



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN EDUCATIVOS

TÍTULOS A OBTENER:

LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA.

PROFESORADO EN PSICOPEDAGOGÍA.

TÍTULO DE LA TESINA:

“LA REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA DE LA MEMORIA EN ADULTOS MAYORES QUE PADECEN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LAS FASES LEVE Y MODERADA”.

ALUMNA: Copparo, Yanina.

D.N.I: 27.115.639.

LEGAJO: E2 -18797.

AÑO: 2015.

ÍNDICE

	Página
ABSTRACT	6
AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCIÓN	10
PARTE I: MARCO TEÓRICO.	
Capítulo 1: “Envejecimiento Normal y Patológico”.	
1.1. Envejecimiento Normal.	14
1.1.2. Cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales.	
1.1.2.1 Cambios biológicos.	15
1.1.2.2 Cambios cognitivos.	18
1.1.2.3 Cambios psicológicos	19
1.1.2.4 Cambios sociales.	21
1.2. Envejecimiento Patológico.	23
1.3. Envejecimiento Poblacional.	25
1.4. Envejecimiento en la Argentina.	26
1.5. Psicopedagogía y vejez.	27

Capítulo 2: “Memoria”

2.1. La Memoria y sus tipos.	29
2.2. Recuerdo y Olvido.	33
2.3. Memoria y Envejecimiento.	34
2.4. Memoria y Alzheimer.	37

Capítulo 3: “La Enfermedad de Alzheimer”.

3.1. Demencia.	39
3.2. La Enfermedad de Alzheimer.	44
3.2.1. Síntomas.	46
3.2.2. Causas.	47
3.2.3. Etapas Evolutivas de la EA.	49
3.2.4. Modelo Involutivo de la EA.	55
3.2.5. Diagnóstico y Evaluación.	56
3.2.6. Tratamiento.	61
3.2.7. Prevalencia.	64
3.2.8. Incidencia.	65

Capítulo 4: “La Rehabilitación Neurocognitiva”.

4.1. ¿Qué es la Rehabilitación Neurocognitiva?	65
4.2. Plasticidad Neuronal.	67
4.3. Modalidades de Abordajes de la Rehabilitación Neurocognitiva.	68
4.3.1. Abordaje Funcional.	69
4.3.2. Abordaje Cognitivo.	71
4.4. Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria en la E. A.	72
4.4.1. Facilitación de la codificación y recuperación de la información.	73
4.4.2. Aprendizaje de nuevos conocimientos.	73
4.4. 2.1. La recuperación espaciada.	74
4.4.2.2. El método de las claves evanescentes.	74
4.4.2.3. El método de aprendizaje sin errores.	75
4.4.3. La utilización de ayudas de memorias externas.	75

PARTE II: MARCO METODOLÓGICO.

Capítulo 5: “Esquema de Trabajo de Campo”.

5.1. Planteo del problema.	77
5.1.1. Tema.	77
5.1.2. Objetivos generales.	77

5.1.3. Objetivos específicos.	77
5.1.4. Preguntas de Investigación.	78
5.2. Definición del tipo de investigación.	79
5.3. Selección del diseño de investigación.	80
5.4. Delimitación de la investigación: unidades de análisis.	80
5.5. Profesionales seleccionados.	80
5.6. Técnicas de recolección de datos.	81
Capítulo 6: “Análisis de los datos”.	
6.1. Entrevista a profesionales calificados.	83
6.1.1. Entrevista a psicopedagoga.	83
6.1.2. Entrevistas a psicóloga y fonoaudióloga.	87
6.1.3. Entrevistas a terapistas ocupacionales.	94
6.1.4. Entrevistas a neurólogos.	97
6.1.5. Entrevista a médicos geriatras.	101
PARTE III: CONCLUSIONES FINALES.	104
PARTE IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	114
ANEXOS.	120

ABSTRACT

La siguiente tesina tiene como principal objetivo mostrar el trabajo del psicopedagogo en el campo de la vejez, destacando su capacidad para llevar adelante terapias no farmacológicas, en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer.

Es importante resaltar que, este tratamiento apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, a través de procedimientos y técnicas que permiten enlentecer el deterioro cognitivo y potenciar las habilidades que aún se encuentran preservadas. Todo esto gracias a la plasticidad que tiene nuestro cerebro, lo que le permite desarrollar, mantener y reorganizar sus conexiones, luego de una injuria o cambio sufrido y siempre, en respuesta a una adecuada estimulación.

Este trabajo busca indagar sobre la terapia de rehabilitación neurocognitiva de la memoria en un momento dado del desarrollo evolutivo de la persona que padece una enfermedad neurodegenerativa en sus primeras fases.

El interrogante a responder es: ¿cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer en las Fases Leve y Moderada?

En la introducción, se trata sobre cómo las nuevas políticas en salud y los avances tecnológicos, entre otras cosas, han producido una prolongación en la esperanza de vida de las personas y, por ende, el aumento de la prevalencia de las demencias. Además, se destaca al psicopedagogo como un profesional capacitado para trabajar como rehabilitador neurocognitivo en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Este trabajo se compone de cuatro partes fundamentales: el marco teórico, en el que se desarrolla la teoría que fundamenta la investigación; el marco metodológico, donde se definen cuáles son las acciones necesarias para analizar el problema planteado; las conclusiones finales, en las que se explicita la proposición a la cual se ha arribado; y las referencias bibliográficas, donde se detallan los datos secundarios.

El marco teórico se desarrolla en cuatro capítulos que dan cuenta de los principales temas implicados en la investigación.

El capítulo 1, se refiere a aquellos cambios físicos, psíquicos, cognitivos y sociales que se producen en el envejecimiento normal, como, así también, en el envejecimiento patológico.

En el siguiente capítulo, se describe la memoria y sus diferentes tipos, las fallas y su relación con el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer.

En el capítulo tres, se desarrolla la definición y los criterios necesarios para el diagnóstico de las demencias y la enfermedad de Alzheimer. También, se detallan aspectos fundamentales dados en cada fase de la enfermedad a través de la Escala de Deterioro Cognitivo (GDS). Para finalizar, se realiza una descripción sobre la influencia de la enfermedad de Alzheimer en la memoria.

En el último capítulo, se define el concepto de rehabilitación neurocognitiva, sus tipos de abordajes (enfaticando en los problemas de memoria), y culmina con el rol del psicopedagogo como profesional idóneo para este tipo de terapias.

Palabras clave: Envejecimiento – Memoria - Deterioro Cognitivo – Enfermedad de Alzheimer - Neuroplasticidad – Rehabilitación Neurocognitiva.

Para “Anita”, mi abuela paterna...

AGRADECIMIENTOS

*A mis hijos, Tomás y Alejo porque los amo
y son los que me impulsan a querer superarme cada día..*

A Mauricio, mi compañero y el amor de mi vida...

*A mis padres, por la educación y los valores que me brindaron,
enseñándome que el esfuerzo y la dedicación otorga mejores frutos...*

A mis hermanas, mis cómplices e incondicionales de siempre...

*A mis compañeras y amigas de la facultad,
ya que sin ellas este camino hubiese sido más difícil y,
sobre todo, más aburrido...*

*A familiares y amigos que me apoyaron y ayudaron
durante estos años para que pudiese cursar la carrera...*

A todos los profesionales que participaron en esta investigación...

*Y, finalmente, a los docentes y directivos de la Facultad de Psicopedagogía
que me proporcionaron las herramientas para comenzar a
desarrollarme como profesional.*

“El cuerpo se me arruga, pero no el cerebro.

*Mantén tu cerebro ilusionado, activo,
hazlo funcionar y nunca se degenerará”.*

Rita Levi Montalcini

(Neuróloga italiana. Premio Nobel de Medicina, 1986).

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos, el éxito de las políticas sanitarias, el descenso de la mortalidad y las mejoras nutricionales, han posibilitado el incremento de la expectativa de vida de las personas, ya sea en países desarrollados como en desarrollo.

Gracias a ello, hoy, es posible mencionar una “cuarta edad” que comienza luego de los 80 años. Esta prolongación en la vida de los hombres ha instalado nuevas problemáticas en lo que refiere al diseño y a la economía de la salud, ya que es sabido que las demencias se acrecientan con la edad. Entre las más frecuentes pueden citarse, la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

El psicopedagogo al ocuparse del aprendizaje del sujeto en las diferentes etapas evolutivas, interviene en la tercera y cuarta edad a través de terapias de estimulación o rehabilitación neurocognitiva, ya sea se trate de envejecimiento normal o de envejecimiento patológico.

Este profesional realiza una importante labor mediante la evaluación neuropsicológica y el tratamiento de estos pacientes.

La presente tesina se propone investigar acerca de la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en las Fases Leve y Moderada. La misma indaga sobre: cuáles son los signos clínicos característicos de la Enfermedad de Alzheimer en las fases de deterioro cognitivo leve y moderada, qué objetivos se pretenden alcanzar mediante la rehabilitación neurocognitiva de la memoria aplicada a adultos mayores con este diagnóstico, qué tipo de abordajes terapéuticos existen en la rehabilitación neurocognitiva de la

memoria según el grado de deterioro cognitivo del paciente, si es necesario en todos los casos acompañar a la terapia de rehabilitación neurocognitiva con otra de tipo farmacológica, qué puntos débiles se evidencian en este abordaje, qué formación académica específica se precisa para desempeñarse como rehabilitador neurocognitivo, cuál es el rol del psicopedagogo en este tipo de terapias y qué aportes puede brindar desde su profesión a dicha área.

A partir de estos interrogantes puede establecerse el siguiente problema:

“¿Cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer en las Fase Leve y Moderada?” Y “¿Cuál es el quehacer psicopedagógico en este tipo de terapias?”

En base a lo expuesto, se plantean los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivos Generales:

1. Conocer cómo repercute la Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria en adultos mayores diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer en las Fases Leve y Moderada.
2. Indagar acerca del rol del psicopedagogo en este tipo de intervención.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Caracterizar los síntomas y signos clínicos dados en la memoria en estos grados de deterioro cognitivo.
- 1.2. Describir cuáles son las terapias de Rehabilitación Neurocognitiva practicadas para este tipo de demencia.

1.3. Identificar las diferentes terapias posibles de aplicar para la Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria, según el grado de la enfermedad.

1.4. Establecer el nivel de importancia que tiene el tratamiento farmacológico en estos casos.

1.5. Averiguar cuáles son los puntos débiles que pueden encontrarse en este tratamiento.

2.1. Conocer cuál es el encuadre de trabajo dentro de este tipo de terapia.

2.2. Describir qué tipo de aportes puede brindar el psicopedagogo en esta área.

Entre las investigaciones sobre este tema se destacan:

Antecedentes Nacionales:

“El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer” (2009). La investigación realizada por Davicino y otros, se centra en la descripción del rol psicopedagógico en los procesos de estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Tiene como finalidad describir las características fundamentales de dicha patología, destacando la importancia de la estimulación cognitiva en su abordaje.

El aporte de este trabajo apunta a destacar al psicopedagogo como un profesional apto para realizar tareas específicas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros y perturbaciones del proceso demencial.

Antecedentes Internacionales:

“Aplicación de un programa de Estimulación de Memoria en enfermos de Alzheimer en Fase Leve” (2004). Esta tesis fue elaborada por Domenech Pou, su objetivo es evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria aplicado a enfermos de Alzheimer en fase leve. Los resultados evidenciaron mejoría en el rendimiento cognitivo global a lo largo del tratamiento, en el mantenimiento de la memoria y de las actividades funcionales de la vida diaria y en la mejoría de los estados de ánimo.

“Estudio sobre los efectos del tratamiento combinado (fármaco y Estimulación Cognitiva) en la recuperación de funciones cognitivas en la Enfermedad de Alzheimer” (2003). Requena Hernández León, se propuso investigar los efectos que se producen en el enfermo de Alzheimer que recibe un tratamiento combinado y los que no. Concluye que los sujetos que han recibido tratamiento combinado y los sujetos que han recibido sólo tratamiento cognitivo mejoran significativamente en el área cognitiva y emocional frente a los que no han recibido tratamiento y los que sólo han recibido tratamiento farmacológico.

PARTE I: MARCO TEÓRICO.

Capítulo 1: “Envejecimiento Normal y Patológico”.

“Cada cual envejece tal y como ha vivido”

Cornachione Larrinaga, 2008.

1. 1. Envejecimiento Normal.

Existen diferentes denominaciones sobre el concepto de envejecimiento, entre los cuales pueden mencionarse: senectud, ancianidad, tercera edad, etc.

La senectud es definida como la etapa que vive el ser humano tras la madurez. Se inicia entre los 60 y 65 años de edad, aproximadamente, y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales (Gómez Cabrera, 2008).

Este concepto se contrapone al de senilidad. De esta manera, se asocia a la senectud con el envejecimiento normal y a la senilidad con el envejecimiento patológico.

En base a estas ideas, Mangone (2002) distingue entre:

Envejecimiento usual (promedio) o típico: envejecimiento secundario: definido como los cambios causados por los efectos combinados del proceso de envejecimiento y de factores adversos relacionados con el medio, el estilo de vida y la ocurrencia de enfermedades.

Envejecimiento exitoso o “puro”: envejecimiento primario o intrínseco: son los cambios debidos exclusivamente al proceso de envejecimiento, no complicado por el daño atribuible al medio, estilo de vida o enfermedad.

Desde un punto de vista, Caballero García (2013), asegura que se acostumbra a diferenciar al “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico” que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos.

Tanto uno como otro (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes) hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas.

La intensidad y el tiempo necesario para desarrollar los procesos del envejecimiento, varían de una persona a otra, dependiendo de numerosos factores, que van desde el tipo de alimentación, a la base genética tisular, la personalidad individual, los objetivos existenciales, el estilo de vida, el ámbito geográfico, etc.

En este mismo sentido, Cornachione Larrinaga (2008), plantea que el envejecimiento humano es un proceso que está caracterizado por la diversidad. Entre los factores más significativos que la determinan esta se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. La vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación.

En este orden de ideas, la vejez, debe entenderse como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia y la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida (Marín, 2003).

En resumen, puede decirse que el envejecimiento, ya sea normal o patológico está caracterizado por su diversidad, debido a que cuando envejecemos no todos lo hacemos de la misma manera. Aunque, es importante destacar que, existen un conjunto de cambios y acontecimientos por los que atraviesa la persona en su proceso de envejecimiento que le otorgan cierta particularidad a dicha etapa.

Así, durante la senectud emergen una serie de transformaciones y sucesos producidos a nivel biológico, cognitivo, psicológico y social, que asignan características propias y distintivas a esta parte de la vida.

1.1.2. Cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales.

1.1.2.1 Cambios Biológicos.

Para Salvarezza (1998) de todos esos cambios experimentados en esta etapa evolutiva, parecen ser las modificaciones biológicas aquellas sobre las que el sujeto puede conseguir ejercer un menor grado de control. Ello es debido a que en el caso del anciano, las modificaciones físicas dependen de variables y factores que escapan a sus posibilidades de intervención, en mayor grado que en otras etapas evolutivas anteriores.

El aspecto general refleja el envejecimiento; la silueta se pone pesada por la gordura que predomina en ciertas regiones (vientre, caderas). La piel pierde su hidratación y su elasticidad, se arruga, las varicosidades se acusan, las venas sobresalen, los cabellos encanecen y se hacen escasos (Ey, 1969 citado en Salvarezza, 2002).

La talla disminuye debido, fundamentalmente, a cambios que acontecen en la columna vertebral (...) La marcha se modifica por los cambios en el sistema nervioso y muscular (pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos). La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañante (Marín, 2003).

Salvarezza (2002), sostiene que a todas estas transformaciones dadas en el aspecto general del adulto mayor se suman alteraciones autoperceptibles de las funciones cognitivas oculares y auditivas, el incremento de la fatiga muscular y un cambio en la velocidad de respuesta adaptativa a ciertos estímulos.

Para finalizar, Caballero García (2013), establece que como consecuencia del envejecimiento son muchos y complejos los cambios que se producen en nuestro organismo y todo él se ve afectado en mayor o menor medida, modificándose sus funciones y presentando una disminución sustancial crucial para las diferentes situaciones de enfermedad.

1.1.2.2. Cambios Cognitivos.

El rendimiento intelectual, en caso de ausencia de enfermedad neurológica, se suele conservar hasta los 80 años. Lo que se observa es un enlentecimiento del procesamiento intelectual y una reducción de la habilidad para el proceso y manipulación de nueva información (Caballero García, 2013).

Para Mangone (2002), pueden observarse cambios mentales usualmente sutiles como dificultades en el aprendizaje, olvidos (benignos) y mayor lentitud en el procesamiento central de la información, evidenciable por incremento en el tiempo requerido para realizar las actividades habituales.

Las capacidades verbales, según Caballero García (2013), se conservan bien hasta los 70 años, a partir de entonces algunos ancianos sanos pueden presentar una disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos y prosodia anormal.

Con respecto a las funciones ejecutivas, los individuos mayores muestran una tendencia a la declinación en su habilidad para la formación de conceptos (sobre todo en pruebas no verbales) y en la flexibilidad cognitiva (cambio conceptual), como en la resolución de problemas (sobre todo cuando hay información redundante o irrelevante). Clásicamente, éstos eran considerados componentes de la inteligencia fluida. La inteligencia cristalizada se mantendría estable o incrementada o, por lo menos, más eficiente (Mangone, 2002).

La memoria sensorial y de fijación disminuyen, pero se mantienen la inmediata y de evocación. Se reduce la capacidad de integración visuoespacial y aumenta el tiempo de reacción (Caballero García, 2013).

Sugar y McDowd (1992) sostienen que el span atencional también suele mantenerse estable o reducirse ligeramente con el avance de la edad. Sin embargo, se observa declinación en la capacidad atencional de individuos mayores cuando deben filtrar la información inadecuada o irrelevante (atención selectiva), al igual que cuando deben realizar pruebas de atención dividida o que requieren un rápido cambio del foco atencional entre temas distintos (citado en Mangone, 2002).

1.1.2.3. Cambios Psicológicos.

Existen múltiples teorías que se han propuesto explicar el envejecimiento psicológico y/o la reacción psicológica de los individuos ante el envejecimiento, y obviamente esta multiplicidad de puntos de vista dependerá de las teorías donde están asentadas (Salvarezza, 2002).

En el año 1968, Erik H. Erikson desarrolla un diagrama epigenético basado en un conjunto de pasos críticos en los que el sujeto debe tomar decisiones para progresar o, bien regresar.

Esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales –ocho en total- que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social que actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de permitir o facilitar ese desarrollo. Cada ciclo comporta áreas evolutivas que el individuo debe resolver, y su acierto o desacierto en hallar soluciones necesarias determinará su destino (Salvarezza, 2002).

El conflicto que corresponde a este ciclo vital es la generatividad versus el estancamiento. Definiendo a la primera como: “la preocupación por establecer y guiar

a la nueva generación, aunque hay individuos que, por alguna desgracia o debido a dotes especiales y genuinas en otros sentidos, no aplican este impulso a su propia descendencia” (Erikson, 2009:240).

(...) Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad, a menudo con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal. Los individuos, entonces, comienzan a tratarse a sí mismos como si fueran su propio y único hijo y, cuando las condiciones los favorecen, la temprana invalidez física o psicológica se convierte en vehículo de esa autopreocupación (Erikson, 2009).

La resolución satisfactoria o no del conflicto que aparece en este estadio dará lugar al último ciclo, que se planteará entre la “integridad” y la “desesperación”. La primera es el fruto de los otros siete ciclos, y madura gradualmente en las personas que envejecen (...) (Salvarezza, 2002).

De esta manera, sólo el individuo que en alguna forma ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones inherentes al hecho de ser el generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas, puede madurar gradualmente el fruto de estas siete etapas (Erikson, 2009).

El fracaso de esta lleva al sentimiento de desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otro tipo de vida que lleve a la integridad (Salvarezza, 2002).

Así, para Erikson (2009) la falta o la pérdida de esta integración y/o acumulada se expresa en el temor a la muerte: no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial de la vida.

En este mismo sentido, García Pintos (1993) sostiene que el hombre va pasando por distintos y sucesivos puertos (las edades) (...) El acceso a cada nueva etapa va precedido por una crisis de desarrollo que, en el caso de la vejez, se denomina como “el círculo de la vejez”. El autor lo describe como: “una cadena de vivencias que se desata ante la toma de conciencia de que se está abandonando la adultez-madurez, para ingresar al terreno de la vejez. En esta instancia, el hombre debe resolver la crisis vital que necesariamente se instala en su panorama como una vía regia, una forma de tránsito hacia la plenitud, hacia la culminación exitosa de una vida que, a través del sentido, ha logrado desplegar plenamente sus potenciales genuinos”.

1.1.2.4. Cambios Sociales.

Para Salvarezza (1998) es innegable que los cambios morfológicos que ocurren durante el envejecimiento contribuyen en gran medida a que el sujeto se perciba en mayor o menor grado a sí mismo como un anciano. Pero, sin embargo, también parece demostrado que son los cambios ambientales y sociales los que ejercen una mayor presión para hacer que el geronte asuma y adopte o no, el rol de viejo.

Según Marín (2003) asistimos en nuestros días a un fenómeno desconocido hasta el momento, como es el del envejecimiento progresivo de nuestra sociedad.

Sin embargo, la importancia creciente que las personas mayores tienen en la sociedad no se está traduciendo en un cambio de conductas, o comportamientos sociales, más comprensivos con ellas. Sino que se tiende a ver a la vejez como algo

que no nos pertenece, como algo que está allá, en un futuro muy lejano y, por lo tanto, sentir que no nos concierne nos impide prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento. El viejo siempre es el otro y no reparamos que el otro somos nosotros mismos más adelante (Salvarezza, 2002).

En nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro rol, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación previa en la mayoría de los casos, la persona se convierte en un desocupado, improductivo. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de las relaciones sociales, la mayoría de las veces ligadas al mundo laboral.

Los cambios en el ámbito familiar son también importantes. Las familias amplias han pasado a familias nucleares, compuestas por padres e hijos, donde todos tienden a trabajar, y donde el abuelo cuando se incorpora a ella, lo hace como un intruso, en relación de dependencia y no con un papel a cumplir (Marín, 2003).

Por todo esto es que Snyder y Swan (1978) y Rodín (1980) postulan que el concepto de anciano se encuentra en nuestros días caracterizado por matices claramente peyorativos. Matices que en la mayoría de los casos se han originado de observaciones parciales, indebidamente generalizadas, o de falsas interpretaciones de determinados datos (citados en Salvarezza, 1998).

Así como en muchas sociedades ciertos grupos raciales sufren discriminaciones por el color de su piel; así como otros grupos son discriminados por su sexo, los viejos en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama

viejismo y corresponde definirlo simplemente como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos (Salvarezza, 2002).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Cornachione Larrinaga (2008), sostiene que el estudio de la vejez durante muchas décadas ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Aún hoy, la vinculación entre vejez y conceptos tales como: enfermedad o dependencia forman parte del conjunto de prejuicios que la acompañan.

Las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad conductas que confirman los prejuicios vigentes y que disminuyen tanto la autoestima como la posible sensación de control que pudiera tener el anciano.

(...) Todas estas modificaciones y pérdidas obligan al anciano a ir reformulando la apreciación, el concepto de sí mismo y de su propia identidad personal. Reformulación ésta que, puede hacerse de manera positiva y satisfactoria, o de tal forma que genere malestar, sufrimiento y mala calidad de vida; o que incluso potencie, secundariamente, su deterioro físico y/o mental (Salvarezza, 1998).

1. 2. *Envejecimiento Patológico.*

Según se ha visto con anterioridad, el envejecimiento patológico o senilidad, hace referencia a aquellos cambios causados por el proceso de envejecimiento y por factores adversos relacionados con el medio, el estilo de vida, enfermedades, malos hábitos, etc. Entre estas modificaciones, pueden observarse alteraciones en las funciones cognitivas dadas en: un procesamiento lento de la información,

disminución de la capacidad atencional, declive en algunos aspectos de la memoria y en las funciones ejecutivas.

Para Lapuente y Sánchez Navarro (1998), suelen confundirse lo que son cambios cognitivos específicos asociados a la edad con las primeras manifestaciones de condiciones patológicas. Así, por ejemplo, las alteraciones relacionadas con la memoria suelen ser los primeros signos y/o síntomas cognitivos más frecuentes tanto en el envejecimiento normal como en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer.

Teniendo en cuenta datos estadísticos se calcula que el deterioro intelectual y la demencia existirían en un 5 a 10% de las personas mayores de 65 años. Esta cifra sin duda es elevada y, para algunos, “aterradora”, pero indica –al mismo tiempo– que más del 90% de los hombres y mujeres de edad avanzada conservan su lucidez mental y son capaces de tener una existencia creativa y responsable. No obstante, lo que sí es indiscutible es que con el transcurso de los años el organismo biológico experimenta una involución progresiva de su vitalidad, que también afecta al cerebro, con un mayor o menor grado de daño neuronal.

Algunos autores estiman que a los 90 años habría una destrucción del 30% de las células nerviosas, pero no debe olvidarse que no hay un paralelismo absoluto entre el déficit psicológico y el grado de la atrofia cerebral, y así se han descrito casos de ancianos que –teniendo un enorme compromiso anatómico del encéfalo– conservan prácticamente indemnes sus facultades intelectuales (Peña y Lillo 2012).

Esto puede explicarse bajo el concepto de “reserva cognitiva”, el cual es definido como: “la actividad intelectual durante toda la vida que permite mantener

activo el cerebro, enriqueciendo las conexiones entre las neuronas y ayudando a compensar el deterioro normal que se da con el paso de los años” (Rodríguez Rojas, 2008, citado en Binotti, 2009: 121).

Para concluir, puede decirse que aunque existen en la actualidad estudios como las neuroimágenes, los análisis genéticos y las pruebas específicas de funciones cognitivas, no se puede predecir qué personas asintomáticas tienen probabilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer a excepción de algunos pocos casos hereditarios.

1. 3. Envejecimiento Poblacional.

En términos demográficos, una población envejece cuando aumenta el peso relativo del conjunto de individuos viejos o sea mayores de 65 años de edad. Desde una perspectiva económica el tema se relaciona entre el cambio de conexión entre la población económicamente activa y la población dependiente. Para la demografía este proceso de envejecimiento poblacional se debe a dos factores.

El primer factor es la disminución de la tasa de natalidad. Aquí la cantidad de personas viejas aumenta porque va disminuyendo la proporción de las generaciones de niños que se van incorporando. Esto es lo que en demografía se llama envejecimiento por la base.

El segundo factor es la disminución de la tasa de mortalidad. Este se refiere a que son más las personas que llegan a viejas, y por ello resulta mayor la expectativa de vida. (Cornachione Larrinaga, 2008).

En el último medio siglo, el desarrollo de la agricultura, la tecnología de los alimentos, los antibióticos, las vacunas, los medios complementarios de diagnóstico y los progresos en la cirugía produjeron una aceleración en el aumento de expectativa de vida que involucró a toda la población mundial, independientemente del grado de desarrollo de los diferentes países.

A pesar de que la mayor discusión acerca de los problemas del envejecimiento poblacional está centrada en los países desarrollados, la transición demográfica más marcada está ocurriendo en el sector de los países en desarrollo (Mangone, 2002).

1. 4. *Envejecimiento en la Argentina.*

En Argentina, entre 1950 y 2000, la población general creció un 116%. Al efectuar un análisis estratificado se observa que la población de menos de 15 años aumentó sólo un 96%, mientras que la de más de 65 años lo hizo en un 398%. Un dato alarmante es que los mayores de 80 años se incrementaron un 682% (Mangone, 2002).

El Censo de 2001 muestra que en Argentina todos los días hay cada vez más viejos, este dato que quizás no aparezca como algo original, ubica al país, en relación al envejecimiento, en la misma línea en que resultan estar ubicadas la mayoría de las sociedades del mundo en especial las centrales (Cornachione Larrinaga, 2008).

La prolongación de la vida del hombre ha influido para que las patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieron una baja prevalencia, y por ello una

escasa repercusión en la salud pública y en la economía, ocupen en la actualidad un lugar de primacía en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas.

Entre esas patologías, las demencias se encuentran en un lugar preponderante. Las dos causas más frecuentes de demencia (la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular) tienen un incremento exponencial con la edad a partir de los 65 años (Mangone, 2002).

1. 5. Psicopedagogía y Vejez.

La psicopedagogía tiene como objeto de estudio a un sujeto en situación de aprendizaje cualquiera sea su etapa evolutiva. Según Müller, (1994) esta disciplina se ocupa de las características del aprendizaje humano: cómo se aprende, cómo ese aprendizaje varía evolutivamente y está condicionado por diferentes factores; cómo y por qué se producen alteraciones del aprendizaje, cómo reconocerlas y tratarlas, qué hacer para prevenirlas y para promover procesos de aprendizaje que tengan sentido para los participantes.

Así, la psicopedagogía trabaja con el adulto mayor el cual puede aprender pero de manera más lenta, debido a las modificaciones que el envejecimiento produce en su funcionamiento cognitivo.

En los casos donde la persona presenta signos de senilidad el aprendizaje se encuentra aún más comprometido es por ello que, desde esta disciplina, se apunta mediante de la creación de programas para la tercera y cuarta edad a mejorar su calidad de vida.

La intervención psicopedagógica se realiza a través de talleres de estimulación cognitiva en pacientes sanos y de rehabilitación neurocognitiva en aquellos que padecen daño cerebral.

Capítulo 2: “Memoria”

“No me olvides....”

2.1. La Memoria y sus tipos.

Como se ha hecho mención en el capítulo anterior, la memoria es una de las funciones cognitivas que se ve afectada tanto en el envejecimiento normal como en el patológico.

Fue definida por Tulving como: “el sistema cognitivo humano no unitario que nos permite aprender, guardar y recuperar episodios, acontecimientos, hechos y habilidades personales y sobre el mundo” (1983, citado en Boada, 2000: 119).

Según Manes (2005), el término memoria se refiere a la codificación, almacenamiento y recuperación de la información. En base a ello, Ostrosky-Solís y Lozano-Gutiérrez (2006) sostienen que existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, en la cual el sujeto recibe la información; una fase de almacenamiento o de conservación de la información; y una fase evocación o de recuperación de la huella de la memoria.

El tiempo que retenemos la información puede variar de segundos (como la retención de dígitos) a semanas o años (como los recuerdos de la infancia).

Tulving (1993) asegura que no hay una memoria sino varias (citado en Boada, 2000).

(...) El modelo más célebre en el dominio de la memoria fue el que propusieron Atkinson y Shiffrin en 1968. Según estos autores toda la información es mantenida muy brevemente en nuestros sistemas sensoriales, una parte de ella es enviada al sistema de memoria de corto plazo y luego al de largo plazo (...) Si bien este modelo

no es aceptado en la actualidad en su forma inicial – a causa de la forma secuencial de transferir la información desde la memoria de corto plazo a la memoria de largo plazo – ha servido de punto de partida de numerosas investigaciones posteriores.

Baddeley y Hitch (1974) sostienen que la memoria de corto plazo tiene un rol más complejo que el de archivar a corto plazo y en forma unitaria información, aparece el modelo de memoria de trabajo (citado en Mangone, 2002).

Los modelos actuales de la memoria sugieren tres tipos: memoria sensorial, memoria a corto plazo (también conocida como inmediata, primaria o de trabajo) y memoria a largo plazo (Arango Lasprilla, 2006).

Memoria Sensorial (MS)

Para Atkinson y Shiffrin (1968) es la primera etapa en el proceso de la memoria, e implica el reconocimiento inmediato, en el orden de los milisegundos, de lo que perciben nuestros sentidos. Percibimos el mundo que nos rodea por medio del tacto, la visión, el olfato, la audición y el gusto, y constantemente somos bombardeados por estímulos visuales y auditivos. Sin embargo, aún cuando no registramos toda esa información, si prestamos atención a esa impresión sensorial, ésta pasa a una segunda etapa de la memoria conocida como memoria a corto plazo (citado en Arango Lasprilla, 2006).

Memoria a Corto Plazo (MCP)

Es un almacén de capacidad limitada que codifica básicamente información con características lingüísticas. Esta memoria es un pensamiento consciente y

representa el mínimo de información que podemos mantener en la mente en un momento dado. En general, podemos retener seis o siete detalles que suelen olvidarse en segundos, a menos que se repitan continuamente o se manipulen con otras técnicas para que se puedan transferir a un almacén más duradero: la memoria a largo plazo. No toda la información que se registra en el almacén temporal pasa al almacén permanente o memoria a largo plazo. Este almacén temporal de la información puede durar de horas a semanas (Atkinson y Schiffrin, 1968; Baddeley, 2000; Shiffrin, 1993; Shiffrin y Nosofsky, 1994; Shulman, 1971; citados en Arango Lasprilla, 2006).

Memoria a Largo Plazo (MLP)

Se refiere al almacenamiento permanente de la información que retiene información por períodos que pueden variar de minutos a décadas. Las posibilidades de memoria a largo plazo son ilimitadas y en general codifica la información más por significado que por características lingüísticas (Baddeley, 1966; Gillund, 1984; Shiffrin y Atkinson, 1969, citados en Arango Lasprilla, 2006).

(...) Una clasificación general distingue la memoria relacionada con actos conscientes (memoria explícita o declarativa) de aquella relacionada con las respuestas aprendidas, tales como reflejos condicionados o habilidades motoras que no dependen de un pensamiento consciente (memoria implícita o procedural).

(...) La memoria explícita se divide a su vez en dos sistemas (Manes, 2005).

La *memoria semántica* se refiere a nuestro conocimiento del mundo – por ejemplo, que París es la capital de Francia, que la aspirina sirve para el dolor de

cabeza – y no es necesario recordar dónde o cuándo se adquirió un conocimiento específico (Arango Lasprilla, 2006). También es denominada como: “el almacenamiento permanente de conocimientos representativos de hechos y conceptos (...)” (Manes, 2005: 111).

La *memoria episódica* es más autobiográfica e incluye, por ejemplo, el recuerdo de detalles que vimos la noche anterior por televisión o dónde pasamos las vacaciones el año previo (Ostrosky- Solís, 2006). Se define como: “el almacenamiento y recuerdo de experiencias y eventos temporales vividos (...)” (Manes, F. 2005: 111).

La memoria implícita o procedural se utiliza para guardar el aprendizaje de habilidades específicas, como puede ser andar en bicicleta o decir palabras al revés. No es necesario recordar haber realizado antes una tarea para repetirla. Demostramos cómo, al andar en bicicleta, no es necesario recordar dónde y cómo se aprendió a hacerlo. En contraste, la memoria declarativa requiere una conciencia de dónde y cómo ocurrió algo, así como la capacidad de decir que ocurrió (p. ej., “ayer aprendí a andar en bicicleta”) (Tulving, 1987, 1992; Squire, 1992 citados en Arango Lasprilla, JC. 2006: 41).

Memoria de Trabajo (MT)

Baddeley y Hitch (1974) sostienen que la memoria de trabajo tiene un rol más complejo que el de archivar a corto plazo y en forma unitaria la información; aparece el modelo de memoria de trabajo (citado en Mangone, 2002). Este último considera no sólo el rol del archivo temporario de la información en este sistema sino también

su función de control y organización de las operaciones en el curso de pruebas cognitivas como el razonamiento, la comprensión y el aprendizaje.

La memoria de trabajo está compuesta por el Sistema Ejecutivo Central que supervisa y coordina la actividad de al menos dos sistemas auxiliares:

a) Bucle articulatorio o Fonológico: es responsable del mantenimiento y de la manipulación de las informaciones provenientes del lenguaje (Mangone, 2002). El material se almacena por sus características fonológicas (basadas en sonidos) (Arango Lasprilla, 2006).

b) Agenda o registro visuoespacial: es el responsable del mantenimiento y de la manipulación de las imágenes mentales (Mangone, 2002). Tiene la capacidad de guardar las propiedades espaciales y visuales de cantidades limitadas de información (Arango Lasprilla, 2006).

2.2. *Recuerdo y Olvido.*

En la memoria pueden distinguirse dos procesos: el recuerdo y el olvido.

Recordar es extraer información de la memoria de algo que hemos aprendido o vivido (Baddeley, 1999).

El recuerdo de la información consta de tres etapas: registro, retención o almacenamiento y recuperación (Arango Lasprilla, 2006).

Por el contrario, el *olvido* es la incapacidad de recordar nombres, fechas, hechos o conocimientos. Se produce por una saturación de la información o fallos en la recuperación (...).

El olvido es tan importante como la memoria: recordar todas y cada una de nuestras acciones durante todos los días supondría almacenar muchos datos inútiles.

Las causas del olvido son muy diversas: lesión o degeneración cerebral, represión, interferencia (se pueden distinguir dos tipos de interferencias: proactiva: por la cual una información aprendida dificulta aprendizaje posterior; y retroactiva: se produce cuando un aprendizaje reciente interfiere en el recuerdo de la información pasada), falta de procesamiento y contexto inadecuado (Baddeley, 1999).

2.3. Memoria y Envejecimiento.

La aparición en el envejecimiento de “fallas” en la memoria es un hecho conocido desde hace mucho tiempo. Un gran número de sujetos adultos de más de 65 años se queja con frecuencia de que su memoria “no es más la de antes” (Mangone, 2002).

Para Arango Lasprilla (2003), la senectud se asocia con la disminución en la capacidad de memoria y aprendizaje. Se incrementa la tasa de olvido y se reduce la habilidad para adquirir nueva información (...)

Uno de los aspectos más sobresalientes en la memoria del anciano es la dificultad para recordar hechos recientes, a pesar de describir con relativa facilidad eventos antiguos, particularmente aquellos relacionados con situaciones

emocionales (...) El sujeto logra percibir información inmediata, pero no la convierte adecuadamente en huellas a largo plazo. Estas dificultades son evidentes tanto para material verbal como no verbal, a pesar de observarse en general mayores defectos en la memoria no verbal.

Según Ostrosky – Solís (1998) las personas mayores presentan, principalmente, dificultades en la evocación (recuperar la información cuando lo desean). Por ejemplo, aunque conocen el nombre de una medicina, no pueden recordarlo en un momento dado. Sin embargo, la mayor parte de las personas no manifiesta problemas con el reconocimiento y, frecuentemente, afirman reconocer la información al verla u oírla (citado en Arango Lasprilla, 2006). La memoria sensorial no cambia con la edad, y así, al registrar información a través de los sentidos la memoria a corto plazo funciona en forma muy parecida a cuando se es joven (Arango Lasprilla, 2006).

La existencia de dificultades en la cronología de los eventos (memoria temporal o secuencial) es otra característica del envejecimiento. La dimensión temporal de la memoria se reduce notoriamente durante el envejecimiento normal, pero en especial durante el envejecimiento patológico (Arango Lasprilla, 2003).

Blasco Bataller y Meléndez Moral (2006) afirman que un anciano sin demencia, ante todo, tendrá una velocidad de procesamiento menor que un joven, lo cual influirá en aspectos como la recuperación de la información o en la asimilación del material presentado por primera vez; por otra parte la atención y la concentración también se ven disminuidas con el aumento de la edad, lo cual afecta de nuevo a la asimilación de información novedosa y también a la memoria en general (...).

Por su parte, Arango Lasprilla (2006), describe criterios diagnósticos para diferenciar las dificultades en la memoria ligadas al envejecimiento normal y aquellas indicadoras de demencia.

Este autor sostiene que durante el envejecimiento normal se observan fallas discretas en la memoria, particularmente en personas mayores de 50 años. En el olvido senil benigno las quejas de memoria se reflejan en actividades de la vida diaria: el olvido de nombres, números telefónicos, dificultad para recordar información en forma inmediata y similar. El desempeño en las pruebas de memoria debe encontrarse por lo menos una desviación estándar por debajo de la media para adultos normales.

En estos casos el defecto de memoria debe tener una evolución gradualmente lenta, sin un empeoramiento acelerado durante los últimos meses.

Además, existe evidencia de un funcionamiento intelectual global adecuado, mostrando un desempeño normal – de acuerdo con la edad- en pruebas cognoscitivas generales. Hay ausencia de signos evidentes de demencia (cambios en el comportamiento, defectos espaciales, etc.).

Para finalizar, algunos autores como Blasco Bataller y Meléndez Moral (2006) plantean la existencia de programas de estimulación de la memoria. Estos sostienen que las personas mejoran sus habilidades con programas de estimulación y el aprendizaje de diferentes estrategias.

2.4. Memoria y Alzheimer.

La memoria es una función cognitiva que se ve afectada en múltiples trastornos cerebrales y de forma casi universal en las diferentes demencias neurodegenerativas. Conocer los distintos tipos de memoria y sus procesos permite perfilar con mayor rigor el síndrome amnésico y orientar, en consecuencia, el diagnóstico diferencial entre las diferentes entidades.

Clásicamente se admite que en la enfermedad de Alzheimer la alteración en la memoria es el síntoma principal (...) (Barandiaran Amillano, 2008).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Mangone (2002), establece que el primer síntoma de la demencia tipo Alzheimer es por lo habitual la aparición de dificultades de memoria, las cuales son cuantitativamente diferentes y cualitativamente más extendidas que aquellas descritas en el envejecimiento normal. En la mayoría de los casos esta alteración mnémica se va extendiendo progresivamente a todas las funciones superiores (orientación temporoespacial, atención, lenguaje, razonamiento, gnosias, praxias). La conciencia que el paciente tiene de su alteración es variable y va desde la introspección correcta (queja de memoria justificada...), por lo general acompañada de depresión, hasta el desconocimiento total (anosognosia)

El primer tipo de memoria afectado en el inicio de esta enfermedad es la memoria de trabajo. (...) En la memoria episódica, los pacientes tienen alteraciones marcadas en el recuerdo libre (...) La memoria semántica comienza a alterarse (...) Las otras funciones cognitivas (lenguaje, praxias, etc.) tienen pequeñas alteraciones

como dificultades en la denominación de las palabras raras, apraxias constructivas, apraxias de imitación (...).

Según Cummings y Benson (1992), en la fase moderada de la enfermedad de Alzheimer se extienden estas alteraciones mnésicas y aparecen los síntomas afásicos, apráxicos y agnósicos (...) (citados en Mangone, 2002).

Los tipos de memorias afectados son la memoria de trabajo, la memoria episódica, donde los pacientes tienen alteraciones marcadas en el recuerdo libre, recuerdo con claves y el reconocimiento, y la memoria semántica (Mangone, 2002).

Capítulo 3: “La Enfermedad de Alzheimer”.

3.1. Demencia:

Teniendo en cuenta lo desarrollado en los capítulos precedentes, puede decirse que, uno de los tipos de envejecimiento patológico es la demencia.

La misma puede definirse como: “la pérdida global de la función cognitiva que interfiere en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral”. Además agrega que dicho estado se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otros déficits, como, por ejemplo, alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo, cuya evaluación es necesaria para llegar al diagnóstico (Boada, 2000:11).

Según la American Psychiatric Association (1995) la característica esencial de la demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen el deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.

En resumen, la demencia es un conjunto de signos y síntomas en donde se encuentran alteradas dos o más funciones cognitivas, lo cual repercute en la vida laboral, social y cotidiana de la persona.

Los primeros síntomas que la familia del paciente puede observar son: pérdida de memoria, cambios en el humor y problemas en la comunicación y en el lenguaje.

En los estadios tardíos la persona afectada tendrá problemas para llevar a cabo las tareas diarias y dependerá considerablemente de otras personas (Manes, 2005).

Con respecto al diagnóstico, se dice que diagnosticar la demencia en estadios avanzados es relativamente fácil, pero en su inicio los síntomas pasan fácilmente desapercibidos. Las razones son variadas y múltiples; algunas veces la sintomatología inicial se manifiesta de forma tan insidiosa que es interpretada, tanto por parte del paciente como por su familia y el mismo médico, como cambios atribuibles a la edad (Boada, 2000).

Entre los criterios diagnósticos más utilizados, son dignos de mención los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Nitrini y Brucki, 2012).

Criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV

A1. Deterioro de la memoria.

A2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

a. Afasia (trastorno del lenguaje).

b. Apraxia.

c. Agnosia.

d. Deterioro de la función ejecutiva.

B. Los déficits cognitivos causan un deterioro significativo laboral y/o social y representan deterioro significativo del nivel funcional previo del paciente.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente durante episodio de delirium.

D. El cuadro puede estar relacionado a una condición médica general, a los efectos persistentes de algunas sustancias (incluyendo toxinas), o a una combinación de estos dos factores. (American Psychiatric Association, 1994)

En los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima versión, también debe existir una pérdida de memoria para el diagnóstico de demencia. Pero se requiere, además, que el deterioro esté presente por lo menos durante seis meses y que existan alteraciones en las actividades de la vida diaria (OMS, 1992 citado en Nitrini y Brucki, 2012).

Por todo lo expuesto, puede decirse que, para el diagnóstico de la demencia es imprescindible que se presente una alteración de la memoria y otra/s función/es cognitiva/s, además, no debe ser causada por un trastorno psiquiátrico, pero si relacionarse a una condición médica, debe durar al menos seis meses y repercutir en la vida diaria de la persona.

Manes (2005), postula que es muy importante tener un diagnóstico apropiado ya que éste ayudará al médico a discriminar entre enfermedades con síntomas similares a los de la demencia, incluyendo la depresión. Además, tener un diagnóstico implica la posibilidad de prescribir drogas para retrasar la progresión de los síntomas. El diagnóstico temprano también puede ayudar a prepara un plan para el futuro, tanto para el paciente como para los familiares.

Para el diagnóstico de las demencias es imprescindible conocer sus clasificaciones, las cuales pueden darse por su etiología o bien por su nosología cuando no se conocen las causas de su aparición.

La revisión del DSM-IV clasifica las demencias en seis grupos: la demencia de Alzheimer, vascular, causada por otras condiciones médicas generales, inducidas por sustancias, debido a múltiples etiologías y demencia no especificada (Nitrini y Brucki, 2012).

Por otro lado, Arango Asprilla (2003), postula que la clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta a la terapia. Con base en las características clínicas, las clasificaron según: su localización: a) Cortical (Enfermedad de Alzheimer), b) Frontosubcortical (Corea de Huntington), c) Axial (Síndrome de Wernicke-Korsakoff); y Demencia Mixta.

Para determinar la presencia de trastornos cognitivos en el adulto mayor se debe llevar a cabo una evaluación de tipo cualitativa y otra cuantitativa.

Parafraseando a Raggi (2014), la evaluación cualitativa se realiza mediante la observación directa del paciente y busca definir los comportamientos y conductas que indiquen la presencia de síntomas relacionados con los diversos síndromes.

Dicha observación permite advertir indicadores que posibilitarán la interpretación integral del paciente.

Por otro lado, la evaluación cuantitativa se vale de pruebas neuropsicológicas estandarizadas para una aproximación clínica objetiva.

En toda evaluación neuropsicológica se evalúa: lenguaje, memoria verbal, atención, gnosias, habilidades visoconstructivas, capacidades de abstracción, funciones ejecutivas. El componente cristalizado: subtests de vocabulario e

información de Wais; también el componente fluido: subtests de claves, búsqueda de símbolos y cubos de Wais; y como se trata de adultos mayores se aplican Escalas de Depresión y Ansiedad Geriátrica.

Los instrumentos para la evaluación abarcan tres grupos: 1) Test de screening o rastreo cognitivo, 2) Baterías neuropsicológicas y 3) Test específicos de una función.

Es importante destacar que la evaluación neuropsicológica tiene por objetivo: detectar de manera precoz a las demencias, establecer un perfil neurocognitivo (su grado de severidad y fase evolutiva), así como también, realizar un pronóstico y orientar al paciente y a su familia para una rehabilitación cognitiva.

Con respecto a la prevalencia de las demencias puede decirse que existe casi un centenar de estudios publicados sobre la población en general. Es lógico pensar que, si se hubiera efectuado la integración de tal cantidad de datos disponibles, se podrían haber obtenido conclusiones definitivas. Pero no ocurrió así por la gran diversidad de métodos utilizados en los diferentes estudios (Mangone, 2002)

Según Manes (2005), la prevalencia de la demencia (número de personas con demencia en una población en un momento determinado) aumenta con la edad.

Asimismo, en Estados Unidos y Europa Occidental, aproximadamente 2/3 de las demencias corresponden a Alzheimer, 1/6 a demencia vascular y 1/6 se reparte en partes similares entre demencia parkinsoniana, demencia alcohólica y otras causas de demencia (Mangone, 2002).

Para Arango Lasprilla (2003) los estudios de demencia inespecífica no muestran prevalencia predominante en ningún sexo. En cambio, los hallazgos son

diferentes cuando se analizan tipos específicos de demencias. Las tasas para Alzheimer tienden a ser mayores en las mujeres y lo contrario sucede en la vascular.

Los estudios de incidencia son muchos menos frecuentes que los de prevalencia pues requieren muestras muy grandes o de largos seguimientos debido a que la tasa de aparición de nuevos casos es baja. La revisión de estudios de incidencia tiene, al igual que en el caso de la prevalencia, la dificultad en la comparación directa entre ellos a causa de las diferentes metodologías utilizadas.

Pero a pesar de esto, hay una sensación de que la incidencia de la demencia disminuye en el muy anciano (Mangone, 2002). Según Mortimer (1981) la misma tiende a disminuir después de los 90 años (citado en Arango Lasprilla, 2003).

Para concluir, Mangone (2002), sostiene que el hallazgo de diferentes tasas de incidencia de demencia entre poblaciones plantea la necesidad de investigar tanto los factores genéticos como los ambientales que pueden ser responsables de esa diferencia, lo que puede generar vías para la clarificación de la etiopatogenia.

3. 2. *La Enfermedad de Alzheimer.*

A lo largo de los capítulos anteriores se ha mencionado que, la demencia es un tipo de envejecimiento patológico y que dentro de las demencias más prevalentes se encuentra la enfermedad de Alzheimer.

(...) Esta afección se caracteriza por la presencia de un deterioro progresivo en dos o más áreas del funcionamiento cognitivo y suele incapacitar a la persona que la padece al grado de impedirle desenvolverse adecuadamente en su entorno social, familiar y laboral (Arango Lasprilla, 2006).

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de deterioro mental tanto en el período presenil (convencionalmente hasta los 65 años) como en el senil (Farreras y Rozman, 1995).

Su historia comienza en noviembre de 1901 en el hospital de enfermedades mentales de Frankfurt, cuando una paciente de 51 años de edad llamada Auguste Deter (Augusta D), ingresa con un llamativo cuadro clínico de cinco años de evolución (...) La paciente había sufrido una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje.

Fue estudiada por el doctor Alois Alzheimer, y más tarde por parte de médicos no conocidos. Falleció el 8 de abril de 1906 por una infección.

El cerebro de la enferma fue enviado al doctor Alois Alzheimer, quien procedió a su estudio histológico. El 4 de noviembre de 1906 Alois Alzheimer presentó su observación anatomoclínica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales (De la Vega y Zambrano, 2013).

Estas alteraciones biomoleculares producen tres grandes lesiones típicas en la enfermedad de Alzheimer: las placas seniles y la degeneración de neurofibrilar (ovillos neurofibrilares). Simultáneamente se produce la pérdida de las conexiones neuronales y la muerte neuronal (Peña- Casanova, 2005).

Las placas seniles son depósitos extracelulares de beta amiloide que van generando una estructura esférica grande (Mangone, 2002).

La degeneración neurofibrilar consiste en una acumulación anormal de filamentos proteicos que se sitúan en el interior de las células. El componente principal de estos ovillos neurofibrilares es la proteína tau. En la enfermedad de Alzheimer, ésta se encuentra químicamente modificada (hiperfosforilada) y se une a otros filamentos de tau que progresivamente agregados constituyen los llamados ovillos neurofibrilares. A consecuencia de todo ello, el mecanismo de transporte neuronal queda afectado.

Por último, se produce la pérdida de conexiones entre las neuronas y muerte neuronal. Lógicamente, a medida que avanza el proceso de formación de placas y ovillos neurofibrilares, la función de las neuronas cada vez está más alterada. (...) se pierde una de las grandes características del sistema nervioso: la comunicación entre las neuronas. Finalmente, la neurona es incapaz de sobrevivir. Como consecuencia del progresivo incremento y de la difusión de la muerte neuronal, tiene lugar un encogimiento del tejido cerebral que constituye la atrofia (Peña – Casanova, 2005).

3.2.1 Síntomas.

La enfermedad de Alzheimer afecta a cada persona de diferente manera. Su impacto depende, en gran parte, de cómo era la persona antes de la enfermedad, su personalidad, condición física o estilo de vida. No todas las personas con enfermedad de Alzheimer mostrarán todos estos síntomas, ya que varían de un individuo a otro.

La Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer (A.L.M.A.) (2014) describe los siguientes síntomas: olvidos frecuentes, fallas de atención (no puede concentrarse

mucho en una tarea), distracciones significativas, repite siempre lo mismo, acusa a otros de sus fallas, cambios de conducta (desgano, apatía, irritabilidad, nerviosismo, humor cambiante, actúa "raro"), falla en tareas habituales, problemas de comunicación (no encuentra las palabras adecuadas), oculta y disimula los errores o fallas, puede acompañarse con una depresión, se siente limitado e inseguro, se desvaloriza, pierde su autoestima.

3.2.2 Causas.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más habitual de demencia en los adultos. Aunque esta forma de demencia se expresa más frecuentemente a partir de los 80 años, puede presentarse en personas con edades comprendidas entre los 65 y 75 años y, excepcionalmente, en adultos jóvenes a partir de los 30 años. Se la considera una demencia neurodegenerativa primaria, actualmente irreversible y progresiva. Su origen no es atribuible a una sola causa, sino que en ella concurren múltiples factores de riesgo que interactúan, activando una cascada de acontecimientos cuyo "efecto dominó" desemboca en las lesiones cerebrales que la caracterizan, aunque, sin lugar a dudas, el factor de riesgo por excelencia es la edad (Boada, 2000).

En este mismo sentido, Manes (2005), afirma que hasta ahora no ha sido identificado un único factor como la causa de la enfermedad de Alzheimer. Es probable que sean responsables una combinación de factores, incluyendo la edad, la herencia genética, los factores ambientales, la dieta y la salud en general.

Entre los factores de riesgo bien documentados se encuentran la *edad* y la *historia familiar* de enfermedad de Alzheimer en parientes de primer grado.

El principal factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer en la *edad tardía* es, justamente, la edad avanzada (Mangone, 2002). La prevalencia se duplica a partir de los 65 años cada 5 años (Manes, 2005).

En relación a los *factores genéticos* asociados con la enfermedad de Alzheimer, es importante tener claros tres componentes: a) no hay un único gen para la enfermedad de Alzheimer, b) los factores genéticos son responsables de la enfermedad sólo en un muy pequeño número de familias, c) la enfermedad tiene algún componente genético, pero los factores hereditarios no explican por qué algunos desarrollan la enfermedad mientras otros no (Manes, 2005).

En la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano, algunos investigadores han identificado la mayoría de los genes responsables. Estos se encuentran en el cromosoma 14 (responsable del 70% de los pacientes con desarrollo temprano, cromosoma 1 (cerca de 25% de los casos), y cromosoma 21 (5%) (Aja Abelán, 1998).

Para Manes (2005), la enfermedad de Alzheimer familiar es muy infrecuente y se presenta en personas jóvenes (generalmente en personas de entre 35 y 60 años). En estos casos, hasta la mitad de la familia está en riesgo.

En los casos de inicio tardío, Aja Abelán (1998) sostiene que el objeto principal de la investigación sobre las causas genéticas del Alzheimer es la apolipoproteína (ApoE).

Normalmente, ApoE desempeña una función en el movimiento y distribución del colesterol para la reparación de células nerviosas durante sus desarrollos y después de ser lesionadas. El gen para ApoE viene en tres posibles tipos: ApoE2, ApoE3 y ApoE4; las personas heredan una copia de un tipo de cada padre.

El ApoE4 se asocia con mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer.

El riesgo de ApoE es diferente del riesgo familiar. La ApoE4 aumenta las chances de la enfermedad pero no es seguro que el individuo la desarrollará. Seguramente existen otros genes que contribuyen al desarrollo de la enfermedad (Manes, 2005).

Algunos investigadores piensan que la persona puede ser sensible a la enfermedad por una predisposición genética pero serán necesarios otros factores para desencadenar la enfermedad (Aja Abelán, 1998).

3.2.3 Etapas Evolutivas de la EA.

La enfermedad de Alzheimer pasa por diferentes etapas caracterizadas cada una por un progresivo empeoramiento de la sintomatología cognitiva, conductual y de la motricidad (Boada, 2000).

Se pueden agrupar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en el contexto de tres etapas de desarrollo: etapa temprana, etapa intermedia y etapa tardía.

Boada (2000), postula un estadio inicial con una sintomatología ligera o leve en el que la persona mantiene su autonomía y precisa de supervisión en tareas complejas; un estadio intermedio, con síntomas de gravedad moderada y

moderadamente grave, con dependencia de un cuidador para realizar las actividades cotidianas y rutinarias, y un tercer estadio, ya grave, donde la pérdida de la funcionalidad determina una total dependencia.

Para relacionar los síntomas con el grado de demencia se utilizan escalas clínico evolutivas que sitúan a la enfermedad en un punto determinado. Una de las más conocidas y útiles, tanto en la práctica como en la investigación, es la Global Deterioration Scale.

Escala de deterioro global

GDS-1: Sin deterioro cognitivo/Normalidad

No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.

Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS-2: Deterioro cognitivo muy leve/Olvido benigno senil.

Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas:

a) Olvido del lugar dónde ha dejado objetos familiares.

b) Olvido de nombres familiares.

No hay evidencia objetiva de déficits de memoria en la entrevista clínica.

No hay déficits objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales.

Actitud apropiada respecto a su sintomatología.

GDS-3: Deterioro cognitivo leve/Compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente. (MEC de Lobo entre 20 y 27 puntos). Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

Primeros déficits claros: manifestaciones en una o más de las siguientes áreas:

- a) Se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos.
- b) Se evidencia un bajo rendimiento laboral.
- c) Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres.
- d) Retiene relativamente poco material cuando lee un párrafo de un libro.
- e) Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.
- f) Pierde o extravía objetos de valor.
- g) En la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.

Evidencia objetiva de déficits de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva.

Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social.

Empieza a negar los déficits.

Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.

GDS-4: Deterioro cognitivo moderado/ Demencia Leve.

Déficits evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica. Los déficits manifiestos en las siguientes áreas:

- a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.

- b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.
- c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.
- d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar finanzas, etc.

No suele haber déficits en las áreas siguientes:

- a) Orientación en tiempo y persona.
- b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
- c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el principal mecanismo de defensa.

La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor experiencia.

GDS-5: Deterioro cognitivo moderadamente grave/Demencia moderada.

El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.

El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años, los nombres de parientes cercanos (p. ej., sus nietos), de su escuela, colegio, instituto o universidad en que se graduó.

A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación,...) o de lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás.

Invariablemente sabe su propio nombre y el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia para el aseo ni para la comer, pero puede tener alguna dificultad en elegir qué ropa ponerse.

GDS-6: Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave.

Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposa/o, de quien depende del todo.

No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.

Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.

Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.

Tiene dificultades en contar de 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.

Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos.

Frecuente alteración del ritmo diurno.

Casi siempre recuerda su nombre.

Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.

Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Éstos son bastantes variables e incluyen:

- a) Conducta delirantes, como por ejemplo, los pacientes acusan a su esposa/o de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno, o con su propio reflejo en el espejo.
- b) Síntomas obsesivos, como por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza.
- c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta que no existía hasta entonces.
- d) Abulia cognitiva, como por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.

GDS-7: Deterioro cognitivo muy severo/ Demencia grave.

En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje sólo gruñidos.

Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.

A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo, la capacidad para andar.

El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales (Boada, 2000).

3.2.4 *Modelo Involutivo de la EA.*

La evolución del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer puede ser explicada como la involución del desarrollo intelectual según Piaget, Ajuriaguerra y Reisberg, entre otros. Esta teoría señalaría el camino seguido, mediante una metamorfosis que iría desde el adulto, consciente, controlado y habilidoso, hasta convertirse en feto, de reflejos manifiestos, desconexos y arcaicos.

1. *Período de desintegración de las operaciones formales:* en esta etapa el sujeto pierde la capacidad para el pensamiento maduro, adulto. No puede tratar con el caso general, con lo hipotético, no puede inducir ni ir más allá de la información dada. Pierde las estructuras simbólicas. Es la etapa de la transición desde el adulto normal, pasando por la adolescencia, a niño de 12 años. Este período corresponde al estadio 3 y primera mitad del 4, según la Global Deterioration Scale (GDS) y la Functional Assessment Staging (FAST) de Reisberg y cols.

2. *Período de desintegración de las operaciones concretas:* el pensamiento representativo de la conceptualización y dimensionamiento del mundo real se va perdiendo paulatinamente y se simplifica. La pérdida de las operaciones concretas es seguida por la pérdida paulatina de los procesos preoperatorios. Es en este período cuando se van manifestando las cuatro aes: amnesia, afasia, apraxia y agnosia. Correspondería a la etapa que va de los 11 a los 2 años, que incluye la segunda mitad del estadio 4, todo el estadio 5 y casi la totalidad del 6, hasta la llegada de la incontinencia esfinteriana referida en la GDS antes mencionada.

3. *Período de desintegración de la inteligencia sensoriomotora:* perdidas totalmente las operaciones concretas, el sujeto entra en la fase de la inteligencia sensoriomotora. Afectividad, ritmo y capacidad de imitación son los valores residuales de esta fase hasta que la desintegración de la inteligencia sensoriomotora lo sumerge en una fase cuasi vegetativa, fetal. Comprende los subestadios de pérdida de control esfinteriano del estadio 6 y todo el 7 (Boada, 2000).

3.2.5. *Diagnóstico y Evaluación.*

No existe un test diagnóstico de laboratorio para determinar o confirmar la enfermedad de Alzheimer. Los métodos actuales combinan la evaluación neurológica, las pruebas neuropsicológicas, las imágenes, con las referencias del cuidador y el juicio del examinador (Manes, 2005).

El diagnóstico clínico resulta una suerte de rompecabezas que sólo el médico puede armar, para ello debe ir valorando, con el mayor nivel de objetividad posible, la información que brinda cada una de las piezas (Mangone, 2002).

Resulta fundamental para realizar el diagnóstico que el profesional pueda concentrarse detalladamente en la información que brinda el paciente y sus familiares. El objetivo inicial consiste en determinar si se trata de una demencia en los estadios iniciales o, simplemente, de alteraciones cognitivas en un contexto de otra enfermedad (ejemplo: depresión, ansiedad, hipotiroidismo). Para realizar un buen diagnóstico es indispensable para el profesional llevar a cabo una evaluación personal del paciente. Así, no sólo se obtendrá información acerca de su historia

clínica y de sus preocupaciones sino que se observará cómo se expresa, cómo actúa, el lenguaje que utiliza, la fluidez verbal, si tiene dificultades para encontrar los términos deseados, si comete errores en la construcción de las oraciones y si el vocabulario que utiliza es el apropiado para el nivel de educación que posee. Es importante también observar el comportamiento del paciente y su manera de interactuar con el profesional.

Durante la entrevista se pide al paciente que realice una breve narración de su vida para evaluar no sólo los puntos mencionados anteriormente sino también los diferentes aspectos de la memoria. Como la falta de memoria puede significar varias cosas, es indispensable obtener información acerca de la vida y hábitos de la persona para poder evaluar correctamente ese problema.

El segundo paso de la evaluación consiste en entrevistar a una persona allegada, en privado. El objetivo es corroborar la historia del paciente y averiguar si se han observado ciertas alteraciones en su comportamiento.

Una vez realizadas ambas entrevistas y comprobado que el paciente evidencia signos de demencia, se procede a evaluar de qué tipo de demencia se trata, siempre teniendo en cuenta los casos pocos comunes, y se procede a la evaluación física y cognitiva.

El examen físico general puede poner de manifiesto la evidencia de enfermedades que comprometen las funciones intelectuales, mientras que un examen neurológico exhaustivo provee la información necesaria para determinar el tipo de compromiso del sistema nervioso central. La evaluación del estado mental o evaluación neuropsicológica es de valor para determinar el tipo de compromiso

intelectual, cuantificar el grado de deterioro y posibilitar el control de la evolución del paciente, así como la evaluación de la posible eficacia de determinados tratamientos durante el seguimiento.

Hay estudios de laboratorio que son indispensables en los pacientes con demencia para descartar la presencia de una enfermedad clínica que afecte a la memoria (ej.: hipotiroidismo). La tomografía computada y la resonancia magnética tienen también un papel fundamental en el diagnóstico de la demencia. Ambos procedimientos permiten diagnosticar lesiones (por ejemplo, tumores u infecciones) que pueden afectar a los procesos cognitivos como la memoria o el lenguaje mientras que en las enfermedades degenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, se observa atrofia cerebral (Manes, 2005).

Además, para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, el DSM IV considera que deben cumplirse los siguientes criterios:

1. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por
 - A. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida),y
 - B. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia, alteración de funciones ejecutivas.
2. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.
3. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.

4. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:
 - A. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
 - B. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ej. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA).
 - C. Intoxicaciones
5. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.
6. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia. (American Psychiatric Association- DSM IV, 1994).

En el DSMV, el concepto de demencia es sustituido por el de trastorno neurocognitivo, distinguiéndose entre: Trastorno Neurocognitivo Menor (Deterioro Cognitivo Leve) y Trastorno Neurocognitivo Mayor (demencias).

En el Trastorno Neurocognitivo Mayor se hace fundamental hincapié en la tríada que involucra los tres déficits: cognitivo, conductual y funcional.

Los criterios de la nueva versión son:

- a) Evidencia de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios basados en:

- Preocupación en el propio individuo, en un informante que lo conoce o en el clínico porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva.
 - Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado, o en su defecto por otra evaluación clínica cuantitativa.
- b) Los déficits cognitivos intervienen con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas.
- c) Los déficits cognitivos no ocurren específicamente en el contexto de un síndrome confusional.
- d) Los déficits cognitivos no se explican por otros trastornos mentales (trastorno depresivo mayor o esquizofrenia) (Castillo, 2014).

Para el diagnóstico diferencial, Aja Abelán (1998) sostiene que hay que considerar las entidades que pueden simular una verdadera demencia. Entre ellas cabe destacar el olvido senil benigno o la pseudodemencia depresiva. En segundo lugar, una vez establecido el diagnóstico sindrómico de demencia, deberá descartarse la Demencia Multiinfártica por tratarse de la segunda causa en orden de frecuencia a partir de los 65 años.

Por su parte, Farreras y Rozman (1995) agregan que el diagnóstico diferencial debe plantearse con el delirio, síndromes cerebrales focales, pseudodemencias y trastorno de la memoria asociado al envejecimiento.

A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, en el *delirio* hay un comienzo sintomático abrupto, el nivel de conciencia es característicamente fluctuante, predominan los trastornos de la atención y concentración y la exploración puede revelar signos neurológicos deficitarios (...)

La diferenciación de otros *síndromes focales* se basa en la observación del curso clínico y en los hallazgos de las técnicas de neuroimagen.

Como consecuencia de su apatía, el paciente con depresión primaria puede tener trastornos de la concentración, memoria y razonamiento abstracto. Este trastorno funcional se designa con el término de *pseudodemencia* y es reversible con tratamiento antidepresivo apropiado. No debe olvidarse, sin embargo, que la depresión puede ocurrir en el inicio de la enfermedad de Alzheimer.

La amnesia es el único síntoma del trastorno de la memoria asociado a la senescencia, es decir, a diferencia de aquella no es una afectación cognitiva múltiple.

3.2.6. *Tratamientos.*

Aún no existe cura para la enfermedad. Sin embargo, la combinación de fármacos adecuados, terapia ocupacional y estimulación cognitiva puede retrasar la progresión de los síntomas (Manes, 2014).

El tratamiento debe ir encaminado a conseguir una serie de objetivos con los enfermos, tales como: mejorar/ mantener el rendimiento cognitivo, mejorar/ mantener el rendimiento funcional, evitar/ tratar reacciones psicológicas anómalas, incrementar/ mantener la autonomía personal en las actividades de la vida diaria y fortalecer/ mantener las relaciones sociales.

Estos objetivos intentan mejorar el estado físico, el rendimiento cognitivo y funcional del paciente, para que sea lo más autónomo durante el mayor tiempo posible en las actividades de la vida diaria. Todos ellos conducen a un objetivo final, que no es otro que mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Pueden distinguirse dos tipos de tratamientos en pacientes con enfermedad de Alzheimer, uno de tipo farmacológico y otro no farmacológico.

Tratamiento Farmacológico.

La enfermedad de Alzheimer constituye uno de los problemas de salud más importantes (...). Hasta 1993 no había tratamiento aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos para los síntomas cognitivos primarios de la enfermedad de Alzheimer.

Desde entonces, cinco drogas han sido aprobadas. Cada una de ellas provee beneficios significativos para el paciente y la familia (...). De estas cinco drogas, cuatro son fármacos denominados inhibidores de la colinesterasa (galantamina, rivastigmina, donepecilo y tacrina).

Los inhibidores de la colinesterasa aumentan temporariamente los niveles de acetilcolina, un mensajero que es deficiente en la enfermedad de Alzheimer. Aunque ningún tratamiento farmacológico ha probado ser capaz de detener el progreso de la enfermedad de Alzheimer, la terapia con inhibidores de acetilcolinesterasa ofrece mejoras sintomáticas o retraso en la progresión de los déficit cognitivos, de comportamiento y funcionales. Los inhibidores de la colinesterasa están indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer leve y moderada (Manes, 2005).

Peña-Casanova (2005) afirma que en el tratamiento farmacológico de dicha enfermedad han acontecido una serie de novedades. En primer lugar, la aparición de un nuevo inhibidor de la acetilcolinesterasa, la galantamina, y en segundo lugar, la aparición de la memantina.

(...) La memantina regularía la actividad del glutamato, un mensajero químico que juega un rol crítico en la memoria y el aprendizaje (...) (Manes, 2005).

El efecto beneficioso de este fármaco se establecería gracias a la disminución de una descarga excesiva de glutamato que se asocia a la neurodegeneración aguda (por ejemplo, infartos cerebrales) o crónicas, como en el caso de la enfermedad de Alzheimer (Peña-Casanova, 2005).

Tratamiento No Farmacológico.

Clare y Woods (2001) sostienen que (...) junto a las opciones de medicación de que se dispone actualmente, existen intervenciones no farmacológicas de enorme utilidad terapéutica que han sido muchas veces omitidas dentro de un marco predominantemente médico del abordaje de las demencias (citados en Arango Lasprilla, 2006). Sin embargo, en la última década los investigadores han empezado a reconocer la importancia de la rehabilitación neuropsicológica para la gente con enfermedad de Alzheimer (Drake, 2006).

La aplicación de terapias blandas en el tratamiento de los trastornos cognitivos y de la conducta, en general, y en particular en la enfermedad de Alzheimer, debe suponer un valor añadido al tratamiento farmacológico (Boada, 2000).

3.2.7. Prevalencia.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de deterioro mental tanto en el período presenil (convencionalmente hasta los 65 años) como en el senil. En EE.UU., entre el 1 y el 6% de las personas mayores de 65 años padecen la enfermedad, y esta prevalencia tiende a incrementarse con la edad (Farreras, 1995).

3.2.8. Incidencia.

Con respecto a la demencia los estudios de incidencia muestran resultados inconsistentes (...). En cambio, al considerar específicamente la demencia de Alzheimer se observa que la incidencia tiende a ser mayor en las mujeres (Mangone: 2002).

Capítulo 4: “La Rehabilitación Neurocognitiva”.

4.1. *¿Qué es la Rehabilitación Neurocognitiva?*

Es definida como: “la aplicación de procedimientos y técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas” (Arango Lasprilla, 2006: 2).

Sobre esta línea de pensamiento, Wilson (1997) postula que la rehabilitación neurocognitiva es un proceso en el cual personas con daño cerebral trabajan junto con profesionales de la salud, para remediar o aliviar déficits cognitivos que resultan de una injuria cerebral. También, explica que la misma, debe focalizarse en los problemas funcionales de la vida real, dirigirse a problemas asociados como emocionales o conductuales además de las dificultades cognitivas y debe involucrar a la persona con daño cerebral, a familiares y a otros en su planificación e implementación (Drake, 2006).

El objetivo es lograr la reorganización funcional o su compensación y consolidación.

Zangwill en 1947 clasifica cuatro categorías principales en el procedimiento de la rehabilitación neurocognitiva: restauración de la función, compensación conductual o adaptación funcional, adaptación al entorno y enfoque conductual. (Raggi, 2014).

En 1999 Tate, describe entre las técnicas de rehabilitación de la memoria en: restauración (aprendizaje de listas de información por medio de la práctica, la repetición y la organización de la información), reorganización (se utilizan estrategias

mnemotécnicas para sustituir la habilidad alterada por una menos afectada y compensar el problema de memoria) y compensación conductual (a través de claves ambientales, personales, próximas y distantes) (citado en Arango Lasprilla, 2006).

Por su parte, Tárraga (1998) sostiene que la rehabilitación neurocognitiva ha demostrado ser eficaz en los trastornos asociados al envejecimiento y en enfermedades degenerativas como la enfermedad de Alzheimer. En este último caso se ha planteado que el objetivo de la rehabilitación sería retrasar el avance de la enfermedad más que la recuperación de la función dañada.

En resumen, en el caso de la enfermedad de Alzheimer, la rehabilitación neurocognitiva deberá apuntar a mejorar la calidad de vida, promover la independencia, enlentecer el grado de deterioro cognitivo y optimizar la funcionalidad y el rendimiento cognitivo general.

Cualquier modelo de rehabilitación neurocognitiva que se pretenda aplicar en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer deberá tener en cuenta la diversidad de variables que influyen en el funcionamiento cognitivo del individuo. De tal forma, será imprescindible conocer y valorar el efecto de: el estado evolutivo de la enfermedad, el estado clínico general del paciente, la presencia de sintomatología psiquiátrica, el tratamiento farmacológico, la personalidad previa, el nivel sociocultural, las características del entorno familiar y la institucionalización. (Arango Lasprilla, 2006).

4.2. Plasticidad Neuronal.

“A pesar de los cambios, el adulto mayor puede mantenerse activo cognitivamente, puede seguir aprendiendo, gracias primordialmente a que el cerebro conserva una considerable plasticidad”

Manes y Torralva (2007).

El punto de partida con base científica, en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias, es la capacidad plástica del cerebro, conocida como neuroplasticidad.

La misma puede definirse como: “la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión” (Boada, 2000: 20).

En este mismo sentido, Pesce (2012) sostiene que la plasticidad neuronal es la capacidad del sistema nervioso central de adaptarse funcionalmente después de una injuria y la capacidad del tejido nervioso de regenerarse o reorganizarse en función del cambio sufrido y en respuesta a una estimulación adecuada.

La neuroplasticidad cuestiona un dogma que existía previamente por el cual se creía que el sistema nervioso era una estructura rígida e inmodificable. Esta creencia postulaba que se nacía con una cantidad predeterminada de neuronas y estas se conectaban entre sí de una manera para siempre. Este concepto existió durante mucho tiempo hasta que diversos experimentos mostraron que el sistema nervioso tiene la capacidad de modificarse y cambiar incluso en la edad adulta. Tanto así que hoy se ha demostrado que existe producción de nuevas neuronas en algunas regiones del cerebro adulto de distintas especies (Manes, 2014).

Por su parte, Bachrach (2014) manifiesta que también perdemos conexiones sinápticas a medida que crecemos. (...) Sin embargo, el cerebro adulto continúa creando neuronas en regiones relacionadas con el aprendizaje. (...) Por suerte, el cerebro mantiene la habilidad de cambiar su estructura y función en respuesta a nuestra experiencia durante toda su vida.

Para terminar, Boada (2000) explica que existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente, si bien en menor intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado.

4.3. Modalidades de Abordajes de la Rehabilitación Neurocognitiva.

Dentro de las posibles modalidades de abordaje de rehabilitación en la enfermedad de Alzheimer, pueden distinguirse dos grandes líneas: una que corresponde a un abordaje funcional y otra a un abordaje de tipo cognitivo.

4.3.1. *Abordaje funcional.*

El abordaje funcional apunta al logro de conductas o de la funcionalidad del paciente en su vida cotidiana (...) Dentro de esta línea se destacan tres tipos de intervenciones terapéuticas: la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia y la terapia de organización conductual.

a) Terapia de Orientación a la Realidad.

La terapia de orientación a la realidad (TOR) es la más clásica de las intervenciones del anciano con demencia (Arango Lasprilla, 2006).

Manes (2005) la describe como una técnica sencilla que opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación de la fecha del día, del lugar donde se encuentra y de las personas con quien trata. Esta información proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que la rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima.

El objetivo de este abordaje es reducir el impacto de la desorientación temporal, espacial y personal por medio del suministro constante de información que facilite la orientación y de claves externas que permitan optimizar el rendimiento.

Se han descrito dos técnicas diferentes de TOR. Una de ellas, la TOR 24-HS, u orientación informal a la realidad, donde la información es brindada permanentemente por el familiar o el cuidador.

La otra modalidad de TOR es de naturaleza formal y tiene lugar en sesiones grupales donde los pacientes con enfermedad de Alzheimer se reúnen para participar en actividades que propicien la orientación (Arango Lasprilla, 2006).

b) Terapia de Reminiscencia.

La terapia de reminiscencia se ha definido como el recuerdo por parte del individuo de sucesos y experiencias vividas en el pasado (Arango Lasprilla, 2006).

Debido a que la memoria remota es la última que se deteriora, se consideró a la reminiscencia como un medio efectivo para comunicarse con personas con alteraciones mnésicas, centrándose en una habilidad que, a menudo, continúa estando comparativamente intacta hasta fases más avanzadas en el proceso de la enfermedad (Manes, 2005).

Según Arango Lasprilla (2006) este tipo de terapia, implica sesiones grupales que en general son semanales en las que los participantes son alentados a hablar de sucesos pasados, usualmente apoyados en ayudas como fotos, música, objetos y vídeos. Además de alentar a los recuerdos individuales, en el grupo se estimula a recordar situaciones compartidas por todos como acontecimientos políticos o sociales por medio de la lectura de un diario o revista de décadas pasadas, o modas musicales, o en las vestimentas (...).

Para, Torres Aguirre (2004) dicha terapia muestra efectos positivos sobre la participación, la socialización y los cambios en la actitud de los miembros del grupo.

c) Terapia Conductual.

Holden y Woods (1995) sostienen que la terapia conductual se dirige básicamente a los pacientes que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y que presentan una profunda sintomatología conductual que apunta a

modificar conductas que se consideran negativas o perjudiciales para el paciente (como deambular permanentemente y mostrar conductas agresivas) y a estimular los aspectos beneficiosos (como el cuidado personal, las dificultades de la elocución y la interacción social) (citados en Arango Lasprilla, 2006).

Algunos autores agregan que en estos casos la intervención terapéutica se debe orientar, en primer lugar, a la identificación y, en su caso, a la corrección del factor desencadenante de la sintomatología (Alberca, R. 2001).

En este mismo sentido, Arango Lasprilla (2006) postula que toda intervención conductual debe ir precedida de un análisis detallado del problema y un conocimiento de la causa probable.

La técnica más utilizada se basa en un sistema de recompensas para las conductas deseadas (y la inhibición de las no deseadas) y una ausencia de recompensa para las no deseadas.

4.3.2. *Abordaje cognitivo.*

En 1998 Van der Linder y Juillerat manifiestan que los abordajes funcionales han recibido diversas críticas por considerarse enfoques meramente fenomenológicos de las conductas, sin fundamentación teórica y sin una reflexión sobre la naturaleza de las alteraciones cognitivas subyacentes a los problemas (citado en Arango Lasprilla, 2006). Por otra parte, en muchos casos los abordajes funcionales no consideran la heterogeneidad cognitiva de los pacientes, sino que se fundan sobre el postulado implícito de que los pacientes dementes sufren las mismas

alteraciones cognitivas de base y que, por lo tanto, son susceptibles de responder de la misma manera a los mismos programas de rehabilitación (...)

Frente a los límites de estos abordajes funcionales se postula un abordaje cognitivo, particularmente, para las etapas iniciales de la enfermedad de Alzheimer cuyo objetivo será intentar optimizar los desempeños de los pacientes tomando en cuenta la heterogeneidad intrasujeto del funcionamiento cognitivo (es decir, su particular perfil cognitivo) para explotar sus capacidades preservadas, así como el conjunto de factores susceptibles de mejorar su rendimiento (Arango Lasprilla, 2006).

4.4. Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria en la enfermedad de Alzheimer.

En lo que concierne al abordaje de los problemas mnésicos en la enfermedad de Alzheimer pueden distinguirse tres orientaciones: facilitar la codificación o la recuperación de una información sacando partido de los factores de optimización hallados en la evaluación cognitiva detallada, enseñar al paciente conocimientos nuevos o restablecer los procesos deficitarios, apoyándose en sus capacidades preservadas y operar sobre el ambiente del paciente y confiar una parte de las funciones deficitarias a un soporte físico para reducir el impacto de las alteraciones cognitivas sobre el funcionamiento del paciente en la vida cotidiana.

La elección de una u otra intervención dependerá del perfil cognitivo del paciente y del objetivo que se persiga. Por lo demás, estas intervenciones no son mutuamente excluyentes sino que, por el contrario, son complementarias (Van der Linden y Juillerat, 1998 citado en Arango Lasprilla, 2006).

4.4.1. Facilitación de la codificación y recuperación de la información.

La codificación puede enriquecerse apelando a las diferentes modalidades sensoriales (si la información por codificar fuera “cortar el césped”, podría enriquecerse la codificación de este dato estimulando a la persona para que arme la imagen mental de alguien cortando el césped o del color verde intenso del césped, o que recuerde el olor del césped recién cortado o el ruido de una máquina de cortar pasto, o que represente motrizmente la actividad) (...) Por otra parte, el beneficio de esta codificación enriquecida sólo se obtiene si existe un apoyo por medio de una clave en el momento de la evocación o recuperación de la información. Además, la clave que se presente en el momento de la evocación debe ser la misma que intervino en la codificación.

Otro aspecto importante para que se produzca una correcta adquisición y codificación de la información tiene que ver con el sistema atencional y el administrador central de la memoria. Por ello, deberá investigarse la afectación o no de estos sistemas. Diversos trabajos han encontrado que las dificultades en la memoria de trabajo y la atención dividida suelen ser frecuentes en la enfermedad de Alzheimer por lo que, de existir tales déficits en el paciente, las técnicas de rehabilitación/estimulación deberán apuntar a mejorar o compensar estas funciones (Arango Lasprilla, 2006).

4.4.2. Aprendizaje de nuevos conocimientos.

Para Van der Linden y Juillerat (1998) el objetivo básico de esta intervención es enseñar datos específicos (dirección, teléfono, nombres importantes), valiéndose

de capacidades mnésicas preservadas. Diferentes trabajos han establecido que, en la gran mayoría de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, la memoria procedural y el priming de la memoria implícita se encontrarían conservados (citados en Arango Lasprilla, 2006:).

Con la enfermedad de Alzheimer han resultado útiles en particular tres métodos para el logro del aprendizaje de la información nueva: el método de recuperación espaciada, la técnica de claves evanescentes y el aprendizaje sin errores.

4.4.2.1 La recuperación espaciada.

Este método consiste en brindar información e ir evaluando su recuerdo a intervalos progresivos. (...) Para que esta técnica sea eficaz, los intervalos iniciales en que se brinda la información por recordar y la comprobación de la misma deben ser sumamente breves (20-30 segundos), los cuales irán aumentándose gradualmente si la respuesta es correcta. Para evitar la repetición subvocal y el mantenimiento de la información en la memoria de trabajo se deben brindar tareas de interferencia (Arango Lasprilla, 2006).

4.4.2.2. El método de las claves evanescentes.

Su utilización en pacientes con enfermedad de Alzheimer se basa en investigaciones que han demostrado que en estos enfermos existe una relativa preservación de la capacidad de producir una información presentada recientemente en respuesta a claves parciales, lo que ha sido llamado priming o facilitación

perceptual. El método de claves evanescentes se diseñó específicamente para sacar provecho de esta forma de memoria implícita a fin de ayudar a adquirir cierta información nueva (Arango Lasprilla, 2006).

4.4.2.3 El método de aprendizaje sin errores.

El aprendizaje sin error es una manera de que alguien aprenda algo repitiéndolo o haciéndolo, antes que diciéndole o mostrándole. A la persona no se le da la oportunidad de cometer errores, por lo tanto, no existen errores para ser recordados (Manes, 2005).

Esta técnica fue utilizada en pacientes con enfermedad de Alzheimer y se vio también su efectividad (...) Se observó que no sólo no aprenden de sus errores, sino que, si cometen errores durante el aprendizaje, el error tiende a repetirse (Arango Lasprilla, 2006). Baddeley y Wilson (1994) postulan que esto ocurre porque los sistemas de memoria implícita tendrían menos capacidad de eliminar los errores y serían más sensibles a las interferencias (citados en Arango Lasprilla, 2006).

4.4.3. La utilización de ayudas de memorias externas.

Recurrir a ayudas externas para mejorar el desempeño mnésico es necesario en la mayoría de los casos. Según Harris (1992), las ayudas externas se dividen en dos tipos básicos:

Aquellas que se refieren al almacenamiento externo de la información requerida, como el uso de una agenda, listas de compras, libretas y computadoras.

Aquellas que proveen una guía o una clave para hacer recordar al paciente que debe hacer algo. Lo más habitual son las alarmas de los relojes o agendas electrónicas; el problema con éstas es que en la clave contienen poca información de lo que debe ser recordado, por lo que no son de gran utilidad en pacientes con déficits graves (citado en Arango Lasprilla, 2006).

Para concluir, es importante que toda rehabilitación neuropsicológica sea diseñada de manera cuidadosa, teniendo en cuenta que cada paciente es distinto por lo que requiere el establecimiento de objetivos terapéuticos individualizados según el grado de severidad y evolución de la enfermedad.

También, es fundamental, evaluar la eficacia del tratamiento llevado a cabo lo que permitirá dar cuenta de los resultados del mismo como, así también, de la progresión o no de la demencia.

PARTE II: MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 5: “Esquema de trabajo de campo”.

5.1. *Planteo del Problema.*

5.1.1. *Tema.*

La presente tesina se propone investigar acerca de la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en las fases Leve y Moderada. La misma busca indagar sobre: ¿cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer en las fases Leve y Moderada? y ¿cuál es el rol del psicopedagogo en este tipo de terapias?

5.1.2. *Objetivos Generales:*

1. Conocer cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer en las fases Leve y Moderada.
2. Indagar acerca del rol del psicopedagogo en este tipo de intervención.

5.1.3. *Objetivos Específicos:*

- 1.1. Caracterizar los síntomas y signos clínicos dados en la memoria en estos grados de deterioro cognitivo.
- 1.2. Describir cuáles son las terapias de rehabilitación neurocognitiva practicadas para este tipo de demencia.

- 1.3. Identificar las diferentes terapias posibles de aplicar para la rehabilitación neurocognitiva de la memoria, según el grado de la enfermedad.
 - 1.4. Establecer el nivel de importancia que tiene el tratamiento farmacológico en estos casos.
 - 1.5. Averiguar cuáles son los puntos débiles que pueden encontrarse en este tratamiento.
-
- 2.1. Conocer cuál es el encuadre de trabajo dentro de este tipo de terapias.
 - 2.2. Describir qué tipo de aportes puede brindar el psicopedagogo en esta área.

5.1.4. Preguntas de Investigación.

1. ¿Cuáles son los signos clínicos característicos de la Enfermedad de Alzheimer, en las fases de deterioro cognitivo leve y moderada?
2. ¿Qué objetivos se pretenden alcanzar mediante la Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria aplicada a adultos mayores con este diagnóstico?
3. ¿Qué tipo de abordajes terapéuticos existen en la Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria según el grado de deterioro cognitivo del paciente?
4. ¿Es necesario en todos los casos acompañar a la terapia de Rehabilitación Neurocognitiva con otra de tipo farmacológica?

5. ¿Qué formación académica específica se precisa para desempeñarse como rehabilitador neurocognitivo?
6. ¿Qué puntos débiles se evidencian en este abordaje?
7. ¿Cuál es el rol del psicopedagogo en este tipo de terapias?
8. ¿Qué aportes puede brindar desde su campo profesional a dicha área?

5.2. Especificación y definición del tipo de investigación.

Según los criterios considerados por Arnal (2001):

Esta tesina se fundamenta desde el paradigma interpretativo, el cual engloba un conjunto de corrientes humanístico-interpretativas cuyo interés se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. Su interés está en cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer en las fases Leve y Moderada.

La modalidad de la investigación es de tipo aplicada, ya que se realiza un trabajo de campo.

Teniendo en cuenta el carácter de la medida es una investigación cualitativa debido a que persigue la comprensión de los datos recaudados.

Según la profundidad u objetivo, es una investigación descriptiva en la que se detallan los diferentes abordajes para la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores con Alzheimer en las fases leve y moderada, como también, la intervención psicopedagógica en estas terapias.

Considerando el marco en el que tiene lugar, es una investigación de campo o sobre el terreno, ya que no es una situación controlada de laboratorio. En ella se

entrevistan a diferentes profesionales que trabajan con las diferentes técnicas de rehabilitación neurocognitiva.

5.3. Selección y descripción del diseño.

En esta investigación se utiliza el método cualitativo, ya que la misma persigue el descubrimiento a través de la aplicación de entrevistas no estructuradas.

Su diseño es no experimental, debido a que no se manipulan variables de manera deliberada, sino que se observa al fenómeno tal como se da.

5.4. Delimitación de la investigación: Unidades de análisis.

- ✓ Psicopedagogos.
- ✓ Psicólogos.
- ✓ Neurólogos.
- ✓ Fonoaudiólogos.
- ✓ Terapistas Ocupacionales.
- ✓ Médicos Geriatras.

5.5. Profesionales seleccionados.

Se entrevistan a profesionales capacitados en el área de la rehabilitación neurocognitiva en adultos mayores con Alzheimer. Entre ellos: psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales.

También se consultan a neurólogos y médicos geriatras por ser quienes tienen el primer contacto con el adulto mayor. Además, estos profesionales se ocupan del

tratamiento farmacológico y, en los casos que consideran necesario, derivan al paciente a rehabilitación neurocognitiva.

5.6. Técnicas de recolección de datos.

En todos los casos se realizan entrevistas semiestructuradas y focalizadas, debido a que para su desarrollo se consideran una serie de tópicos con el fin de obtener información precisa.

Entrevistas a psicopedagogos: se aplican preguntas que refieren a su rol como terapeuta dentro de los talleres de rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en las fases Leve y Moderada.

Entrevistas a psicólogos y fonoaudiólogos: se llevan a cabo preguntas destinadas a recoger información sobre las terapias de rehabilitación neurocognitiva, el trabajo inter y/o multidisciplinario y los aportes que, a su criterio, puede brindar el psicopedagogo desde su profesión.

Entrevistas a terapeutas ocupacionales: se realizan preguntas para recoger información sobre su labor en las terapias de rehabilitación neurocognitiva, advertir los principales obstáculos con los que se encuentran y conocer sus experiencias y reflexiones en esta área.

Entrevistas a neurólogos: se introducen preguntas con el objetivo de conocer su labor con enfermos que padecen Alzheimer, el diagnóstico y la derivación hacia otros profesionales.

Entrevistas a médicos geriatras: se interpelan para reunir datos sobre su desempeño con enfermos que padecen Alzheimer, su diagnóstico, el tratamiento farmacológico y su derivación a otros profesionales.

Capítulo 6: Análisis de los datos.

6.1 . Entrevista a profesionales calificados.

Se entrevista de manera individual a una psicopedagoga que realiza talleres de rehabilitación neurocognitiva en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, con el objetivo de conocer su rol y desempeño en este tipo de terapias.

6.1.1 Entrevista a psicopedagoga.

M. R.: Psicopedagoga. Lic. en Psicología. Doctoranda en Psicología con orientación en Neurociencias Cognitivas Aplicadas (Buenos Aires).

Directora de Aidynè (Centro de asistencia, docencia e investigación Psiconeurocognitiva general de Buenos Aires).

Supervisora de concurrentes del Equipo de Psicopedagogía del Hospital Pedro Fiorito, Hospital Ricardo Gutiérrez, Hospital Vélez Sarsfield, otros centros de salud y de profesionales particulares (Buenos Aires).

Profesora de la cátedra de Neuropsicopatología en el Instituto del Profesorado CONSUDEC, carrera de Psicopedagogía (Buenos Aires).

La profesional entrevistada sostiene que es fundamental que el psicopedagogo y demás profesionales que trabajan en el área de la rehabilitación neurocognitiva estén capacitados en neurociencias para poseer amplios conocimientos sobre la estructura y la funcionalidad del sistema nervioso central (SNC) y, también, sobre las bases teóricas y los modelos que se aplican en la comprensión del funcionamiento cognitivo. Además, considera indispensable la

formación académica en enfermedades neurológicas y, sobre todo, en procesos neurodegenerativos.

Como psicopedagoga su rol es la coordinación de equipos. En la actualidad, uno de estos grupos realiza evaluaciones en el Hospital Fiorito y otro evaluaciones y rehabilitación neurocognitiva en un Centro Privado.

Explica que los pacientes que llegan a terapia de rehabilitación neurocognitiva, generalmente son derivados por neurólogos, aunque en algunas ocasiones también son los psiquiatras o los médicos clínicos quienes recomiendan este tratamiento, siendo menos los casos que vienen por propia voluntad.

La rehabilitación se inicia con una evaluación neurocognitiva completa. En la mayoría de los casos, los pacientes acuden con un screening realizado y es necesario profundizar el diagnóstico.

La evaluación se lleva adelante utilizando técnicas neuropsicológicas objetivas que se encuentran validadas y estandarizadas.

Posteriormente, se procede a elaborar un plan de rehabilitación. El tratamiento se establece de manera personalizada, con ejercicios de lápiz y papel, computarizados y en algunos casos utilizando recursos de las artes plásticas. Se realizan uno o dos encuentros individuales por mes y reuniones semanales grupales de una hora, siendo la duración de ese plan de tres meses.

Por último, se evalúan los logros y se vuelve a planificar nuevamente otro período.

La entrevistada aclara que los tratamientos dados varían de acuerdo al estadio o fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente y que no todos presentan las condiciones adecuadas para ingresar a grupos.

Con respecto a la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, explica que se utilizan diversos procedimientos, como Terapias de Orientación a la Realidad (TOR), recursos reminiscentes y, también, es muy importante el trabajo de todos los tipos de memoria, tanto visual como auditiva, y en todos los aspectos temporales corto plazo, largo plazo, reciente y retrógrada. La memoria episódica es la que más tempranamente se afecta y es necesario obrar en ella para que el paciente no pierda datos de su identidad y se mantenga conectado con su entorno.

En cuanto al trabajo con otros profesionales, menciona que se realiza en forma interdisciplinaria con el médico tratante, y multidisciplinaria con los demás profesionales que contribuyen en los talleres de rehabilitación como: fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional y psicomotricista.

En relación al debate dado entre las terapias blandas y las farmacológicas, sostiene que la rehabilitación neurocognitiva debe acompañarse de tratamientos farmacológicos, ya que una terapia no supe a la otra sino que se complementan.

Los puntos débiles destacados son la escasa capacitación y formación de quienes llevan a cabo estas terapias, siendo en la mayoría de las ocasiones actividades de “buena voluntad” en desconocimiento de la patología y de la realidad general del anciano sano y enfermo, y de las posibilidades de aprendizaje de los mismos.

Por todo esto, considera que es muy importante brindar información a los psicopedagogos de este campo laboral y herramientas para que se formen en él.

Destaca que como profesional de la salud el psicopedagogo puede brindar importantes aportes al área de la rehabilitación neurocognitiva, dado que por su especificidad es especialista en aprendizaje y sabe cómo estimular los procesos básicos para el mismo.

Por último, comenta sus experiencias y reflexiona sobre su trabajo como psicopedagoga en terapias de rehabilitación neurocognitiva que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer, diciendo: *“Es una tarea fascinante, pero que requiere trabajo no sólo desde el plano teórico, sino también desde el plano emocional. Además, hay que considerar que se necesita de una capacidad de contención importante hacia el enfermo y su familia. Un paciente con Alzheimer, hoy por hoy, sigue siendo un paciente terminal, y hay que saber trabajar con la ansiedad que esto genera en el paciente, en la familia y en uno mismo como profesional”*.

6.1.2. Entrevistas a psicólogos y fonoaudiólogos.

Se entrevistó individualmente a estos profesionales para recoger información sobre las terapias de rehabilitación neurocognitiva, el trabajo inter y/o multidisciplinario y los aportes que para ellos puede brindar el psicopedagogo desde su profesión.

L.B.: Psicóloga. Tallerista de la Memoria. Centyr (Centro Terapéutico y recreativo para adultos y adultos mayores) (San Nicolás).

L.M.: Psicóloga. Coordinadora de los Talleres de Rehabilitación Neurocognitiva del Centro de Día para la Tercera Edad "Bío Club" (Rosario).

M.C.: Licenciada en Fonoaudiología. Máster en Neuropsicología. Coordinadora de los Talleres de Rehabilitación Neurocognitiva en la Clínica de la Memoria y en la Fundación Rosarina de Neurorehabilitación (Rosario).

Los profesionales entrevistados acuerdan que para desempeñarse en el área de la rehabilitación neurocognitiva de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, se requiere de una formación académica específica en neuropsicología. La mayoría de ellos han realizado cursos o posgrados y se han especializado en el tratamiento de adultos mayores con patologías neurológicas y en evaluaciones neuropsicológicas.

También, destacan la importancia de formarse en manejos de grupos para tener un mejor desempeño en los talleres.

Algunos de los consultados realizan la coordinación de las terapias, mientras que otros se ocupan de llevar a cabo los talleres cognitivos.

El paciente con enfermedad de Alzheimer es derivado, generalmente, por neurología, algunos acuden por comentarios de otras personas, o por su propia cuenta o, bien, a pedido de sus familiares.

En la mayoría de los casos asisten con un informe neurológico, donde se explicita la patología y su grado de deterioro cognitivo. Por lo común, se observa que presentan un deterioro cognitivo moderado.

La evaluación neuropsicológica la realiza un profesional formado en técnicas psicométricas, en algunos casos el neurólogo cognitivo y en otros el neuropsicólogo. El objetivo de la evaluación la determina el profesional que la efectúa, por ejemplo, si es llevada a cabo por un neurólogo, el fin es llegar a un diagnóstico diferencial de las demencias, este profesional suele correlacionar con los estudios por imágenes y la localización de la lesión. En cambio, si la realiza un neuropsicólogo su objetivo es arribar a un diagnóstico y tratamiento, ya que las evaluaciones neuropsicológicas suelen aportar más herramientas cualitativas a las terapias.

Dicha evaluación incluye antecedentes e historia personal del paciente. Luego, se aplican tests: ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination), MiniMental de Folstein, Test del Reloj y otros que completan los familiares (Clinical Dementia Rating, FAQ).

Esto se realiza al ingreso para evaluar habilidades y déficits, lo que permite planificar el tratamiento y, en base a ello, incorporar a cada uno de los pacientes en

los talleres más adecuados a su condición. También es información valiosa para compartir con los demás profesionales.

Cuando la evaluación es a pedido médico como aporte para el diagnóstico se pueden agregar otras pruebas, como el Trail Making Test, la Lista de Rey (RAVLT) y el Inecofrontal screening.

El encuadre de trabajo consiste en terapias individuales y talleres grupales.

La terapia individual tiene una frecuencia de dos veces por semana y se aplica desde el inicio hasta que el nivel de compromiso cognitivo hace imposible el abordaje y el paciente se beneficia más de los talleres por la interacción social, ya que ello los ayuda a mantener el lenguaje gestual y verbal, la regulación de la conducta, el humor, etc.

Los talleres grupales, también, suelen ser un complemento de las terapias individuales cuando el paciente necesita de la interacción social y de una estimulación más recreativa.

Consisten en encuentros de una hora u hora y media, dos o tres veces por semana en grupos homogéneos de 8 a 10 personas. A veces, dependiendo de la actividad se puede dividir al grupo en dos.

También se llevan a cabo otros talleres como: terapias ocupacionales, musicoterapias, etc.

El tratamiento neurocognitivo es realizado por neuropsicólogos o profesionales con formación en neuropsicología.

Con respecto a las terapias farmacológicas siempre debe ser administrada por neurólogos o médicos geriatras.

Los psicólogos entrevistados agregan que desde su disciplina suelen hacer terapias individuales para ocuparse de otras cuestiones que afloran desde el plano emocional, como la depresión, la ansiedad, etc.

La rehabilitación neurocognitiva de la memoria en pacientes con Alzheimer, se lleva adelante a través de una organización de ejercicios escritos y orales que permiten trabajar diferentes funciones como la fluidez verbal, razonamiento, memoria reciente, atención. Es decir, se aplican actividades que intervienen en la memoria de forma escrita (en su mayoría) y oral.

Además, se trabaja desde lo lúdico y con recursos cotidianos, como por ejemplo: recortes de revistas, noticias, imágenes, etc.

Los entrevistados consideran necesario acompañar la terapia de rehabilitación neurocognitiva con otra de tipo farmacológica porque la medicación, en algunos casos, mejora la condición del paciente con enfermedad de Alzheimer enlenteciendo el proceso neurodegenerativo.

La labor en este ámbito puede ser multi o interdisciplinaria dependiendo del paciente y donde realice el resto de las terapias o de la permeabilidad del otro profesional para interactuar terapéuticamente.

En los casos iniciales de la enfermedad, generalmente, sólo se realizan terapias neurocognitiva, cuando el compromiso cognitivo involucra las actividades de la vida diaria u otras funciones, intervienen kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, talleristas recreativos, etc.

Los profesionales sostienen que es indispensable el trabajo con otros, ya que es imposible que un profesional pueda abarcar todas las áreas.

Por otro lado, destacan que la cobertura de la obra social, el nivel socioeconómico, la distancia del lugar de la rehabilitación, la posibilidad de un acompañante y el tipo de familia son factores determinantes en la adherencia y sostenimiento del tratamiento.

Entre los puntos débiles que se observan en este tipo de abordaje, los entrevistados mencionan que al ser la enfermedad de Alzheimer una patología progresiva y crónica, muchas veces el paciente no sostiene la terapia todo el tiempo que debiera.

Además, la anosognosia suele interferir en la continuidad del tratamiento, la falta de conocimiento o la negación de las familias suele ser desfavorable para el mismo punto, sacando al paciente de la terapia porque no progresa o mejora.

También, la falta de avances científicos para que la enfermedad pueda ser frenada de algún modo y permita trabajar mejor hace que muchas veces se llegue tarde con el tratamiento.

Otra de las cuestiones, son los familiares del enfermo con Alzheimer, los cuales se encuentran muy afectados por la situación. Es por ello que, es indispensable que se realicen ocasionalmente talleres para contener a las familias.

Y, por último, otro punto débil es el recurso humano y sus limitaciones.

Según la opinión de los entrevistados, el psicopedagogo puede brindar desde su profesión aportes muy importantes, ya que por su formación académica posee diferentes tipos de estimulación que otros profesionales carecen.

Además, porta otras herramientas para brindar al adulto mayor porque conoce la parte procesual del aprendizaje y cómo facilitarlos. Los pacientes con enfermedad

de Alzheimer suelen perder los aprendizajes adquiridos como la lectoescritura, el cálculo, el razonamiento matemático. De esta manera, desde esta disciplina se puede contribuir a frenar el deterioro en esas áreas, apuntalando al resto de las funciones cognitivas.

También, puede aportar al trabajo inter-multidisciplinario y, por supuesto, desde la investigación y/o avances científicos que se produzcan en su profesión.

Con respecto a las cuestiones que aún se encuentran sin abordar en estas terapias, los consultados explican que puede deberse a que es un espacio que todavía se encuentra en desarrollo. Además, el deterioro cognitivo es tan amplio y tan abrupto, en algunos casos, que siempre hay áreas por tratar. Los factores económicos, la falta de cobertura y cumplimiento de la ley de discapacidad por parte de las obras sociales, interfieren en el abordaje adecuado, generalmente, esta es la causa más frecuente.

También, sostienen que sería interesante trabajar más el plano emocional, debido a que estos pacientes suelen padecer depresión, ansiedad, etc., y producen un descenso en el rendimiento cognitivo pudiendo arrojar diagnósticos erróneos. Otras de los asuntos pendientes para trabajar es la psicoprofilaxis.

Entre las experiencias y reflexiones sobre el trabajo en terapias que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer, los profesionales comentan que a veces se le da demasiada importancia a lo profesional y en este tipo de patologías aparecen cuestiones relacionadas a lo vincular habiendo mucha carencia afectiva. Sostienen que es llamativo observar cómo un trato amoroso o una caricia puede favorecer significativamente a estos pacientes.

Además, destacan la importancia del “factor grupo”, debido a que los talleres posibilitan que los pacientes tengan un lugar de pertenencia, y se identifiquen. Según, L. B.: “la enfermedad de Alzheimer es progresiva y el grupo los ayuda a soportar el impacto subjetivo que esto conlleva”.

Para finalizar, mencionan que sería interesante la creación de campañas de concientización para explicar que la terapia neurocognitiva y el abordaje interdisciplinario son tan importantes como la terapia farmacológica, y que debería cumplirse como si fuera un fármaco al que no se debe abandonar. Pero, para eso, el paciente también tendría que conocer sus derechos y las obras sociales no evadir su responsabilidad en estas discapacidades que afectan no sólo al paciente sino también a toda la esfera familiar.

También, los profesionales deberían tener la formación necesaria para abordar estos casos, evitando la improvisación que luego deriva en la desconfianza sobre el efecto de estas terapias.

6.1.3. Entrevistas a Terapistas Ocupacionales.

Se los entrevistó de manera individual para recoger información sobre su labor en las terapias de rehabilitación neurocognitiva, advertir los principales obstáculos con los que se encuentran y conocer sus experiencias y reflexiones en esta área.

E.S.: Terapeuta Ocupacional. Tallerista de Rehabilitación Neurocognitiva en el Centro de Día para la Tercera Edad “Bío Club” (Rosario).

M.C.: Terapeuta Ocupacional. Coordinadora de los Talleres de Rehabilitación Neurocognitiva del Centro Terapéutico y Recreativo para adultos y adultos mayores (Centyr) (San Nicolás).

Para desempeñarse en el área de la rehabilitación neurocognitiva de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, los profesionales consultados sostienen que la formación académica y las prácticas en la residencia con adultos mayores de la facultad le han servido de una gran base para trabajar en estas terapias.

Según la terapeuta ocupacional E. S, la carrera cuenta con prácticas desde el segundo año en gerontología y geriatría, las cuales se realizan en el Hospital Provincial de Rosario y en un Anexo de la facultad. En el primero, se trabaja con pacientes que padecen enfermedad de Alzheimer o han sufrido un ACV (Accidente Cerebro Vascular), a través de ejercicios que implican actividades manuales, rehabilitación semántica y memoria; siempre apuntando a favorecer la autonomía.

En el Anexo de la facultad, se llevan adelante talleres gratuitos de memoria para adultos mayores con base en terapia ocupacional y estimulando actividades de la vida diaria.

También, destacan la importancia de especializarse en el tratamiento de adultos con patologías neurológicas y en evaluación neuropsicológica.

El rol que realiza el terapeuta ocupacional en la terapia de rehabilitación neurocognitiva es desde la “actividad”, siendo ella un medio terapéutico, para la estimulación y rehabilitación de las funciones cognitivas, con el objetivo de mantener y mejorar el desempeño y la autonomía del paciente en su vida diaria, en las distintas áreas ocupacionales (Actividades de la Vida Diaria, actividades productivas y tiempo libre) y en su entorno, adaptando tareas, pasos, medios para promover la mayor autonomía posible y la calidad de vida del paciente y su familia.

Los principales obstáculos con los que se encuentran habitualmente al trabajar con adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer son la cronicidad y la progresión de la enfermedad, ya que si bien se pueden alcanzar ciertos objetivos, los mismos no deben ser muy pretensivos dado que la dolencia continúa avanzando y van apareciendo nuevos síntomas.

Otro de los obstáculos es la depresión, el enfermo de Alzheimer tiene pequeños momentos de contactos con la realidad y eso lo entristece mucho porque se da cuenta de lo que ha perdido. Esta juega en contra del tratamiento porque disminuye aún más el rendimiento cognitivo.

Además, agregan que para trabajar con adultos mayores con esta patología hay que tener mucha vocación y, sobre todo, paciencia. Si no se dispone de ello, es muy difícil la labor.

Con respecto a las experiencias y reflexiones en este tipo de terapias y con pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, las entrevistadas comentan que más allá del tratamiento específico al que se dediquen, lo más importante es considerar lo que sí se puede hacer a pesar de la enfermedad, es decir, lo que aún queda: la comunicación no verbal, el vínculo y el trabajo con la familia desde la contención y la psicoeducación en pos de la calidad de vida de ambos.

Por último, las profesionales manifestaron su desconocimiento acerca del trabajo del psicopedagogo en estas terapias, pero consideran que podrían realizar aportes muy interesantes desde su disciplina.

6.1.4. Entrevistas a neurólogos.

Se los entrevistan de forma individual para conocer la dinámica de trabajo con los rehabilitadores neurocognitivos.

G. T.: Neurólogo. Director Médico de la Clínica de Memoria (Rosario).

A. O.: Neurólogo. OSECAC. Clínicas Privadas (Rosario).

C.M.: Neuróloga. Fundación Rosarina de Neurorehabilitación. Clínicas Privadas (Rosario).

Los profesionales entrevistados manifiestan que los pacientes con enfermedad de Alzheimer llegan a consulta, generalmente, derivados desde otros profesionales. También, en algunos casos, son las familias de la persona las que se acercan.

El motivo de consulta frecuente es el olvido, aunque al realizarse diferentes tests comienzan a surgir otras cuestiones. Los familiares refieren que el paciente pregunta reiteradas veces lo mismo, que esconde las cosas (sobre todo el dinero) y después no recuerda dónde, entonces comienza a culpar a otros de robo.

La memoria reciente es la más afectada en la enfermedad de Alzheimer, también se observan problemas en la orientación (el paciente se pierde haciendo mandados, etc.) y trastornos del lenguaje.

En el trastorno leve-moderado el síntoma principal es el olvido y la falta de concentración.

En el trastorno moderado-severo aparecen los trastornos de comportamiento, celotipias, agresividad, etc.

Con respecto a la evaluación, se procede a interrogar al paciente, analizar los síntomas, el curso evolutivo de la enfermedad y si hay relación o no con una patología psiquiátrica. Las pruebas que se utilizan son de screening, como el MiniMental, Addenbrooke's, que de acuerdo a su puntaje (principalmente lo obtenido en memoria), se puede llegar a la conclusión de que el paciente no tiene nada y sólo es un problema, por ejemplo de concentración, o bien, se puede sospechar de un deterioro cognitivo, para lo cual se realiza una evaluación neuropsicológica, un laboratorio general y técnicas de neuroimágenes (Resonancia Magnética Nuclear, Eco-doppler de arterias carótidas y vasos del cuello). Teniendo en cuenta estos resultados, es decir, lo que se observó en el paciente, lo que comentaron los familiares, la evaluación neuropsicológica y las neuroimágenes, se define el diagnóstico, determinando si es un deterioro cognitivo mayor o menor.

Luego, se plantean las opciones terapéuticas.

Habitualmente todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer son medicados porque es una patología evolutiva. Las drogas básicas administradas son: memantina, rivastigmina, tacrina, galantamina y donepezilo.

Siempre se comienza con uno y depende de cómo ella responda en el efector se ajusta o no. Además, si tiene obstrucciones se receta aspirina o clopidogrel.

Algunos neurólogos derivan, en caso que lo crean necesario, a profesionales que llevan a cabo terapias de rehabilitación neurocognitiva, mientras que otros se

niegan porque, a su criterio, hay una gran comercialización en esta área y sólo los envían para evaluaciones neuropsicológicas.

La mayoría de los neurólogos consultados no conoce la labor del psicopedagogo en este tipo de abordaje, aunque manifiestan no tener inconvenientes para trabajar de manera inter o multidisciplinaria con ellos.

Algunos consideran que desde la psicopedagogía se pueden brindar los mismos aportes que hace cualquier profesional que lleva a cabo rehabilitación neurocognitiva, mientras que otros al desconocer la labor psicopedagógica en la adultez no pueden opinar al respecto.

Entre los puntos débiles de este abordaje los consultados mencionan que es difícil lograr la generalización. Es decir, que lo que se consigue en el consultorio se pueda traducir en la vida diaria del paciente a través de un hecho concreto.

Además, hay poca expectativa terapéutica porque a pesar de que se realice rehabilitación neurocognitiva, la patología de la demencia hace que la enfermedad siga avanzando y muchas veces se llegue tarde a las necesidades del paciente.

Por otro lado, A.O., afirma que se ha hecho un gran comercio con estas terapias y resultan ser muy costosas, sumado a que el resultado no es siempre positivo en todos los pacientes.

Las experiencias y reflexiones comentadas por los entrevistados sobre su labor con pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, hacen referencia a lo dificultoso que resulta trabajar con una patología progresiva e incurable.

G.T., sostiene que: “siempre se trata que el paciente se mantenga más o menos estable, pero depende de cada caso en particular, no todos evolucionan de la

misma manera, algunos a pesar de todos los tratamientos su enfermedad avanza muy rápidamente”.

Los neurólogos destacan que hay que ser claros con el paciente y la familia adaptando el vocabulario para que se comprenda lo que está sucediendo.

En los casos leves, se incentiva a realizar un tratamiento para que no termine en algo más severo, pero cuando el cuadro está más avanzado no hay mucho por hacer lamentablemente.

El síntoma de conducta, es el más agotador sobre todo para el familiar, ya que no hay una regla básica para todos los pacientes y algunos son resistentes a los fármacos.

Actualmente, se está a la espera de nuevos medicamentos, ya que las drogas con las que se cuentan tienen más de quince años.

Existen otros remedios en el mercado, pero no hay consenso sobre los mismos y queda a criterio médico su uso. Algunos, consisten en un complejo alimenticio compuesto por DHEA, vitaminas, Omega 3, etc., que ayuda a mejorar la sinapsis en pacientes con deterioro cognitivo moderado y moderado-severo; otros son inyectables endovenosos como la cerebrolisina, cuyo objetivo es mejorar el rendimiento cognitivo.

Para concluir, C.M., considera que el abordaje multidisciplinario tiende a ser más completo en las demencias, porque permite abarcar todas las áreas involucradas. Además, también permite generar más contención hacia el paciente y su familia.

6.1.5. Entrevistas a médicos geriatras.

Se le aplicaron entrevistas de forma individual para reunir datos sobre su desempeño con enfermos que padecen Alzheimer y su derivación hacia otros profesionales.

L.M.: Médica geriatra. Gerontóloga. Médica de cabecera de PAMI (Rosario).

F.F.: Médico geriatra. Médico de cabecera de PAMI. Clínica Privada (Rosario).

M.F: Médico geriatra. Médica de cabecera de PAMI. Clínica Privada (Rosario).

Los médicos geriatras comentan que el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer llega a consulta por presentar olvidos y confusiones en los primeros estadios. Aclaran que, a veces, suele permanecer en esta situación durante un tiempo y en otras oportunidades se observa un deterioro cognitivo más rápido.

Cuando hay síntomas más complicados no es el paciente el que viene sino el familiar, ellos sostienen que la persona se pierde, deja el gas abierto, no reconoce el nombre de los nietos, etc.

Estos pacientes son evaluados a través de tests que permiten observar algunos aspectos cognitivos, como la memoria.

En la clínica se aplica el test MiniMental o test de Folstein, el Test del Reloj, etc. Explican que siempre, al administrar pruebas, hay que considerar el nivel sociocultural del paciente, ya que puede arrojar datos erróneos en personas no alfabetizadas.

También, se debe tener en cuenta el contexto familiar, la vida cotidiana, la soledad (por su desconexión con la realidad), la marginalidad, lo económico (no acude a eventos sociales porque no tiene recursos para movilizarse) y la edad. Todo esto puede, dependiendo el caso, mejorar o empeorar la situación del adulto mayor con este tipo de deterioro cognitivo.

Los entrevistados comentan que, generalmente, medican a estos pacientes (memantina, dopenezilo, rivastigmina, galantamina, ácidos tiócticos) y son derivados a neurólogos para descartar patologías orgánicas y a psiquiatras para tratar enfermedades comórbidas como la depresión, la ansiedad, entre otras.

La médica geriatra L.M., agrega que también deriva a psicólogos para evaluaciones neuropsicológicas y solicita, en caso que crea necesario, el ingreso del paciente a talleres de memoria, para que reciba estimulación y se relacione con otras personas. Agrega que en el PAMI I y II tienen este tipo de talleres y a veces se pueden encontrar en Centros de Jubilados.

El tratamiento farmacológico consiste en retrasar los síntomas y, en la mayoría de los casos, el paciente continúa con el médico geriatra el cual le realiza un seguimiento clínico.

Los profesionales entrevistados dicen conocer a las terapias no farmacológicas, pero con respecto al trabajo del psicopedagogo en esta área, las experiencias están divididas.

Mientras que, L.M., comenta que presencié la disertación de un trabajo realizado por psicopedagogos en un congreso de geriatría, que a su parecer fue muy

bueno e interesante. Los demás consultados nunca han escuchado mencionar sobre la labor psicopedagógica en adultos mayores.

Todos los consultados manifiestan que no tendrían problemas en trabajar de manera multi o interdisciplinaria con psicopedagogos que realizan este abordaje.

Con respecto a las vivencias y reflexiones de estos profesionales sobre su trabajo con pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, la mayoría comenta que es muy duro porque son pacientes que conocen de muchos años y van observando el deterioro sin poder ayudarlos como les gustaría. Agregan que la mayoría de estos enfermos terminan institucionalizados y hacinados en geriátricos donde, lamentablemente, no hay personal especializado para trabajar con estas personas.

Por último, se suma a lo anterior las situaciones desagradables que experimentan los familiares. Ellos sufren mucho, por eso sostienen que hay que conversar y comentarles acerca de la enfermedad y lo que va a suceder más adelante para que lo tengan en cuenta. También, se les sugiere solicitar ayuda en centros especializados.

PARTE III: CONCLUSIONES FINALES

Teniendo en cuenta los aportes provenientes del marco teórico y la información que se ha recogido mediante la investigación, se puede deducir que la rehabilitación neurocognitiva de la memoria repercute de manera positiva en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer en las fases leve y moderada.

La rehabilitación neurocognitiva surge como una opción terapéutica para las demencias a partir de los acontecimientos que se han generado por los avances científicos. Éstos han producido una prolongación en la esperanza de vida de las personas y, de esta manera, generado la emergencia de una cuarta edad que se inicia posteriormente de los 80 años.

El crecimiento de la población envejecida en países desarrollados y en desarrollo preocupa por el aumento de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

La enfermedad de Alzheimer es una afección progresiva y crónica que va deteriorando el funcionamiento cognitivo de la persona que la padece al punto de impedir su desenvolvimiento adecuado en el trabajo, en la familia y en su entorno social.

El neurólogo A.O., describe que en sus inicios los síntomas principales de la enfermedad de Alzheimer, son el olvido y la falta de concentración. Mientras que, a medida que la enfermedad avanza se van sumando trastornos de tipo comportamental. Los signos clínicos característicos de esta dolencia son las

dificultades en la memoria reciente, la pérdida de la orientación y los trastornos del lenguaje.

Entre las opciones para el tratamiento de la misma, además de la aplicación de terapias farmacológicas, se encuentra la rehabilitación neurocognitiva definida como: “la aplicación de procedimientos y técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas” (Mateer, 2001: 2).

Los expertos en el campo de la neuropsicología y las neurociencias son optimistas acerca de la capacidad de reorganización cerebral y la recuperación de las funciones perdidas. Importantes descubrimientos en esta área han apoyado la creación de programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral, ya que se ha encontrado que el cerebro adulto es capaz de mantener cierto nivel de plasticidad y se ha observado, además, que pacientes con daño cerebral grave presentan cierta capacidad de aprendizaje (Arango Lasprilla, 2006).

La plasticidad de nuestro cerebro es la habilidad que poseen las células nerviosas de desarrollar, mantener y reorganizar sus conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células (Monckerberg Barros, 1985 citado en Binotti, 2009). Es sobre esta asombrosa capacidad cerebral donde se fundamenta teóricamente la rehabilitación neurocognitiva.

En base a ella, pueden diferenciarse dos tipos de abordaje uno cognitivo y otro conductual. El primero, dado al comienzo de la enfermedad para mejorar el desempeño de los pacientes a partir de las capacidades preservadas. Para la fonoaudióloga M.C., la terapia individual es recomendable desde el inicio de la

dolencia hasta que el nivel de compromiso cognitivo hace imposible el abordaje y el paciente se beneficia más de los talleres grupales. El segundo, dirigido a enfermos que se encuentran en una etapa más avanzada, y apunta a modificar las conductas negativas o perjudiciales y estimular las relaciones vinculares, el cuidado personal y la elocución.

M.C., explica que los talleres grupales aportan estimulación desde el área social y conductual, siendo una herramienta útil en las últimas etapas de la enfermedad donde la terapia individual es imposible de aplicar por el nivel de compromiso cognitivo del paciente.

En cuanto a las terapias de rehabilitación neurocognitiva de la memoria las técnicas consisten en la restauración, es decir el aprendizaje de listas de información por medio de la práctica, la repetición y la organización de la información; la reorganización, mediante el uso de estrategias mnemotécnicas para sustituir la habilidad alterada por una menos afectada y compensar el problema de memoria; y la compensación conductual, a través de claves ambientales, personales, próximas y distantes (citado en Arango Lasprilla, 2006).

Para la Psp. M.R., es importante trabajar sobre todos los tipos de memoria, ya sea tanto visual como auditiva, y en todos los aspectos temporales corto plazo, largo plazo, reciente y retrógrada. La memoria episódica es la que más tempranamente se afecta y es necesario estimularla para que el paciente no pierda datos de su identidad y se mantenga conectado con el entorno.

Por su parte, la psicóloga L.B., explica que la terapia de rehabilitación neurocognitiva de la memoria se lleva a cabo a través de una organización de

ejercicios escritos y orales, para trabajar diferentes funciones como la fluidez verbal, razonamiento, memoria reciente, atención.

Según M.R., el encuadre de trabajo en las terapias individuales consiste en uno a dos encuentros semanales de una hora, con una duración de tres meses. Posteriormente, se evalúan los logros y se vuelve a planificar nuevamente otro período.

Los talleres grupales, se realizan entre ocho a diez personas y dependiendo la actividad se dividen en dos grupos. Se llevan a cabo dos o tres veces por semana con una duración de hora u hora y media.

El trabajo puede ser multi o interdisciplinario dependiendo del paciente y de donde lleve adelante el resto de las terapias, o de la permeabilidad del otro profesional para interactuar terapéuticamente.

En la mayoría de los casos, se hace en forma interdisciplinaria con el médico tratante, y multidisciplinaria con los demás profesionales que contribuyen en los talleres de rehabilitación.

Con respecto a las terapias farmacológicas, puede decirse que todos los profesionales entrevistados consideran que es importante que estas acompañen a la rehabilitación neurocognitiva, ya que son complementarias.

Entre los puntos débiles mencionados se destacan: la escasa capacitación y formación de quienes llevan a cabo las terapias de rehabilitación neurocognitiva, la cronicidad y progresión de la dolencia (lo que genera poca expectativa terapéutica), la anosognosia del paciente (la cual interfiere en la adherencia al tratamiento), la falta de conocimiento o la negación de las familias, la falta de progreso científico, la

situación de abatimiento y cansancio de los familiares del enfermo con Alzheimer y, por último, el recurso humano con sus limitaciones.

En relación al rol del psicopedagogo, como rehabilitador neurocognitivo de la memoria en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, los profesionales entrevistados sostienen que es fundamental su formación académica.

Tal como refieren Lezak, Howieson y Loring (2004), la evaluación neuropsicológica en tanto las preguntas que se plantea, los aspectos centrales, los hallazgos o las inferencias obtenidas de ellos, se relacionan en último término con la función cerebral.

De ello se desprende que el profesional que utilice estrategias neuropsicológicas debe acreditar una sólida formación y conocimientos tanto de neuroanatomía funcional, neurofisiología y patologías neurológicas, como de psicología cognitiva, de psicología clínica (conocimiento de trastornos psiquiátricos, conocimiento de los procesos emocionales, aspectos evolutivos, etc.) y de teoría y técnica psicométrica (citados en Raggi, M, 2014).

El psicopedagogo como rehabilitador neurocognitivo puede desempeñarse en la coordinación de equipos de trabajo, en la realización de talleres individuales y grupales, así como también, en la aplicación de evaluaciones neuropsicológicas.

La evaluación neuropsicológica tiene como objetivo esencial la caracterización de las fortalezas y debilidades en las funciones cognitivas y la explicación de la conducta que presenta el paciente. Su fin es contribuir al diagnóstico, evaluar las consecuencias de la enfermedad, describir el funcionamiento cognitivo actual del paciente, planificar un tratamiento y valorar sus efectos, objetivar cambios en el

tiempo, brindar información para el cuidado del paciente y proporcionar información y asesoramiento a las familias (Goldstein y McNeil, 2004 citados en Raggi, M., 2014).

Para la psicóloga L.B., la evaluación incluye antecedentes e historia personal y, posteriormente, la evaluación neuropsicológica propiamente dicha. La elección de las técnicas a aplicar depende de la información recogida en la entrevista inicial, del propósito de la evaluación y el motivo de consulta, como también de la presencia o no de déficits sensoriales o motores.

La batería utilizada para la evaluación neurocognitiva es: Mini-Mental (MMSE), Test de Wais, K-Bit, Test del dibujo del Reloj, Test de fluencia fonológica y semántica, Test de Stroop, Test de símbolos y dígitos, Test de Rastreo (TMT), Test de denominación de Boston, Test de Retención visual de Benton, Test de imitación de secuencia rítmica, Test de la Figura Compleja de Rey y Test Auditivo Verbal de Rey. Además, es fundamental aplicar escalas de Depresión y ansiedad geriátrica (Raggi, M, 2014).

Por último, se realizan los informes de devolución para el paciente, la familia y el profesional que haya solicitado la consulta.

El neurólogo G. T., explica que a esta evaluación es importante agregar un laboratorio general y técnicas de neuroimágenes; y que en base a la sumatoria de la información obtenida se define el diagnóstico, determinando si es un deterioro cognitivo mayor o menor.

El rehabilitador neurocognitivo debe comprender todo el contexto, ofrecer una escucha, acoger al paciente para que se tranquilice y se sienta acompañado. También, se debe prestar especial atención al cuidador, quien requiere del

intercambio de palabras con un profesional que conozca lo que está atravesando, que lo contenga, lo oriente y lo cuide también.

Según las palabras de los médicos geriatras entrevistados, los familiares del enfermo de Alzheimer experimentan situaciones muy desagradables y sufren mucho, es por eso que hay que charlar y comentarles acerca de la enfermedad y lo que va a suceder más adelante para que lo tengan en cuenta. En algunos casos, se les sugieren solicitar ayuda en centros especializados.

Como la enfermedad es larga y progresiva, el cuidador se encuentra muy expuesto por el estrés excesivo y crónico que lo lleva a experimentar dolencias somáticas. Es importante aconsejar, brindar pautas, estrategias, indicar apoyo psicológico, orientar a tener una vida al margen del enfermo (Izal- Fernández, Montorio- Cerrato, 1994).

Respecto a los aportes que el psicopedagogo puede brindar a esta área de trabajo, se puede decir que por su especificidad es especialista en aprendizaje y, por ello, sabe cómo estimular los procesos básicos que intervienen en él.

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer suelen perder los aprendizajes adquiridos como la lectoescritura, el cálculo, el razonamiento matemático, y, desde esta disciplina, se puede contribuir a frenar el deterioro en esas áreas, apuntalando al resto de las funciones cognitivas.

También, puede contribuir al trabajo inter-multidisciplinario y, por supuesto, desde la investigación y/o avances científicos que se produzcan en su profesión.

Entre las reflexiones de los profesionales entrevistados se distingue que la rehabilitación neurocognitiva en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer,

es una tarea que requiere de mucha atención en diferentes planos. No sólo se debe considerar el aspecto cognitivo, sino también el aspecto emocional debido a que es imprescindible dar contención al paciente y a su familia.

Destacan que se observa mucha carencia afectiva en el adulto mayor. En general, los ancianos viven solos por las transformaciones que ha sufrido la conformación familiar y no tienen un rol definido en ella como antaño. Todo esto, influye de una u otra manera porque se los va marginando y, a su vez, van perdiendo el contacto con otros.

Por ello, en estos pacientes, es tan importante el trabajo a través de talleres grupales, porque allí encuentran un lugar de pertenencia, de interacción social con sus pares. El grupo les proporciona un lugar de contención y los ayuda a soportar el impacto subjetivo que esta dolencia les depara.

Sostienen que sería interesante realizar campañas de concientización acerca de las terapias de rehabilitación neurocognitiva, para que se comprenda que más allá de la enfermedad y su tratamiento farmacológico es fundamental considerar lo que aún se preserva en el paciente y prolongar su calidad de vida.

Entre las fortalezas de la investigación se vislumbran la riqueza de la información proporcionada en el marco teórico y la formación académica y práctica de los profesionales entrevistados.

Las debilidades emergen en relación a la escasez de psicopedagogos trabajando en el campo de la vejez y, sobre todo, como rehabilitadores neurocognitivos en estas patologías.

Una de las propuestas de este trabajo consiste en sugerir a los estudiantes de la carrera investigar acerca de: ¿por qué hay pocos psicopedagogos trabajando en el campo de la vejez?

Entre las hipótesis a comprobar se pueden mencionar: primero, que hay pocos psicopedagogos desempeñándose en este campo por la gran demanda de estos profesionales para trabajar en el ámbito educacional y clínico con niños. Segundo, porque su formación académica está orientada a la demanda.

Otra propuesta, es obrar para el beneficio de los adultos mayores invitando a los profesionales de la psicopedagogía a desenvolverse en esta área y trabajar para la prevención.

Retomando la pregunta del problema de investigación acerca de: ¿cómo repercute la rehabilitación neurocognitiva de la memoria en adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer en las fases leve y moderada?, puede decirse que este tipo de terapias brinda siempre un efecto positivo en la persona, permitiendo en el inicio de la dolencia trabajar intensivamente sobre el aspecto cognitivo y, de esta manera, enlentecer el deterioro potenciando las habilidades que aún se encuentran preservadas.

En la fase moderada, cuando el compromiso cognitivo es mayor, los talleres grupales posibilitan la estimulación de las relaciones sociales, el logro de conductas para favorecer la funcionalidad del paciente en su vida cotidiana.

El objetivo de estas terapias es retrasar el avance de la enfermedad y optimizar las funciones cognitivas conservadas para que el paciente pueda mantener

el mayor tiempo posible su autonomía y, de esta manera, favorecer su calidad de vida.

Para finalizar, es interesante reflexionar sobre la importancia del trabajo que realizan los profesionales de la salud y el papel de la familia, ya que juntos contribuyen al beneficio de estos pacientes. En base a ello, Kitwodd (1997) decía: *“el bienestar de las personas con demencia es resultado directo de la calidad de las relaciones que mantienen con quienes les rodean”*.

PARTE IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

FORMATO PAPEL.

Alberca, R. (2001). Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos, Madrid, Editorial Panamericana.

Arango Lasprilla, JC. (2003). Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, México, Editorial Manual Moderno.

Arango Lasprilla, JC. (2006). Rehabilitación neuropsicológica, México DF, Editorial Manual Moderno.

American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)", Barcelona, Editorial Masson.

Ander- Egg, E. (2001). Técnicas de Investigación social, Buenos Aires, Editorial Lumen.

Arnal, J. (2001). Investigación educativa: fundamentos y metodología, Barcelona, Editorial Labor S.A.

Baddeley, A. (1999). La memoria humana: teoría y práctica, Madrid, Editorial Mc Graw-Hill.

Bachrach, E. (2014). Ágilmente: aprendé cómo funciona tu cerebro para potenciar tu creatividad y vivir mejor, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

Binotti, P y cols. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica, Revista Chilena de Neuropsicología, N° 2, Vol.: 4.

Boada, M. y Tárraga, L. (2000): Volver a empezar: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer, Barcelona, Glosa Ediciones.

Cornachione Larrinaga, M. (2008). Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales, Córdoba, Editorial Brujas.

Drake, M. (2006). Rehabilitación Neuropsicológica en la Enfermedad de Alzheimer, México, Manual Moderno.

Erikson, E. (2009). Infancia y Sociedad, Horme Paidos Ediciones.

Farreras, V. (1995). Medicina interna Volumen II, Madrid, Mosby-Doyma Libros.

García Pintos, C. (1993). El círculo de la vejez, Buenos Aires, Editorial Almagesto.

Izal –Fernández, M y Montorio -Cerrato, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente, Barcelona, Prous.

Manes, F. (2005). Convivir con personas con Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias. Libro para familiares y cuidadores, Buenos Aires, Daniela Palais Ediciones.

Manes, F. y Torralva, T. (2007). Funciones ejecutivas y trastorno del lóbulo frontal, Revista de Psicología N°2, Volumen 1.

Manes, F. (2014). Usar el cerebro: Conocer nuestra mente para vivir mejor, Buenos Aires, Editorial Planeta.

Mangone, C., Allegri, R. y otros (2002). Demencias Enfoque multidisciplinario 1, Buenos Aires, Editorial Panamericana.

Mateer, C. (2001). Rehabilitación Neurocognitiva. Un enfoque integrador neuropsicológico, New York, Editorial Guilford.

Müller, M. (1994). Aprender para ser: principios de la psicopedagogía clínica, Buenos Aires, Editorial Bonum.

Ostrosky – Solis, F. y Lozano – Gutiérrez, A. (2006). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas, México, Manual Moderno.

Peña – Casanova, J. (2005). Activemos la mente, Barcelona, Fundación La Caixa.

Peña y Lillo, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico, Revista GPU, Psiquiatría Universitaria, N° 8, Vol.: 2.

Pesce, M. (2012). Neurodesarrollo Infantil: Manual de terapias: Intervenciones Tempranas: Estrategias, Buenos Aires, Corpus Editorial.

Raggi, M. (2014): Curso de Evaluación y Tratamiento Neurocognitivo en adultos mayores, Noviembre, Rosario.

Salvarezza, L. (1998). La vejez: una mirada gerontológica actual, Buenos Aires, Paidós.

Salvarezza, L. (2002). Psicogeriatría. Teoría y Clínica, Buenos Aires, Editorial Paidós.

FORMATO DIGITAL.

Aja Abelán, M. (1998). El impacto de la Enfermedad de Alzheimer en la Familia. Escuela Vasca de Terapia Familiar Curso 3° de Psicoterapeutas. Extraído el 23 de septiembre de 2014 desde: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Aja%20M%20Tbjo%203%20BI%209798.pdf>

A.L.M.A. Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones semejantes de la República Argentina (2014). Revista anual N° 5, 25 años de A.L.M.A. Extraído el día 21 de agosto de 2014 desde: <http://www.alma-alzheimer.org.ar/archivos/revista5.pdf>

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Valdemoro (2012). Curso Básico sobre la Enfermedad de Alzheimer. Extraído el 23 de septiembre de 2014 desde: www.afavaldemoro.org/docs/basicoAlzheimer.pdf

Barandiaran Amillano, M. (2008). La memoria en la enfermedad de Alzheimer y en la demencia frontal. Extraído el día 02 de julio de 2014 desde: <https://www.revistalzheimer.com>

Blasco Bataller, S y Meléndez Moral, J.C. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. Extraído el día 2 de octubre de 2014 desde: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/memoriayvejez.pdf>

Caballero García, JC. (2013). Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. Extraído el 27 de marzo de 2014 desde: <https://www.zahartzarrea.org/index.php/actualidad/ci%C3%ADnica/143-aspectos-generales-del-envejecimiento-normal-y-patol%C3%B3gico-fisiolog%C3%ADa-y-fisiopatolog%C3%ADa.html>

Calahorra Romillo, A. Cambios cognitivos asociados al envejecimiento no patológico. Extraído el día 11 de abril desde: <http://www.psicologiaenmadrid.es/2012/04/cambios-cognitivos-asociados-al-envejecimiento-no-patologico/>

Castillo, C. Trastorno Neurocognoscitivos según el DSM V. Extraído el día 12 de abril de 2014 desde: <http://es.slideshare.net/andersoncastillocastro9/trastornos-neurocognitivos-segun-el-dsm-5?related=1>

De La Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer. Circunvalación del Hipocampo, octubre 2013, extraído el 22 agosto de 2014 en: <http://www.hipocampo.org/alzheimer.asp>.

Escobar Izquierdo, A. Envejecimiento cerebral normal, Revista Mexicana de Neurociencia, 2001; 2 (4): 197. Extraído el día 27 de marzo de 2014 desde: <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/envejecimiento.pdf>

Ginarte – Arias, Y. (2002). Rehabilitación Cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos, Revista Neurológica N° 34. Extraído el día 29 de octubre de 2014 desde: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/07/Rehabilitaci%C3%B3n-Cognitiva.-Aspectos-te%C3%B3ricos-y-metodol%C3%B3gicos.pdf>

Gómez Cabrera, A (2008). Desarrollo Psicológico. Senectud. Extraído el día 15 de noviembre de 2014 desde: http://despsicosnect.blogspot.com.ar/2008/11/definicion_10.html.

Lapuente, F. y cols.: Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal, Anales de psicología. Universidad de Murcia. España, 1998, vol. 14, nº 1, 27-43. Extraído el día 22 de agosto de 2014 desde: <http://revistas.um.es/>.

Marín, JM. Envejecimiento. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Extraído el día 27 de marzo de 2014 desde: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Nitrini, R. y Brucki, S. Demencia: definición y clasificación, Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, N°1, pp.75-98. Extraído el día

05 de mayo de 2014 desde:

http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf

Psicólogos Argentinos. Ciclo Vital. Extraído el día 12 de septiembre de 2014 desde:

<http://www.psicoargentinos.com.ar/>.

Tárraga, L. (1998): Terapias blandas: Programas de psicoestimulación integral.

Alternativa terapéutica para personas con enfermedad de Alzheimer, Revista de Neurología N° 27 suplemento 1. Extraído el día 29 de octubre de 2014 desde:

<http://www.revneurol.com/>.

Torres Aguirre, A y cols. Abordajes no farmacológicos en la enfermedad de Alzheimer. Extraído el día 3 de noviembre de 2014 desde:

<http://scholar.google.com.ar/>

ANEXOS

I. Modelos de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos.

a) Entrevista aplicada a psicopedagogos/os que realizan Terapias de Rehabilitación Neurocognitiva en adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

- 1) ¿El profesional en psicopedagogía requiere de algún tipo de formación académica específica para desempeñarse en el área de la Rehabilitación Neurocognitiva de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer?
- 2) Como psicopedagoga ¿qué rol desempeña en la Terapia de Rehabilitación Neurocognitiva?
- 3) ¿Por quién es derivado el paciente con enfermedad de Alzheimer?
- 4) ¿Cómo es el encuadre de trabajo en este tipo de terapias?
- 5) ¿De qué manera se lleva a cabo la evaluación de los pacientes? ¿Y el tratamiento?
- 6) Como psicopedagoga ¿Trabaja sólo mediante talleres o realiza algún tipo de terapia individual? ¿En qué casos?
- 7) ¿Existen diferentes tratamientos según el grado de deterioro cognitivo del paciente?
- 8) ¿De qué manera se lleva a cabo la Rehabilitación Neurocognitiva de la memoria en pacientes con Alzheimer?
- 9) En las Terapias de Rehabilitación Neurocognitiva ¿Realiza su labor de forma inter o multidisciplinaria? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿En qué casos?

- 10) ¿Considera necesario acompañar la terapia de Rehabilitación Neurocognitiva con otra de tipo farmacológica?
- 11) ¿Encuentra usted puntos débiles en este tipo de abordaje?
- 12) Según su opinión ¿Qué aportes considera importantes que el psicopedagogo puede brindar a este tipo de terapias?
- 13) ¿Cree usted que existen cuestiones sin abordar las cuales pueden obtener tratamiento desde nuestra disciplina?
- 14) ¿Qué experiencias y reflexiones le interesa comentar sobre su trabajo como psicopedagoga en este tipo de terapias que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer?

b) *Entrevista aplicada a psicólogos y fonoaudiólogos.*

- 1) ¿Para desempeñarse en el área de la Rehabilitación Neurocognitiva de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, requiere usted de algún tipo de formación académica específica?
- 2) ¿Por quién es derivado el paciente con enfermedad de Alzheimer?
- 3) ¿Qué rol desempeña en la Terapia de Rehabilitación Neurocognitiva?
- 4) ¿Cómo es el encuadre de trabajo en este tipo de terapias?
- 5) ¿De qué manera se lleva a cabo la evaluación de los pacientes? ¿Y el tratamiento?
- 6) Desde su disciplina ¿Trabaja sólo mediante talleres o realiza algún tipo de terapia individual? ¿En qué casos?
- 7) ¿Existen diferentes tratamientos según el grado de deterioro cognitivo del paciente? ¿Cuáles?
- 8) En las Terapias de Rehabilitación Neurocognitiva ¿Realiza su labor de forma inter o multidisciplinaria? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿En qué casos?
- 9) ¿De qué manera se lleva a cabo la Rehabilitación Neurocognitiva de la *memoria* en pacientes con Alzheimer?
- 10) ¿Considera necesario acompañar la terapia de Rehabilitación Neurocognitiva con otra de tipo farmacológica?
- 11) Por su profesión ¿Se dedica usted a la rehabilitación de una función específica?
- 12) ¿Encuentra usted puntos débiles en este tipo de abordaje?

- 13) Según su opinión ¿qué aportes considera importantes que el psicopedagogo puede brindar a este tipo de terapias?
- 14) ¿Cree usted que existen cuestiones sin abordar las cuales pueden obtener tratamiento desde su disciplina?
- 15) ¿Qué experiencias y reflexiones le interesa comentar sobre su trabajo en este tipo de terapias que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer?

c) Entrevista aplicada a neurólogos.

- 1) ¿Cómo llega a usted el paciente con enfermedad de Alzheimer?
- 2) ¿Cómo se realiza la evaluación en estos casos?
- 3) ¿Todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer son medicados?
- 4) ¿Deriva usted a estos pacientes a profesionales que llevan a cabo Terapias de Rehabilitación Neurocognitiva?
- 5) ¿Conoce el trabajo del psicopedagogo en este tipo de terapias?
- 6) ¿Trabaja (o trabajaría) usted de manera interdisciplinaria con psicopedagogos que realizan este abordaje?
- 7) Según su opinión ¿qué aportes considera importantes que el psicopedagogo puede brindar a este tipo de terapias?
- 8) ¿Encuentra usted puntos débiles en este tipo de abordaje?
- 9) ¿Qué experiencias y reflexiones le interesa comentar sobre su trabajo en estas terapias que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer?

d) *Entrevista aplicada a médicos geriatras.*

- 1) ¿Cómo llega el adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer a su consulta?
- 2) ¿Qué tipo de la evaluación se realiza en estos casos?
- 3) ¿Medica usted a estos pacientes o son derivados a otro/s profesional/es? ¿A quiénes?
- 4) ¿Conoce la existencia de las llamadas Terapias No Farmacológicas?
(En caso de respuesta afirmativa)
- 5) ¿Y sobre el trabajo del psicopedagogo en este tipo de terapias?
- 6) ¿Trabaja (o trabajaría) usted de manera interdisciplinaria con psicopedagogos que realizan este abordaje?
- 7) ¿Qué experiencias y reflexiones le interesa comentar sobre su trabajo en pacientes con enfermedad de Alzheimer?

e) *Entrevista aplicada a Terapistas Ocupacionales.*

- 1) ¿Para desempeñarse en el área de la Rehabilitación Neurocognitiva de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, realizó usted algún tipo de formación académica específica?
- 2) ¿Qué rol realiza en la Terapia de Rehabilitación Neurocognitiva?
- 3) Por su profesión ¿se dedica usted a la rehabilitación de una función específica?
- 4) ¿Conoce el trabajo de psicopedagogos en este tipo de terapias?
- 5) ¿Con qué obstáculos se encuentra habitualmente al trabajar con adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer?
- 6) ¿Qué experiencias y reflexiones le interesa comentar sobre su trabajo en este tipo de terapias que involucran a pacientes con enfermedad de Alzheimer?