

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

**“ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ADULTOS  
MAYORES CON DEMENCIA”**

Autor: Dulce Di Iorio

Tutora: Luisa Acrich

Fecha de entrega: 10 de Diciembre de 2012

2.1 Objetivo general:.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3.1.1 Definición.....	5
3.1.2 Prejuicios contra la vejez.....	6
3.1.3 Factores psicológicos y psicosociales del envejecimiento.....	6
3.1.5 Auto concepto del adulto mayor.....	8
3.2 El deterioro cognitivo en la vejez.....	9
3.3 Funciones cognitivas alteradas.....	10
3.3.1 Atención.....	10
3.3.2 Percepción.....	11
3.4 La demencia en la tercera edad.....	14
3.4.1 Demencia tipo Alzheimer:.....	15
3.4.2 Cuadro Clínico.....	16
3.4.3 Demencia tipo Vascolar.....	17
3.5 Estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia.....	18
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.1.1 Participantes.....	22
4.1.2 Instrumentos.....	23
5.Desarrollo.....	23
5.1 Describir las tareas de estimulación cognitiva de memoria en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.....	23
5.1.1 Tareas de estimulación cognitiva: Tres conos y un dado.....	23
5.1.2 Desempeño.....	24
5.1.3 Evolución.....	24
5.1.4 Tarea de estimulación cognitiva: Caja con objetos.....	25
5.1.5 Desempeño.....	26

5.1.6 Evolución.....	26
5.2 Describir las tareas de estimulación cognitiva de atención en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.....	28
5.2.1 Tareas de estimulación cognitiva: Memotest.....	28
5.2.2 Desempeño.....	29
5.2.3 Evolución.....	29
5.2.4 Tareas de estimulación cognitiva: Tres conos con dos pelotas.....	32
5.2.5 Desempeño.....	32
5.2.6 Evolución.....	32
5.3 Describir las tareas de estimulación cognitiva de percepción en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.....	34
5.3.1 Tarea es estimulación cognitiva: Reconocimiento de objetos, animales y acciones cotidianas.....	34
5.3.2 Desempeño.....	34
5.3.4 Evolución.....	35
6.Discusión.....	38

## **1. Introducción**

El presente trabajo tuvo como objetivo brindar una descripción y un análisis acerca de la experiencia vivida como residente en un Hogar de ancianos.

Este hogar es una entidad sin fines de lucro dedicada el cuidado de los adultos mayores a través de programas de alto contenido social. Aquí se brinda atención integral y contención a adultos mayores, mejorando su calidad de vida a través de la estimulación físico-cognitiva, las relaciones sociales y la participación comunitaria.

La residencia en dicha institución, se realizó en cuatro meses, cumpliendo veinte horas semanales, concurriendo los días lunes de 10hs a 17 hs, los martes de 9hs a 12 hs y los días miércoles de 10hs a 19hs. La elección se debió puramente al interés de trabajar con las

personas de tercera edad, y poder observar el trabajo que se realiza desde cualquier línea para mejorar su calidad de vida en lo cotidiano.

Dentro de la institución, se trabajó con las terapistas ocupacionales, en la sala de terapia ocupacional. Ellas son las encargadas de realizar los diferentes talleres de estimulación cognitiva, entre otros. La información que se presentara se ha recuperado de estos talleres, los cuales fueron relevantes para responder a los objetivos del presente trabajo.

## **2. Objetivos**

### ***2.1 Objetivo general:***

-Describir y analizar las distintas actividades de estimulación cognitiva en: memoria, atención y percepción en un paciente con demencia, durante dos meses y analizar su desempeño y evolución.

### ***2.2 Objetivos específicos***

- Describir las tareas de estimulación cognitiva de memoria en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.

- Describir las tareas de estimulación cognitiva de atención en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.

- Describir las tareas de estimulación cognitiva de percepción en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.

## **3. Marco Teórico**

### ***3.1 La vejez y el proceso de envejecimiento***

#### *3.1.1 Definición*

El envejecimiento es el proceso de llegar a viejo, independientemente de la edad cronológica (Timiras, 1997).

Desde el punto de vista clínico-práctico, se debe diferenciar los dos tipos de envejecimiento. Por un lado encontramos el envejecimiento normal, que se da debido al transcurrir de los años; en cambio, el envejecimiento patológico se atribuye a causas originadas por enfermedades tanto agudas como crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tales como el consumo de tabaco, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos (Timiras, 1997).

Ambos envejecimientos, hacen referencia a los cambios físicos, funcionales, psicológicos, bioquímicos y cognitivos, que se producen, con menor o mayor rapidez, a partir de los cincuenta años de edad en todas las personas. La intensidad y el tiempo necesario para desarrollar estos procesos de envejecimiento varían de una persona a otra, dependiendo de numerosos factores, que van desde la alimentación a la base genética tisular, la personalidad individual, los objetivos existenciales, el estilo de vida, el ámbito geográfico, entre otros. (Timiras, 1997).

Entonces, denominamos envejecimiento a todos los cambios biológicos, funcionales y estructurales que acontecen a lo largo de la vida del ser humano, desde el desarrollo embrionario hasta la senectud (Timiras, 1997).

La vejez es un proceso, y debe ser tomado de esta manera, y no como un momento determinado de la vida. Este proceso da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y de su propia historia (Ferrero, 1998).

En este proceso de envejecimiento, los factores psicológicos, así como también los biológicos deben ser observados en su totalidad tanto en la interacción entre sí como en los resultados.

### *3.1.2 Prejuicios contra la vejez*

La mayoría de la población de todas las culturas tiene conductas negativas hacia las personas viejas, de manera inconsciente o de manera activa. Este prejuicio ha sido descrito por Robert Butler (1993), quien establece sus orígenes y sus consecuencias.

Butler (1993), acuña el término *ageism* (traducido al español por Salvarezza), por *viejismo*. Es un término que se le aplica a las personas adultas mayores, generando así un miedo a envejecer y por ende un distanciamiento de las personas mayores. En esta denominación también encontramos un *narcisismo corrosivo*, en el cual no podemos aceptar nuestro futuro como viejos.

La tendencia a culpabilizar es un componente importante del *viejismo*. Principalmente se trata de hacer al *viejo* responsable por sus actos, sus problemas. Por ende, este término hace referencia al conjunto de prejuicios, estereotipos, discriminaciones que son aplicadas a los *viejos* simplemente en función de su edad (McGowan, 1996).

Aparte de este término, hay otro en particular que hace referencia a la fobia hacia los *viejos* y es el denominado “*gerontofobia*”. Este se refiere a una conducta rara de odio y temor hacia los *viejos*. Al ser menos abarcativa se encuentra dentro del *viejismo* y no se utiliza como sinónimo. El más común de todos es aquel que señala que los “*viejos* son todos enfermos (Salvarezza, 1988).

Los prejuicios contra la vejez son adquiridos, como cualquier otro, en la etapa de la infancia y al transcurrir de los años se van acentuando y racionalizando. Algunas veces, estos prejuicios resultan ser adquiridos por ciertas conductas de personas significativas en su entorno familiar (Salvarezza, 1988).

Como estos orígenes van a quedar en el inconsciente, a los individuos prejuiciosos les resulta imposible reconocer el impacto que su conducta y pensamiento pueden llegar a evocar en la sociedad (Salvarezza, 1988).

### *3.1.3 Factores psicológicos y psicosociales del envejecimiento*

La vejez es una palabra que no abarca una realidad que está del todo definida. Se puede afirmar que es un fenómeno transhistórico; debido a esto no es posible pensar a la misma en

términos que indiquen evolución, sino que para cada individuo representa un destino particular y singular que le es propio (Ferrero, 1998).

Pensar a la vejez como un concepto implica operar de forma conjunta variables psicológicas, biológicas, sociológicas, antropológicas y filosóficas. En lo que respecta al organismo del hombre es fácil darse cuenta que atraviesa ciertas generalidades cuando arriba a la vejez, lo cual conduce a consecuencias psicológicas particulares, donde ciertas conductas aparecen más marcadas o con mayor frecuencia (Ferrero, 1998).

Hay diversas teorías para explicar la reacción psicológica que tienen los individuos para con el envejecimiento. Unos de los autores en focalizar sobre este tema es Erickson (1968), quien en su teoría epigenética explica un eslabonamiento de ciclos vitales- ocho en total- que están determinados por la relación que el individuo mantiene con su crecimiento y la realidad social que actúa a través de representantes institucionales y que son los encargados de permitir o facilitar el desarrollo.

En cuanto al psicoanálisis, su encuadre se basa en lo psicosocial, en el cual la historia es una explicación del presente por el pasado. Para profundizar sobre este concepto, se deben dar cuenta de tres series complementarias. Dentro de estas, se encuentran tres causas que no se desenvuelven independientemente, sino que lo que actúa es el resultado de las interacciones entre sí. Una primera serie está compuesta por factores hereditarios y congénitos y se denomina también “componente constitucional”. En la segunda serie se encuentran las experiencias infantiles que son fundamentales porque ocurren en el momento en que la persona comienza a desarrollarse. En cuanto a la tercera serie, se encuentran los factores actuales o desencadenantes, los cuales actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie (Bleger, 1963).

La actuación de unas series con otras permite explicar el desarrollo psicológico de los individuos, así como también, nos permitirá entender las particularidades en cada proceso de envejecimiento. Para que esto sea posible, se deberá realizar un análisis de la estructura de la personalidad y de los factores actuales que sobre ella actúan, tales como los biológicos y los sociales.

### *3.1.5 Auto concepto del adulto mayor*

Dentro de todos los cambios que se presentan en esta etapa de la vida, es indiscutible que los cambios morfológicos van a contribuir que el sujeto se perciba en mayor o menor grado a sí mismo como un anciano. Sin embargo, se ha demostrado que son los cambios ambientales y sociales los que ejercen una presión para hacer que el anciano asuma y adopte el rol, o no, de viejo (Salvarezza, 1998).

En esta etapa el adulto mayor se enfrenta con ciertas pérdidas en su vida, que incluye la pérdida del contacto con los familiares, la pérdida de su ocupación laboral y el decremento de su status social. Todas estas modificaciones y pérdidas obligan al anciano a ir reformulando la apreciación, el concepto de sí mismo y de su propia identidad personal. Esto puede manifestarse de forma positiva o satisfactoria o de tal forma que produzca gran malestar, sufrimiento o incluso que aumente las cuestiones de su deterioro físico y/o mental (Salvarezza, 1998).

El llegar a considerarse viejo conlleva a la aparición de sentimientos negativos, más allá de cual sea el auto concepto que tenga el anciano sobre sí mismo. Dentro de ellos es imposible no nombrar al tema de la muerte. Como afirma Costa y Mc Crae (1980), la búsqueda de un auto concepto positivo es la tendencia universal.

Todos buscan la manera de valorar los roles y las actividades de forma favorable y cuando alguna de estas funciones no puede ser del todo desarrolladas de manera satisfactoria, es probable que se les reste la trascendencia, que se desvalore la importancia y que se centre la atención en áreas de la vida que son más consistentes con la autoestima alta (Salvarezza, 1998).

Cuando alguna de estas facetas se valora negativamente y pone en peligro la auto valoración positiva y satisfactoria que todo sujeto posee, existe una tendencia que funciona como mecanismo de defensa para aislar estos aspectos negativos. Este fenómeno no aparece en otros periodos evolutivos. Sin embargo, en la vejez parece formar parte del sistema de defensas del auto concepto que les proporciona una manera distinta de enfrentarse con la ansiedad que les genera el envejecimiento y la esperable proximidad del fin de su vida (Salvarezza, 1998).



Lo primordial en el anciano cuando se encuentra en esta etapa es generar una imagen de sí mismo lo suficientemente estable y positiva para que pueda de esta manera permanecer en su sentido favorable y dirigir su atención selectivamente a aquellos aspectos que estén de acuerdo con el marco perceptivo preexistente. De esta manera, el anciano puede centrarse en aquellos aspectos de sí mismo que le resulten positivos, dejando de lado aquellos que le parecen negativos (Salvarezza, 1998).

### ***3.2 El deterioro cognitivo en la vejez***

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Tanto en el envejecimiento normal, como en el patológico, se produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas del adulto mayor. Este deterioro cognitivo produce alteraciones en la memoria, la orientación, el lenguaje, el reconocimiento visual, la conducta, e interfiere con la actividad y la interacción social de la persona que se encuentra afectada (Fustionini, 2002).

El deterioro cognitivo debe ser considerado como un término que si bien no especifica las funciones intelectuales afectadas o las causas de las mismas, revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico se ha de establecer pronto para adoptar las medidas terapéuticas oportunas (Fustionini, 2002).

Se define la cognición como una habilidad psicológica que repercute en toda la vida mental, incluyendo a la memoria, la percepción, inteligencia, razonamiento, juicio y toma de decisiones. Le permite al ser humano como pensar al mundo así como también representarlo, poder conceptualizar la experiencia, tener un concepto de sí mismo y comunicarse con otro (Fustionini, 2002).

En las personas mayores, encontramos un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este mismo aumenta cuando la condiciones ambientales son poco estimulantes (Jara Madrigal, s/f).

Por eso mismo, es importante la ejercitación de las funciones cognitivas en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que las funciones corticales como son la atención y la percepción, tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar una pérdida

progresiva de validismo, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

### ***3.3 Funciones cognitivas alteradas***

#### ***3.3.1 Atención***

Se puede definir a la atención como un proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de atención ilegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos (Luria, 1975).

Según este autor, se puede clasificar a la atención en dos tipos. Por un lado, se encuentra la atención involuntaria la cual es producida por un estímulo que se presenta de manera intensa, y a la vez es nuevo o interesante para el sujeto. Sus mecanismos son comunes a los hombres y a los animales. Por otro lado se encuentra la atención voluntaria, la cual implica concentración y control y se relaciona con la voluntad, ya que consiste en la selección de determinados estímulos independientemente de los otros. A diferencia de la anterior, esta responde a un plan y es exclusivo de los hombres (Luria, 1975).

Por otro lado García Sevilla, (1997), distingue otros tipos de atención entre las cuales se encuentran la atención interna y externa (que se clasifica según el objeto en el que va dirigida la atención); atención abierta y encubierta (en función de las manifestaciones de la atención); atención voluntaria e involuntaria (en función del grado de control que realiza el sujeto en el acto atencional); atención visual y atención auditiva (relacionada con la modalidad sensorial de los estímulos y sus características); atención selectiva, dividida y sostenida (clasificada en relación a los mecanismos implicados).

Gil y Pérez Martínez (2008), aclaran que la atención en los adultos mayores, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, manifestada por tareas que requieran atención mantenida.

Es importante señalar que las alteraciones que pueden presentarse en la atención de los adultos mayores están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se está realizando, así como también con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad (Gil & Pérez Martínez, 1998).

En los procesos demenciales, la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, esta comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida que la enfermedad avanza se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza. La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado (Gil & Pérez Martínez, 1998).

### *3.3.2 Percepción*

El término percepción se desprende del paradigma del procesamiento de la información, y es la desarrollada por la psicología cognitiva. Bartley (1976), afirma que la percepción es un proceso activo a través del cual se elabora y se interpreta la información que proviene de los estímulos para organizarla y darle un sentido. Esto significa que la percepción es un proceso constructivo por parte del sujeto y que esta misma utiliza tanto los datos sensoriales de la estimulación presente, como el aprendizaje obtenido a través de la experiencia.

Como toda actividad adaptativa, la percepción se desarrolla en un determinado contexto individual y social cuyos componentes la influyen y la determinan. La característica que la diferencia de otros procesos superiores como el pensamiento, es que la construcción de la percepción funciona normalmente de una forma inconsciente y en una escala de tiempo que excluye toda posibilidad de razonamiento explícito (Bartley, 1976).

Los adultos mayores tienen problemas de procesamiento visual, déficits en la percepción espacial (percepción del movimiento y la velocidad), problemas para distinguir

colores (especialmente verdes y azules), entre otros. Estas dificultades influyen en el tiempo que necesitan para identificar estímulos visuales, y por lo tanto, aumenta el tiempo requerido para resolver tareas perceptivas en comparación con los jóvenes (Bartley, 1976).

Los déficits que se presentan en esta etapa del ciclo vital en la percepción, así como también en la atención, relacionadas con la edad, afectarán la ejecución de las personas mayores en los niveles de: el tiempo requerido para procesar un estímulo, y el grado de vigilancia (atención sostenida) que es capaz de mantener una persona cuando tiene que realizar una tarea. La secuencia del deterioro demencial inicia cuando el paciente empieza a perder su capacidad para recordar, porque se pierde el material con el que debería comparar lo que percibe. Esto trae como consecuencia que el paciente comience a tener dificultades para interpretar correctamente y reconocer adecuadamente las situaciones, las personas, y los objetos que se encuentran en su entorno. En la última fase, o de deterioro avanzado, el paciente no puede reconocer su propia cara ni la de los familiares, hay poco reconocimiento de su cuerpo y aparece la incontinencia (Gil & Pérez Martínez, 1998).

### 3.3.3 Memoria

La memoria es la facultad encargada de registrar la información, fijarla y restituirla, siendo así el ingrediente esencial de los procesos cognitivos. Posee muchos componentes que actúan entre sí como consecuencia de un estímulo o un conjunto de estímulos (Acuña & Risiga, 1997).

Es una condición necesaria para poder desarrollar una vida independiente así como también productiva, pero para que la información pueda ser adecuadamente registrada y evocada, es necesario el correcto funcionamiento de las otras funciones neuropsicológicas (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

Respecto a los tipos de memoria existen muchas teorías las cuales sostienen que no hay una memoria, sino que hay “memorias”. Atkinson y Shiffrin (1971), proponen tres tipos diferentes de memoria.

- Memoria Sensorial: En ella, los estímulos que provienen de los sentidos permanecen solamente un segundo almacenados, después desaparecen o son transferidos a la memoria de corto plazo.

- Memoria de corto plazo: Esta tiene un almacenamiento de 20 segundos a menos que se mantenga con refuerzos y repeticiones. Es también denominada memoria de trabajo. El material que no se olvida aquí, pasa a la memoria de largo plazo. La memoria a corto plazo tiene la característica de decaer rápidamente, es muy reducida y depende del nivel de atención. En cambio, cuando hablamos de la recuperación de la información es muy rápida y exhaustiva.
- Memoria a largo plazo: Tiene un tiempo ilimitado, lo que posibilita acceder a ella en cualquier momento, de tal forma que la recuperación va a ser exitosa dependiendo de la eficacia del almacenamiento.

Hay que tener en cuenta ciertas diversidades para poder ubicar de manera correcta los problemas de la memoria. En primer lugar a la pérdida del rol social que es característico en la tercera edad. Este se relaciona con el síndrome del nido vacío debido al casamiento y la independencia de sus hijos, y a la posible viudez. Por esto, la persona pierde el lugar social que hasta entonces ocupaba (Fernández Ballesteros, 1992).

Como todas las personas envejecen de manera diferente, los desgastes que repercuten en la memoria también se manifiestan de distintas maneras. Los problemas de la falta de atención, de concentración y de percepción sensorial son factores que intervienen de manera directa en la buena memoria y hacen que parezca que esta está fallando (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

Mientras el sujeto permanece en su propio medio social y profesional, su memoria continúa ejerciéndose de forma regular. Pero en el caso de la pérdida del rol social la persona es privada de su status y ubicada en otro sin desafíos significativos que lo motiven a aprender, a desarrollarse intelectualmente, a desempeñarse (Fernández Ballesteros, 1992)

### *3.3.4 Déficit en los distintos tipos de memoria*

Los principales déficits de memoria asociados con la edad según Fernández-Ballesteros (1992), influyen en los diferentes tipos de memoria.

En cuanto a la *memoria sensorial*, la cual es la encargada de la percepción de la información, hay que tener en cuenta que se va a presentar un deterioro si existen pérdidas sensoriales significativas que entorpezcan los estadios posteriores de la memoria. En cuanto a la memoria de largo plazo, Fernández-Ballesteros y cols (1992), afirman que en investigaciones existen diferencias significativas que son atribuibles a la edad en aquellas ocasiones de recuerdo libre y estas diferencias son menores en cuanto a las tareas de reconocimiento y recuerdo con utilización de claves.

En referencia a la memoria de trabajo, se ve afectada por la edad, y se concluye que las dificultades que presentan las personas mayores se encuentran más en los aspectos de procesamiento de la memoria de trabajo que en los denominados almacenes de memoria. En investigaciones realizadas por Baddley (1986), se corroboró justamente que las personas adultas mayores presentan un deterioro en la memoria de trabajo. Estas fallas que ocurren traen consigo limitaciones en la capacidad de procesar la información y el poder afrontar con éxito la vida cotidiana.

En conclusión Pellegrini (1996), afirma que las personas adultas mayores poseen dificultades en las tareas de memoria que exijan un elevado nivel atencional, una actitud mental sensible y aquellas operaciones que requieran un alto nivel de esfuerzo, tanto en el momento de la codificación así como también en la recuperación

### ***3.4 La demencia en la tercera edad***

A medida que envejecemos, se presentan dificultades para recordar ciertas cosas, lo cual forma parte del envejecimiento normal. Así mismo, muchas veces, en la vejez, existen factores que pueden afectar a la memoria así como también a la concentración. Esto hace referencia al deterioro cognitivo que se presenta a medida que envejecemos. Este y la demencia son conceptos similares, que se diferencian solamente por el grado de alteración (Fustionini, 2002).

El término demencia suele atribuirse a Philippe Pinel, ya que él introdujo este término en el siglo XVIII, para identificar la pérdida de las funciones cognitivas en un cerebro previamente normal. En los tiempos de Pinel, el término amencia, se aplicaba a

aquellos trastornos mentales en el que nunca se había alcanzado un nivel de cognición normal. En estos días denominamos a estos retrasos mentales, que son considerados demencias en el sentido jurídico, no son sin embargo demencias desde el punto de vista médico (Fustionini, 2002).

La demencia es un síndrome, es decir, un cuadro clínico que puede deberse a múltiples causas y la mayoría de los casos es irreversible.

Según el DSM IV, (1994) la demencia se clasifica, entre las más importantes, en la demencia tipo Alzheimer y la demencia tipo vascular. Los criterios para cada una de ellas son los siguientes:

#### *3.4.1 Demencia tipo Alzheimer:*

- A. La presencia de los múltiples déficits cognitivos se manifiestan por:
  - 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida.
  - 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
    - a. Afasia (alteración del lenguaje)
    - b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
    - c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
    - d. Alteración de la ejecución
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo

- D. Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos.
  2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia
  3. Enfermedades inducidas por sustancias
- E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el trascurso de un delirium
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I

### 3.4.2 Cuadro Clínico

El comienzo es insidioso y usualmente lento. Un cambio brusco indica una patología intercurrente. El enfermo habitualmente no se da cuenta, o tiene una conciencia parcial, de la pérdida gradual de sus habilidades cognitivas. Tiende a minimizarlas, cubrirlas e ignorarlas. Cuando se las señalan, se irrita o molesta (DSM IV, 1994).

Las alteraciones que más predominan en este cuadro son aquellas que se presentan en la memoria. Esta alteración se refiere a aquellos hechos que se encuentran almacenados con un código temporal-espacial, memoria episódica, distinguiéndose dos aspectos: la pérdida de la capacidad de aprender material nuevo y el olvido de lo que ya ha aprendido (Peña-Casanova, 1999).

La memoria de los hechos pasados se va borrando gradualmente, terminando el enfermo por olvidar su historia personal, su familia de origen, etc... . En cuanto a la memoria de registro, se borra lentamente, mientras que la episódica trae como consecuencia la desorientación temporal (Peña-Casanova, 1999).

Otra alteración que se presenta y predomina es la incapacidad de reconocer objetos a pesar de una función sensorial intacta, denominada Agnosia. Cuando el paciente tiene agnosia visual es incapaz de reconocer objetos habituales, como una silla o una mesa. En la EA avanzada, no reconoce el rostro de amigos, familiares y aún el suyo propio reflejado en un espejo, este fenómeno se denomina, prosopagnosia (Peña-Casanova, 1999).



Se presentan también alteraciones que corresponden con las Apraxias, alteraciones del funcionamiento ejecutivo, alteraciones viso espaciales, alteraciones de la conducta, etc. (Peña-Casanova, 1999).

### 3.4.3 Demencia tipo Vascolar

- A. La presencia de los múltiples déficit cognitivos se manifiesta por:
1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
  2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
    - a. Afasia (alteración del lenguaje)
    - b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
    - c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de los objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)
    - d. Alteración de la capacidad constructiva
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral y social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. Los signos y síntomas neurológicos o las pruebas del laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración.
- D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el trascurso de un delirium

Los síntomas de la demencia vascular varían dependiendo de la parte del cerebro que esté afectada. Este cuadro aparece cuando un nivel insuficiente de sangre llega al cerebro. Esto ocurre cuando las arterias están bloqueadas o angostadas. Una de las maneras principales en que las arterias pueden estar bloqueadas o angostadas es por los mismos

procesos que causan la cardiopatía. Por lo tanto, los mismos factores asociados con la cardiopatía también se asocian con la demencia vascular. Los factores de riesgo incluyen:

- La tensión sanguínea alta
- La diabetes
- El colesterol alto
- Antecedentes familiares de problemas con el corazón
- Anomalías del ritmo del corazón
- Tener exceso de peso
- Fumar

### ***3.5 Estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia***

La persona adulta mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de las mismas. Como es notorio, estas experimentan una serie de cambios a lo largo del ciclo vital que pueden traducirse, por ejemplo, con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de la memoria que interfieren en la realización de actividades complejas (García Sánchez, 2002).

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercute en su estado de cognición, y ese riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes. De aquí viene la importancia de tomar a la estimulación cognitiva como un conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados (Pascual, Barles, Laborda & Loren, 1998).

Estas terapias no farmacológicas están dirigidas a las personas con deterioro cognitivo o demencia, mostrándose muy adecuadas ya que la pérdida de memoria que se presenta en la enfermedades degenerativas como el Alzheimer presenta un gradiente temporal, de modo que los recuerdos más remotos se mantienen hasta en fases avanzadas de la enfermedad, convirtiéndose así en un adecuado contexto terapéutico para los enfermos tanto en su dimensión cognitiva como psico-afectivas (Berjano, 2002).

Según Peña Casanova (1999), los objetivos terapéuticos de las intervenciones cognitivas de la EA de mayor o menor grado de concentración son:

- Estimular y mantener las capacidades mentales
- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente
- Estimular la propia identidad y autoestima
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas
- Mejorar el rendimiento cognitivo
- Incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria
- Mejorar el estado y sentimiento de salud
- Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o cuidadores

Es necesario tener en cuenta que esta terapia no se dirige a recuperar definitivamente o frenar procesos degenerativos, aspecto terapéutico hoy por hoy inalcanzable, desde ninguna aproximación terapéutica. Sino a mejorar la calidad de vida, fomentar el nivel de autonomía personal, potenciar las capacidades y habilidades (cognitivas, funcionales y sociales) todavía preservadas, el enlentecimiento del procesos del deterioro y mejorar el estado psico afectivo (Berjano, 2002).

Es imprescindible que la estimulación cognitiva se aplique según los principios de la individualización de la intervención. Para ellos es importante obtener una evaluación individualizada de cada persona dirigida a establecer un diagnóstico neuropsicológico para detectar las variables para desarrollar el programa psico estimulativo. Esta evaluación permitirá la selección adaptada a las características personales de cada participante y posteriormente deberá realizarse un seguimiento periódico de la evolución de cada persona con el objeto de ir revisando y ajustando las actividades y tareas al grado de deterioro y evolución psico afectiva (Peña Casanova, 1999).

Asimismo, al ser una terapia especializada, es imprescindible que esté diseñada y supervisada por profesionales especializados en el campo de la neuropsicología. Esto no significa la imposibilidad de delegar actuaciones en otros profesionales de atención directa más continuada como pueden ser educadores o personales de enfermería (Peña Casanova, 1999).

Es necesario adaptar cada tarea al nivel de deterioro de la persona y para ello se deberán realizar ciertas técnicas que se dirijan tanto a motivar a la persona a la actividad como facilitar una ejecución de la tarea sencilla y exitosa (Peña Casanova, 1999).

En las demencias degenerativas se trabaja exclusivamente con las capacidades y procesos cognitivos preservados, es decir, buscando una ejecución competente de la persona. En estos casos, la revisión y el ajuste de las tareas deberán ser continuos en función de la progresión del deterioro. El objetivo de la terapia no se centra tanto en la mejora, sino en el mantenimiento o enlentecimiento, de la pérdida (Peña Casanova, 1999).

En cuanto a la estimulación cognitiva de las distintas funciones, se pueden encontrar diferentes tareas a realizar teniendo en cuenta lo nombrado anteriormente. Los materiales que se pueden utilizar son muchos y variados: desde objetos de la vida cotidiana, pasando por juegos y juguetes psico educativos y de estrategia, cuadernos de pasatiempos, hasta material más especializado como láminas de imágenes, cuadernos de ejercicios y programas de estimulación cognitiva (Peña Casanova, 1999).

Asimismo, el soporte y el formato de presentación puede ser muy diverso: materiales visuales que codifican sus mensajes a través de representaciones icónicas, materiales auditivos que emplean el sonido como la modalidad de codificación predominante, materiales verbales que se basan en el uso del lenguaje (dígitos, letras, palabras, historias) (Peña Casanova, 1999).

La utilización de dichos materiales es de total importancia por dos maneras, la primera porque disminuye la monotonía, y por lo tanto aumenta la motivación del sujeto y su posible rendimiento cuando el sujeto tiene que realizar durante una misma sesión varias actividades consecutivas; y en segundo lugar, porque hay veces en que es incluso necesario utilizar una modalidad de materiales y no otro. Este fenómeno de especificidad en la

presentación y formato de los materiales se produce, por ejemplo, en pacientes con daño en la región temporal izquierda, que tienen problemas para recordar material verbal, pero no viso espacial. Por lo tanto, es importante tener en cuenta en qué formato se va a presentar el material (Peña Casanova, 1999).

Los ejercicios más utilizados son aquellos que se relacionan con la memoria, la atención y también la percepción, ya que estas tres funciones están estrechamente ligadas. Algunos de ellos son los siguientes:

- Láminas y tarjetas de estimulación: Las láminas y tarjetas de estimulación son un tipo de material que consiste en presentar imágenes o escenas, normalmente dibujos o fotografías, a partir de las cuales se exige al sujeto realizar algún tipo de actividad. Algunas de las más frecuentemente utilizadas son aquellas que presentan un objeto único, en estos casos la actividad cognitiva prototípica suele ser el conocimiento perceptivo pidiéndole al sujeto que informe de qué objeto se trata. En otras ocasiones se estimulan los procesos de categorización y de la memoria semántica pidiéndole que diga para qué se utiliza dicho objeto o a qué categoría pertenece (Peña Casanova, 1999).
- Láminas en las que aparecen escenas –dibujos fotografías, etc.- semejantes, pero no idénticas, y el sujeto debe encontrar las diferencias entre ellas.
- Materiales manipulativos: Finalmente, como el propio nombre indica, los materiales manipulativos son los que estimulan las funciones cognitivas del sujeto mediante la manipulación de los mismos. Los más utilizados son:
  - Objetos y recursos reales: Materiales del entorno (un cenicero, un jarrón, una cuchara, una fotografía, alimentos, etc.), materiales para la psicomotricidad (aros, pelotas, cuerdas, etc.) o materiales de deshecho (vasos, cuencos, cajas, etc.). Por ejemplo, los cestos, cuencos, botes, cazuelas o cajas sirven sobre todo para actividades como meter o para poner encima; y las cajas con huecos de formas variadas son útiles para meter por ellos diferentes objetos; etc.

- Objetos manipulativos simbólicos: bloques lógicos, regletas, figuras geométricas, cubos, cilindros, aros y figuras geométricas diversas, generalmente de plástico o de madera, de formas y colores diversos. Este tipo de material sirve para realizar actividades muy variadas: desde agrupar las diversas figuras en función de sus propiedades físicas (por su color, por su forma, por su tamaño...), hasta encajarlos unos dentro de otros (cubos encajables), apilarlos haciendo torres (bloques lógicos y de construcción), etc.
- Tableros y juegos de encaje. Son tableros con zonas perforadas o hundidas, que van acompañados de figuras o piezas que se adaptan, que se encajan a dichos huecos. Su nivel de dificultad es variado en función del número de huecos que lo forman, la complejidad y similitud de las piezas que se deben encajar, y la distancia que existe entre los huecos. En cualquier caso, el usuario debe prestar especial atención a las siluetas de las distintas piezas que componen el juego, lo que implica una especial capacidad de concentración y de observación.

## **4. Metodología**

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

El tipo de estudio a realizar es de carácter descriptivo.

#### ***4.1.1 Participantes***

El participante es un residente del Hogar de Ancianos mencionado. Su nombre es A, ; tiene 86 años y se encuentra en el segundo piso del hogar. En este piso se encuentran aquellos adultos mayores que presentan un deterioro cognitivo moderado. Ingresó al hogar hace 8 años.

Su grupo familiar se reduce solamente a sus dos sobrinas, ya que A es una persona que enviudo , y no tuvo hijos. El motivo por el cual ingreso a la institución se debe a que sus sobrinas no podían hacerse cargo del mismo, ya que tenían problemas personales y por ende, decidieron juntas el ingreso de A.

A se encuentra asociado al PAMI. Anteriormente, y durante toda su vida, fue un deportista muy reconocido, hasta que tuvo un accidente cerebro vascular.

Actualmente, asiste a los talleres de terapia ocupacional y tiene muy buena disposición a los mismos, ya que se presta para cualquier tipo de actividades.

#### ***4.1.2 Instrumentos***

El análisis se llevara a cabo a través de observaciones de los talleres de estimulación cognitiva en la Sala de Terapia Ocupacional. También se dispondrá de la historia clínica del paciente para dar cuenta de detalles que podrían ser relevantes para dicho análisis, ya que la misma recoge la información necesaria para la correcta atención del paciente.

## **5. Desarrollo**

### ***5.1 Describir las tareas de estimulación cognitiva de memoria en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.***

#### ***5.1.1 Tareas de estimulación cognitiva: Tres conos y un dado***

Durante la estadía en el Hogar de Ancianos, se le realizaron tareas de estimulación cognitiva en memoria a un paciente con demencia. Estas se realizaban en la sala de Terapia Ocupacional en forma individual otorgándole el tiempo suficiente a cada tarea.

La primera tarea realizada en A fue aquella que tenía como elementos tres conos, todos de color verde, y un dado de color blanco. El objetivo de la tarea era que el paciente adivine en que cono se encontraba el dado. Se distribuían los conos uno al lado del otro arriba de la mesa y se le mostraba el dado que se colocaba debajo de unos de los tres conos. A partir de esto, se cambiaban los conos de lugar, al principio con movimientos simples, y el paciente debía adivinar en que cono se encontraba el dado. En esta tarea se ponen en juego tanto la memoria como la atención, ya que como afirma

Calero (2003), estas funciones cognitivas necesitan ser estimuladas para poder prevenir un mayor deterioro de las mismas.

### *5.1.2 Desempeño*

Durante la realización de esta tarea, Ab siempre se mostró predispuesto a realizarlas sin ninguna negatividad hacia la misma. Este paciente es conocido por las terapistas, como aquel que siempre busca progresar de alguna manera en cada actividad sin importar si la puede realizar o no, sin importar si tiene la habilidad y la capacidad para realizarla, siempre está dispuesto. Esta disposición se debe a que el paciente toma estas actividades como un adecuado contexto terapéutico, tanto en su dimensión cognitiva como en su dimensión afectiva, ya que siempre está de buen humor y ánimo para las mismas. (Berjano, 2002).

### *5.1.3 Evolución*

A participó de esta actividad una vez por semana durante dos meses para poder dar cuenta de si hubo una evolución en la misma o si hubo complicaciones entre las veces que se realizaron

Como afirma Acuña y Risiga, (1997), la memoria está encargada de registrar la información, poder fijarla y luego reconstituirla. En esta actividad, la memoria así como también la atención era primordiales, ya que, en un primer momento de la actividad, el paciente tiene que prestar total atención donde se encuentra el dado y después poder adivinar, según el movimiento que se haya realizado y con total atención, donde se encuentra luego.

En un primer momento, el movimiento realizado fue sencillo. El cono de la izquierda, donde se encontraba el dado, fue movido hacia la derecha, quedando el dado en el cono del centro. Al realizar esto, se le preguntó al paciente donde se encontraba el dado, y señaló el del medio, contestando correctamente. Luego, se pasó a realizar dos movimientos, quedando el cono que contenía el dado en la derecha (antes de realizar cada movida, se le mostraba al paciente en donde se ponía el dado, para que dirija su atención hacia el mismo). Hecho esto, el paciente adivina nuevamente y se decide realizar tres movimientos para poder dar cuenta la atención del paciente. En conclusión se realizaron



cuatro movimientos de los cuales los cuatro fueron acertados. Esto quiere decir, según Atkinson y Shiffrin (1971), que la memoria de corto plazo se encuentra en buena proporción ya que el paciente pudo mantener la misma mediante repeticiones. Esta memoria depende del nivel atencional que posee la persona, lo que pudimos ver favorablemente en nuestro paciente ya que pudo realizar la tarea completa con éxito.

La misma actividad como se dijo anteriormente, fue realizada cada semana, y a partir de esto se pudo dar cuenta de que pudo ser realizada sin dificultad alguna. Se realizó con el mismo nivel de complejidad y los mismos elementos. En todas las ocasiones, el paciente pudo realizar nuevamente todo el ejercicio de manera correcta, acertando cada movimiento.

#### *5.1.4 Tarea de estimulación cognitiva: Caja con objetos*

Esta actividad, a diferencia de la anterior, se realizó una sola vez, ya que los resultados arrojados no fueron los esperados, y al momento de realizarla por segunda vez, el paciente se negó a la misma.

La tarea tenía como elementos una caja con una tapa, un pincel, un lápiz, cepillo de dientes, una maderita, un martillo y un tenedor. El objetivo de esta tarea es que el paciente reconozca los objetos que en un primer momento se encontraron sobre la mesa y luego que recuerde, a medida que se irán metiendo en la caja, los que están allí adentro. Una vez que se los nombró y se comentó para qué se utilizaban, se fueron metiendo de a uno y en la mitad se le preguntó cuáles eran los objetos y cuáles eran los que quedaron afuera. Peña Casanova (1999), afirma que es importante la utilización semántica en la estimulación cognitiva de la memoria, para ejercitar los procesos de categorización.

Es primordial la utilización de objetos porque disminuye la monotonía y por ende aumenta la motivación del sujeto y también su posible rendimiento cuando tiene que realizar durante una misma sesión varias actividades consecutivas. Esto es notorio, ya que cuando se realiza una actividad con bastantes objetos el paciente presta más atención a los mismos ya que para él es “divertido” tener gran cantidad de objetos sobre la mesa y de alguna manera los explora. (Peña Casanova, 2009).

### *5.1.5 Desempeño*

En las tareas de memoria realizadas a A, su predisposición siempre fue excelente en un primer momento de la misma. Como se dijo anteriormente, la utilización de estos objetos fue un plus para la tarea pero en ciertos momentos la atención del mismo decaía y no se pudo seguir con la tarea dispuesta a realizar.

### *5.1.6 Evolución*

Esta tarea fue realizada un día jueves, aproximadamente a las tres de la tarde. A se encontraba despierto y en condiciones de realizarla.

El primer elemento que se le mostró fue el cepillo de dientes, y a la hora de preguntarse cuál era la acción del mismo respondió acertadamente (“para cepillarse”). El cepillo fue dejado a un lado y el segundo elemento mostrado fue un lápiz, con el cual hizo un gesto como si estuviera escribiendo. Aquí, lo que no dijo con palabras lo demostró en un accionar, en un gesto, como si estuviera escribiendo. Al hacer este movimiento se le pidió si me lo podría decir con palabras, a lo que agregó, “se usa para escribir”. Esto quiere decir que poseía del todo la capacidad para poder mencionarlo, pero por alguna razón su intención estuvo dirigida a realizar el movimiento de escribir gestualmente.

El tercer elemento que se le mostró fue un martillo, y pudo reconocerlo ya que sin pedirle nada agregó “se usa para los clavos, pero ya no tengo fuerzas porque soy anciano”, a su vez que su cabeza baja, como sintiendo culpa por algo. Al realizar esta aclaración coincide con lo que afirma Salvarezza (1998), cuando aclara que el adulto mayor se enfrenta con ciertas pérdidas en su vida, y una de ellas es la pérdida de su ocupación, de su status social, el anciano se va reformulando el propio concepto de sí mismo, su propia identidad personal, así como también la aparición de sentimientos negativos (Costa & Mc Crae, 1980).

Al introducir el martillo en la caja, se le preguntó a A si recordaba los elementos que se le había mostrado anteriormente. El paciente respondió acertadamente, nombrando cada uno de los mismos de forma correcta en el orden en el cual se habían introducido en dicha caja.

Luego, se le presentó un cuarto elemento, un tenedor, el cual se lo quedó mirando unos pautados segundos. Al no poder reconocerlo mediante la utilización de la vista, recurrió a otro sentido, el tacto, y comenzó a recorrerlo de punta a punta. Realizado esto se quedó observándose para que de alguna manera se diera cuenta de que necesitaba ayuda, por ende, le comente que es un utensilio que se utiliza para comer, a lo que respondió “tenedor”: Aquí A necesito de un refuerzo, de una ayuda para poder nombrar el objeto, a diferencia de los anteriores con los cuales no tuvo dificultad alguna. También esto se debió a que la atención de Abraham declinó al no poder mencionar el objeto que tuvo enfrente, ya que cuando se le presentó el siguiente (el cual era una maderita), no pudo mantener la visión a la misma y se distraía con cualquiera voz que escuchaba a su alrededor, así como también cuando se le preguntó qué objetos se encontraban en la caja, no pudo nombrar ninguno de ellos. Según Atkinson y Shiffrin (1971), esto se debe a que la memoria de corto plazo tiene la característica de decaer rápidamente, a la vez que es muy reducida y depende del nivel atencional que la persona posea en ese momento. Esto es justamente lo que le sucedió a A.

Al obtener esta respuesta de A, se decidió terminar con la tarea en ese momento, ya que el nivel atencional, por ende la motivación del paciente, no se encontraba en el punto necesario para poder terminarla de manera adecuada. Al pasar esto se coincide con lo que afirma Pellegrini (1996), el cual afirma que el nivel atencional del paciente va disminuyendo a medida que pierde el interés del mismo.

También se puede coincidir con lo dicho por García (1997), cuando hace referencia a la atención voluntaria e involuntaria, que se corresponde con el grado de control que realiza el sujeto en el acto atencional y aclara que la atención de los adultos mayores, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye, y esto es lo que paso exactamente con A, ya que en determinado momento su atención disminuyó debido a la distracción y no se pudo completar la tarea correctamente.

En este caso, Gil y Pérez Martínez (1998), afirman que en los procesos demenciales, la atención no le permite al paciente guardar la información y por lo tanto esta comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y a medida que la enfermedad comienza a

avanzar el adulto mayor se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las tareas que realiza, lo que paso justamente con nuestro sujeto.

La primera tarea que se realizó en la cual los objetos eran los conos y el dado, fue repetida reiteradas veces obteniendo siempre los mismo resultados. El paciente pudo adivinar en todos los movimientos realizados, en qué cono se encontraba el dado. Por eso, es innecesario nombrar cada administración si siempre se encontraron los mismos resultados. Con respecto a la tarea de la caja y los elementos, en el cual debía reconocerlos y a su vez recordarlos, fue administrada una sola vez, ya que el paciente demostró desinterés en la medida que su atención iba disminuyendo. Si bien en un principio el paciente se encontraba dispuesto y con ganas de realizarla, una simple distracción produjo que la tarea no siguiera su curso, así como también, no pudo volver a ser administrada ya que A le encontró rechazo a la misma y por ende la actividad fue realizada una sola vez. Las demás tareas se relacionan estrechamente con la atención y serán nombradas y analizadas en el próximo apartado.

## ***5.2 Describir las tareas de estimulación cognitiva de atención en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.***

### ***5.2.1 Tareas de estimulación cognitiva: Memotest***

En esta tarea de estimulación cognitiva no solamente se trabaja la atención, sino que también la memoria está en juego. Esta actividad trata de seis cuadrados forrados con goma eva, en los cuales se encuentra pegada de un lado una figura. En los primeros dos cuadrados se encuentran como imagen una gallina, en los otros dos una frutilla y los últimos dos presentan como figura aviones. El objetivo de esta tarea es que el paciente pueda acertar, mediante movimientos, donde se encontraban las figuras que se irán dando vuelta. Por ejemplo, en un primer momento se le pondrán cuatro figuras desordenadas, se mostrarán, luego se darán vuelta y el paciente deberá adivinar donde está ubicado cada par.

Esta actividad está dirigida a estimular los procesos cognitivos, en este caso involucra tanto a la memoria como la atención. Si bien en la actividad se requiere un

registro de la información y poder restituir la misma, también tiene componentes en el cual el paciente debe realizar un proceso selectivo de información así como también poder realizar un mantenimiento de la misma (Luria, 1975).

### *5.2.2 Desempeño*

En el proceso en el cual se realizaron estas tareas, la administración de la misma se realizó de manera individual y en otro sector de la mesa donde usualmente se realizan los talleres. Esto se debió a que en la misma había mucha distracción, ya que la mayoría de los residentes que se encontraban allí no quería realizar ninguna actividad y estaban descontentos con estar allí. Por eso, se decidió que A se sentara en otra mesa para poder realizarla, ya que a diferencia de los demás, él sí se encontraba con ganas de realizar la actividad.

Esta tarea fue administrada cuatro veces en A, una vez por semana los días miércoles. No se presentó ningún tipo de problema en ningún momento y se pudo apreciar disfrute de parte del paciente por la manera de hacer chistes durante la misma y acotaciones sobre la actividad.

### *5.2.3 Evolución*

Como se dijo anteriormente, esta actividad fue realizada cuatro veces y primero se darán a conocer los resultados de las primeras dos veces que esta tarea se administró, luego, las dos que restan. Se debe aclarar que la cantidad de veces se debe a que las terapeutas ocupacionales me recomendaron este número ya que el paciente luego de realizar siempre la misma tarea se aburre, disminuye su atención hacia la misma y no se obtienen los mismos resultados. Esto concuerda con lo dicho por Gil y Pérez Martínez (1998), donde afirman que la pérdida de atención está relacionada íntimamente con la motivación que despierta la tarea que se está llevando a cabo, por ende, si la tarea ya fue realizada cierta cantidad de veces, el paciente pierde su motivación hacia la misma y por lo tanto baja el rendimiento.

Las primeras dos veces que fue administrada esta actividad se realizaron los mismos movimientos y se utilizaron las mismas figuras (dos cuadrados de goma eva con una imagen de gallina y dos con una imagen de una frutilla).

Se le mostraron las cuatro al paciente, y se le preguntó si podría nombrar que objeto se encontraba en cada cuadrado, a lo que respondió correctamente. Luego, dos de ellos se colocaron en la mesa con la figura para arriba y los otros dos de la misma manera debajo de los mismos. Una vez realizado esto, se le dijo al paciente que recuerde en que fila se encontraba cada objeto, ya que al darlos vuelta tendría que adivinar donde se encuentra cada uno. Dicho esto, asintió con la cabeza mediante un gesto, y se dispuso a resolver la actividad.

Cuando se le preguntó donde se encontraban las frutillas, señaló las dos figuras de arriba y se le propuso darlas vueltas por él mismo, a lo cual acertó, ya que allí se encontraban las mismas. Al preguntarle donde se encontraban las gallinas, señaló las dos faltantes y las dio vuelta. En su cara se visualizó un sentimiento de alegría, de sorpresa, al darse cuenta que lo había realizado correctamente. Este sentimiento es exactamente uno de los objetivos de la estimulación cognitiva, que el paciente obtenga seguridad de él mismo y poder incrementar su autonomía personal así como también poder estimular su propia identidad y autoestima (Casanova, 1999).

Luego de esto, las piezas se colocaron de forma diagonal, de manera que la tarea comience a complicarse. Se dejó que el paciente visualice donde se encontraba cada par y luego se las dio vuelta. Acto seguido se le preguntó a A donde se encontraban las gallinas, a lo que señaló una figura de arriba y la que se encontraba en diagonal hacia la misma. Se dejó que él mismo las dé vuelta y esa expresión en su cara volvió a aparecer, ya que había acertado. Realizada la primera etapa, las terapeutas ocupacionales acotaban que esta clase de ejercicio son los que el paciente disfruta más y a su vez los que mejor le salen, ya que ha realizado actividades más complejas y siempre se esfuerza por realizarlas de forma correcta. Por eso, esta tarea fue elegida porque se adaptó el nivel de deterioro de la persona a la misma para que la actividad pueda ser realizada de forma sencilla y exitosa (Peña Casanova, 1999).

Para poder exigir más al paciente, que cuenta con posibilidades de poder hacerlo, se le agregó una figura más a la actividad. Ahora se cuentan con seis cuadrados, los últimos dos incorporados poseen un avión como objeto. Se le explicó esto a A para que tenga en cuenta que deberá prestar mucha más atención y deberá recolectar más información.

Se armaron tres filas de forma horizontal y se le mostraron donde se encontraba cada figura, nombrándola una por una y mostrando cada ubicación. Una vez realizado esto, se dieron vuelta y se comenzó a preguntarle al paciente donde se encontraban cada una. La primera figura que debía adivinar eran las frutillas, que se encontraban en el medio. Señaló la fila y cedió a darlas vuelta, dándose cuenta de que estaba en lo correcto.

Luego se le preguntó por la ubicación de los aviones, siendo que estos estaban en la fila de abajo. En un momento se le notó a A la intención de señalar las filas de arriba, pero lo pensó un segundo más y se dirigió a las de abajo, la ubicación correcta. Este ejercicio fue realizado de forma exitosa por el paciente, quien a pesar de su deterioro pudo realizar parte de la tarea con éxito. Si bien su deterioro cognitivo es moderado-grave, se pueden dar cuenta que la estimulación cognitiva recibida durante los meses anteriores por las terapeutas ocupacionales dieron resultado. Si bien esta terapia no farmacológica no se dirige especialmente a recuperar definitivamente los procesos degenerativos, si está dirigida a poder mejorar la calidad de vida del paciente y poder potenciar sus habilidades cognitivas todavía preservadas por la persona, así como también mejorar el estado psico afectivo. Esto fue exactamente lo que sucedió en A, ya que a pesar de su deterioro ciertas funciones se pudieron potenciar y se ven en sus progresos adquiridos (Berjano, 2002).

Al preguntarle por las frutillas y por las gallinas, supo decir la ubicación correcta de estas dos, y se volvió a realizar nuevamente el procedimiento, cambiando solo la ubicación de las frutillas. En esta última etapa de la actividad, no hizo falta decir nada, ya que A en el momento que di vuelta las figuras, comenzó a darlas vueltas de forma correcta adivinando donde se encontraba cada par.

En este caso, no hubo necesidad de poder emitir palabra alguna, ya que A mantuvo su atención dirigida hacia la tarea y supo qué hacer en el momento indicado. Esto se debe a que tanto su atención como motivación, estuvieron siempre dirigidas de manera correcta hacia la tarea, y de esta manera no hubo aburrimiento por parte del mismo. En esta actividad no se presentó ningún sentimiento de inseguridad hacia la misma y como afirma Peña Casanova (1999), se trabajó con aquellas capacidades y procesos cognitivos preservados, tratando de buscar una ejecución competente de la persona, lo cual fue logrado de manera exitosa.

#### *5.2.4 Tareas de estimulación cognitiva: Tres conos con dos pelotas*

Esta tarea es similar a aquella realizada en el apartado anterior, con la diferencia que esta misma incluye dos pelotas en vez de una, para que el paciente este más atento al movimiento de los conos así como también de donde se encuentra cada pelota. Es la misma actividad, realizada con dos pelotas de diferentes colores. El objetivo de la tarea es que el paciente descubra en qué lugar se encuentra cada pelota, teniendo en cuenta el color. Los conos se moverán desde un primer comienzo de manera simple, dificultándola a medida que A acierte o no, la ubicación de cada una de ellas.

Se realizará esta tarea debido a que, como afirma Peña Casanova (1999), en estas tareas de estimulación cognitiva lo esencial es trabajar con procesos cognitivos medianamente preservados, en este caso la atención de A. De esta manera se realizara una ejecución competente de la persona enfocándose en el mantenimiento de la misma.

#### *5.2.5 Desempeño*

Se debe admitir que siempre el desempeño en A fue positivo, y en esta tarea no fue la excepción. Aunque el nivel atencional fue mayor que en las otras actividades, el interés por realizarla estuvo vigente desde un primer comienzo.

Esta actividad requirió dos procesos. Por un lado, se realizó con tres conos y dos pelotas, una de color amarillo y otra de color rojo. Una vez que esta tarea fue realizada de manera correcta, como se detallara a continuación, y las últimas dos veces, la pelotita roja fue sustituida para poder si A podía diferenciar uno del otro a la hora de responder a la actividad.

#### *5.2.6 Evolución*

Esta actividad es similar a la realizada en el otro apartado, con la diferencia, como se marcó anteriormente, que aquí se van a presentar dos pelotas en vez de una, diferenciadas por el color rojo y amarillo. Las terapistas ocupaciones recomendaron esta actividad, ya que ellas ven en A la posibilidad de que cuando se le modifica el grado de dificultad de la tarea, este podrá realizarla de manera exitosa, poniendo en sí, toda su



capacidad para lograrlo, ya que se demostró que el paciente es una persona muy capaz y predispuesta a realizar cada actividad.

Se colocaron los conos y se le mostró el lugar donde se ubicaron las dos pelotas, luego se realizó solo un movimiento, como para empezar. Al momento de señalar el lugar de cada una de ellas según su color, se observa que el paciente responde correctamente a la ubicación. Aquí se puede demostrar la importancia de la atención voluntaria, la cual afirma Luria (1975), que implica una concentración y control de la información, que está relacionada de manera directa con la voluntad. En esta actividad A demuestra voluntad al querer acertar en todo momento en la actividad. Si bien los conos fueron cambiando el lugar y la tarea fue tomando más dificultad, siempre se mantuvo su disposición a querer señalar en qué lugar se encuentra cada pelota.

La tarea se fue tornando más dificultosa y en vez de realizarse solos dos movimientos, se comenzaron a realizar tres, mostrando siempre antes de esto donde se encontraba cada pelota. En cada movimiento A supo donde se escondía cada una, lo que demuestra que tanto su capacidad atencional como su memoria, por lo menos en esta actividad, se enfocaron siempre hacia la tarea que se estaba realizando.

Esta actividad se realizó durante un periodo de dos meses, realizándose dos veces por semana. Si bien no en todo momento A pudo concretar la tarea de manera como se espera, fueron más las veces que concretaron de manera positiva, que negativas, es por eso que fue necesaria para poder observar la capacidad atencional que posee el paciente. Como afirma Berjano (2002), el objetivo de estas tareas siempre está enfocado a poder potencializar las habilidades cognitivas que se encuentran por el momento reservadas en menor o mayor grado. Por eso cada vez la tarea se fue realizando con más movimientos, para poder agregarle grados de dificultad y poder observar como el paciente las resolvía. Por otro lado Gil y Pérez Martínez (2008), sostienen que si la atención en los adultos mayores debe ser sostenida voluntariamente, disminuye, pero en este caso la atención no solo no disminuyo, sino que se podría decir que en cada movimiento aumentaba, ya que no hacia falta repetirle en qué cono estaba cada una de ellas, sino que él señalaba y nombraba el color de donde se encontraba cada una. Esto fue también una de las cosas a destacar, el habla de A, ya que por el deterioro cognitivo en el que él se encuentra, predomina la afasia

(alteración del lenguaje), y en esta actividad se pudo ver que él tuvo una disposición a poder articular las palabras, para que, aparte de señalar donde se encontraba cada pelota, también pudiera nombrarlas verbalmente.

### ***5.3 Describir las tareas de estimulación cognitiva de percepción en un paciente con demencia, durante dos meses, y analizar su desempeño y evolución.***

#### ***5.3.1 Tarea es estimulación cognitiva: Reconocimiento de objetos, animales y acciones cotidianas***

En estas actividades se trató de que el paciente pueda reconocer, mediante unas láminas de colores, objetos, animales y ciertas acciones cotidianas. Se le presentaron estímulos visuales con el objetivo de que A pueda distinguir alguna de las láminas presentadas. Las láminas están compuestas por: diez dibujos referidos a acciones cotidianas, diez en la que se encuentran animales y diez referidas a ciertos objetos y colores. Esta estimulación se debe a que los adultos mayores presentan problemas en el reconocimiento visual, en lo que respecta la percepción y al movimiento, entre otras cuestiones. Por eso mismo, las láminas son de pura claridad para el paciente, al que en momentos determinados, si no es capaz de responder hacia la misma, se le darán pistas para la correcta ejecución (Bartley, 1976).

Se le irán mostrando las tarjetas de a una, siguiendo un orden. Primero aquellas que contengan objetos y colores, segundo las que contienen los animales y por ultimo aquellas que representen las acciones cotidianas.

#### ***5.3.2 Desempeño***

Esta actividad en particular, requirió un gran esfuerzo por parte del paciente. A diferencia de las anteriores, las primeras veces que esta fue realizada, no se pudo llegar a lograr las respuestas deseadas o esperadas por él, y realizo un gran esfuerzo hacia las mismas. Esta actividad fue realizada una vez por semana, durante dos meses, como la mayoría de las anteriores. A medida que acertaba, se le fueron agregando más láminas por semana, para que no sean siempre las mismas y no se llegue al periodo donde el aburrimiento o la falta de motivación apareciesen.

#### 5.3.4 Evolución

Se pasará primero a describir el primer proceso, relacionado con las láminas referidas a los objetos y colores.

La primer lámina mostrada a A contenía un camión de color rojo a lo el paciente respondió correctamente con la palabra tal cual contenía la lámina. Se pasó a la siguiente y aquí se encontraban unas nubes azules y en este caso se quedó pensativo mirando a la misma pero no pudo responder, emitiendo con la cabeza el movimiento de “no”, por ende se pasó a la siguiente, en la cual se encontraba un peine, también de color rojo y aquí hizo un gesto pretendiendo convertirse en una acción y señalo la cabeza pero no pudo emitir la palabra misma, sino un movimiento de mano llevándola a la cabeza, por lo que aquí no pudo nombrar al peine pero si sabía para que se utilizaba.

La siguiente lámina contenía unos anteojos de color transparente a lo que aquí sí pudo soltar la palabra, por ende, se pasó a la siguiente tarjeta. Esta contenía un ramo de flores, al tener variados colores, tuvo que mirar atentamente para poder distinguir la imagen, que al final pudo repetir el nombre, pero dijo “flor”, en vez de “flores” o “ramo”.

Una taza contenía la siguiente lámina, y esta si le resulto fácil de decir, caso contrario sucedió con la próxima que se trataba de unas llaves. Para las siguientes láminas que contenían un televisor, una pelota, una silla y una mesa, aquí pudo acertar las mismas sin dificultad alguna, debe ser por el hecho de que estas se encuentran en el lugar donde reside y las observa con mucha frecuencia.

En las semanas siguientes, si bien se mostraron las mismas, se le agregaron cinco más, las cuales se mostraron intercaladas a las anteriores. Estos objetos eran: un auto, un tenedor, una pala, una bolsa y una cuchara. Los resultados obtenidos fueron exactamente los mismos a los anteriores y teniendo en cuenta las cinco laminas nuevas, tres fueron acertadas (las tres primeras), a lo que a las demás solo pudo realizar el gesto de “no”, dando por sentado que no los reconocía.

A éstas, se le agregaron aquellas que solo contenían un color en particular, como el rojo, el azul, el verde y el amarillo. A solo pudo distinguir el amarillo, dejando de lado los

demás colores. En lo que respecta a las siguientes semanas, pudo distinguir otro color más, el rojo. Solamente estos dos fueron los que A noto en las láminas.

Se pasó luego a las láminas que contenían a los animales. Estos era los siguientes: camello, pulpo, tortuga, mono, tucán, sapo, paloma, cebra, búho y un perro. En esta etapa A pudo diferenciar aquellos que le resultaban más familiares, aquellos que eran más conocidos y no muy difíciles de poder adivinarlos, por ejemplo, cuando se le mostró la lámina de la paloma, dijo “pájaro”. En los demás, solo pudo nombrar a la tortuga y al perro, y en los demás casos no se obtuvo respuesta alguna, aun dando alguna ayuda en particular, ya sea describiendo su color o su hábitat.

A medida que las láminas iban pasando, A observaba con atención cada animal, tratando de distinguir este mismo del fondo de la foto, para poder nombrarlo. La vez siguiente que esta actividad fue realizada, pudo acertar dos animales más de los acertados anteriormente. Estos fueron la tortuga y el búho, ya que justamente en estas dos laminas mantuvo la vista en ellas durante varios segundos, y no quería pasar a la siguiente sin poder acertar la que tenía en mis manos. Por ende, se pudo notar un gran esfuerzo del mismo por tratar de acordarse de que animal se trataba, negándose a la frustración.

El resultado de las láminas anteriores fue similar al obtenido en aquellas que contenían las acciones. Estas fueron mostradas a A una por una, dejando unos segundos más la lámina a la vista del paciente para que pueda reconocer mediante la percepción las acciones realizadas en la misma.

La primera lámina mostraba a una persona lavándose la cara, la cual A prestó atención hacia la misma, observando cada objeto que se encontraba para que pudiera ayudarlo a revelar la acción. Lo primero que nombro fue el “agua” y las “manos” de la persona. Aquí se realizó una ayuda, afirmándole que estaba en lo cierto pero que era necesario que nombrase la acción que la persona estaba realizando. El resultado no fue positivo, por ende, se pasó a la siguiente. Esta contenía una persona amasando, y se le pregunto a A que acción estaba realizando la persona, y pudo contestar de manera acertada con la palabra de la acción “amasar”. Las tres láminas siguientes que contenían la acción de afeitarse, lavarse los dientes y despertarse, se las mostro en forma seguida para que de

alguna manera él pueda relacionar una con la otra. Aquí solo pudo responder aquella que mostraba a la persona lavarse los dientes, ya que además de decir la acción, realizó un gesto como si la estuviera realizando el, dejando de lado a las otras dos que, a pesar de su concentración y el esfuerzo para poder darse cuenta de que se trataba, no pudo decir las.

Las siguientes eran acciones como tejer, limpiar, comer, cocinar y planchar. En la que se mostraba una señora planchando, A dijo “cuchara para pintar”. Relaciono la plancha con una cuchara y confundió una acción por la otra. En aquella en la que se mostraba un señor comiendo, dijo “tomando te”, si bien en la lámina había un vaso, no pudo concentrar su atención en la acción en sí, sino en los objetos a su alrededor. En la lámina que refería a la acción “limpiar”, A dijo “cocinar”, aquí también hubo un error de percepción en la figura y confundió una acción por la otra, ya que cuando se le mostro la lámina que realmente era “cocinar”, no supo responder a la misma.

Esta situación fue similar cuando, luego de una semana, se le volvió a administrar al paciente. Si bien los errores no fueron relatados de la misma manera por él, si se pudo notar un entrecruzamiento de las acciones y no pudieron ser resueltas con éxito.

Teniendo en cuenta las actividades realizadas con las láminas, podemos afirmar que hay un déficit en el procesamiento visual de Ab que se relaciona, a su vez, con el entretencimiento de poder reconocer el estímulo visual que se le presenta. Esto se pudo dar cuenta en aquellas laminas donde el paciente tardo varios segundos en reconocer la acción que se estaba realizando en la misma, o ya sea aquellas que contenían a los animales (Bartley, 1976).

El razonamiento en estas actividades es totalmente implícito, donde el paciente debe de buscar en su memoria información con la que pueda relacionar aquello que está siendo percibido. Esto fue exitoso en algunas ocasiones y dificultoso en otras, como se pudo dar cuenta anteriormente de forma detallada. Aquí se pudo dar cuenta de una dificultad para recordar por parte del paciente (Gil & Pérez Martínez, 1998).

## **6. Discusión**

A partir de las actividades realizadas de manera continua en esos últimos dos meses, teniendo en cuenta el nivel de deterioro del paciente para realizar las mismas, se considera haber arribado a los objetivos previamente planteados.

De esta manera, se pudo dar cuenta, como lo plantean los objetivos, describir aquellas actividades de estimulación cognitiva previamente seleccionadas para el nivel de deterioro del paciente, analizar el desempeño del mismo a nivel conductual y atencional y también la predisposición que tuvo en cada momento de la actividad. La evolución del mismo se pudo dar cuenta en aquellas actividades que le resultaron de interés, por lo que se detallará aquellas circunstancias que impidieron controlar la misma.

En primer lugar se describió el paciente mismo, revelando el nivel de deterioro que posee para poder ver el nivel de exigencia de las actividades elegidas. Estas mismas fueron elegidas junto con las terapistas ocupacionales. Las mismas fueron las encargadas de la selección de los elementos y la predisposición de los mismos en cada actividad.

Una vez realizadas las actividades, se encontraron tanto convergencias como divergencias con respecto al marco teórico planteando, dado que las respuestas a las actividades no siempre fueron como lo citan diversos autores, en lo que respecta a la capacidad atencional, de memoria y de percepción.

Estos diversos resultados van en concordancia con lo que propone Fustiononi (2002), que si bien las funciones cognitivas experimentan ciertos cambios en el envejecimiento normal como en el patológico, en lo que respecta al adulto mayor, es necesario la estimulación de las mismas para poder estimular aquellas que se encuentran preservadas, teniendo en cuenta que en toda estimulación no se reacciona de la misma manera.

Estas reacciones se pudieron observar en casi todas las tareas de estimulación cognitiva que se le realizaron a A. Si bien siempre su predisposición estuvo intacta, ciertas tareas le resultaron aburridas o se distrajo en las mismas y estos son dos de los factores que intervienen en el desempeño y la respuesta hacia las mismas. Lo cual se relaciona estrechamente con la atención y motivación del paciente en ese momento exacto, ya que si la atención se debe sostener de manera voluntaria, esta decaerá, por eso siempre se debió tener en cuenta el refuerzo hacia el paciente para que continúe con su atención sostenida en la tarea realizada en ese momento.

A partir del marco teórico expuesto, se sabe que el deterioro cognitivo en la vejez revela la existencia de un problema que debe ser descubierto para adoptar las medidas terapéuticas oportunas (Fustinoni, 2002). En este caso, es importante la ejercitación de las funciones cognitivas en el ambiente cotidiano del adulto mayor, como la memoria, la atención y la percepción, entre otras. Al realizarle al pacientes las tareas de estimulación, se pudo dar cuenta que algunas de estas funciones se encontraban preservadas e incluso en determinadas ocasiones se incrementaban en determinadas tareas. Esto está determinado por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones, entre otros (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

Una de las cuestiones más llamativas en el transcurso de las actividades, fue el nivel de exigencia que se le presentaba a A. Es una persona mayor muy capaz en realizar las actividades, por eso el nivel de exigencia fue aumentando cada vez más hasta llegar al máximo de su potencial. Esto fue aconsejado por las terapistas ocupacionales, ya que las tareas que el paciente realizaba anteriormente se encontraban por encima de su potencial y pudo realizarlas con éxito.

Si se deben tener en cuenta las funciones cognitivas de manera individual. Con respecto a la memoria de A en relación solamente con las tareas que se re realizaron, se puede concluir que si bien esta es la encargada de registrar la información, de fijarla y restituirla, esto pudo probarse en algunas de las actividades. Si bien los resultados que se obtuvieron fueron más de los esperados, no se podría afirmar que la memoria del paciente

se encuentra totalmente preservada. Si bien pudo responder a las tareas y pudo evocar la información pedida en ese momento, en algunas oportunidades, no siempre se evocó correctamente. Por ende, la memoria de trabajo, la cual es la encargada de pasar la información retenida a la memoria de largo plazo, en los adultos mayores con deterioro cognitivo presenta deterioro, que trae como consecuencia la incapacidad de procesar la información de lo que se pudo dar cuenta en algunos detalles de dichas actividades (Baddley, 1992).

En cuanto a la memoria de corto plazo del paciente, teniendo en cuenta la conclusión de cada actividad, se puede afirmar que la misma se encuentra gradualmente preservada, ya que se logró mantener en las repeticiones de las actividades, dependiendo del nivel atencional que poseía el paciente en ese mismo momento, el cual estaba concentrado en la tarea que se encontraba realizando. Si bien la predisposición hacia las mismas fue positiva en el 80% de los casos, el otro 20% dependió también de las distracciones observadas en esos momentos así como también la motivación del mismo (Atkinson & Shiffrin, 1971).

Considerando a la memoria sensorial y a la memoria de largo plazo se pudieron sacar las siguientes conclusiones. En la primera, la cual se encarga de la percepción de la información, se puede relacionar con la percepción del paciente hacia los talleres realizados. A pudo dar cuenta de una percepción de la información que se estaba trabajando en esos momentos, así como también hubo un reconocimiento hacia las mismas cuando se realizaron por segunda, tercera y cuarta vez. Hubo un reconocimiento del mismo hacia lo que debía hacer, una percepción de la información y una evocación de la misma, relacionada también con la memoria procedural del mismo, que indica un reconocimiento del procedimiento de las tareas, ya que en la mayoría de los casos, el paciente sabía qué debía hacer (Fernández-Ballesteros, 1992).

Entonces, la memoria de A, pudo ser estimulada de manera que aquellas funciones preservadas pudieran estimularse aún más para dar cuenta de la capacidad y el nivel de la misma a la hora de evocar más tareas que requieran un nivel mayor de complejidad.



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en aquellas tareas donde se requería un nivel atencional adecuado a la misma, se puede concluir que la atención voluntaria fue predominante en la mayoría de las tareas. Esta es aquella que implica concentración y control y se relaciona con la voluntad. Se concluye esto ya que se observó en A siempre la voluntad de poder prestar atención en cada actividad así como también el esfuerzo por realizarla de la manera adecuada. Si bien depende del grado de control que se encuentre en el sujeto, se demostró que el paciente casi siempre estuvo predispuesto hacia las mismas (Luria, 1975).

Por otro lado y teniendo en cuenta los distintos tipos de atención que clasifica García (1997), se puede decir que las predominantes son: la atención externa, ya que el sujeto exterioriza su atención hacia los objetos de la tarea que está realizando, la atención abierta, ya que está enfocado hacia los estímulos que se le vayan presentando en la misma, atención voluntaria, porque se observa un grado de control en la atención del paciente en el acto atencional y tanto la atención visual como auditiva se pusieron en juego de manera corriente. En cuanto a la atención sostenida si hubo dificultades en ciertas partes de ciertas actividades, ya que se presentó la distracción y eso hizo que la atención se disminuyera en cierto punto, lo cual para los adultos mayores con demencia, luego es difícil de recuperar al instante.

Por ende, a nivel atencional, se puede sostener que si bien la atención del paciente no se encuentra de manera preservada el 100%, las actividades y tareas que se le presentaron en dichos talleres pudieron realizarse con éxito debido al nivel motivacional del mismo tanto en cada movimiento como en el pasaje de una actividad a otra.

En cuanto a la percepción del mismo, tomando como referencia las láminas presentadas de manera individual, se puede concluir que se presenta un deterioro mayor que las otras funciones de manera tal que, al estar todas relacionadas entre sí, hubo fallas relacionadas con el reconocimiento.

Esto hace referencia, por ejemplo, cuando el paciente no puede distinguir un color de otro, esto se relaciona a que las personas con este tipo de deterioro cognitivo tienen dificultad para distinguir un color de otro, en especial los verdes y los azules.

El proceso demencial en estas actividades se encuentra demasiado a la luz, ya que aquí se puede dar cuenta de la falta de capacidad del mismo para poder recordar, porque aquel material con el que debería comparar aquello que se está percibiendo, se pierde, y esto trae como consecuencia la incapacidad de poder interpretar y reconocer ciertas situaciones que se le presenten (Gil & Pérez Martínez, 1998).

En conclusión, se puede decir que A, se encuentra transcurriendo en un periodo de envejecimiento en el cual la demencia es predominante en el mismo y está atravesado por diferentes variables (psicológicas, biológicas, sociológicas, antropológicas y filosóficas) que se encuentran de manera explícita en la vejez (Ferrero, 1998).

Se podría decir también, que este deterioro se fue incrementando debido que hubo una pérdida de sus contactos familiares a medida que fue pasando el tiempo, y esto pudo haberle generado un malestar hacia el mismo que condicionan de alguna manera el curso de su deterioro (Salvarezza, 1998).

En cuanto a lo cognitivo, claramente se pudo dar cuenta de una pérdida progresiva de las funciones cognitivas que son tratadas mediante la ejercitación de las mismas, como lo realizan las terapistas ocupacionales en la institución. Si bien no es posible la cura de los mismos, si se pudo notar la estimulación y el mantenimiento de las funciones mientras se residió en la institución.

Como se nombró anteriormente, las funciones que fueron estudiadas en los apartados, se encontraron déficits en las mismas, de manera más agravada o no, pero que son parte del continuum de la demencia en esta etapa del deterioro. Los desgastes en estas funciones no repercuten de la misma manera una de otra, algunas se encuentran más preservadas que otras, y otras más deterioradas en comparación de las demás. Por ende, la

estimulación cognitiva debe seguir de manera tal que estas funciones no comiencen a deteriorarse con rapidez.

Una limitación del presente trabajo, es no haber podido tener el espacio suficiente para poder realizar cada actividad, en cuanto a lo individual, ya que si estas tareas se realizaban en un espacio en donde el paciente se encontrara aislado, no se habrían encontrado aquellas distracciones por parte del paciente mismo que de alguna manera obstaculizaron algunas de las actividades. De esta manera, la atención estaría focalizada un cien por ciento en la tarea que se está realizando.

En cuanto a lo personal, algo que se podría haber modificado serían las tareas que en su momento fueron recomendadas por las terapeutas para realizarle al paciente. Algunas de ellas fueron repetidas varias veces, ya que no se contaba con otros materiales para la evaluación de las funciones correspondientes que sean adecuadas para el paciente. Esto hizo que en algunos casos A encontrara ciertas tareas aburridas, entre otras cuestiones.

Si bien estos talleres se desarrollaban lunes y miércoles por la tarde y martes por la mañana, lo ideal hubiese sido realizar las actividades todos los días, de diferente manera y con diferentes estilos, para así obtener una evaluación del paciente más detallado y con más convergencias o divergencias. Esto no pudo llevarse a cabo ya que por la tarde del martes, jueves y viernes estos talleres no se encuentran disponibles en la sala de terapia ocupacional. Si esto se hubiese llevado a cabo, el trabajo sería mucho más rico en cuanto a su contenido y se podría obtener una evaluación más global del paciente.

En una perspectiva general en cuanto a la institución y los residentes, se puede concluir que este lugar brinda toda la atención que estos mismos necesitan. La atención hacia los residentes es sumamente individual, tanto en actividades en general, como en los talleres dentro de la sala de terapia ocupacional.

En otros talleres de los cuales se participó, cuando A no quería bajar a la sala de terapia ocupacional, estaba dedicado a la estimulación física y corporal, mediante técnicas

que hacían ejercitar las articulaciones de los pacientes. Aquí se pudo notar la dedicación en cada uno de ellos. Aquí no se hace referencia solo a los talleres en sí, sino en cada uno de los sectores del hogar estos servicios están vistos de esta manera.

Se pudo dar cuenta de la dedicación de cada una de las personas que trabajan allí, tanto el personal como aquellos acompañantes terapéuticos que se encuentran con los residentes.

Al transcurrir de los días, la empatía comienza a hacerse más fuerte, tanto con los residentes como con las terapistas ocupacionales que ayudaron en todo momento, ya sea por dudas o por cuestiones más técnicas. El trato con las mismas fue siempre positivo.

En cuanto al trabajo en general, fue una experiencia realmente satisfactoria y enriquecedora, y en cuanto a lo personal, fue felicidad absoluta relacionarse en esos dos meses con las personas que integraron ese grupo, tanto los profesionales como con las personas adultas mayores. Si bien este trabajo estuvo atravesado por la terapia ocupacional, como se dijo, fue satisfactorio y de gran aprendizaje realizar este tipo de actividades. Por otro lado, en la institución no había psicólogos, por ende no se pudo obtener una perspectiva más psicológica para el desarrollo de este trabajo, solo se contó con los aportes de las terapistas. Si se hubiera contado con este apoyo faltante, el trabajo hubiese estado más concentrado en lo más psicológico con respecto a la persona.

Hoy en día, esta institución se caracteriza y se ha caracterizado por el excelente trabajo que se realiza con los adultos mayores. La estimulación sobre los mismos permiten que estas funciones puedan preservarse y mantenerse en el transcurso de su deterioro cognitivo.

Además de la estimulación, poseen otras técnicas que ayudan al rendimiento y a mejorar la calidad de vida del día a día de los adultos mayores que residen allí, ofreciéndoles variadas actividades que van desde el cine hasta actividades relacionadas con la jardinería.

En conclusión, las técnicas de estimulación cognitiva que realizan las terapistas ocupacionales en esta institución garantizan y proveen un mantenimiento de las funciones cognitivas, y como su nombre lo indica, una intensa estimulación que varía según el tipo de deterioro del paciente, para adaptar cada tarea a su nivel de deterioro, por eso, es necesario este tipo de actividades para que adulto mayor pueda vivir el resto de su vida con una mejor calidad de vida

## 7. Bibliografía

- Acuña, M y Risiga, M. (1997). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. Buenos Aires: Paidós.
- American Psychiatric Assosiation. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of DC, mental disorders* (4a.ed). Washington, DC, E.E.U.U.
- Atkinson, R.C y Shiffrin, R.M. (1971). The control of short-term memory. *Scientific American*, 225, 82-90.
- Baddeley, A. (1986). *Working memory*. London: Oxford Univ. Press
- Bartley, H. (1978). *Principios de la percepción*. México: trillas.
- Berjano Peirats, E. (2002). Impacto social de la rehabilitación en los mayores: Percepción de los mayores ante sus problemas de salud. *Revista geriátrica*, 18(4), 12-20.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós
- Butler, R.N (1993). *Envejecimiento global: Desafíos y oportunidades del próximo siglo*, Gerontología Mundial, Año 1, N°1, Buenos Aires.

- Calero, M. D. (2003). La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. *Revista geriátrica*, 38(6), 305-307.
- Costa, P.T y Mc Crae, R.R. (1980). Influences of extroversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38, 668-678.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fernández-Ballesteros y Col. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca.
- Ferrero, G. (1998). *Envejecimiento y vejez (nuevos aportes)*. Buenos aires: Atuel.
- Fustionini, O. (2002). Deterioro cognitivo y demencia. *Cuadernos de medicina forense*, 1, (1), 39-44.
- García Sánchez, A. E. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y demencia. *Revista Psiquiátrica Fac Med Barna*, 29, (6), 374-378.
- García Sevilla, J. (1997). *Psicología de la atención*. Madrid: Síntesis
- Jaro, M. (s/f). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 2, (20), 4-10.
- Luria, A.R. (1975). *Atención y memoria*. Barcelona: Martínez-Roca
- Mc Gowan, T. (1996). Ageism and discrimination. *Enciclopedia de gerontología*, Academic Press, Nueva York.
- Pascual, G., Barles, G., Labordo Soriano A, A. y Loren Torres, L. (1998). Cognición, un binomio unido a la vejez. *Revista geriátrica*, 14(3), 57-60.
- Pelegrini, M. (1996). Materiales del curso de postgrado. *Evaluación neuropsicológica del envejecimiento*. Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Peña Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de alzheimer, fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: teoría y práctica*. Buenos aires: Paidós.
- Sánchez Gil, Y. y Pérez Martínez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor, *Revista psiquiátrica*, 24(2), 3-20.
- Timiras. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.