones interpersonales. Luego de definir que se realizaría un taller grupal, se eligió el trabajo con reminiscencias teniendo en cuenta que esta forma parte de la revisión de vida, pero es un proceso más sencillo (Umpierre, 2007).

Se creó un “Taller de Reminiscencias”, donde el trabajo es grupal a partir de los recuerdos reminiscentes, y donde se trató de que los participantes recuerden o relaten experiencias pasadas significativas que incluyesen eventos, personas, sentimientos y lugares, a través del uso de fotografías, música y recetas de cocina. El relato de cada participante fue libre y sin condicionamientos, y pudo ser real o imaginario, teniéndose en cuenta que de todas formas siempre los relatos de experiencias son una construcción (Salvarezza, 1998).

También se trabajó de forma individual con las participantes del estudio, ya que el trabajo con reminiscencias tiene un valor terapéutico en sí mismo más allá del trabajo grupal (Muchnik, 2006).

Uno de los objetivos primordiales del trabajo con reminiscencias en el taller, fue el de fomentar la interacción social, para poder superar el aislamiento, que por los diversos

problemas propios o no de la vejez, gran parte de los gerontes se encontraban permanentemente solos sentados en una silla.

El Taller, fue abierto a todos los pacientes del geriátrico. Con la asistencia de adultos mayores con o sin patologías graves, realizado 1 vez por semana durante tres meses. Los participantes fueron rotativos, ya que dependía de la voluntad de cada uno para participar en el mismo. Para la creación del taller se tuvo en cuenta la necesidad de fomentar el apoyo social así como también la actividad social, ya que en la vejez la pérdida y el aislamiento son comunes, teniendo un efecto negativo en las emociones de los gerontes y pudiendo llevar a la depresión en la tercera edad.

Se debió tener en cuenta que la mayoría de los viejos tenían diversas limitaciones para acceder al taller, más allá del deseo y la voluntad, como por ejemplo, el uso de silla de ruedas, disminución auditiva, y otras sintomatologías resultantes de las diversas patologías.

La mayoría de los asistentes al grupo padecían demencia pero dado que la enfermedad de Alzheimer en el primer estadio es difícil de detectar, que muchos de los participantes estaban becados, sin historias clínicas ni sociales (extraviadas o incompletas) por venir de otra institución en quiebra y por no tener familiares, no se sabía ciencia cierta qué tipo de demencia padecían y si definitivamente padecían demencia. Al menos esto es lo que se le informó a la pasante.

Por eso para este estudio solo se tomaron dos casos, de dos ancianas mayores de 75 años con una Enfermedad de Alzheimer diagnosticada, atravesando un estadio similar de la enfermedad: moderado-avanzado (según historia clínica). Con ellas se trabajó en 12 reuniones grupales, con entrevistas individuales informales, como parte de las tareas de acompañamiento.

Para proteger su identidad, de aquí en más se llamaran D y O. Ambas asistieron todas las reuniones del taller. Dado el estadio de la enfermedad, tenían dificultades cognitivas, auditivas y de movilidad. No tenían un claro registro espacial en un primer momento, sabían que estaban en un geriátrico, sin embargo en ambos casos no podían saber con claridad si se encontraban arriba, abajo, cerca o lejos de la habitación. Al estar en sillas

de ruedas eran trasladadas al centro de reunión, siendo este en el jardín si es que había buen clima.

Para el trabajo con reminiscencias en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer se debió tener en cuenta las limitaciones propias de la enfermedad ya que esta es crónica, discapacitante y progresiva, y además incurable (según el enfoque Monocausal de Demencia), entonces se pretendió trabajar desde lo saludable en las personas y no desde la enfermedad, a través de los recuerdos presentes en cada uno y con las emociones que acompañan a estos recuerdos.

La tarea, tanto como la observación y descripción, se realizó tomando como eje central al Modelo Multidimensional de la Demencia (Umpierre, 2006), siendo la demencia para este modelo, una compleja construcción histórica donde interviene lo somático, lo cognitivo, lo psicoafectivo, lo socio/cultural y lo psicosocial. Este modelo amplía el foco y permite trabajar desde lo saludable, siguiendo la línea de que la demencia no es incurable sino que aún no se ha encontrado la cura (Berriel & Perez Fernandez, 2007)

Según Berriel & Perez Fernandez (2007) el Paradigma Monocausal Neurológico de Demencia, que suele ser el más utilizado, es condenatorio de progresividad e irreversibilidad, con lo cual el foco de la enfermedad es muy pequeño y no permite observar mejora aunque esto suceda en otros planos de la vida.

La descripción y posterior análisis del trabajo con reminiscencias no solo tendrá en cuenta los resultados obtenidos en relación a lo cognitivo, si no que se tendrán en cuenta todos los factores que incumben al ser humano.

Se ha trabajado intensamente con la revisión de vida tanto de forma grupal como individual. Esta se asocia con los procesos cognitivos que conllevan la búsqueda de memorias, la reconstrucción de recuerdos, la revisión de temas y creencias buscando un significado personal, es un descubrir y reconstruir las propias historias (Salvarezza, 1998). La reminiscencia es un acto de este proceso, es la unidad mínima de la revisión de vida que se produce al relatar una de las tantas historias o recuerdos. Entonces en cada momento que hubo de contacto con las participantes de este estudio, hubo un trabajo con

reminiscencias ya que cada situación fue disparadora de algún recuerdo de vida, y es por eso que se describirán diversas situaciones y momentos de trabajo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado y el enfoque elegido para estudiar la demencia, todas las situaciones actuales y pasadas, sensaciones y emociones, relaciones interpersonales con los pares y la familia, la relación con la institución y con la pasante, el ambiente, el ánimo y otros factores, serán descriptos y tenidos en cuenta como centrales para este estudio.

En todas las reuniones realizadas para complementar el trabajo con reminiscencias, se incluyó también el uso de la *remotivación*, en donde se trabajó con temas actuales y ayudó a relacionarse con otras personas (Krassoievitch,1998). La remotivación consistió en tratar algún tema planeado y dirigido pero que no provocase angustias, usando el apoyo de diarios, noticias y revistas.

Se acompañó a los gerontes, quienes se encontraban solos y muchas veces angustiados. Se generaron vínculos de afecto a partir del trabajo con reminiscencias. Trascendiendo el taller, las charlas, y las entrevistas individuales, el acompañamiento individual fue estar presente generando un vínculo afectivo a través del lenguaje, de la compañía y de lo expresivo.

El trabajo con reminiscencias es un proceso ordenado de reflexión sobre los acontecimientos vitales de la persona con demencia. Mejora la comunicación y autoestima de los pacientes, e incluso ayuda a los profesionales a entender mejor la vida de las personas con deterioro cognitivo, generando relaciones más cercanas con ellos (Yanguas 2007).

Descripción de las reuniones grupales. Se describirá al grupo en su conjunto

Primera reunión: Fue realizada al aire libre, en el parque del geriátrico, lugar poco frecuentado por los viejos con movilidad reducida, ya que necesitaban de un familiar o voluntario que los lleve.

En este primer encuentro se trató de explicar en qué consistirían las reuniones, el hecho de reunirse al aire libre fue motivante en sí mismo. Se encontraban desorientados sin comprender donde estaban, ni la reunión en sí misma. Se presentaron entre sí, contando nombre apellido y edad. Se observó dificultad para recordar la edad, y el año de nacimiento. Al chequear las edades con la fecha de nacimiento, no coincidieron; por eso se preguntó en que año estábamos, y no supieron responder, o respondieron erradamente. Se trató en la primera reunión que se conozcan entre sí, contar de qué se trataba el taller, y conocer un poco de la historia de los participantes.

Segunda, tercer y cuarta reunión: Se observó un aumento de los participantes del taller, una mayor percepción del contexto, mayor motivación y velocidad de respuesta. Se trataron temas como casamiento, lugar de nacimiento y familia. Los recuerdos pasados y trascendentes permanecieron vívidos, fueron contados con entusiasmo, sin lagunas ni titubeos. De un reunión a la otra las historias se repitieron como si no hubiesen sido contadas en la reunión anterior, quienes no padecían Alzheimer pero si otras patologías que afectaren la memoria, tampoco notaron la repetición.

Quinta, sexta y séptima reunión: Se generó el hábito de asistencia al taller y al ver a la pasante muchos gerontes repetían “*llévame con vos*”; “*quiero ir*”; dato importante ya que al principio no sabían o entendían a dónde estaban o hacia donde iban. Aun así al preguntar “*a dónde quiere ir*”, se generó dificultad para responder, repitiendo nuevamente “*llévame*” y en algunas ocasiones “*afuera*”. Se trabajó con fotos, recordando casamiento, hijos y viajes. Así como también noticias actuales, y se observó si había una noción de quien era por ejemplo el actual presidente, siendo negativa la respuesta.

Últimas reuniones: El clima fue cambiando y ya no daba el sol al aire libre. Que las reuniones se hiciesen al aire libre fue la motivación de muchos. Al ir acercándose el invierno, las reuniones se volvieron más pequeñas, espaciadas, e inconstantes. Usamos como lugar de encuentro el bar. Una mujer que asistía al taller, falleció. En el grupo no se habló de eso porque según las reglas del geriátrico, de eso no se hablaba a no ser necesario. Tampoco nadie preguntó por ella, al menos no en presencia del grupo. Por otro lado, se pudo observar que la inasistencia de los individuos al taller, no solo se daba por sus deseos o voluntad, sino por factores varios como desgano, cansancio o depresión, delirios,

enfermedades varias, enfermedades asociadas a una patología preexistente, recaídas, turnos con médicos así como también dificultades de movilidad, de audición o de visión (como no tener los audífonos o no encontrar los anteojos), falta de personal en el geriátrico disponible para la movilización de los individuos, actividades propuestas por la institución al horario de reunión, festividades religiosas, visitas y o pérdidas inesperadas de familiares, preocupaciones por la alimentación, problemas de convivencia con otros residentes etc. Infinita cantidad de factores presentes y esperables en la vejez, como ser que el viejo es más propenso a sufrir patologías y accidentes, y aún más ante la presencia de enfermedades crónicas, irreversibles, y progresivas como la Enfermedad de Alzheimer. Por la confianza que se generó con la pasante, muchas veces se convirtió en un espacio de reclamo (con lo que no estaban conformes con la institución) y por momentos se convirtió en una dificultad tratar los recuerdos reminiscentes. Sin embargo apoyados en la música y las recetas de cocina, se ha logrado generar un espacio de anécdotas, historias e intercambio de experiencias. La historia de uno era disparador de la historia de otro.

Descripción del trabajo individual

Luego de cada reunión, se continuó el trabajo con reminiscencias de forma individual con las participantes de este estudio. Pudiendo hacer una observación más profunda respecto al trabajo con reminiscencias en Enfermos con demencia tipo Alzheimer. Apoyadas en las historias sociales, las charlas individuales incluyeron preguntas respecto a su vida pasada, su presente y su futuro. Para conocer la historia de cada una, sus deseos, pensamientos y proyectos. Las reuniones individuales tuvieron relación con lo trabajado de forma grupal, y se profundizarán sobre los resultados obtenidos en estas, en el siguiente objetivo.

-Análisis de los cambios en el funcionamiento de la memoria a partir del trabajo con reminiscencias.

La característica principal de la demencia es la pérdida de la memoria remota y reciente, así como también la pérdida del juicio (Beer, 2001). Se analizarán entonces los cambios de forma global, ya que los resultados surgen tanto del trabajo realizado en grupo como de las tareas particulares, pero la información será organizada para su estudio describiendo el trabajo grupal por un lado y el individual por el otro.

La Primeras Reuniones grupales: Una vez en el parque, se realizó una presentación diciendo el nombre, la edad y donde habían nacido.

Ninguna de las dos pudo decir su verdadera edad, aunque si sabían bien el año de su nacimiento y no pudieron decir con certeza en que año estaban, aunque pudieron re calcular su edad con exactitud. En el caso de O al día siguiente respondió su edad correctamente, y D comentó que ya era tan grande que ni se acordaba. En cuanto al lugar de nacimiento, las dos participantes del estudio, y todos los presentes en el taller, quisieron contar no solo el lugar, si no toda la historia de vida de la infancia. Con claridad total, pudieron contar el lugar, el barrio, describir la casa y la cantidad de hermanos. Sobre todo quienes vinieron de Polonia, demostrando el desarraigo de su tierra natal. Cada palabra daba lugar a otra historia y la necesidad de contar la propia. Las repeticiones de historias de vida se sostuvieron a lo largo del tiempo.

El pasado se presentifica en las repeticiones para sostener la identidad del individuo, ya que con el deterioro cognitivo, no se puede proyectar el futuro (Berriel & Perez Fernandez, 2007).

Cuarta, quinta y sexta reunión: Los participantes fueron rotando. O y D participaron hasta aquí de casi todas las reuniones. En ambos casos, hubo cambios anímicos por dolores o falta de deseo para participar de las reuniones, en dos ocasiones distintas. En el caso de O hubo un registro de toda la situación, pudo anticipar que es lo que iba a suceder al ver a la pasante. Quizás no podía poner palabras a los hechos, pero en todas las reuniones se mostraba activa y con fluidez en el habla. Con deseos de hablar permanentemente y contar su historia, sin embargo por momentos perdía el hilo de la conversación y no podía recordar

lo que estaba diciendo. Por momentos veía cosas que no eran, quizás por la disminución de la visión o quizás delirio, sin embargo, su pensamiento se mostraba coherente. En una ocasión preguntó: “*¿Qué es eso que hay ahí...una vaca o una jirafa?*” La pasante respondió: “*¿Te parece O que en geriátrico puede haber una vaca o una jirafa? Son juegos para chicos!*” y O dijo: “*Y a vos te parece que en un geriátrico pueda haber juegos para chicos!?*”

Los delirios, y la pérdida del juicio son lo que hacen que la demencia se diferencie de una disminución o enlentecimiento de la memoria propia de la vejez (Beers, 2001).

En el caso de D a veces se encontraba más quejosa, el contraste resultaba interesante, por un lado estaba muy conectada con el aquí y ahora, con la situación y con los temas planteados, activa y decidida, sin embargo al día siguiente casi siempre era un recomenzar ya que a veces no recordaba nada lo hecho el día anterior, menos la semana anterior, sin embargo recordaba a la pasante con cierta claridad, entendía y describía las cosas con bastante precisión, sabía los horarios de otras actividades que realizaba, pero no podía recordar lo realizado. Por momentos en la fluidez del habla se le olvidaban los nombres de algunas cosas pero rápidamente podía retroceder para redefinir y sustituir las palabras.

O presentaba lagunas en la charla, contando una historia, podía quedar un espacio de silencio, y a los 3 minutos decir que no sabía lo que estaba diciendo. Con una ayuda podía retomar la historia, que siempre empezaba con un tema y terminaba con otro.

En ambos casos solía suceder que se distraían con facilidad aun en momentos que la charla era más profunda.

Un mecanismo de protección en pacientes con demencia sería el retraimiento, alejándose de los estímulos que producen angustia, retirándose del mundo que los y de los demás. Otro mecanismo muy eficaz sería la negación del problema mental. Dos características de los enfermos de Alzheimer son: no poder discriminar la información almacenada en relación a la situación actual; y la otra no poder discriminar los estímulos, así es como estímulos ambientales insignificantes atraen la atención y los significativos

parecen carecer valor. Explicándose así que el enfermo parezca estar más distraído y no preste atención (Krassoievitch, 1998).

El trabajo realizado en el taller, tomó las herramientas de la terapia de reminiscencias en el trabajo con demencias. Siendo esta una técnica de tratamiento psicológico cuyo objetivo esencial es mejorar la memoria de evocación y la comunicación entre distintos pacientes, y entre estos y el personal de la institución (Fernandez-Ballesteros, 2007). Esta terapia, tal como se trabajó en el taller, utiliza elementos del pasado y recuerdos sobre eventos relevantes de los pacientes, que son evocados en grupos reducidos. Utilizando estímulos de carácter visual como fotos, en un ambiente amistoso y relajado que ayuda a los pacientes a comunicar algunas de sus experiencias de la vida.

Últimas seis reuniones: Como resultado de las reuniones anteriores, se propuso trabajar con recetas de comida. Las participantes de este estudio y los participantes del taller, trajeron de forma recurrente las comidas típicas de judías, también recetas que les cocinaron a sus hijos o maridos, o que sus madres les cocinaron en la infancia. Resultó interesante el intercambio de recetas, como contaron los “toques extras” o los secretos para que cual o tal comida salga mejor. Ambas participantes recordaron al menos 8 comidas típicas, con cada uno de sus ingredientes, con el orden y los procedimientos a seguir. O no solo recordó, sino que insistió a la pasante en que debería hacer tal comida, y días subsiguientes recordó preguntar a la pasante si se la había realizado a su marido.

Se pudo observar que los recuerdos más significativos de la infancia, así como también algunas anécdotas de la adultez, aparecían casi intactas, sienten estas real o fantasía, las historias siempre eran las mismas, los hechos tenían coherencia y correlatividad en el tiempo.

Se generaban ciertas lagunas en los diálogos, que lograban ser completados de alguna forma, o este se disparaba hacia otra dirección. Rara vez ocurrió un corte abrupto o definitivo en la charla, por no saber o entender que se estaba diciendo.

Fue evidente que los recuerdos más antiguos permanecían no solo intactos, frescos, sino que eran comunicados con fluidez. Mientras que los recuerdos y hechos más recientes, eran recordados más vagamente, si es que eran recordados. Se vio que había más dificultad hasta para encontrar la palabras para poder contar lo vivido u observado en por ejemplo días anteriores.

Se pudo inferir que quizás tenían recuerdos de sensaciones y situaciones vividas, que quizás les permitía situarse en tiempo y espacio, al poder de alguna manera completar la historia de vida a partir de estos. Más allá de las dificultades para poder expresar su pensamiento, o de poder traducir las sensaciones en palabras.

En los momentos compartidos entre la pasante y las participantes fuera del taller se pudo observar que:

-La pasante podía no ser reconocida todos los días, pero tampoco era una extraña, ya que al cabo de un rato. Podían aparecer frases como: “Te sigo contando”, “Ahora me acuerdo, vos trabajas con Laura”, “Hiciste la receta que te pase el otro día”, o simplemente mantener una charla cómoda y fluida.

-Por otro lado se vio que respondían al saludo o quizás lo anticipaban, mientras que al principio miraban con extrañez sin saber quién era el otro que pasaba y saludaba.

-Las tareas de acompañamiento consistían en charlas de recuerdos reminiscentes, en el caso de O por voluntad propia y necesidad de contar, aportó fotos de su casamiento, de su marido que ya había muerto, emocionada reviviendo momentos de su historia. Con un orden cronológico muy bueno. Al día siguiente buscó y se encargó de traer más fotos. Una semana después contó que la vino a visitar su marido, pero que eso le resultaba imposible porque ella misma lo había enterrado y se acordaba que estaba “*bien muerto*”. Se vió un cambio progresivo en la memoria, al recordar, organizar y contar sus recuerdos, visible a través de la fluidez en el habla, de la disminución de pausas, del replanteo de recuerdos que no cerraban, y del hilo conductor mantenido un día tras otro, mientras que en el origen no había una ilación entre el día anterior y los subsiguientes.

Para este estudio se tomaron diversos planos, sin centralizarse solo en lo somático ya que permitió abrir otras líneas de análisis, y no evaluar la evolución y mejora de los participantes solo en términos de mejora cognitiva, sino en todos los resultados se obtuvieron a partir de la evocación de los recuerdos placenteros presentes.

No se puede asegurar de que el trabajo con reminiscencias logra una mejora cognitiva, pero hay evidencias que indican que se obtienen resultados muy satisfactorios en el bienestar, interacción social, autocuidado, motivación y conducta de los pacientes. Siendo una de las ventajas su flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades del individuo lo cual es muy beneficioso para quienes padecen un deterioro cognitivo grave (Yanguas, 2007)

-Evaluación de los cambios que se produjeron en las relaciones interpersonales de los viejos con Demencia tipo Alzheimer al trabajar con los recuerdos reminiscentes.

Mediante la técnica de terapia con reminiscencias se pone en práctica todo un proceso de interacción grupal, utilizando la comunicación verbal y no verbal, estimulando habilidades mnésicas del paciente. En esta terapia, no hay muchos estudios de calidad sobre el alcance de su efectividad, aun así puede resultar beneficioso tanto para la reestructuración cognitiva, como para el humor (Fernandez-Ballesteros, 2007). Es por ello que se ha aplicado esta técnica para fomentar las relaciones interpersonales y así obtener los beneficios de las mismas.

La reminiscencia grupal promueve la socialización, el esparcimiento y el autoconocimiento (Krassoievitch, 1998). En este aspecto resulta interesante mencionar las primeras reuniones de grupo.

En *La segunda y tercera reunión*: Cada palabra fue conectora de una historia nueva, decir la zona donde habían nacido por ejemplo “*Mar del Plata*”, daba lugar a contar distintas historias relacionadas a esa ciudad: “*yo me casé en Mar del Plata*”, “*Una vez fui a Mar del Plata*”, lo que generaba seguir hablando respecto a vacaciones o viajes placenteros, y comenzar a dialogar de a pares.

Varias preguntas resultaron como disparadoras a otras preguntas que fueron surgiendo del propio grupo. Las coincidencias favorecieron los vínculos y fueron punto de partida hacia otros temas.

Antes del inicio del taller, no había diálogo entre los gerontes que estaban en un estado grave de salud. En el taller se observó la interrelación y en el caso de O el registro del otro, ya que pregunto en más de una ocasión por alguna de las “Señoras” que había asistido el día anterior.

Situaciones desatadas demostraron que a pesar de una confusión respecto al aquí y ahora, tanto espacial como temporal, los recuerdos del pasado se encontraban o parecían bastante nítidos. Cotejando las historias clínicas se encontraron coincidencias con lo narrado en el caso de las dos participantes de este estudio. En cuanto al resto de los integrantes del taller, no se pudieron cotejar las historias clínicas.

Con las dos participantes de este estudio, fueron más enriquecedoras y frecuentes las entrevistas individuales o juntas, que la participación grupal.

D y O eran sentadas por los enfermeros, habitualmente en la misma mesa, antes de los talleres solo se trataban como la “Sra. de enfrente”. No se hablaban, ni siquiera sabían sus nombres, según lo observado.

En un comienzo la pasante genero charlas con una y con otra por separado. Lo cual con el tiempo llevo al dialogo de tres. Y luego llevo al interés de una por la otra.

Se comenzaron a llamar por el nombre, aunque más de una vez tuvieron que recordárselo mutuamente. Más allá del nombre si hubo un registro de la otra persona. Si estaba presente o no, si estaba enferma, si la otra se sentía mal, se pudo observar que aprendieron a acompañarse y a tenerse en cuenta. Que quizás olvidaban la historia del otro por momentos pero aun así, el otro estaba presente y era recordado, de alguna manera como una persona conocida y amigable.

Hubo días en que alguna de las dos se encontraba como ausentes, sin embargo ambas podían entender y explicar por qué su compañera no las registraba, haciendo referencia a que se encontraban en esos días de locura, con esas u otras palabras pero

dando a entender que esos estados pasaban algunas veces, y que al otro día todo seguía igual.

Las charlas individuales fortalecieron el vínculo entre la pasante y las participantes de este estudio. Lo cual permitió darle continuidad a lo trabajado en grupo. Se pudieron observar con mayor claridad los cambios producidos en el plano afectivo, y observar los posibles cambios producidos en las relaciones interpersonales fuera del grupo.

Tanto D como O, no tenían mucho registro de las personas con las que se cruzaban sin embargo les resultaban familiares. En parte es posible que esto se dé porque antes de los talleres no hablaban con nadie, se encontraban sentadas todo el día sin emitir una palabra. D asistía a diversos talleres ofrecidos por el geriátrico, pero estos talleres no estaban orientados a la interrelación sino solo a realizar la actividad en sí. Lo cual reunía personas pero aun así estaban solas. O no asistía a otros talleres brindados por el geriátrico y solo reconocía a D con la que compartía la mesa, y a algunas enfermeras. Lo que se pudo observar es que aunque ellas no siempre reconocían los rostros, si había muchos viejos, compañeros del taller, que sí comenzaron a reconocerlas a ellas.

Se pudo observar que el tener vínculos entre sus compañeros las mantenía más alertas, despiertas, y contenidas, ya que por día varias personas las saludaban y les preguntaban cómo se encontraban, o demostraban su interés preguntando: “Señora como se siente hoy?”.

Las relaciones interpersonales favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante enfermedades, según Fernandez-Ballesteros (2007)

Sin embargo en la vejez hay una disminución de la interacción social, dada la disminución paulatina de actividades e interacciones sociales. Promover la interacción social, brinda un mayor bienestar y mejora la calidad de vida (Yanguas, 2007).

Esta disminución de la interacción social en las personas mayores se debe a la jubilación, la marcha de los hijos del hogar, la muerte del cónyuge o de seres queridos y la institucionalización (Fernandez-Ballesteros,2007). Y en los viejos dementes también las

limitaciones en el habla, la disminución cognitiva y en la movilidad, son otros factores que dificultan la interacción social.

La institucionalización suele generar rechazo y se rechaza todo lo que la institución contiene e integra, y siendo esta un grupo social en sí misma, podría servir para incrementar de las relaciones sociales sin embargo por lo explicado anteriormente, puede conducir a un mayor aislamiento y rechazar nuevos contactos sociales (Fernandez-Ballesteros,2007).

Se promovió entonces fomentar el *apoyo social* entre los pares siendo este un conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan bienestar físico y psicológico. También se intentó ampliar las *redes sociales*, ya que estas brindan apoyo y ayuda emocional. Por otro lado se buscó incrementar la *actividad social*, esta se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otra. El conjunto del apoyo social, redes sociales y actividad social es una fuente de bienestar psicológico y social del individuo, y al repercutir sobre la salud integral de las personas mayores, fue el eje central del trabajo con reminiscencias para la obtención de resultados positivos en cuanto a la búsqueda de la mejora de la situación global del individuo (Fernandez-Ballesteros,2007).

Se observó una reactivación de la vida social, así como también se observaron cambios de conducta y de actitud. Se establecieron relaciones dentro del grupo, siendo este un espacio donde pudieron compartir experiencias, brindándose apoyo mutuo, y que a través de la revisión de vida y de los recuerdos presentes, pudieron expresar sus emociones.

-Estudio de las modificaciones que se produjeron en el área afectiva de los ancianos al apelar a los recuerdos reminiscentes.

Las emociones intervienen en todos los aspectos de la vida, son la esencia de las relaciones sociales y están directamente relacionadas al bienestar o falta de él. Las otras personas ejercen una gran influencia en el modo de sentirse, de conducir la vida y de lograr metas (Umpierre, 2007).

En quienes se encontraron recientemente institucionalizados y asistían de manera más o menos frecuente al taller, se pudo observar una clara desmejora en su aspecto y facultades mentales. Pudiéndose observar desorientación, angustia, y tristeza. Pudiendo ser esto producto de una depresión por la institucionalización, ya que este cambio suele ser causante de un trastorno depresivo. Las reacciones suelen darse ante la pérdida de la individualidad e independencia, y también como signos y síntomas de la enfermedad posible que atravesaren los gerontes, aun no diagnosticada hasta ese momento por el establecimiento (Fernandez-Ballesteros,2007).

Al observarse el área afectiva se debe tener en cuenta que la *demencia, la depresión y el delirio*, son enfermedades psiquiátricas comunes en la vejez y suelen confundirse entre sí. Así como también que la depresión y el delirio pueden coexistir con la demencia y que en la vejez es frecuente la depresión (Beers, 2001).

La enfermedad de Alzheimer es causante de depresión pero también la existencia de depresión puede ser por: una enfermedad depresiva anterior a la vejez; por tener una recaída en la vejez, dado el aumento de enfermedades que presentan condiciones específicas que la causan como por ejemplo el cáncer, enfermedad cerebro vascular, diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias y como se mencionó anteriormente la Enfermedad de Alzheimer. La depresión puede ser causada también por los cambios cerebrales que la vejez produce en un cerebro añoso (Taragano & Lyketsos, 1998).

Dado esto es importante mencionar detalles que describan la situación previa al trabajo con reminiscencias. Como ser que algunos de los gerontes frecuentemente lloraban y gritaban, por estar atados a una silla para que no se golpeen y deambulen por el geriátrico, y así evitar accidentes.

Algunas reuniones no se pudieron llevar a cabo porque se convirtieron en suplicas hacia la pasante para estar mejor, comer mejor, y no estar atados. Demandas para recuperar sus pertenencias que desaparecían supuestamente de su mesita de luz, para recuperar su ropa, ya que se lavaba toda junta y las ropas se mezclaban y se extraviaban. Conocer a la pasante y encontrar un espacio de escucha, fue para algunos residentes un lugar de contención y un camino de dialogo entre ellos y el geriátrico.

No debe olvidarse que la calidad de vida es esencial en la vejez. Según Salvarezza (1999), cuando se llega a la vejez, el deterioro del funcionamiento mental es considerado como uno de los principales signos de senilidad, lo cual suele ser un acontecimiento muy temido entre los ancianos. Lo que más genera temor es la posibilidad de convertirse en una persona no válida y dependiente, y lo que incluso suele ser más estresante es no tener un ser querido que lo cuide.

Es por esto que se considera de fundamental importancia, ante una institucionalización y una Enfermedad de Alzheimer, incluir las intervenciones dirigidas al abordaje afectivo.

Los sentimientos y recuerdos de las personas con deterioro cognitivo deben ser respetados y validados incluso si son inconsistentes con la realidad. En definitiva, buscando la emoción subyacente a través de la *escucha activa* (Yanguas, 2007).

Se ha podido observar una falta de escucha de parte del geriátrico hacia los residentes, falta de contención en la adaptación hacia los recién institucionalizados, y se ha minimizado todo reclamo, diciendo que los viejos mienten como producto propio de los delirios de la vejez, sin intención de averiguar si se trataba de un delirio o no. Los sentimientos y recuerdos de las personas con deterioro cognitivo han sido respetados por la pasante y validados incluso si eran inconsistentes con la realidad.

Frente a esta situación fue muy difícil obtener resultados de las últimas reuniones, en las que se pretendía generar un espacio abierto con recuerdos placenteros, pero sin embargo la falta de escucha de parte de la entidad y la necesidad de ser escuchados, no solo a través del recuerdo, colocó a la pasante en un lugar disonante, ya que el pedido de los gerontes se contradecía con los del geriátrico y no se pudo continuar con el trabajo tal como estaba planteado.

Las reuniones se volvieron con el tiempo más cortas y con distintas personas asistiendo, del primer y tercer piso donde los residentes no estaban becados.

Dada esta situación, no se pueden aislar ni descontextualizar los resultados. En las primeras reuniones se pudo observar a las dos participantes del estudio comprometidas con

el grupo y con el taller al querer participar con frecuencia, con recuerdos placenteros y emotivos, cada vez más vividos y presentes. Aun fuera de las reuniones se las pudo observar más alertas y más conectadas con el entorno. Con demostraciones de afecto continuas hacia la pasante aun los días en que podían olvidar su rostro, ya que a diferencia de las primeras reuniones casi siempre se encontró una sonrisa en el saludo.

Se pudo ver con cierta claridad que el hablar sobre los recuerdos reminiscentes causó un enorme placer en ambas participantes, que por momentos recordaron historias y anécdotas, sonriendo y a veces con lágrimas de emoción, pero con tono alegre y con una gran motivación, a veces convirtiéndose en historias sin fin donde un tema conducía a otro y así sucesivamente.

La reminiscencia tiene durante el envejecimiento un proceso adaptativo, proporcionando una protección contra la ansiedad y la depresión. El recuerdo del pasado, el recordar las experiencias anteriores de la vida permite además mantener la autoestima frente a la disminución de la capacidad física e intelectual. Durante la vejez los hechos del pasado tienen una mayor carga emocional que los hechos del presente (Krassoievitch, 1998).

Con el tiempo el grupo se fue tornando en un espacio distinto donde los recuerdos reminiscentes se dejaban de lado, se trabajó de forma más individual con cada una de las participantes. En ambos casos se pudo observar en el transcurso de los meses una mayor expresividad, una mayor motivación y una mejor disposición. En el primer mes casi no hablaban ni se relacionaban con los demás, apenas interactuaban con el entorno, casi no sonreían, y estaban bastante perdidas en cuanto a lo temporo-espacial, en relación al último mes de la práctica profesional. Las últimas charlas fueron dinámicas, emotivas y muchas veces con un gran sentido del humor, logrando interactuar entre si ambas participantes observándose expresiones de afecto mutuo.

Conclusión

En la institución geriátrica se encontró un grupo de gerontes que más allá de las patologías que cada uno presentaba, tenía una historia estresante en cuanto una mudanza que no hacía tanto tiempo se había realizado. Muchos viejos habían vivido y convivido por muchos años en Burzaco, y no lograron adaptarse a este cambio entendido como mejor. Este cambio había resultado mejor en algunos sentidos, ya que *Burzaco* (como le decían) estaba muy deteriorado. Pero había *verde* como comentaron más de una vez los residentes, había pasto, había reuniones en el parque, y una vida en función del parque también, compartiendo tardes con compañeros, que en la mudanza no volvieron a ver. alguna razón por la que no se volvieron a encontrar fue por estar en pisos distintos, en otros lugares de la institución separados por posición económica, y por diversas patologías. Pero en esta situación de mudanza muchos se encontraron perdidos, en cualquier sentido que se tome la palabra. Una institución grande con varios pisos, y distintas divisiones, sin su ropa, sin sus cosas, y con todos los factores estresantes que desencadena una mudanza. Sumando disminución de la movilidad, y de la visión por las distintas patologías. El desarraigo de su último hogar y la mayoría de los gerontes no tenían familia (al menos en el piso donde se me asignaron las tareas). Esta situación fue mencionada varias veces por muchos de los residentes.

Partiendo de la situación en que se encontraban y este cambio que estaban atravesando, el trabajo con reminiscencias realizado en el geriátrico fue una tarea integra, compleja, que abarcó muchos aspectos tanto emocionales como sociales del sujeto. Una tarea imprescindible en la institución y en ese momento determinado, porque muchos de los viejos se encontraban en situación de desarraigo, con una tristeza, sentados todo el día, solos, sin interactuar con los demás, abandonados por sus familiares y sin familia viva. Pero también cuidados, limpios y bien atendidos, con talleres tanto de música, como cocina o gimnasia, pero ninguno trataba el tema afectivo, y el personal del geriátrico a veces escaso y desbordado, no daba abasto para atender otras necesidades. El taller de reminiscencias surgió como parte de tareas de acompañamiento, para poder generar vínculos entre ellos, y para que puedan compartir un momento de apoyo y contención. En dónde todos son escuchados, teniendo la posibilidad de contar la propia historia de vida. Las tareas de

acompañamiento fueron parte del taller y fuera del mismo, en todo momento que la pasante se encontró en el geriátrico.

Teniendo en cuenta el estadio moderado –avanzado de la Enfermedad de Alzheimer en que las participantes de este estudio estaban atravesando, se pudo observar que los recuerdos de la infancia y los hechos importantes de la vida permanecían casi intactos en su memoria. Ambas recordaban las fechas de nacimiento pero no así su edad, aunque pudieron calcularlas más de una vez. Los temas actuales hasta el número de año en el que estaban viviendo, podían ser solo recordados durante una charla, y pronto eran olvidados.

Resultó significativo el resultado del trabajo con reminiscencias, ya que los recuerdos de la juventud, la infancia y la familia fueron una fuente inagotable de charlas y anécdotas. Debe tenerse en cuenta que al inicio del estudio las participantes no se comunicaban entre si permanecían sentadas, solas y adormecidas, como si se encontrasen vaciadas de recuerdos. El dialogo entre la pasante y las participantes del estudio, no fué fluido desde el primer momento. Se atribuye esto a la falta de comunicación en el día a día con los demás compañeros, trabajadores, y profesionales de la institución geriátrica, y por ende la falta de agilidad en el dialogo.

En la Enfermedad de Alzheimer es esperable que los hechos del pasado sean recordados con más facilidad que los recientes. Pero el recordar es un ejercicio, y el trabajo con reminiscencias es una excelente técnica de tratamiento psicológico que permitió mejorar la memoria de evocación y la comunicación entre las participantes de este estudio, y entre estas y el resto de las personas de la institución.

El recordar las experiencias anteriores de la vida permite además mantener la autoestima frente a la disminución de la capacidad física e intelectual (Salvarezza, 1998). Si bien es muy difícil observar los cambios que se produjeron en este aspecto, se pudo obtener como resultado la observación de un mayor placer por la vida misma al incrementarse progresivamente la voluntad de hacer, de interactuar y de hablar.

Hasta el momento no se ha encontrado la cura de la Enfermedad de Alzheimer, ni siquiera alguna forma de detener la misma. Sin embargo resulta importante trabajar con lo que aún está sano en el individuo, es decir con los recuerdos que permanecen intactos o

presentes y no tomar al individuo como un enfermo que ya ha perdido completamente la memoria, y el resto de sus capacidades. De esta manera el viejo enfermo de Alzheimer puede encontrarse a sí mismo a través de sus recuerdos, y de su pasado para poder sostener su presente ya que de su presente no recuerda nada o casi nada, sintiéndose confundido y perdido en cuanto a su propia identidad, lo cual conduce al aislamiento y a la depresión (Berriel & Perez Fernandez ,2007). Observándose esta última característica, así como la soledad y el aislamiento, de manera frecuente en los ancianos con los que se ha mantenido contacto, residentes de la institución.

Las relaciones interpersonales son fundamentales para sostener las redes sociales que son importantes para contener y acompañar a los individuos de cualquier edad, pero sobre todo en la edad adulta cuando muchos amigos, familiares y conocidos de la vida ya no están, porque se encuentran lejos, por abandono o por fallecimiento (Umpierre, 2006). Si en la actualidad el anciano padeciente presenta confusión, si se le olvidan las palabras, si la enfermedad ya ha deteriorado la movilidad y la audición, inevitablemente se conducirá a un aislamiento que posiblemente desemboque en depresión. Pero si con un coordinador a través de un grupo reducido de personas con presencia de patologías similares o no, se pretende trabajar con los recuerdos reminiscentes, con la remotivación o con disparadores como fotos, notas, cartas, canciones, objetos etc; entonces el aislamiento desaparece (puede que no la sensación de soledad), la angustia disminuye y la contención aumenta.

Mediante el uso de las herramientas de la terapia con reminiscencias se ha puesto en práctica todo un proceso de interacción grupal, utilizándose comunicación verbal y no verbal. Por otro se ha estimulado el área cognitiva de los participantes. No hay muchos estudios de calidad sobre el alcance de la efectividad de la terapia con reminiscencias, pero se cree que en el caso de este estudio resulto beneficioso tanto para la reestructuración cognitiva, como para el humor (Woods, Spector, Jones , Orrell , & Davies, 2005). Promoviéndose la socialización y el esparcimiento.

Esto es lo que se pudo observar en los Talleres de Reminiscencias y se sugiere que se continúe con la investigación respecto a la importancia del trabajo con reminiscencias de modo que sean tan relevantes como otros que se han brindado en la institución geriátrica (terapia ocupacional, musicoterapia, danza terapia, cocina, gimnasia etc), ya que los

resultados obtenidos demuestran que no solo agilizan la memoria, que las personas se identifican con su pasado, y se encuentran aunque sea por momentos en el presente, sino que también se han podido relacionar con compañeros, dentro y fuera del taller, cumpliendo el objetivo de generar vínculos afectivos con sus pares. Por otro lado el taller no contaba con el apoyo del geriátrico, aunque si con el permiso. Con su apoyo se podría haber organizado de otra manera, contando con materiales y conocimientos brindados por la institución, pudiendo trabajar específicamente con enfermos de Alzheimer, y colaborando en cuanto al rol profesional, traslado de individuos, y asesoramiento respecto a experiencias previas que se relacionen al trabajo con reminiscencias.

Se ha podido observar en ambas participantes cada uno de los beneficios antes mencionados por el trabajo con reminiscencias, resaltando el valor terapéutico que tiene en sí mismo el contar la propia historia, y trabajando fundamentalmente desde el abordaje afectivo dado el estadio de la enfermedad en que D y O estaban atravesando, pretendiendo no rotularlas en la enfermedad, sino entendiéndolas dentro de una historia de vida.

Se han tenido en cuenta para la realización de este estudio, todas las dificultades que se presentaron para que las participantes puedan relacionarse y expresarse, a una edad avanzada con las patologías mencionadas, con una capacidad cognitiva disminuida, con una confusión constante y con presencia de delirios, con disminución en la visión, audición y en la movilidad, destacando solo estas complicaciones por ser las más frecuentes y presentes en las dos ancianas. Aun así han podido generar vínculos, agilizar la memoria y evocar recuerdos, expresarse de manera verbal y no verbal, mediante la expresión de deseos y emociones; así como también encontrar un espacio de escucha para hablar de sus angustias y disconformidad con situaciones.

Se podría inferir entonces que hubo una mejora en la situación global de ambas participantes en cuanto al bienestar, calidad de vida y al área cognitiva, sería precipitado afirmar que hubo una mejora en la memoria, sobre todo teniendo en cuenta el Modelo Monocausal de Demencia que indica que la pérdida de memoria es progresiva e irreversible (Berriel & Perez Fernandez ,2007). Sin embargo se observó una mejora en el funcionamiento de esta, dado que al comenzar este estudio había una alta dificultad para responder a simples preguntas, ya sea por no recordar el pasado en sí mismo o no encontrar

las palabras para traducir los pensamientos, y sin embargo a lo largo del estudio se observó una evolución al final en cuanto al uso de la memoria, al tornarse las conversaciones más fluidas. Han logrado recordar el nombre de la pasante, el año en curso, nombres de algunos compañeros, charlas que se habían tenido en encuentros anteriores y hasta incluso también hacerle preguntas a la pasante en función de algunos consejos que alguna vez le habían dado. Se podría que decir que se comenzó trabajar con el potencial que existía en cada una para recordar, trabajando con las reminiscencias y ejercitando el poder de evocación de recuerdos, encontrándose este latente en cada una e incentivando el dialogo. No se pudo saber a ciencia cierta cómo estaba su memoria antes del trabajo con reminiscencias pero si se puede inferir que el trabajo con reminiscencias fue positivo en cuanto a la agilización del pensamiento, al acceso a los recuerdos presentes y brindó la posibilidad de conexión de los individuos con el entorno, teniendo en cuenta que las demencias generan retraimiento.

Las charlas con recuerdos reminiscentes a diferencia de un dialogo común, se construyen en base a los recuerdos que aun permanecen presentes en el individuo, se evitó así la ansiedad que genera hablar sobre lo que no se recuerda o cuando no se encuentran las palabras para responder, disminuyendo de esta forma las lagunas en el pensamiento. Las charlas han sido guiadas y dirigidas por las participantes, pudiendo hablar de lo que deseaban, respondiendo a una pregunta con las palabras que encontrasen y desviando el tema libremente hacia donde lo deseasen, sin exigencia alguna por parte de la pasante. Con resultados muy buenos ya que en ningún momento se observó en los diálogos la ansiedad por no encontrar las palabras, ni la angustia por no poder conseguir una respuesta.

Siguiendo el Modelo Multidimensional de Demencia propuesto por Berriel & Perez Fernandez (2007), que entiende al individuo desde el plano somático, cognitivo, psicoafectivo, el plano psicosocial y socio cultural- histórico, no menos importante es la observación realizada hacia la residencia geriátrica la cual no se encontraba preparada para contener a viejos solitarios, sin familia y con diversas enfermedades mentales, ya que se ofrecían varios talleres pero estos viejos no asistían ninguno, porque se los trataba desde la enfermedad sin identificar el potencial de cada uno, y sin trabajar desde lo saludable. Se los encasillaba como viejos delirantes, con una enfermedad irreversible en la cual ya no hay nada que hacer.

En cuanto a las destrezas profesionales se observó la falta de escucha, ya que modo de ejemplo en clases de gimnasia se pasaban una pelota, pero no había ánimos ni diálogos entre el profesor y los residentes que fomenten ni el deseo ni la comprensión del ejercicio, y no esperándose el profesional ningún comentario como devolución, si bien es cierto que algunos gerontes ya estaban en estadios muy avanzados de la enfermedad. Entonces se considera importante llevar el tipo de abordaje de característica psico-afectivo y los objetivos del taller de reminiscencias, a otros talleres ofrecidos por la institución, para transformar un abordaje multidisciplinario en uno solidario, mancomunado e interdisciplinario. Donde se trate el bienestar de la persona sin catalogarla de “vieja enferma”, si no trabajar con todo el potencial de salud que se encuentra en ella.

Es importante resaltar que hubo gerontes que habían ingresado a la institución y su salud mental ha involucionado aceleradamente en un lapso corto de tiempo, se cree por la falta de escucha de parte de la institución que no atendió las necesidades de los recién institucionalizados, teniendo en cuenta está información ya que permite deducir el contexto y la situación histórica de ambas participantes

El trato de la institución para con los gerontes afectó y modificó absolutamente los resultados de este estudio.

Se cree que la realización del taller de reminiscencias y las tareas de acompañamiento mejoraron la calidad de vida, dado que fue una tarea con gran carga afectiva, que fomentó las relaciones interpersonales, que apeló al encuentro de uno mismo a través del pasado para situarse en el presente, permitiendo encontrar una identidad casi perdida; que permitió contar la propia historia, sin condicionamientos a través de recuerdos placenteros; que fue un momento de afecto, escucha y contención; y que simplemente se pudo observar a las participantes reírse, emocionarse y verlas más felices. Es por ello que se sugiere continuar esta investigación en relación al trabajo con reminiscencias y calidad de vida en enfermos de Alzheimer, así como también investigar si este tipo de talleres tiene una incidencia positiva disminuyendo la velocidad en que evoluciona la enfermedad.

Bibliografía

- Acrich, L.(2006) *La reminiscencia y la revisión de la vida*. Argentina
- Beers, M. (2001) *Manual de geriatría de Merck*. España: Elsevier
- Berriell F., Perez Fernandez R. (2007) *Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación*. Uruguay: Psicolibros Universitario
- Erikson, E (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidos
- Fernandez-Ballesteros, R.(2007) *Qué es la psicología en la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Ferrero G. (1998) *Envejecimiento y Vejez nuevos aportes*, Buenos Aires: Editorial Atuel).
- Hayflick, L. (1999) *Como y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder
- Krassoievitch, M. (1998) *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura y Economía.
- Lerh, U. (1995) *Psicología de la senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Biblioteca de psicología.
- Marquez Lopez Mato , A (2002) *Psicoinmunoendocrinología, aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Muchnik E. (2006) *Envejecer en el siglo XXI, Historia y perspectiva de la vejez* .Buenos Aires: Lugar
- Ruiz Vargas J.M. (1991) *Psicología de la memoria*. Madrid: Alianza.
- Salvarezza, L. (1998) *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza, L. (1999) *Psicogeriatría teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Taragano, F & Lyketsos C.(1998) Gerontología Mundial. *La depresión en pacientes de más de 60 años*. Año 2 Nro. 3 pag. 65-69
- Umpierre, J. (2006) *Geropsicología*. Colombia: Editorial Plaza Mayor, INC.
- Umpierre, J. (2007) *Revisión de vida*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S (2005). "Reminiscence therapy for dementia". Cochrane Database Syst Rev (2): CD001120. Pagina recuperada de internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846613>. 14 de julio 2011 18:32 hs

Yanguas J. (2007) *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. IMSERSO.Madrid : Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Zolotow , D. (1999) *Hechos y Derechos*. Buenos Aires: Ministerio del interior

Zea M, Lopez M, Valencia C,Soto J, Aguirre D, Lopera F, Oswald W & Rupprecht, R. Revista de investigación y educación en enfermería. *Autovaloración de la calidad de vida y envejecimiento en adultos riesgo de Alzheimer* . Vol 21. Marzo 2008. P 24-35

Índice

Introducción	pág. 1
Objetivos.....	pág. 4
Marco teórico.....	pág. 5
1-Vejez y Envejecimiento.....	pág. 5
1.1- Tipos y edades de envejecimiento.....	pág. 7
1.2- Envejecimiento normal y enfermedad.....	pág. 8
1.3 Importancia de las emociones en la vejez.....	pág. 9
1.4 La importancia de las relaciones interpersonales en la vejez	pág. 9
2-Enfermedades Neurológicas más comunes en la vejez	pág. 11

2.1-Depresión.....	pág.11
2.2-Delirio.....	pág.12
2.3-Demencia.....	pág.13
2.3.1-Enfoque Psicogénico de la Demencia.....	pág.13
2.3.2-Enfoque Monocausal Biológico de Demencia.....	pág.14
2.3.3-Modelo Multidimensional de la demencia: Enfoque psicológico	pág.16
2.3.4-Distintos tipos de demencias. Según su etiología y su evolución	pág.18
2.3.5-Pseudodemencia.....	pág.18
3-Demencia Tipo Alzheimer: Definición.....	pág.19
3.1-Diagnóstico Enfermedad de Alzheimer.....	pág.19
4-Calidad de vida en la vejez.....	pág.20
5-Memoria.....	pág.21
6-Revisión de vida y reminiscencias.....	pág.22
6.1-Revisión de vida.....	pág.22
6.2-Reminiscencias.....	pág.24
6.2.1-Trabajo con reminiscencias.....	pág.24
6.2.2- Trabajo con reminiscencias en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.....	pág.26
6.2.3- Trabajo grupal con reminiscencias.....	pág.27
7-Psicoterapia en adultos mayores.....	pág.27
7.1-Destrezas profesionales.....	pág.28

7.2-Terapias en grupo.....	pág.28
Metodología.....	pág.29
Desarrollo.....	pág.31
-Descripción el trabajo con reminiscencias en adultos mayores con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer.....	pág.31
-Análisis los cambios en el funcionamiento de la memoria a partir del trabajo con reminiscencias.....	pág.37
-Evaluación de los cambios que se produjeron en las relaciones interpersonales de los viejos con Demencia tipo Alzheimer al trabajar con los recuerdos reminiscentes.....	pág.41
-Estudio de las modificaciones que se produjeron en el área afectiva de los ancianos al apelar a los recuerdos reminiscentes.....	pág.44
Conclusión.....	pág.48
Bibliografía.....	Pág.54