El rol psicopedagógico en la estimulación de habilidades cognitivas en adultos mayores con Alzheimer, Resistencia, Chaco

Laura Martínez

Legajo Nº: 26.503

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad de Flores

Licenciatura en Psicopedagogía

Tutora temática: Lic. Melisa Denise Zilberman

Asesor metodológico: Sergio Vicente Yépez Santiago

Mayo de 2021

Índice

Resumen3
Abstract4
Introducción5
Marco teórico7
El adulto mayor7
Enfermedad de Alzheimer9
Estimulación cognitiva12
Rol psicopedagógico16
Antecedentes18
Planteo del problema23
Objetivos24
Objetivo general24
Objetivos específicos24
Método25
Diseño25
Participantes25
Técnicas de recolección25
Procedimiento27
Resultados29
Discusión54
Conclusión60
Referencias62
Anexo67
Instrumento de recolección de datos67
Formulario de consentimiento informado72
Matriz de datos74

Resumen

La Enfermedad de Alzheimer es considerada como el tipo de demencia más frecuente entre los adultos mayores. Sin embargo, aún no existe cura para esta patología, y el tratamiento farmacológico a menudo presenta efectos adversos. La estimulación cognitiva surge como una estrategia terapéutica complementaria, buscando lentificar el deterioro neurológico y brindarle al paciente mayor funcionalidad y bienestar en sus actividades cotidianas. Esta investigación se propuso describir los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva. Para ello se diseñó una investigación cuantitativa, utilizando como técnicas de recolección de datos el análisis documental y la subescala cognitiva de la Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer (ADAS), que fue aplicada a una muestra de 20 adultos mayores que asistieron al Centro de Día entre febrero-marzo de 2019 y marzo de 2021. Los principales resultados evidencian una leve mejoría y sostenimiento de algunos aspectos del desempeño cognitivo de los participantes, luego de implementado el programa de estimulación. Asimismo se concluye en la relevancia del rol psicopedagógico en el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de programas de estimulación cognitiva para adultos mayores con Alzheimer.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer – estimulación cognitiva – rol psicopedagógico

Abstract

Alzheimer's disease is considered the most common type of dementia among older adults. However, there is still no cure for this condition, and drug treatment often has adverse effects. Cognitive stimulation arises as a complementary therapeutic strategy, seeking to slow down neurological deterioration and provide the patient with greater functionality and well-being in their daily activities. This research set out to describe the effects of a cognitive stimulation program in older adults with mild or moderate Alzheimer's, who attend a Day Center in Resistencia, Chaco, and the psychopedagogical role in cognitive stimulation. For this, a quantitative research was designed, using as data collection techniques the documentary analysis and the cognitive subscale of the Assessment Scale for Alzheimer's Disease (ADAS), which was applied to a sample of 20 older adults who attended the Center. of Day between February-March 2019 and March 2021. The main results show a slight improvement and maintenance of some aspects of the cognitive performance of the participants, after implementing the stimulation program. It also concludes on the relevance of the psychopedagogical role in the design, implementation, evaluation and monitoring of cognitive stimulation programs for older adults with Alzheimer's.

Keywords: Alzheimer's disease - cognitive stimulation - psychopedagogical role

Introducción

El proceso de envejecimiento que toda persona debe atravesar tiene repercusiones en sus dimensiones física, mental y emocional. El desarrollo de estados de demencia suele presentarse entre la población de adultos mayores, pero no por eso constituye un destino inevitable. La demencia es definida por La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) como un síndrome generalmente crónico o progresivo, que se caracteriza por el deterioro en las funciones cognitivas, como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, a menudo acompañado de cambios en el comportamiento y el control emocional. Dentro de estas patologías, la Enfermedad de Alzheimer se ubica como el tipo de demencia más frecuente, representando entre el 60 y 70% de los casos (Asociación Argentina de Alzheimer, 2021).

Al no existir aún una cura para el Alzheimer, las medidas terapéuticas se enfocan en ralentizar el deterioro neurológico. El tratamiento farmacológico resulta paliativo y, en ocasiones presenta efectos adversos (Butler Miranda et al., 2019). En este contexto, surgen estrategias no farmacológicas para complementar el tratamiento, como lo es la estimulación cognitiva. Se trata de una propuesta de activación de los procesos y funciones cognitivas, tales como la memoria, percepción, atención y lenguaje (Sureima et al., 2020). Los programas de estimulación cognitiva para el tratamiento de los pacientes con Alzheimer se proponen ralentizar el progreso del deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas en desuso, partiendo de las funciones intelectuales conservadas; además, se busca mejorar el estado funcional de la persona, desarrollando las competencias que le posibiliten vivir de la forma más autónoma posible (Davicino et al., 2009).

El trabajo interdisciplinario resulta un pilar fundamental en el diseño y la implementación de los programas de estimulación cognitiva para pacientes con Alzheimer.

En este sentido, las intervenciones psicopedagógicas están destinadas a recuperar o estimular las habilidades cognitivas deterioradas en los pacientes, fomentando la promoción de la salud y la mejora en la calidad de vida (Martos Ruiz, 2017).

En este contexto, el objetivo principal de esta investigación fue describir los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva. Para ello se diseñó una investigación cuantitativa, utilizando como técnicas de recolección de datos el análisis documental y la subescala cognitiva de la Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer (ADAS). La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores que asistieron al Centro de Día entre febrero-marzo de 2019 y marzo de 2021. Los principales resultados evidencian una leve mejoría y sostenimiento de algunos aspectos del desempeño cognitivo de los participantes, luego de implementado el programa de estimulación.

Marco teórico

El adulto mayor

El envejecimiento es un proceso fisiológico ineludible por el cual transitamos todos los individuos, siendo un proceso individual y particular entre las personas de una misma sociedad (Alvarado García y Salazar Maya, 2014); pero también es social, ya que en cada sociedad se le otorga una valoración o significado específico a la vejez, lo cual de alguna manera condiciona el cómo se transita y vivencia este camino final de la vida, conocido como tercera edad.

La definición de Tercera Edad, nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, Austria, en 1985, donde se acordó que, a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socioeconómicas que tienen unos y otros países (Torres Olmedo, 2003).

Por su parte, Guzmán Lenes (2017) presenta una síntesis de los cambios más resaltantes que atraviesa el adulto mayor, entre los que se destacan, para los fines del presente trabajo, los que tienen lugar en la dimensión biológica y psicológica. En cuanto a la dimensión biológica, el autor sostiene que la mayoría de los adultos mayores son capaces de tener una vida normal y autónoma, a pesar de que sus funciones vitales se deterioren, ya que el organismo tiende a compensar ese deterioro con el desarrollo de otras capacidades. En esta esfera, los cambios más notorios se vinculan con: la disminución de la capacidad sensitiva, ya que el sentido de la vista declina con la disminución de la capacidad visual

debido a los problemas oftalmológicos que aparecen; asimismo el sentido del oído, donde aparecen las hipoacusias laterales y bilaterales; la piel se hace más frágil, delgada, seca, y más transparente, lo que lo vuelve más vulnerable frente a cualquier laceración; también disminuye la fuerza muscular, lo que limita su capacidad de movimiento; se deterioran los reflejos, haciendo a estos factores como contribuyentes a las caídas en los adultos mayores. Asimismo el ciclo del sueño se altera generando insomnios y la necesidad de descanso durante el día.

A estas características fisiológicas debe sumarse que el músculo cardíaco disminuye su fuerza de contracción y aumenta la presión arterial. Existe tendencia al estreñimiento debido a la disminución de fuerza para el peristaltismo y pérdida de la sensación de sed. Puede haber incontinencia o retención urinaria, debido a la debilidad de los músculos pélvicos por la disminución del tono muscular general (Guzmán Lenez, 2017). En este período de la vida es frecuente que las enfermedades dejen mayores secuelas y se traduzcan en pérdida de la capacidad física y/o funcional.

En segundo lugar, en relación a la dimensión psicológica, la vejez implica cambios tan importantes como en la esfera física. Los más perceptibles son aquellos referidos a las capacidades intelectuales, de personalidad y de carácter. Según plantea Peña-Casanova (2012), en los adultos mayores la fluidez para resolver problemas nuevos y organizar información es inferior y el aprendizaje no se modifica en su esencia, ya que esta se completó cuando el individuo alcanzó la adultez.

Como explica Levin (2019), la memoria es otra capacidad que se ve afectada, ya que el adulto mayor necesita de mayor tiempo para recordar episodios actuales o almacenados en la memoria de corto plazo; sin embargo, la información almacenada en la memoria de largo plazo aún sigue vigente sin alteración, a excepción de padecer algún

problema mental como es el Alzheimer, el cual lleva al adulto mayor a un estado de mayor vulnerabilidad por el riesgo a perderse, ya que sufre lagunas mentales donde se desorienta. En esta etapa también aparecen los problemas en la salud mental, tal como la depresión, debido a las experiencias negativas como la pérdida de la salud, la jubilación y la muerte del cónyuge, familiares, y amigos. Sin embargo, cabe señalar que, aun con el paso de los años, hay habilidades que trascienden en el tiempo manteniéndose casi intactas (OMS, 2015).

Enfermedad de Alzheimer

Entre las patologías más comunes que conlleva el envejecimiento, se encuentra la demencia en sus múltiples manifestaciones. El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) define a la demencia como un "trastorno neurocognitivo mayor", síndrome que incluye la pérdida de funciones cognitivas con compromiso de la funcionalidad, es decir, un deterioro que obstaculiza el funcionamiento laboral, social y familiar del sujeto en su vida diaria.

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea. Se puede distinguir entre las funciones cognitivas: la orientación, atención, praxias, lenguaje, cognición, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, gnosias y memoria (Figueroa, 2014).

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, sostiene que la demencia es un síndrome generalmente crónico o progresivo, que se caracteriza por el deterioro en las funciones cognitivas, mostrando una afectación para procesar el pensamiento más

acentuada que lo esperable en el envejecimiento normal (OMS, 2021). De este modo, se ven afectadas funciones mentales como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, aunque no la conciencia. Según se describe, el deterioro cognitivo puede ser precedido o acompañado de dificultades en el control emocional, la motivación y la conducta social. (OMS, 2021).

Uno de los tipos de demencia que puede afectar al adulto mayor, es la Enfermedad de Alzheimer. Según la OMS (2021), la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, representando entre un 60% y un 70% de los casos. El porcentaje restante se divide entre las otras manifestaciones de la demencia: la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy, y un grupo de enfermedades que pueden causar demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). La OMS (2021) señala que los límites entre las distintas formas de demencia no son taxativos, y frecuentemente coexisten formas mixtas.

La Enfermedad de Alzheimer constituye un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas de esta enfermedad generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas. Cañabate (2014) explica que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por un deterioro cognitivo progresivo que acaba en una pérdida de las funciones mentales. Es una patología idiopática, lo que significa que su etiología es desconocida, aunque se considera de causa multifactorial.

El Alzheimer no se manifiesta solamente a través de alteraciones cognitivas, sino que también afecta la capacidad y función motora, deteriorando la agilidad, la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio, la coordinación y la resistencia aeróbica (Eggermont et al., 2010). Numerosas investigaciones han demostrado relación entre las funciones cognitivas, la

marcha, el equilibrio y las caídas frecuentes (Butler Miranda et al., 2019). Los pacientes con Alzheimer tienden a presentar un deterioro en el procesamiento de la información sensorial y deficiencias de las funciones ejecutivas, lo cual genera alteraciones de equilibrio y aumento en el riesgo de caídas (Eggermont et al., 2010). Asimismo, cabe señalar que, a medida que la enfermedad avanza, aumenta la probabilidad de alteraciones o síntomas neuropsiquiátricos, tales como depresión y ansiedad (García Casares et al., 2017).

En el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer podemos distinguir tres etapas o estadios:

1. Fase leve o etapa temprana: aunque el sujeto aún puede desenvolverse de forma independiente, comienza la pérdida de memoria episódica, las dificultades para retener información nueva y para aprender. Comienzan a deteriorarse también la atención y la concentración, la capacidad ejecutiva, el aprendizaje de procedimientos, y la memoria semántica. A raíz de estas dificultades, el paciente muestra cambios en su comportamiento social y laboral. En general, la memoria a largo plazo se mantiene intacta y hasta se potencia (Martínez et al., 2011).

2. Etapa moderada: comienzan a producirse afasias, que se manifiestan en las expresiones faciales del paciente. En este estadio, que puede durar varios años, el sujeto muestra dificultades para reconocer y recordar los nombres de personas o cosas (Donoso, 2003).

3. Estadio final o etapa severa: se dificulta severamente la comunicación. El sujeto pierde la capacidad de llevar adelante una conversación, aun cuando pueda pronunciar palabras o frases, no logra responder a su entorno. También aparecen alteraciones en la motricidad, ya que la persona no es capaz de controlar sus propios movimientos, le cuesta caminar y hasta deglutir (Donoso, 2003).

La prevalencia del Alzheimer aumenta con la edad, es decir que los adultos mayores son los que tienen más probabilidades de padecerla. En un estadio temprano, los síntomas pueden ser mínimos, pero a medida que el cerebro resulta con mayores daños por el avance de la enfermedad, los síntomas se agravan notoriamente. Si bien el ritmo en el que progresa la enfermedad es diferente en cada persona, las últimas investigaciones muestran que las personas con Alzheimer viven, en promedio, 8 años después de que comienzan los síntomas (Asociación Argentina de Alzheimer, 2021). En nuestro país, la enfermedad de Alzheimer es la quinta causa principal de muerte, y afecta a más de 300.000 argentinos. A nivel global, la demencia afecta a más de 44 millones de personas, por lo que se trata de una problemática de salud mundial que requiere profundizar nuevos abordajes (Asociación Argentina de Alzheimer, 2021).

Estimulación cognitiva

En la actualidad no existe una medicación que pueda curar la Enfermedad de Alzheimer o, al menos, estabilizar la aparición de síntomas de manera permanente (Portela et al., 2005). Algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento de esta patología presentan, con frecuencia, efectos secundarios, como trastornos gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y pérdida del apetito, lo que ocasiona también una pérdida abrupta de peso. Otros de los efectos no deseados de la medicación se traducen en insomnio, anorexia, espasmos musculares, inestabilidad y propensión a las caídas, entre otros (Fontán, 2012).

El tratamiento para el Alzheimer se basa en ralentizar el deterioro neurológico mediante la mitigación del avance de los síntomas. Por tratarse de una enfermedad

degenerativa y progresiva, el tratamiento farmacológico es paliativo y, como se ha mencionado, en ocasiones presenta efectos adversos. Por esta razón surge la necesidad de implementar nuevas estrategias no farmacológicas, como el ejercicio aeróbico o la musicoterapia, promoviendo la disminución en la dosis de medicamentos, lo que redundará en la reducción de los efectos secundarios no deseados y el aumento en el bienestar y la funcionalidad de los pacientes en su vida cotidiana (Butler Miranda et al., 2019).

Es en este marco donde se desarrollan los programas de estimulación cognitiva. Según plantean Sureima et al. (2020), la estimulación cognitiva es la activación de los procesos y funciones cognitivas, tales como la memoria, percepción, atención, lenguaje, entre otras. Esta activación se desarrolla a través de ejercicios y estímulos de distinto tipo, buscando entrenar al sujeto para que sea capaz de reutilizar habilidades mentales y sociales deterioradas, y de valerse de recursos externos para ralentizar la pérdida de habilidades cognitivas.

Según plantean Davicino et al. (2009), las estrategias de estimulación cognitiva son pasibles de implementarse en las etapas leve y moderada del Alzheimer, y se presentan como un complemento al tratamiento farmacológico, con el propósito de fomentar el mantenimiento de la autonomía de la persona. Los objetivos de la estimulación cognitiva en el tratamiento de los pacientes con Alzheimer se resumen en:

- Lentificar el progreso del deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas en desuso, partiendo de las funciones intelectuales conservadas.
- Mejorar el estado funcional de la persona, desarrollando las competencias que le posibiliten vivir de la forma más autónoma posible (Davicino et al., 2009, p.7).

En este sentido, el proceso de estimulación cognitiva se enfoca en la propuesta de actividades dirigidas a la activación y mantenimiento de las funciones mentales, considerando las capacidades cognitivas con las que aún cuenta el paciente para fomentar su reorganización de una manera funcional. Para Muñoz González (2018) la estimulación cognitiva se compone de un conjunto de acciones vinculadas a la percepción sensorial y a las funciones mentales superiores, con el objetivo de reducir el impacto de la enfermedad en la esfera personal y social del sujeto. Desde esta perspectiva, se abordan intervenciones dirigidas a mejorar o mantener las habilidades cognitivas, funcionales, conductuales y afectivas.

De acuerdo a la habilidad cognitiva que se pretenda fortalecer, se podrán diseñar propuestas de estimulación a partir de diversas actividades. (Figura 1).

Figura 1. *Relación entre capacidades cognitivas, sus componentes y posibles actividades*

Capacidad cognitiva	Componentes	Posibles actividades
Memoria	. Memoria inmediata . Memoria reciente . Memoria remota	- Recitar refranes, frases hechas, cantar canciones... - Proporcionar determinada información y preguntarla pasado cierto tiempo. - Recordar diariamente acontecimientos de la vida cotidiana. - Evocar nombres de personas, personajes famosos o históricos, lugares, etc.
Lenguaje	. Lenguaje automático . Lenguaje espontáneo . Denominación . Lectoescritura . Razonamiento, abstracción	- Evocación de los meses del año, días de la semana... - Descripción de imágenes o hechos. - Lectura de un texto y posterior debate. - Dictados, redacciones, copias, completar frases...
Cálculo	- Operaciones aritméticas. - Reconocimiento de números. - Secuenciación de números. - Conjuntos y pertenencia.	- Realizar operaciones aritméticas. - Ordenar de mayor a menor o de menor a mayor, determinados números. - Completar una serie de números.
Praxias	- Uso de objetos de la vida diaria. - Motricidad fina. - Construcción gráfica. - Construcción manipulativa.	- Utilizar objetos de la vida diaria. - Ejercicios de coordinación visual y lineal. - Copiar o completar dibujos. - Escritura.
Gnosias	- Gnosias visuales. - Gnosias olfativas. - Gnosias táctiles. - Gnosias auditivas.	- Reconocimiento de imágenes, colores, caras familiares o famosas. - Reconocimiento de olores familiares. - Reconocimiento de objetos, números en relieve. - Reconocimiento e imitación de sonidos conocidos.

Fuente: Martínez González (2013)

Es de fundamental importancia considerar que las habilidades perdidas a causa del daño cerebral generado por el Alzheimer, no podrán reestablecerse a través de la estimulación cognitiva. Este tipo de intervenciones estarán destinadas a evitar que el daño neurológico se extienda, a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares y cuidadores, aumentando la funcionalidad y el bienestar personal (Martínez González, 2013). Cuando el paciente se encuentra en las primeras etapas de la enfermedad, la plasticidad neuronal es mayor, por lo cual los programas de estimulación podrán cumplir una función terapéutica de rehabilitación (Peña-Casanova, 2012).

Rol psicopedagógico

En el tratamiento de las demencias, como en cualquier otra patología de esta índole, es importante que se realice un abordaje global, considerando al sujeto como una totalidad. En este sentido, el proceso de estimulación cognitiva debe llevarse adelante desde un enfoque integral, complementando con medicación, asesoramiento a la familia y cuidadores, y teniendo en cuenta la vida social y afectiva del paciente (Davicino et al., 2009).

Asimismo, dentro de los programas de estimulación cognitiva para pacientes con Alzheimer, se vuelve fundamental el trabajo interdisciplinario. Desde la psicopedagogía, como disciplina dedicada al ser humano en situación de aprendizaje, son esenciales las intervenciones dirigidas a recuperar o estimular las habilidades cognitivas deterioradas en los pacientes con Alzheimer, fomentando la promoción de la salud y la mejora en la calidad de vida (Martos Ruiz, 2017).

El objeto de estudio de la psicopedagogía es el proceso de aprendizaje y desarrollo del ser humano, en su sentido más amplio. Por esta razón, la labor psicopedagógica no se limita al ámbito de la educación formal en las escuelas, dirigida a niños y adolescentes, sino que es capaz de realizar intervenciones en todas las etapas de la vida (Figueroa, 2014).

Al momento de diseñar e implementar un programa de intervención en adultos mayores, Acuña y Risiga (2005) destacan tres variables fundamentales:

- El entorno o contexto en donde el paciente se desenvuelve. Es la variable que determina las posibilidades y limitaciones de la intervención, así como las condiciones del trabajo a realizar. En lo que respecta a las instituciones, incluye aspectos muy complejos, como la organización y la cultura institucional, el tipo de liderazgo y distribución de poder, la concepción sobre vejez, entre otros.

- El paciente y sus características personales, tanto desde lo fisiológico como desde lo psicológico. Su relación con el tiempo y el espacio, con su propio cuerpo y su imagen corporal, su percepción de la mirada y el juicio del otro. Se deben considerar los aspectos emocionales y sociales, además de los funcionales, en la vida del sujeto.
- El profesional, que pone en juego sus propias concepciones sobre la vejez, sus conocimientos y prejuicios, su visión respecto al lugar que ocupa y el valor de su propio trabajo dentro de la institución y del equipo interdisciplinario.

Es fundamental evaluar cuáles son las funciones conservadas en el paciente, además de aquellas en las que se evidencian distintos niveles de deterioro. También deben tenerse en cuenta los recursos con los que cuenta el profesional, observando el contexto y sugiriendo modificaciones tendientes a lograr que el paciente mantenga su autonomía y orientación en el espacio (Figueroa, 2014). Como sostienen Davicino et al. (2009), la estimulación cognitiva en pacientes con diagnóstico de Alzheimer constituye un campo fecundo para el desarrollo del ejercicio profesional de la psicopedagogía, tanto para la prevención de este tipo de demencia como para su tratamiento integral.

Antecedentes

Como se ha mencionado, la enfermedad de Alzheimer es la forma más habitual de demencia en los adultos mayores. La diversidad de causas y factores de riesgo involucrados ha dado lugar a que se convierta en una de las patologías más investigadas a lo largo de las últimas décadas, inclusive desde distintas disciplinas (Davicino et al., 2009). En especial durante los últimos años, se han concretado varios estudios que abordan temáticas similares a las que se proponen en la presente investigación, y, si bien ninguno de ellos ha conseguido dar cuenta de una explicación total o satisfactoria a la problemática planteada, se reseñan brevemente algunos cuyos aportes serán útiles para la investigación.

Zúñiga et al. (2014) son autores de un ensayo clínico abierto, realizado a adultos mayores con demencia moderada de tipo Alzheimer que asisten a un centro de día en México. Atentos a que el centro de día representa una opción a nivel comunitario para apoyar a las personas afectadas con esta enfermedad neurodegenerativa y a sus familias, se buscó describir los resultados de evaluación cognitiva luego de 6 y 12 meses de intervenciones a 16 adultos mayores. En estas evaluaciones se observó que el desempeño cognitivo global se mantuvo estable a los 12 meses, siendo la atención y el juicio las únicas funciones que mostraron leve deterioro. Entre las principales conclusiones se destaca que la demencia es un padecimiento que tiende a ser progresivo.

Ese mismo año, pero en nuestro país, Figueroa (2014) llevó adelante un estudio con el objetivo de indagar las intervenciones realizadas desde la psicopedagogía en el trabajo con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo. Para ello realizó entrevistas a profesionales de la psicopedagogía que se desempeñaban en un Taller de Memoria implementado en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, y en un Taller de Estimulación de la Memoria en Recoleta, Capital Federal. El análisis del discurso permitió describir las

técnicas, intervenciones y metodologías utilizadas en el trabajo psicopedagógico con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, buscando puntos de contacto y/o semejanzas entre los abordajes. La autora concluye que, si bien en los últimos años el trabajo con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo creció en todos los ámbitos de la salud, todavía no ha sido muy explorado en el campo de la psicopedagogía. Con esta investigación se pretende colaborar en la construcción de una mirada diferente hacia el ser y el aprender de los adultos mayores, además de superar los preconceptos sobre la labor psicopedagógica, que la limitan al aprendizaje formal de los niños dentro de las escuelas.

Giménez y Habib (2015) llevaron a cabo un estudio en el cual los principales objetivos tenían que ver con ralentizar los efectos y el deterioro cognitivo de las personas mayores afectadas por la enfermedad de Alzheimer, a través de la estimulación cognitiva continua, y trabajar y estimular la memoria a corto, mediano y largo plazo. Para llevarlo a cabo se recurrió a una intervención socio educativa con el fin de generar una metodología activa, participativa y dinámica, donde se dio cabida a todos los integrantes de un centro, a través de una entrevista semiestructurada y un grupo de discusión a través de la técnica de *brainstorming* o lluvia de ideas. Además, para dicho estudio, se recurrieron a dos registros de observación y a fichas de seguimiento durante el desarrollo de las actividades del programa. Las conclusiones que se derivan de esta experiencia resaltan la importancia y el carácter mediador de la educación social que aporta la intervención educativa con personas de la tercera edad, y en particular con aquellos afectados de Alzheimer, a través de actividades focalizadas en la estimulación cognitiva y de la memoria, que pueden lograr no sólo una mejora en sus capacidades, sino en la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

Sosa Sosa (2016) fue autora de un trabajo monográfico que aborda la cuestión del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor, donde uno de los principales objetivos apuntó a lograr un recorrido conceptual sobre la memoria, la atención y velocidad de procesamiento como elementos principales que se deterioran en esta etapa vital. El estudio implicó atender al declive de las funciones cognitivas en relación con la Enfermedad del Alzheimer. El trabajo concluyó afirmando que los aspectos biológicos incidentes en el deterioro cognitivo leve deben ser estudiados de manera integrada con la persona afectada y su entorno.

Urrutia Amable et al. (2017) son autores de un estudio cuyo objetivo se orientó a evaluar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, para lo cual se recurrió a una investigación cuasi-experimental de intervención comunitaria, abarco una muestra de 228 pacientes que padecen dicha enfermedad, y que fue dividida en dos grupos, de control y experimental, para aplicar prueba de *Montreal Cognitive Assessment* a fin de evaluar determinadas capacidades cognitivas antes y después de la intervención. Entre los principales resultados se destaca el hecho de que, al finalizar el programa de estimulación cognitiva, aumentó el puntaje de la mayoría de las capacidades consignadas de los pacientes del grupo experimental y disminuyó el rendimiento cognitivo de los pacientes del grupo de control. Con esto se demostró la efectividad del programa propuesto para entrenar las capacidades cognitivas en el grupo intervenido.

Butler Miranda et al. (2019) plantearon un estudio con el objetivo de describir los cambios en la memoria de trabajo visoespacial, síntomas depresivos y riesgo de caídas posterior a una terapia físico - cognitiva, en sujetos con Enfermedad de Alzheimer. Con ese fin realizaron una intervención que incluyó técnicas de musicoterapia, ejercicio aeróbico y videojuego en tiempo real, a lo largo de 13 sesiones con 10 adultos mayores diagnosticados

con Alzheimer en estadio leve. Los mismos fueron evaluados pre y post intervención, a través de técnicas específicas como el Test de TUG (Test de riesgo de caídas en personas mayores, *Timed Up & Go* por sus siglas en inglés), Yesavage y cubos WAIS IV. Los resultados mostraron una diferencia significativa en las puntuaciones del test TUG, Yesavage y en las matrices 2x1 y 2x2 post intervención y una nula significancia en la matriz 3x3. A partir de su trabajo, los autores concluyen que la aplicación de una terapia físico-cognitiva en adultos mayores con Alzheimer puede generar efectos potenciales en la memoria visoespacial, síntomas depresivos y riesgo de caídas a corto plazo.

López, Sánchez, y Martín (2020) son autores de un estudio cuyo principal objetivo fue conocer si existe interacción entre el nivel de reserva y la estimulación cognitiva, y si influye en el rendimiento cognitivo de sujetos tipo Alzheimer. De la investigación participaron 20 sujetos de entre 66 y 89 años, de un centro de día de España, con los cuales se utilizó un diseño de pretest y post test controlado. Entre las conclusiones se ha podido observar el efecto positivo de la interacción en la función ejecutiva, concretamente en las capacidades de planificación y secuenciación, organización perceptiva, inhibición de respuesta, razonamiento lógico y flexibilidad mental.

Por último, se destaca el trabajo de Sureima et al. (2020), quienes presentaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva para adultos mayores con problemas de memoria asociados a la edad. En su desarrollo realizaron una intervención durante octubre de 2018 a mayo de 2019, considerando como muestra a 30 adultos mayores de una población total de 275 pacientes que asistieron al Policlínico Josué País García, en La Habana. Se consideraron 15 participantes para el grupo control y 15 para el grupo experimental. Las técnicas aplicadas fueron el Test de Pfeiffer, el Cuestionario de Quejas de Memoria y el Cuestionario de

Funcionamiento de la Memoria. Los principales resultados mostraron que el deterioro cognitivo y los problemas de memoria mejoraron con la aplicación del programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva.

Planteo del problema

La Enfermedad de Alzheimer es la forma más habitual de demencia en los adultos mayores. La OMS (2020) en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, la define como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo.

Peña-Casanova (2012) explica que la enfermedad del Alzheimer es considerada el cuarto gran problema de salud en el mundo. Se calcula que entre un 5 y 10% de las personas mayores de 65 años padecen esta enfermedad. Asimismo, en la Argentina se estima que uno de cada ocho adultos mayores de 65 años sufre de Alzheimer u otra demencia. Es decir, que hay en el país más de 500 mil personas con este diagnóstico.

Una de las características fundamentales de esta enfermedad es el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, afectando el desenvolvimiento del sujeto en su vida cotidiana. Ante la presencia de dicha patología, se han desarrollado numerosos programas de estimulación cognitiva, desde diversos enfoques multidisciplinarios. En este proceso se requiere de la atención e intervención por parte de especialistas del campo, como ser la asistencia de psicopedagogos, que acompañen en el proceso de resignificaciones ante el deterioro cognitivo y sus repercusiones en las funcionalidades del aprendizaje (Davicino et al., 2009).

A partir de lo mencionado surge el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva?

Objetivos

Objetivo general

Describir los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de funcionamiento cognitivo de los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer leve o moderado que asisten al Centro de Día.
- Caracterizar los rasgos principales del programa de estimulación de habilidades cognitivas llevado a cabo en el Centro de Día.
- Indagar sobre los efectos del programa de estimulación cognitiva en los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer.
- Analizar el rol psicopedagógico en el campo de la estimulación cognitiva para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

Método

Diseño

El presente estudio está enmarcado en un diseño metodológico de tipo cuantitativo. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos medibles sobre las variables en estudio, y trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables (Hernández Sampieri et al., 2006). Además, se trata de una investigación no experimental, ya que los hechos se analizan luego de ocurridos. No se realiza ninguna manipulación de las variables de estudio, sino que se observan tal y como suceden, y luego se extraen conclusiones a partir del análisis y vinculación de las mismas.

En términos de Hernández Sampieri et al. (2006), se diseñó un estudio exploratorio-descriptivo, debido a que no existen investigaciones previas sobre la aplicación y efectividad del programa de estimulación cognitiva que se implementa en este Centro de Día, a la vez que se buscó caracterizar las variables a partir del rastreo bibliográfico, la administración de cuestionarios, y el análisis de documentos.

Participantes

La muestra estuvo conformada por un grupo de adultos mayores, que asiste a un Centro de Día en la localidad de Resistencia, Chaco. Se trató de 20 sujetos de entre 60 y 85 años, que asisten a la mencionada institución y fueron diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer.

Técnicas de recolección

Para la recolección de información, este trabajo de investigación recurrió a instrumentos específicos como ser: el análisis documental y la prueba ADAS-Cog.

1. Análisis documental: según plantea Berelson (1952), es una herramienta de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa, del contenido manifiesto en documentos. Consiste en una técnica de análisis de contenido que permite representar la información de un documento de una manera diferente a la original, con la intención de facilitar al lector su consulta o su ubicación en otras investigaciones. Este procedimiento se realiza generalmente por categorizaciones temáticas, buscando, al mismo tiempo, condensar la información recopilada (Andréu Abela, 2002). En el caso del presente estudio, se recurrió al análisis documental de los textos relacionados con el programa de estimulación cognitiva que se implementa en el Centro de Día.

2. Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer (ADAS, por sus siglas en inglés: *Alzheimer's Disease Assessment Scale*): se trata de un instrumento breve, diseñado específicamente para evaluar los síntomas de esta enfermedad, y su progresión incluso en los estadios más avanzados. El ADAS (Rosen et al., 1984) consta de 21 ítems divididos en dos subescalas: cognitiva (ADAS-Cog), con 11 ítems, y conductual (ADAS-Noncog), con 10 ítems. A los fines de la presente investigación, se administró a los participantes sólo la subescala cognitiva.

En el ADAS-Cog el rango de puntaje varía entre 0 (sin deterioro) y 70 (demencia severa), aunque en la práctica los individuos sanos suelen desempeñarse en el rango que va de 5 a 10 puntos. Se evalúan las siguientes funciones cognitivas, ya que son las que presentan un mayor compromiso en el Alzheimer, y las que se muestran más sensibles al deterioro progresivo a medida que avanza la enfermedad (Mangone, 1991):

- Memoria: 3 ítems (27 puntos)
- Orientación: 1 ítem (8 puntos)
- Lenguaje: 5 ítems (25 puntos)

- Praxias: 2 ítems (10 puntos).

El cuestionario del ADAS ha sido traducido a la lengua castellana y validado en nuestro país por Allegri et al. (1999), miembros de la Sociedad Neurológica Argentina.

Procedimiento

Para realizar la investigación se solicitó, en primer lugar, el permiso de los directivos del Centro de Día, ubicado en la localidad de Resistencia. Luego se contactó a los pacientes y sus familiares para solicitar su participación voluntaria y confidencial. Aquellos que accedieron a participar completaron el formulario de consentimiento informado.

En segundo lugar, se tomó contacto con los documentos vinculados al programa de estimulación cognitiva implementado en el Centro, los cuales fueron observados y analizadosa través de la técnica de análisis documental (Andréu Abela, 2002), para luego describir su contenido y sistematizar según la información que proveían.

Posteriormente se realizó la aplicación de la versión en castellano de la Escala ADAS-Cog (Allegri et al., 1999). La primera administración se llevó a cabo en los meses de febrero-marzo de 2019, como una instancia diagnóstica de las funciones cognitivas de los pacientes asistentes, previa a la implementación del programa de estimulación. En marzo de 2021 se realizó la segunda aplicación de la Escala, con el fin de analizar posibles cambios en el desempeño cognitivo de los pacientes y, de esta manera, evaluar la efectividad del programa.

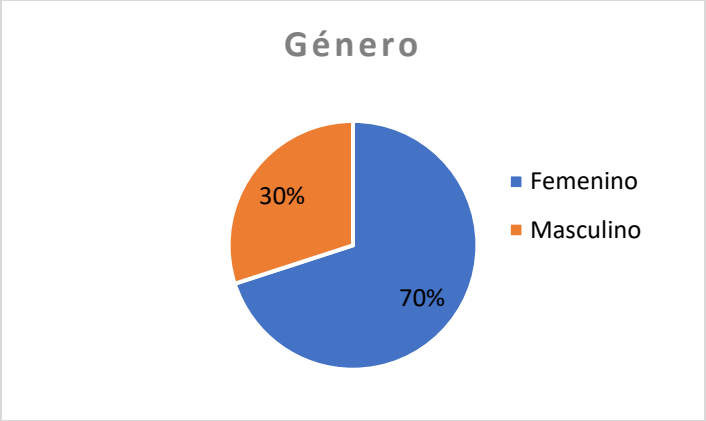
Seguidamente se llevó a cabo el análisis de los datos utilizando herramientas de estadística descriptiva, con la ayuda del programa Excel de Office.

Finalmente se discutieron los resultados obtenidos a la luz de investigaciones previas y el marco teórico referencial, y se establecieron conclusiones y recomendaciones en base a los resultados alcanzados.

Resultados

La información para el trabajo de campo fue relevada a través del test ADAS-Cog (Rosen et al., 1984), en su traducción al castellano y validado para nuestro país (Allegri et al., 1999). Esta escala fue administrada a 20 adultos mayores que asistieron al Centro de Día en Resistencia, Chaco, entre febrero-marzo de 2019 y marzo de 2021. El Cuestionario se aplicó en instancias de pre y postest, antes y después de implementar un programa de estimulación cognitiva. Las edades de los participantes oscilaban entre 60 y 82 años al momento de la primera aplicación del cuestionario, con una media de edad de 69,7. Del total de la muestra seleccionada, el 70% de los participantes resultaron de género femenino y el 30% de género masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1. *Género de los participantes*



Fuente: Elaboración propia

La aplicación del Cuestionario permitió identificar el nivel de funcionamiento cognitivo de los adultos mayoresdiagnosticados con Alzheimer leve o moderado que asisten al Centro de Día, que consistió en el primer objetivo específico de la investigación. Se evaluaron las dimensiones de: lenguaje, praxias, orientación, y memoria. La media

general de funcionamiento cognitivo obtenida fue de 31.45 en la primera aplicación del instrumento (febrero-marzo de 2019), y de 35,1 en la segunda aplicación (marzo de 2021). Cabe señalar que en el ADAS-Cog el rango de puntaje varía entre 0 (sin deterioro) y 70 (demencia severa), aunque en la práctica los individuos sanos suelen desempeñarse en el rango que va de 5 a 10 puntos (Allegri et al., 1999).

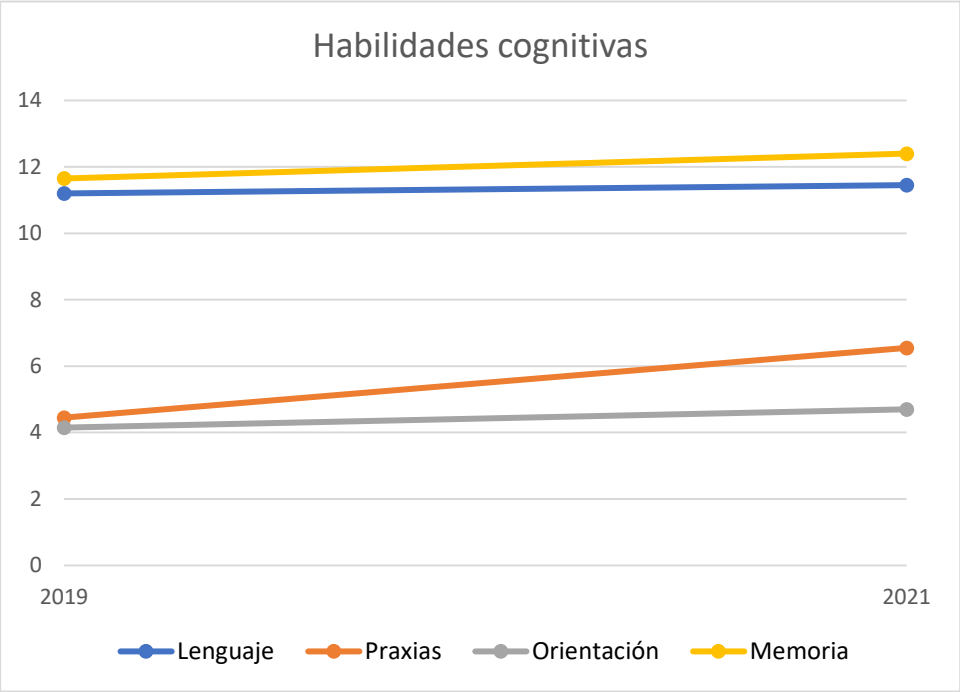
El puntaje medio en el área de lenguaje obtenido por los participantes fue de 11,2; siendo que el valor máximo de deterioro en esta habilidad es de 25 puntos. En la administración más reciente (marzo de 2021) se obtuvo una media de 11,45 en el desempeño del lenguaje. Por su parte, las praxias resultaron con un valor medio de deterioro de 4,45 en 2019, y de 6,55 en 2021. En el caso de esta dimensión de la escala, el valor de deterioro más severo es de 10 puntos. En lo que respecta a la orientación, se observó que los participantes obtuvieron una media de 4,15 en la primera administración, y de 4,7 en la segunda. En este caso, el puntaje máximo es de 8 puntos. Por último, en relación a la función de la memoria, los sujetos en estudio evidenciaron una media de 11,65 en 2019 y de 12,4 luego de dos años de aplicación del programa de estimulación. Cabe destacar que, en el caso de esta función cognitiva, el puntaje que indica deterioro más severo es de 27 puntos. (Tabla 1, y gráfico 2).

Tabla 1. *Valores medios en habilidades cognitivas*

Habilidades cognitivas	Valores medios	
	2019	2021
Lenguaje	11,2	11,45
Praxias	4,45	6,55
Orientación	4,15	4,7
Memoria	11,65	12,4
Total	31,45	35,1

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 2. *Valores medios en habilidades cognitivas*



Fuente: Elaboración propia

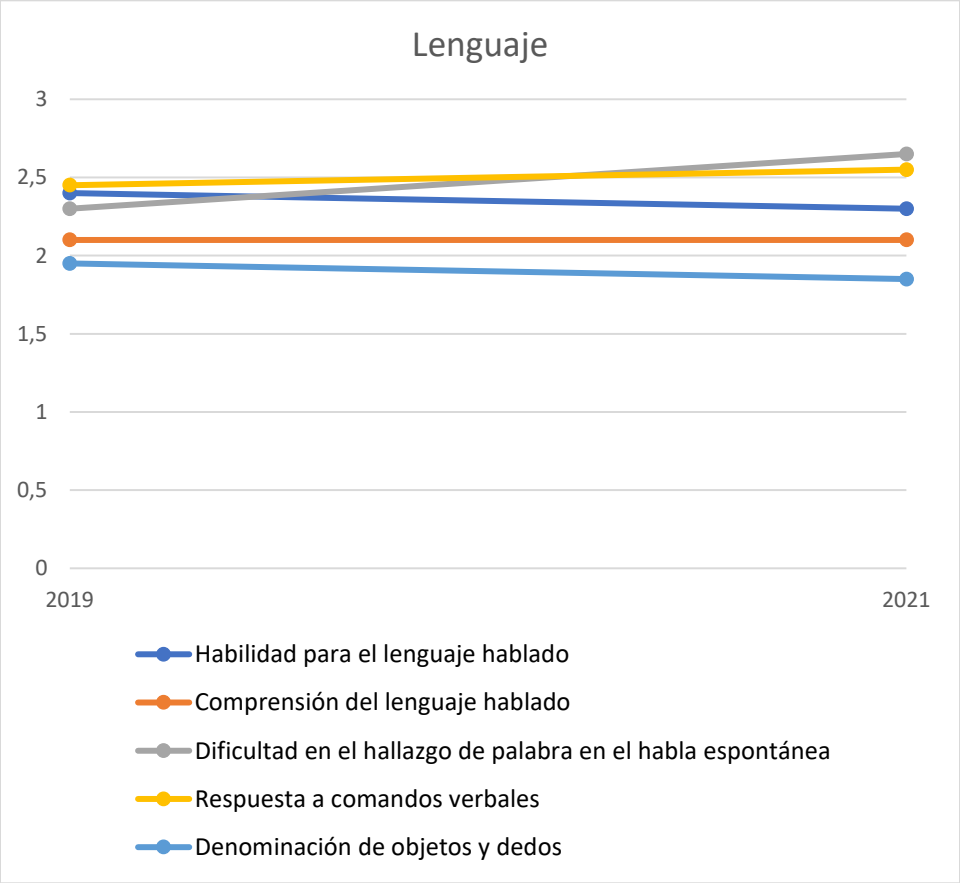
Al analizar detalladamente cada una de las habilidades cognitivas de la escala, inicialmente en lo que respecta al Lenguaje, el deterioro de las funciones se refleja en el puntaje de cada ítem, que puede resultar entre 1 = muy leve; 2 = leve; 3 = moderado; 4 = moderadamente severo; 5 = severo. De acuerdo a estas referencias, se observa que la Habilidad para el lenguaje hablado obtuvo medias de 2,4 y 2,3 en cada una de las tomas; la Comprensión del lenguaje hablado se mantuvo constante con una media de 2,1; la Dificultad en el hallazgo de palabra en el habla espontánea mostró valores medios de 2,3 en 2019 y de 2,65 en 2021; y la Respuesta a comandos verbales obtuvo puntajes de 2,45 y 2,55 respectivamente. Por último, la Denominación de objetos y dedos evidenció valores medios de 1,95 y 1,85. (Tabla 2, y gráfico 3).

Tabla 2. *Valores medios en lenguaje*

Lenguaje	Valores medios	
	2019	2021
Habilidad para el lenguaje hablado	2,4	2,3
Comprensión del lenguaje hablado	2,1	2,1
Dificultad en el hallazgo de palabra en el habla espontánea	2,3	2,65
Respuesta a comandos verbales	2,45	2,55
Denominación de objetos y dedos	1,95	1,85
Total	11,2	11,45

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 3. *Valores medios en lenguaje*



Fuente: Elaboración propia

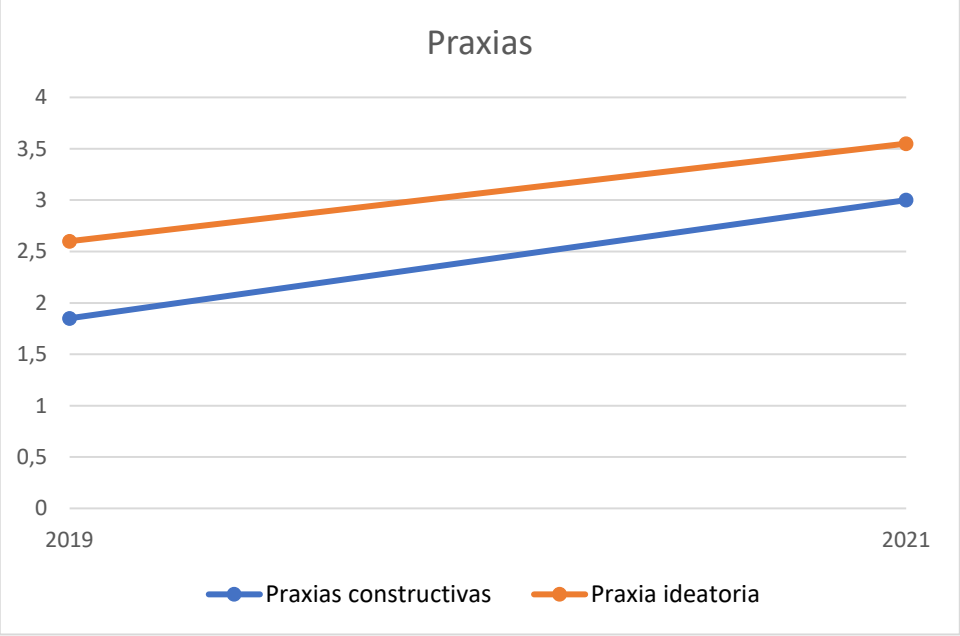
En relación a las praxias, el nivel de deterioro en cada una de ellas se rige por los mismos puntajes que para las habilidades lingüísticas: 1 = muy leve; 2 = leve; 3 = moderado; 4 = moderadamente severo; 5 = severo. Las praxias constructivas obtuvieron un valor medio general de 1,85 en la aplicación de 2019, y en 2021 la media fue de 3 puntos. En el caso de la praxia ideatoria, los puntajes resultaron de 2,6 y de 3,55 respectivamente. (Tabla 3, y gráfico 4).

Tabla 3. *Valores medios en praxias*

Praxias	Valores medios	
	2019	2021
Praxias constructivas	1,85	3
Praxia ideatoria	2,6	3,55
Total	4,45	6,55

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 4. *Valores medios en praxias*



Fuente: Elaboración propia

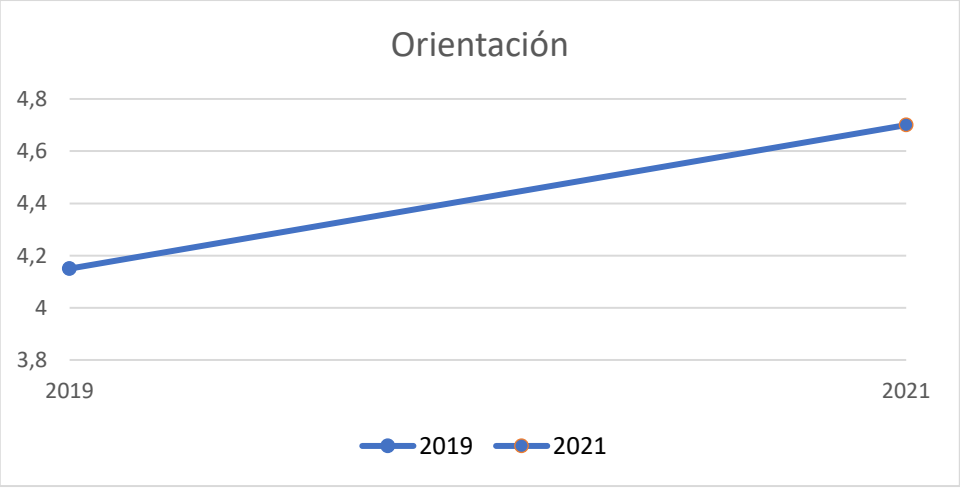
El ítem vinculado a la habilidad de orientación está conformado por ocho datos de ubicación espacio-temporal y reconocimiento, por lo cual los puntajes podían oscilar entre 0 y 8, reflejando el número de respuestas incorrectas. Es decir, que el nivel de deterioro máximo de esta habilidad estaría representado por un valor =8. En la primera administración de la escala en el año 2019, la media general obtenida fue de 4,15; y en la segunda administración en 2021, fue de 4,7. (Tabla 4, y gráfico 5).

Tabla 4. *Valores medios en orientación*

Orientación	Valores medios	
	2019	2021
Orientación	4,15	4,7
Total	4,15	4,7

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 5. *Valores medios en orientación*



Fuente: Elaboración propia

La memoria fue evaluada a través de tres ítems que componen el ADAS-Cog. El Recuerdo de instrucciones obtuvo medias de 2,15 y 2,8 en cada una de las tomas, siendo

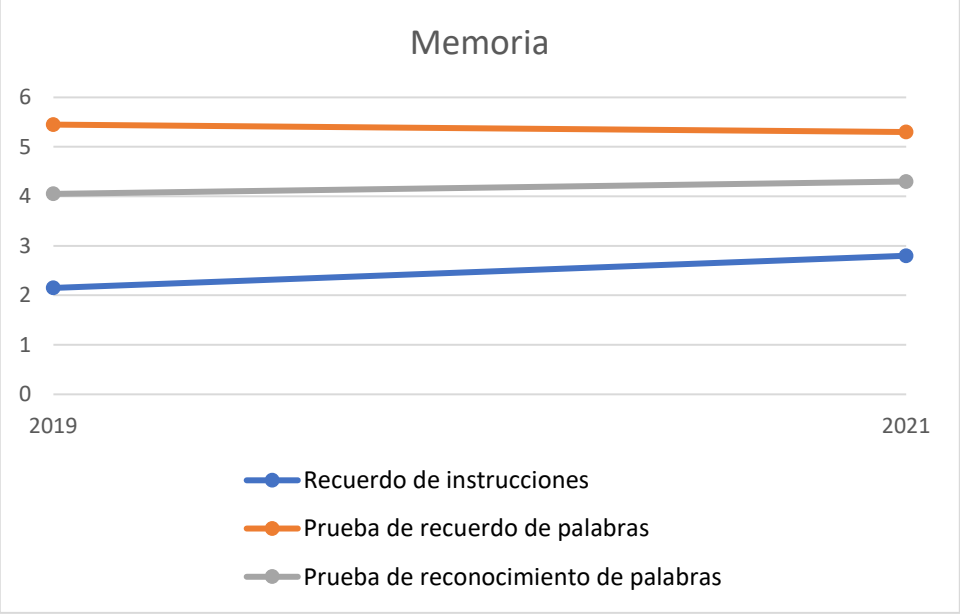
que el nivel de deterioro de esta habilidad se refleja en valores que van de 0 a 5. Por otro lado, la Prueba de recuerdo de palabras mostró valores medios de 5,45 en 2019, y de 5,3 en 2021, siendo su puntaje máximo =10. La Prueba de reconocimiento de palabras obtuvo valores medios generales de 4,05 en una primera instancia, y de 4,3 en la segunda, teniendo en cuenta que su puntaje puede reflejar un deterioro de esta habilidad que va de 0 a 12. (Tabla 5, y gráfico 6).

Tabla 5. *Valores medios en memoria*

Memoria	Valores medios	
	2019	2021
Recuerdo de instrucciones	2,15	2,8
Prueba de recuerdo de palabras	5,45	5,3
Prueba de reconocimiento de palabras	4,05	4,3
Total	11,65	12,4

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 6. *Valores medios en memoria*



Fuente: Elaboración propia

El segundo objetivo específico de la investigación fue caracterizar los rasgos principales del programa de estimulación de habilidades cognitivas llevado a cabo en el Centro de Día, para lo cual se llevó a cabo el análisis documental.

El programa de estimulación que se implementa en el Centro de Día de Resistencia, Chaco, es un plan anual de tratamiento para los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzehimer u otros tipos de demencia leve o moderada. Consta de:

a) Una ficha de datos inicial, en la que se consignan: nombre del beneficiario, período solicitado (en meses), modalidad prestacional, tipo de jornada, opciones de alimentación y transporte a cargo del Centro o del usuario.
b) A continuación, se dejan establecidos los horarios en los que se prestará el servicio cada día de la semana, con una franja horaria entre las 8:00 y las 13:00 hs., de lunes a viernes.
c) Como tercer aspecto, se realiza un resumen de los antecedentes del paciente y su condición diagnóstica actual. A continuación, un ejemplo de ello:

Paciente de sexo femenino de 75 años, con diagnóstico de Alzheimer en estadio leve. Al momento actual se encuentra lúcida, vigil, orientada en tiempo, espacio y persona.

La paciente presenta enlentecimiento de la marcha y alteración del equilibrio; dificultades moderadas en el Control Atencional, fallas en la Memoria Episódica (tanto verbal como visual), desde la codificación de nueva información, almacenamiento y evocación, así como en la memoria de trabajo (capacidad de mantener información disponible en la mente para su posterior evocación). En cuando al lenguaje, se observan dificultades en su fluencia verbal y en el acceso al reservorio léxico, semántico y formal; dificultades práxicas- ejecutivas y enlentecimiento general en el procesamiento de la información.

Levemente Dependiente en el desenvolvimiento en Actividades Básicas de la Vida Diaria (Levantarse, Arreglarse, Uso del retrete; Trasladarse y Deambular), dependiente en Actividades Instrumentales.

No realizó anteriormente proceso de rehabilitación física ni cognitiva.

d) Luego de esta aproximación a la situación actual del paciente, se plantean los objetivos generales y específicos del plan de trabajo. El objetivo general del programa alude a estimular las capacidades cognitivas que el paciente preserva, con el fin de compensar o aliviar los déficits cognitivos consecuentes del daño neurológico. Asimismo, se busca compensar o disminuir su impacto en la vida cotidiana, fortaleciendo los procesos mentales que le permiten dar respuestas adecuadas a sus intereses, deseos, necesidades básicas, manteniendo su desempeño dentro de la sociedad en la que vive.

Los objetivos específicos del programa son los siguientes:

- Retardar la progresión de síntomas cognitivos, potenciando las capacidades físicas, cognitivas y funcionales residuales del asistente.
- Ofrecer un conjunto de actividades de estimulación integral adecuadas a las necesidades particulares del asistente.
- Seguimiento del equipo interdisciplinario para la prevención de factores de riesgo vascular: hipertensión, colesterol, diabetes.
- Evitar la desconexión con el entorno y favorecer las relaciones sociales. Sostener su capacidad comunicativa oral, para transmitir intereses y necesidades.
- Fomentar la toma de decisiones en relación a sus intereses y pensamientos.

- Estimular y entrenar las actividades de la vida diaria para mantener el mayor grado de independencia y autonomía posible.
- Fomentar la identificación de intereses, aptitudes y necesidades, para el posterior armado de un proyecto de abordaje interdisciplinario, que involucre la creación y muestra de un producto final.
- Reforzar la identidad y autoestima del concurrente.
- Mantener las evaluaciones del concurrente actualizadas para poder adaptar las intervenciones y actividades a sus necesidades específicas en cada momento.
- Mantener una comunicación continua entre la familia y el equipo técnico de la Institución sobre la evolución del familiar.
- Desarrollar espacios de psicoeducación familiar, para establecer líneas de trabajo articulado en la institución y en el hogar.
- Impulsar espacio de psicoeducación con familiar referente (hijo, cónyuge, hermano), para trabajar sobre los síntomas conductuales del concurrente (ansiedad, apatía, desmotivación) y estrategias de generalización de lo trabajado en la Institución, al hogar.
- Proveer un espacio de apoyo emocional (individual o grupal) a la familia del concurrente, en el proceso de afrontamiento de los cambios cognitivos, funcionales propios del cuadro. Reducir el estrés del cuidador principal.
- Informar a los cuidadores/familiares en cuestiones específicas relativas a cualquier ámbito del proceso salud/enfermedad del concurrente.
- Asesorar sobre los recursos sociales que pudieran serles de utilidad para complementar y aumentar los beneficios de la asistencia al Centro de Día y, en su caso, tramitarlos.

El equipo interviniente en el programa está formado por:

- Médico: encargado de los exámenes físicos mensuales, el control y la supervisión del estado general de salud psicofísica desde una perspectiva preventiva. Además puede realizar sugerencias y articulación con médicos de cabecera y familiares cuando se considere necesario.
- Nutricionista: sus funciones se relacionan con la valoración y seguimiento nutricional semanal y mensual del paciente, con el objetivo de brindarle una mejor calidad de vida. Realiza intervenciones para lograr un estilo de vida saludable: control de peso, trabajo sobre la sintomatología y valores de laboratorio/análisis clínicos, adaptación de la alimentación en caso que fuera necesario. Envía a familiares la guía alimentaria con las recomendaciones necesarias. Puede realizar articulación con médicos de cabecera y familiares cuando se considere necesario.
- Enfermera: Es la encargada del control y registro de signos vitales diarios, la valoración y registro en la Historia Clínica, el acompañamiento al sanitario, con el fin de evaluar características de diuresis y catarsis. También observa y colabora en la ingesta de alimentos, la supervisión de la hidratación. Proporciona una escucha activa, realiza el seguimiento sobre descanso y sueño del día anterior, la valoración diagnóstica de la dependencia/independencia en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas. Es capaz de llevar a cabo la detección precoz de alteraciones de salud, la estimulación y entrenamiento de las actividades de la vida diaria para mantener el mayor grado de independencia posible. Puede realizar sugerencias al familiar ante cualquier cuidado o prevención en el domicilio, y proporcionar a las familias/ cuidador/ concurrente la información necesaria. Asesora sobre la necesidad de realizar estudios complementarios según el caso, y/o derivación a otros profesionales. Supervisa la correcta higiene de manos

y las medidas higiénicas de desinfección (protocolo ante el COVID-19), desde el ingreso, permanencia y salida de la institución. Acompaña en las actividades que se realizan diariamente en los diferentes talleres, realiza la planificación y evaluación interdisciplinaria de objetivos a corto y largo plazo, charlas educativas con frecuencia semanal sobre temas de promoción y prevención de la salud: Vacunación; Higiene y cuidado personal; Control de la alimentación y nutrición; Hidratación/ Deshidratación; Actividad Física; Diabetes; Prevención de caídas; Marcha y Equilibrio; entre otros. Lleva el registro de todas las actividades de enfermería, para elevar informes de seguimiento mensual.

- Psicóloga o psicopedagoga: se ocupa de realizar la evaluación, tratamiento y seguimiento continuo de las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales secundarias al daño cerebral adquirido, elaborando un informe mensual. Participa en el establecimiento de los objetivos terapéuticos y evaluación de la estimulación individual y grupal en colaboración con el equipo interdisciplinario, y realiza el seguimiento de las intervenciones. Asimismo, acompaña en el desarrollo de los talleres, realizando intervenciones individuales y grupales cuando se considere necesario, e intervenciones con la familia del concurrente en el proceso de afrontamiento de los cambios cognitivos y funcionalespropios de la patología; proveyendo un espacio de apoyo emocional individual o grupal en los momentos necesarios. Realiza la valoración y sugerencias relacionadas con el cuidador principal, y la planificación y coordinación, junto al área social, de espacios de psicoeducación familiar, como así también el asesoramiento respecto a la optimización de las estructuras de cuidado y contextos de apoyo fuera del Centro de Día.
- Trabajadora social: se ocupa de la observación y seguimiento del desempeño del asistente durante el desarrollo de los talleres, interacción con pares y talleristas, de la planificación de actividades interinstitucionales recreativas, que permitan la socialización, y

de la planificación y ejecución de un programa de orientación y acompañamiento a la familia. Además, realiza la evaluación y seguimientos, mediante entrevistas individuales y familiares, con el fin de conocer la funcionalidad de la familia con respecto a las necesidades de la concurrente, y llevar a cabo intervenciones familiares sobre demandas específicas, incluso realizando visitas domiciliarias si se considera necesario. Desarrolla informes mensuales de evaluación y planificación interdisciplinaria sobre alcances de objetivos.

- Terapista ocupacional: se propone fomentar el mejor desempeño posible en actividades manuales (poniendo en movimiento aspectos cognitivos, psicomotrices, de socialización), que a su vez le beneficiará en las actividades de la vida diaria con un mínimo de apoyo o en forma independiente el mayor tiempo posible. Se ocupa de la estimulación para el sostenimiento de las habilidades manuales y psicomotoras específicas al contacto con materiales diversos, la estimulación de la creatividad e imaginación para potenciar la autoexpresión. Realiza intervenciones en domicilio sobre aspectos físicos del entorno, de acuerdo a valoración del equipo técnico interdisciplinario: asesoramiento al familiar/cuidador sobre cambios necesarios en el hogar para alcanzar la mayor autonomía posible. En este sentido, también se ocupa de la formación y educación de familiares/cuidadores para el fomento de las actividades básicas de la vida diaria en el hogar, realizando las adecuaciones necesarias.

Los lineamientos generales del programa de estimulación se concretizan en una serie de talleres recreativo-terapéuticos, que constituyen intervenciones específicas encuadrados terapéuticamente en la perspectiva de la multiestimulación global e interdisciplinaria. La participación en estos talleres permite a los pacientes realizar

actividad física, cognitiva, psíquica y emocional, aportándole constantemente estímulos desde lo sensoperceptivo, el movimiento, y la imaginación, considerando a las funciones cognitivas como un todo funcional. La propuesta de estos talleres tiene como objetivo impulsar la adaptación neurológica del adulto mayor a las nuevas situaciones, restablecer el equilibrio alterado y remediar o aliviar los déficit cognitivos y funcionales consecuentes del daño cerebral adquirido, estimulando las capacidades que permanecen intactas, buscando optimizarlas.

Los talleres que se brindan en el marco del tratamiento son los siguientes:

- Gimnasia adaptada
- Juegos y deportes adaptados
- Música
- Terapia ocupacional
- Estimulación cognitiva
- Prevención y Promoción de la Salud para un Envejecimiento Activo y con Calidad

A los fines de la presente investigación, se profundizó en el desarrollo del programa de estimulación cognitiva, cuyos objetivos y actividades específicas se detallan a continuación:

- Favorecer la orientación temporal: se buscará sostener su orientación temporal

a- Tareas de orientación temporal: reconocer parte del día, hora, mes, día de la semana, día del mes, estación, año. Relacionar la fecha actual con acontecimientos festivos.

b- Tareas de orientación espacial: reconocer lugar actual, ciudad, barrio, planta, habitación, país.

- Estimular el dominio atencional: con el objetivo de que logre sostener su atención frente a diversos estímulos que le impliquen cierta elaboración de la información percibida y mejorar su capacidad de atender a más de un estímulo a la vez y/o ejecutar dos tareas simultáneamente

a- Amplitud atencional: visualización de los estímulos que contiene un campo visual (láminas, fotografías, la habitación, etc.); repetición de mensajes cortos.

b- Atención focal: descripción de objetos, ilustraciones, del entorno; reconocimiento de los componentes que faltan en una imagen; reconocimiento de fragmentos o partes que faltan a un estímulo; discriminación perceptiva entre estímulos de gran similitud; identificación de sonidos.

c- Atención selectiva: resistencia a la interferencia: localización de determinados estímulos en una lámina, fotografía o habitación; localización de iguales/ diferentes entre varios dibujos; tareas de enmascaramiento perceptivo; reconocimiento visual de objetos sobre un fondo complejo.

d- Atención dividida: tareas que impliquen alternaciones, como alternar operaciones aritméticas o tachar números pares e impares.

e- Atención sostenida: tachado/cancelación de estímulos siguiendo instrucciones determinadas; localización y cuantificación de objetos.

- Estimulareldominiomnésico:conelobjetivodequeincorporeestrategiasparalacodificacióndeinformaciónnueva,sualmacenamiento y posterior evocación. Asícomoparaquemejoresucapacidaddemantenerdisponibletemporalmenteinformaciónenlamentey manipularla otransformarla.

a- Estimulacióndelamemoriainmediata: presentación de uno o varios estímulos en materialicónico (figuras, dibujos, fotografías, etc.) o materialverbal (sonidos, letras,

palabras, mensajes, textosydatos) yposterior evocación; evocacióndelalocalizacióndedeterminadosestímulos.

b- Estimulaciónde lamemoria reciente: tareasdememoriademorada.

c- Estimulacióndememoriadetrabajo: Asociación de estímulos a símbolos yposteriorsustitución; cálculosmentalesyescritossencillos.

d- Estimulacióndememoriaepisódica: ejerciciosderecuerdodehechosrecientesyautobiográficos.

e- Estimulacióndelamemoriaalargoplazosemántica: evocaciónydefinicióndeconceptos; tareasdeevocacióncategorial; tareasdeasociaciónde conceptos; reconocimientoyevocacióndesinónimosyantónimos; evocación de datos concretos sobrepersonajesfamosos,lugaresdelmundoyfestividades.

f- Estimulacióndememoriaalargoplazoprocedimental: reconocimientoyevocacióndelasacciones o pasos que se deben llevar a cabo pararealizarunaactividadcotidiana (porej.:preparacióndeldesayuno,darseunbaño,etc.); tareasqueimpliquenantiguasdestrezas (jardinería ylautilizacióndeherramientasnecesarias,pequeñastareasdomésticasydecocina).

- Estimularlafluidezverbal:serealizaránactividadesqueayudenamejorarsusanomias. Setrabajaráconpalabrasycategoríasdeusocotidiano.

Tareas de: pronunciación(normalolenta)defonemas,sílabasy/opalabras; cuantificación de sonidos/sílabas que conformanuna imagenyopalabra; reconocimientooidentificacióndeletras/sílabas; localizacióndesonidos/sílabasiguales; discriminacióndefonemasiguales/diferentes; identificaciónyunióndesonidos/sílabasquecomponen unapalabra; ordenamiento de sonidos/sílabas que componenuna palabra;

cuantificacióndepalabrasquecomponenunaoración; discriminacióndepalabrasdiferentesquesepresentanenfrases; tareas de reconocimiento de palabras añadidas osuprimidasenfrases; tareade repeticiónde listascortasdepalabras; completamientodeseriesautomáticas (porej.: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes,sábado y....); completamientodepalabras; evocación de palabras que empiecen oacaben pordeterminadasletraso sílabas; palabasencadenadas-nivelsencillo; construcciódepalabrasapartirdeletrasendesorden con soportedeimágenes; identificacióndepalabrasconsignificado; denominacióndediferentesobjetos; identificacióndedefinicionesdedistintosobjetos; identificación,localizaciónyevocacióndesinónimosyantónimos; evocación(verbaloporescrito)depalabrassiguiendo un criteriocategorial; asociacióndepalabras,deacuerdoaunacategoría; producciónlingüística:repeticióndefrases; descripción de láminas con elaboración dehistoriasuoracionessencillas; identificacióndeerroresdelsignificadoenoraciones gramaticalmente correctas; identificacióndepalabrasintrusasenoraciones; comprensióndepárrafosy/otextos.

- Entrenarlasfuncionesejecutivas:setrabajarácontareasdealternanciadeatención e inhibiciónde respuestas.

Tareas de: categorización de palabras o imágenes,enfunciódeunaseriedecriteriosocaracterística:dimensiones perceptivas básicas (forma, tamaño,color,etc.),categoríassemánticas,etc.; seriación,deemparejamientodepalabras o imágenes, según un criterio/conceptopreviamente establecido; reconocimientodeestímulosquenopertenezcan auna categoría; comparación (semejanzas y diferencias) de elementos; usos deelementos de la vidacotidiana; deducciódeconceptosapartirdepistasconceptuales(paraquésirve,conquéserelaciona,etc.);

deducciónde números; secuenciación temporal de acciones y/o acciones de una actividad más compleja, a partir de frases o imágenes; razonamiento numérico sencillo; planificación o reconocimiento de acciones necesarias para resolver una situación.

Luego de la implementación del proyecto de estimulación cognitiva, a partir de marzo de 2019, se buscó indagar sobre los efectos de este programa en los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer luego de su puesta en práctica, que consistió en el tercer objetivo específico de la investigación. Para ello se volvió a aplicar el test ADAS-Cog en marzo de 2021, seleccionando a 20 de los sujetos a los que se les había administrado antes de llevar adelante el programa de estimulación. En esta oportunidad, la media de edad fue de 71,7 años.

Para evaluar los efectos del programa de estimulación en las funciones cognitivas de los adultos mayores, se analizaron los resultados pretest y postest, diferenciando individualmente a los sujetos según registraran una mejoría en sus habilidades cognitivas, un deterioro en las mismas, o no evidenciaran cambios. En este sentido, se encontró que el 15% de los sujetos evidenciaron mejoría en sus habilidades cognitivas generales, mientras que otro 15% no mostró cambios. Por su parte, se encontró un deterioro de las mismas en el 70% de los casos.

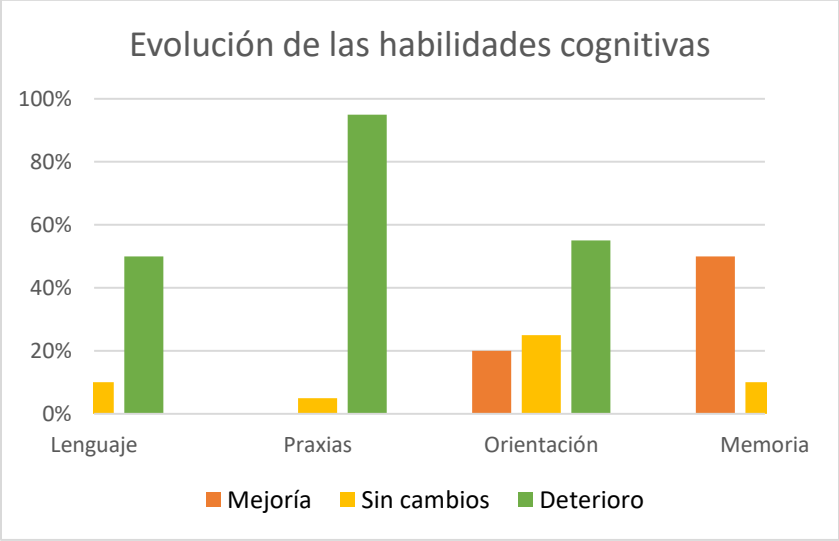
En relación a la memoria se hallaron índices de mejoría en el 50% de los sujetos, en el lenguaje en el 40%, y en la orientación en el 20% de ellos. Por otro lado, evidenciaron un deterioro de las praxias en el 95% de los casos, en la orientación en el 55%, en el lenguaje en un 50%, y en la memoria en un 40%. Los índices se mantuvieron sin cambios en el 25% de los participantes respecto a la orientación, en el 10% en cuanto a la memoria y otro 10% al lenguaje, y en el 5% respecto a las praxias. (Tabla 6, y gráfico 7).

Tabla 6. *Evolución en las habilidades cognitivas*

Habilidades cognitivas	Mejoría		Sin cambios		Deterioro	
	n	%	n	%	n	%
Lenguaje	8	40%	2	10%	10	50%
Praxias	0	0%	1	5%	19	95%
Orientación	4	20%	5	25%	11	55%
Memoria	10	50%	2	10%	8	40%
Total	3	15%	3	15%	14	70%

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 7. *Evolución en las habilidades cognitivas*



Fuente: Elaboración propia

Al estudiar pormenorizadamente la evolución de las habilidades lingüísticas, se pudo observar una mejoría del 35% en la Habilidad para el lenguaje hablado, y un 40% no evidenció cambios. En la Comprensión del lenguaje hablado, el 25% de los sujetos mostró mejoría, y el 50% no manifestó cambios. En cuanto a la Dificultad en el hallazgo de palabra en el habla espontánea, una mayoría del 45% mostró deterioro funcional, y un 40% no mostró cambios. En relación a la Respuesta a comandos verbales y la Denominación de

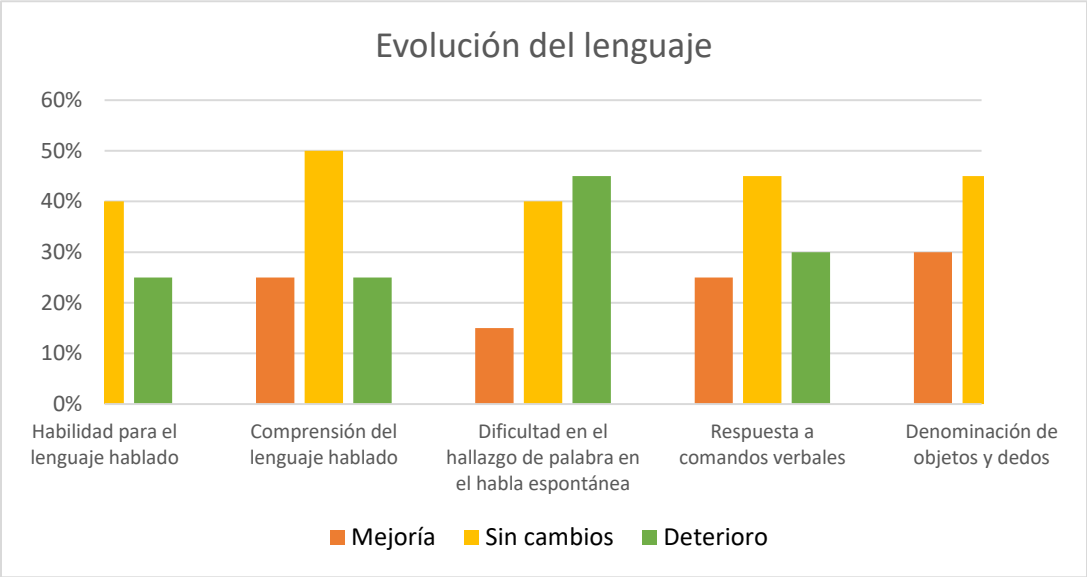
objetos y dedos, no se evidenciaron cambios en el 45% de los participantes, encontrando un deterioro en la primera habilidad del 30%, y el mismo porcentaje de mejoría en la segunda competencia mencionada. (Tabla 7, y gráfico 8).

Tabla 7. *Evolución en lenguaje*

Lenguaje	Mejoría		Sin cambios		Deterioro	
	n	%	n	%	n	%
Habilidad para el lenguaje hablado	7	35%	8	40%	5	25%
Comprensión del lenguaje hablado	5	25%	10	50%	5	25%
Dificultad en el hallazgo de palabra en el habla espontánea	3	15%	8	40%	9	45%
Respuesta a comandos verbales	5	25%	9	45%	6	30%
Denominación de objetos y dedos	6	30%	9	45%	5	25%
Total	8	40%	2	10%	10	50%

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 8. *Evolución en lenguaje*



Fuente: Elaboración propia

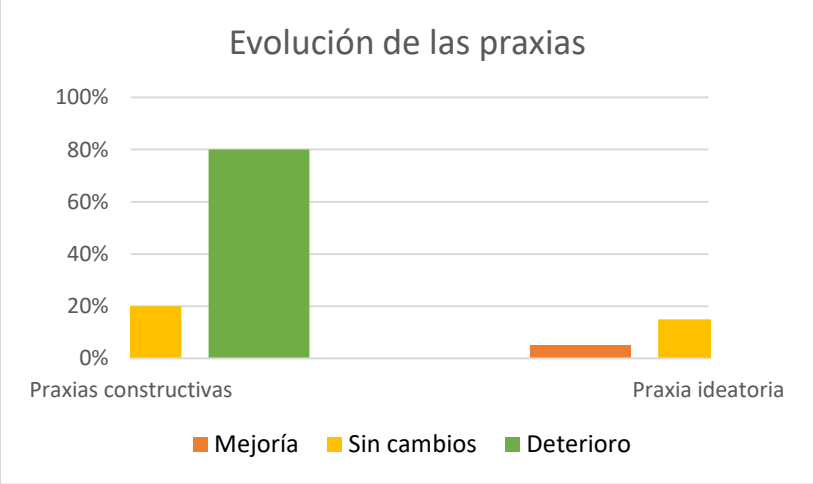
Los valores de deterioro en las Praxias aparecieron en el 95% de los adultos mayores estudiados, y el 5% restante no manifestó cambios en sus puntajes. Tanto las Praxias constructivas como las ideatorias evidenciaron índices de deterioro en el 80% de los participantes. En cuanto a las Praxias constructivas, el restante 20% no mostró cambios, y en Praxia ideatoria el 15%, siendo que el 5% restante evidenció una mejoría. (Tabla 8, y gráfico 9).

Tabla 8. *Evolución en praxias*

Praxias	Mejoría		Sin cambios		Deterioro	
	n	%	n	%	n	%
Praxias constructivas	0	0%	4	20%	16	80%
Praxia ideatoria	1	5%	3	15%	16	80%
Total	0	0%	1	5%	19	95%

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 9. *Evolución en praxias*



Fuente: Elaboración propia

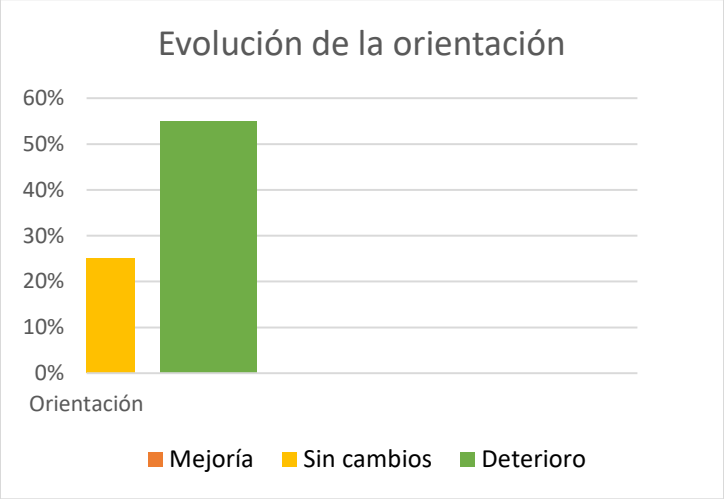
Los ítems de la escala referidos a la Orientación de los pacientes se vieron deteriorados en el 55% de los casos, no mostrando cambios en el 25% de ellos, y evidenciando una mejoría en el restante 20%. (Tabla 9, y gráfico 10).

Tabla 9. *Evolución en orientación*

Orientación	Mejoría		Sin cambios		Deterioro	
	n	%	n	%	n	%
Orientación	4	20%	5	25%	11	55%
Total	4	20%	5	25%	11	55%

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 10. *Evolución en orientación*



Fuente: Elaboración propia

Por último, la evolución en la función mnémica mostró índices de mejoría en la mitad de los participantes, un deterioro en el 40%, y sin cambios en el 10% de los casos. La habilidad evaluada en la Prueba de recuerdo de palabras mostró una mejoría en el 60% de los pacientes, con un 35% de deterioro. Por su parte, la Prueba de reconocimiento de

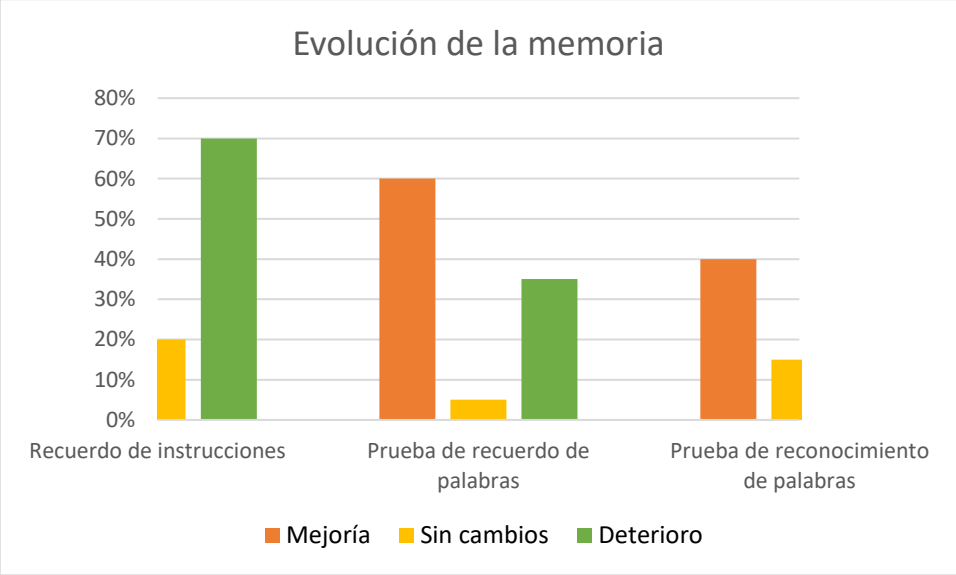
palabras mejoró en el 40% de los participantes y mostró deterioro en el 45%. El Recuerdo de instrucciones fue la habilidad mnémica más deteriorada, con el 70%, mientras que el 20% de los sujetos no mostró cambios en este aspecto. (Tabla 10, y gráfico 11).

Tabla 10. *Evolución en memoria*

Memoria	Mejoría		Sin cambios		Deterioro	
	n	%	n	%	n	%
Recuerdo de instrucciones	2	10%	4	20%	14	70%
Prueba de recuerdo de palabras	12	60%	1	5%	7	35%
Prueba de reconocimiento de palabras	8	40%	3	15%	9	45%
Total	10	50%	2	10%	8	40%

Fuente: Aplicación de la Escala ADAS-Cog a adultos mayores en un Centro de Día, Resistencia, Chaco

Gráfico 11. *Evolución en memoria*



Fuente: Elaboración propia

A partir de la sistematización y análisis de los resultados obtenidos, es posible observar que el programa de estimulación cognitiva que se implementa en el Centro de Día

de Resistencia, Chacho, contribuyó a mejorar algunos índices de funcionamiento cognitivo en los pacientes con Alzheimer, ya que se encontró que el 50% de ellos evidenció mejorías en la memoria, el 40% en sus habilidades lingüísticas, y el 20% mejoró su capacidad de orientación. Por otro lado, algunos de los participantes mostró un enlentecimiento del deterioro cognitivo en sus funciones, por ejemplo, el 25% de ellos mantuvo estable su capacidad de orientación, el lenguaje y la memoria no evidenciaron deterioro en el 10% de los pacientes, y el 5% no presentó cambios en el desarrollo de sus praxias. En este sentido, y teniendo en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo, se considera un resultado positivo encontrar que los pacientes mantienen estables sus índices de deterioro cognitivo.

Discusión

El objetivo general de este estudio fue describir los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva. Con este fin se recurrió al análisis documental y a la administración de la Escala ADAS (Rosen et al., 1984) en relación a la dimensión cognitiva (ADAS-Cog), traducida y validada en Argentina por Allegri et al. (1999).

En primer lugar, se buscó identificar el nivel de funcionamiento cognitivo de los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer leve o moderado, que fue el primer objetivo específico planteado. La enfermedad de Alzheimer, de acuerdo a la OMS (2021), es la forma más común de demencia, representando entre un 60% y un 70% de los casos. La administración de la Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer permitió dar cuenta de que los participantes evidencian un nivel leve a moderado de demencia en términos generales.

En particular, respecto a las habilidades lingüísticas se obtuvieron valores medios generales de 11,2 y 11,45 en ambas instancias de aplicación del test, siendo que el puntaje máximo de deterioro es de 25 puntos. Las praxias resultaron las habilidades con mayor progresión de deterioro, con una media inicial de 4,45 y una media final de 6,55, considerando como valor máximo =10. Otro de los aspectos evaluados fue la orientación, donde el nivel de deterioro mostró valores por encima de la media, obteniendo 4,15 y 4,7 en ambas instancias, siendo 8 el puntaje máximo. En relación a la función de la memoria, se obtuvieron medias de 11,65 y de 12,4, siendo que el puntaje que indica deterioro más severo es de 27 puntos. Este deterioro se fundamenta en la característica neurodegenerativa

de la enfermedad, lo que ocasiona un deterioro cognitivo progresivo que acaba en una pérdida de las funciones mentales (Cañabate, 2014).

Con el propósito de caracterizar los rasgos principales del programa de estimulación de habilidades cognitivas llevado a cabo en el Centro de Día, que fue el segundo objetivo específico planteado para la investigación, se realizó el análisis documental del proyecto implementado en la institución. Este análisis mostró que se trata de una propuesta terapéutica multidisciplinar, que involucra a profesionales como: médico, enfermera, psicóloga, psicopedagoga, terapista ocupacional, nutricionista, entre otros. Los objetivos del programa giran en torno a estimular las capacidades cognitivas que el paciente aún conserva, con el fin de compensar o aliviar los déficits cognitivos consecuentes del daño neurológico, para promover el bienestar y la funcionalidad en el desempeño de sus actividades cotidianas. Como es sabido, el tratamiento para el Alzheimer se basa en ralentizar el deterioro neurológico, y el tratamiento farmacológico paliativo en ocasiones presenta efectos adversos. En este contexto surge la necesidad de alternativas no farmacológicas, como la estimulación cognitiva (Butler Miranda et al., 2019).

En el Centro de Día se ofrecen al adulto mayor un conjunto de actividades de estimulación integral, adecuadas a sus necesidades particulares. También se trabaja en la promoción de la salud y la prevención de factores de riesgo asociados a la demencia severa y otras patologías propias de la edad, a través del seguimiento del equipo interdisciplinario. Se busca reforzar la identidad y la autoestima del paciente, así como sus vínculos sociales y afectivos a partir del fortalecimiento de sus competencias comunicativas. La familia juega un papel fundamental en el tratamiento, por lo que se propician los encuentros, el intercambio de información sobre el paciente, y las interacciones y asesoramiento a los familiares y cuidadores. En este punto, Sosa Sosa (2016) afirma que el deterioro de las

funciones cognitivas en el Alzheimer debe abordarse de manera integral, considerando al paciente y su entorno.

El programa de estimulación se materializa en una serie de talleres recreativo-terapéuticos, en un marco de multiestimulación global e interdisciplinaria. Como sostienen Eggermont et al. (2010), el Alzheimer no se manifiesta solamente a través de alteraciones cognitivas, sino que también afecta la capacidad y función motora, deteriorando la agilidad, la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio, la coordinación y la resistencia aeróbica, generando, por ejemplo, cierta propensión a las caídas. Por esta razón los talleres están enfocados a la actividad física, cognitiva, psíquica y emocional, aportándole al paciente estímulos sensoriales, motrices e imaginativos. Figueroa (2014) define a las habilidades cognitivas como los procesos mentales que permiten la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, para que el sujeto pueda desenvolverse en el mundo. Estas funciones cognitivas incluyen: la orientación, atención, praxias, lenguaje, cognición, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, gnosias y memoria (Figueroa, 2014).

Según plantean Davicino et al. (2009), las estrategias de estimulación cognitiva son pasibles de implementarse en las etapas leve y moderada del Alzheimer, y se presentan como un complemento al tratamiento farmacológico, con el propósito de fomentar el mantenimiento de la autonomía de la persona. La propuesta del Centro de Día en lo que respecta a la estimulación cognitiva en particular, busca favorecer la orientación temporal, estimular el dominio atencional, estimular la memoria, la fluidez verbal, y las funciones ejecutivas.

El tercer objetivo específico de la investigación fue indagar sobre los efectos del programa de estimulación cognitiva en los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer.

A partir de la aplicación de la Escala luego de dos años de comenzado el proyecto de estimulación, fue posible comparar el rendimiento de los adultos mayores en las diferentes habilidades cognitivas evaluadas. Así fue que se encontró que el 15% de los sujetos evidenciaron mejoría en sus habilidades cognitivas generales, mientras que otro 15% no mostró cambios. Por su parte, se encontró un deterioro de las mismas en el 70% de los casos. Estos resultados difieren con la investigación de Zúñiga et al. (2014), quienes observaron que el desempeño cognitivo global se mantuvo estable luego de un año de intervención.

Las habilidades que mostraron índices de mejoría fueron: la memoria (en el 50% de los participantes), el lenguaje (40%) y la orientación (20%), sin evidenciar mejoría en el caso de las praxias. En este sentido, Giménez y Habib (2015) destacan la importancia de la intervención educativa con adultos mayores afectados de Alzheimer, estimulando las habilidades cognitivas para promover el envejecimiento activo. Asimismo, en la investigación de Urrutia Amable et al. (2017) fue posible observar una mejora en la mayoría de las capacidades estudiadas en los pacientes del grupo experimental, y una disminución en el rendimiento cognitivo del grupo control, concluyendo en la relevancia de la implementación de programas de estimulación cognitiva. También los resultados de la investigación de Sureima et al. (2020) mostraron que el deterioro cognitivo y los problemas de memoria mejoraron con la aplicación de un programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva.

Por el contrario, en el presente estudio se observó un deterioro en: praxias (95% de los casos), orientación (55%), lenguaje (50%), y memoria (40%). Por último, se mantuvieron sin cambios, es decir, sin progresión en el deterioro funcional: la orientación (en el 25% de los pacientes), la memoria (10%), el lenguaje (10%), y las praxias (5%). En

este sentido, es importante recordar que la Enfermedad de Alzheimer es progresiva, y las habilidades perdidas a causa del daño cerebral no podrán reestablecerse a través de la estimulación cognitiva, sino que sus intervenciones buscan evitar que el daño neurológico se extienda y aumentar la funcionalidad en la vida cotidiana, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia (Martínez González, 2013).

El último objetivo específico de la investigación fue analizar el rol psicopedagógico en el campo de la estimulación cognitiva para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Para Martos Ruiz (2017), la psicopedagogía es la disciplina dedicada al ser humano en situación de aprendizaje, y sus intervenciones deben fomentar la promoción de la salud y la mejora en la calidad de vida, buscando recuperar o estimular las habilidades cognitivas deterioradas en los pacientes con Alzheimer.

En este sentido, se pudo observar que la psicopedagogía cumple un papel específico en el desarrollo del programa de estimulación cognitiva que se aplica en el Centro de Día. Sus funciones se relacionan con la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales de los pacientes. Figueroa (2014) también destaca la importancia de evaluar cuáles son las funciones conservadas y deterioradas en el paciente, para determinar las medidas terapéuticas más adecuadas.

La psicopedagoga dentro del Centro participa en el equipo interdisciplinario, en el planteamiento de objetivos para los tratamientos individuales y grupales, y coordinando el desarrollo de talleres. Está capacitada para realizar intervenciones con familiares y cuidadores, brindando apoyo y contención emocional, realizando sugerencias y planificando espacios de psicoeducación. También le compete a la profesional en psicopedagogía el asesoramiento y la articulación de los soportes y apoyos necesarios por fuera del Centro. En este punto, Acuña y Risiga (2005) destacan los tres aspectos esenciales

para la planificación: el contexto, que determina las posibilidades y limitaciones de la intervención; el paciente y sus características personales, tanto desde lo fisiológico y funcional, como desde lo psicológico, emocional y social; y el profesional, con sus recursos, conocimientos y prejuicios.

Como sostiene Figueroa (2014), si bien en los últimos años el trabajo el campo disciplinar de la psicopedagogía fue abriendo nuevas posibilidades de desempeño, el trabajo con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo no ha sido aún muy explorado. Dado que el adulto mayor es un sujeto de aprendizaje, la intervención psicopedagógica en el ámbito de la estimulación cognitiva es un campo a desarrollar e investigar, superando los preconceptos que limitan la intervención psicopedagógica al aprendizaje formal de los niños dentro de las instituciones escolares.

Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente entre la población de adultos mayores, y representa un problema de salud pública tanto a nivel nacional como mundial. El daño cerebral que ocasiona se debe a una variedad de causas y factores de riesgo asociados, y repercute en el deterioro de las funciones cognitivas. A pesar de las numerosas investigaciones que se han realizado al respecto, aún no existe un tratamiento efectivo para curar esta patología, ni para detener la progresión neurodegenerativa estabilizando los síntomas. Por otro lado, el tratamiento farmacológico a menudo genera efectos secundarios. Frente a esta realidad, surgen alternativas terapéuticas no medicamentosas para el abordaje del Alzheimer, como lo es la estimulación cognitiva. En este contexto, esta investigación se propuso responder al interrogante: ¿Cuáles son los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva?

A partir del trabajo realizado se pudo observar que el programa de estimulación cognitiva logra ralentizar el deterioro en las habilidades cognitivas de algunos adultos mayores con diagnóstico de Alzheimer, e incluso mejorar levemente algunos indicadores. En términos generales, se evidenciaron índices de mejoría en el 15% de los sujetos que participaron del programa de estimulación, y otro 15% no mostró cambios en el desempeño de sus habilidades cognitivas, demostrando una detención en el deterioro progresivo de las funciones evaluadas. Se concluye, como en las investigaciones precedentes sobre la temática, que los programas de estimulación cognitiva contribuyen significativamente a ralentizar el deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer leve o moderado.

El desarrollo de esta investigación debió superar algunos obstáculos, como la localización de los mismos participantes en la primera y en la segunda instancia de aplicación del instrumento de recolección de datos. Asimismo, se debe tener en cuenta a la hora de analizar los resultados, que desde marzo de 2020 hasta la actualidad nuestro país debió ajustarse a medidas de aislamiento social preventivo, y también a etapas de distanciamiento, impuestas por la situación sanitaria de pandemia por CoViD-19. Por este motivo, la implementación plena y continua del programa de estimulación cognitiva se desarrolló en el transcurso del año 2019, ya que en el 2020 los adultos mayores vieron restringidas sus posibilidades de participación y asistencia al Centro de Día.

Se sugieren continuar investigando sobre la efectividad del programa de estimulación cognitiva en el Centro de Día, como así también evaluar los resultados de su implementación en otras áreas de desempeño del adulto mayor en su vida cotidiana. Por otro lado, se recomienda realizar entrevistas a los profesionales intervinientes, a fin de enriquecer la información con sus aportes. Asimismo, se sugiere ampliar la muestra poblacional a otras instituciones y otros programas de estimulación con lineamientos similares.

Además de los resultados positivos del programa, se destaca la relevancia del rol psicopedagógico en el campo de la estimulación cognitiva, y de la atención a los adultos mayores como sujetos de aprendizaje permanente. El psicopedagogo está capacitado para diseñar, implementar y evaluar el desarrollo de estos programas, participando también en el seguimiento de la evolución de los pacientes con Alzheimer y en el asesoramiento a sus familiares y cuidadores. Por otro lado, el trabajo interdisciplinario permite un abordaje integral del tratamiento, como así también el planteamiento de estrategias de prevención para la enfermedad de Alzheimer y las demencias en general.

Referencias

Acuña, M. M., y Risiga, M. (2005). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria: guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos*. Paidós.

Allegri, R.A., Arizaga, R.L., Baumann, D., Burín, D., Burutarán, K., Candal, A., Delembert, W., De Pascale, A., Drake, M., Elorza, P., Feldman, M., Fernández, P., Harris, P., Kremer, J., Mangone, C.A., Ollari, J.A., Pellegrini, M. y Stein, G. (1999). La escala de evaluación de enfermedad de Alzheimer en la Argentina: instrucciones para su administración. *Revista de Neurología Argentina*, *24*, 139-145.

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.

Andréu Abela, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.* Universidad de Granada.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*. APA.

Asociación Argentina de Alzheimer. (2021). *El Alzheimer y la demencia en Argentina.*https://www.alz.org/ar/demencia-alzheimer-argentina.asp

Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Researches*. Glencoe III, Free Press.

Butler Miranda, S., Fierro Quiroz, P., Oliva Águila, S., Peña Tejo, K., y Vargas Campos, Y. (2019). *Efectos de la terapia físico-cognitiva en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer.* (Tesis de doctorado, Universidad Gabriela Mistral).

Cañabate González, M. (2014). *La demencia senil, el Alzheimer y el demente*. *Nuevas categorías para antiguos significados.*(Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona).

Custodio, N., Montesinos, R. y Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuropsiquiatría, 81*(4), 235-249.

Davicino, N. A., Muñoz, M. S., María, L. y Donolo, D. (2009). El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 4*(1), 6-11.

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 41*(2), 13-22.

Eggermont, L.H., Gavett, B.E. y Volkers, K.M. (2010). Lower-extremity function in cognitively healthy aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *Arch Phys Med Rehabil, 91*(4), 584-588.

Figueroa, D. (2014). *El trabajo Psicopedagógico en adultos mayores con deterioro cognitivo* (Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana, Argentina).

Fontán, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomed, 7*(1), 34-43.

García Casares, N., Morena Leiva, R. y García Arnés, J. (2017). Efecto de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología, 65*(12), 529-538.

Giménez, A. M. y Habib, M. C. (2015). Estimulación de la memoria en ancianos con Alzheimer: experiencia desde el Prácticum de Educación Social. *RES: Revista de Educación Social*, (21), 257-275.

Guzmán Lenez, L. (2017). *Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana.*(Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Hernández Sampieri, R., Collado, C. F. y Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. MacGraw-Hill.

Levin, M. (2019). *Pérdida de memoria.*College of Medicine, University of Saskatchewan.

López, C., Sánchez, J. y Martín, J. (2020). Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre el beneficio de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer esporádico. *Revista de Neurología, 70*, 271-281.

Mangone, C.A. (1991). Metodología diagnóstica de la Demencia tipo Alzheimer. *ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 1*(4), 445-465.

Martínez González, R. (2013). *Estimulación cognitiva para personas con Alzheimer: diseño de un programa de intervención*. (Trabajo de maestría, Universidad de Valladolid, España).

Martínez, M., López, R., Padilla, D., García, M., Rodríguez, C. y Lucas, F. (2011). Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado. *INFAD Rev Phys. 1*(4), 269-276.

Martos Ruiz, M. (2017). *Propuesta de Intervención para la Estimulación Cognitiva en enfermos de Alzheimer a través del Arte.* (Tesis de maestría, Universidad de Valladolid).

Muñoz González, D. A. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública, 44*(3), 1-8.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión - Modificación Clínica.* https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Clasif_Inter_Enfer_CIE_10_rev_3_ed.diag.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Demencia.* https://www.who.int/topics/dementia/es/

Peña-Casanova J. (2012). *Enfermedad del Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos.* Fundación La Caixa.

Portela, M., Pombo, J., Bugarín, R., Tasende, M. y Represa, S. (2005). Utilización de los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina para el tratamiento clínico de la demencia tipo Alzheimer. *Revista Española de Salud Pública, 79*(6), 665-672.

Rosen, W., Mohs, R. y Davis, K. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry*, *141*(11), 1356-1363.

Sosa Sosa, M. J. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez. ¿Fenómeno normal?* (Tesis de doctorado, Universidad de la República, Uruguay).

Sureima, C. F., Yaiset Milagros, U. C., Virgen, C. S., Omara Margarita, G. O. y Gilberto, Q. F. (2020). Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con problemas de memoria. En *III Congreso de Medicina Familiar*. 13 a 17 de julio, La Habana, Cuba.

Torres Olmedo A. (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar.* (Tesis de posgrado, Universidad de Colima).

Urrutia Amable, N.; Sosa Pérez, S.; Álvarez Chávez, Y.; López Brito, D. y Hernández Rodríguez, W. (2017). Estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer en Artemesa, Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 55*(2), 13-30.

Zuñiga, T., Trujillo, Z., Cortes, G., Acosta, I. y Sosa, A. (2014). Impacto de los programas de estimulación en adultosmayores con demencia que asisten a un centro de día. *Neurociencias, 19*(4), 192-198.

Anexo

Anexo 1: Test ADAS-Cog

Test ADAS (Rosen et al., 1984), subescala cognitiva ADAS-Cog. Versión en castellano y validada en Argentina (Allegri et al., 1999). Instrucciones para la administración y asignación del puntaje:

Se administra primero la prueba de recuerdo de palabras (ver punto Nº 10). Los siguientes 10 minutos se emplean en una conversación abierta para evaluar diversos aspectos del lenguaje (expresión-comprensión). A continuación se procede con el resto de las pruebas para funciones cognitivas.

Lenguaje. Las habilidades lingüísticas se evalúan a través de la entrevista y en "tests" específicos. Preguntas que puedan responderse por "sí" o por "no" evalúan comprensión en un nivel muy básico. Otras preguntas deberán requerir información específica y habilidades comunicativas bien desarrolladas.

1. *Habilidad para el lenguaje hablado*. Este ítem es una evaluación global de la calidad de la expresión del lenguaje (habla), i.e., claridad, dificultad para hacerse entender. La cantidad no se considera en este ítem.

   1 = muy leve; una instancia de dificultad para hacerse entender.

   2 = leve

   3 = moderado; dificultad en el 25-50% del tiempo.

   4 = moderadamente severo; dificultad el 50% del tiempo.

   5 = severo; una o dos palabras aisladas; lenguaje vacío; mutismo.

2. *Comprensión del lenguaje hablado.* Se evalúa la habilidad del paciente para comprender la palabra hablada. No se deben incluir comandos verbales.

   1 = muy leve; una instancia de incapacidad para comprender.

   2 = leve

   3 = moderado

   4 = moderadamente severo; requiere varias repeticiones y re-elaboraciones.

   5 = severo; el paciente raramente responde apropiada- mente (no se debe a pobreza del habla).

3. *Recuerdo de instrucciones.* Se evalúa la habilidad del paciente para recordar los requerimientos de la prueba de reconocimiento. En cada prueba de reconocimiento (y antes de la presentación de las dos primeras palabras) se le pregunta al paciente: "¿Había visto Ud. esta palabra antes o es una palabra nueva?". Para la tercera palabra se le dice: "¿Y ésta?". Si el paciente responde

adecuadamente, i.e., "sí" o "no", se considera que el recuerdo de instrucciones está conservado. Si el paciente no responde significa que ha olvidado las instrucciones y las mismas son repetidas. El procedimiento empleado para la tercera palabra se repite para el resto, de la 4 a la 24. Se anotará cada instancia de falla en el recuerdo.

1 = muy leve; olvida las instrucciones una vez.

2 = leve; se le debe recordar la consigna dos veces.

3 = moderado; requiere tres o cuatro recordatorios.

4 = moderadamente severo; se le deben impartir las instrucciones cinco o seis veces.

5 = severo; requiere que se le repita la consigna siete o más veces.

4. *Dificultad en el hallazgo de palabra en el habla espontánea.* Se observa que el paciente presenta dificultades para hallar la palabra deseada durante la conversación. El problema puede ser solucionado por circunloquios, i.e., dando frases explicativas o sinónimos aproximadamente satisfactorios. No incluir denominación de dedos u objetos en este ítem.

1 = muy leve; una o dos instancias, sin significación clínica.

2 = leve; circunloquios o sustituciones por sinónimos clínicamente evidentes.

3 = moderado; pérdida de vocablos ocasionalmente no compensada.

4 = moderadamente severo; frecuente pérdida de vocablos sin compensación evidente.

5 = severo; pérdida cuasi completa de palabras con contenido significante; el habla suena vacía; expresión de uno o dos vocablos aislados.

5. *Respuesta a comandos verbales.* La capacidad de comprender el habla se evalúa también por medio de la habilidad del paciente para cumplir con comandos que involucran de uno a cinco pasos. Diga:

• *"Cierre el puño".*

• *"Señale el techo, luego el piso".*

Alinear frente al paciente un lápiz, un reloj y una tarjeta, en ese orden. Continúe:

• *"Ponga el lápiz sobre la tarjeta, luego devuélvalo asu lugar".*

• *"Ponga el reloj del otro lado del lápiz y dé vuelta latarjeta".*

• *"Golpee dos veces cada hombro con dos dedos manteniendo los ojos cerrados".*

Cada elemento subrayado representa un paso en el procedimiento. El comando puede repetirse sólo una vez y en forma completa. Cada comando es considerado como un todo al asignar el puntaje. El puntaje final corresponde al más alto nivel de rendimiento alcanzado en la respuesta a los comandos.

0 = cinco pasos correctos.

1 = cuatro pasos correctos.

2 = tres pasos correctos.

3 = dos pasos correctos.

4 = un paso correcto.

5 = no puede cumplir con un solo paso correctamente.

6. *Denominación de objetos y dedos.* El paciente debe nombrar los dedos de su mano dominante y 12 objetos reales presentados al azar cuyos valores de frecuencia sean: alta, media y baja. Los objetos y sus frecuencias son:

   Alta Frecuencia: Flor Peine Lápiz Cama

   Frecuencia Media: Sonajero Enchufe Cactus Embudo

   Baja Frecuencia: Dominó Pirámide Estetoscopio Transportador

   0 = todas correctas; un dedo y/o un objeto incorrectos.

   1 = dos-tres dedos y/o dos objetos incorrectos.

   2 = dos o más dedos y tres-cinco objetos incorrectos.

   3 = tres o más dedos y seis-siete objetos incorrectos.

   4 = tres o más dedos y ocho-nueve objetos incorrectos.

   5 = tres o más dedos y diez o más objetos incorrectos.

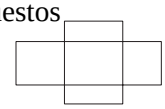
7. *Praxias constructivas*. Se evalúa la habilidad del paciente para copiar cuatro figuras geométricas, cada una de las cuales es presentada en la mitad superior de una hoja de papel tamaño oficio color blanco. Al paciente se le da cada vez la siguiente instrucción: "¿Puede ver Ud. esta figura? Dibuje una similar en cualquier lugar de la hoja". Se permiten dos intentos.

   El orden de presentación de las figuras y los criterios de corrección son los siguientes:

   a. Círculo, de aproximadamente 5 cm. de diámetro.

   - Se acepta cualquier figura curva cerrada.

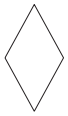
   b. Rectángulos superpuestos



   El rectángulo vertical medirá 5x8 cm y el horizontal 3x9 cm (aproximadamente).

   - Las figuras deberán tener cuatro lados y estar superpuestas en forma similar al modelo. El tamaño no será tomado en cuenta.

   c. Rombo



   Cada lado deberá medir aproximadamente 5 cm. El ángulo agudo = 50º y el obtuso = 130º.

- La figura deberá tener los cuatro lados de aproximadamente la misma longitud y orientados oblicuamente. El eje vertical deberá ser mayor que el horizontal y el diamante deberá conservar la simetría bilateral y altitudinal (súpero-inferior).

d. Cubo

Cada lado medirá 5 cm. Las líneas interiores serán visibles (cubo desnudo).

- La figura deberá ser tridimensional y con la cara anterior orientada correctamente.

Las líneas interiores deberán alcanzar los ángulos correspondientes. Si las caras o los lados opuestos divergen en más de 20º se considerará incorrecta.

0 = cuatro figuras correctas.

1 = una figura incorrecta.

2 = dos figuras incorrectas.

3 = tres figuras incorrectas.

4= "closing-in" (dibuja sobre o alrededor del modelo o usa parte del modelo); cuatro formas incorrectas.

5 = no dibuja ninguna figura; hace garabatos; dibuja parte de las figuras; usa palabras.

8. *Praxia ideatoria.* Al paciente se le suministran una hoja blanca tamaño carta y un sobre alargado. Se lo instruye para que pretenda enviarse una carta a sí mismo. Se le dice: *"Haga de cuenta que este papel es una carta dirigida a Ud. mismo. Colóquela en el sobre y ciérrelo. Luego diríjaselo a Ud. mismo y póngale la estampilla"*.
   Si el paciente olvida parte de la consigna se lo reinstruye (se repite la consigna completa). Las fallas en esta prueba deberán reflejar una disfunción en la ejecución de una práctica sobreaprendida y no un trastorno en el recuerdo de instrucciones. Los cinco componentes de este ítem son: 1) doblar la carta; 2) ensobrarla; 3) sellar el sobre; 4) dirigir la carta y 5) estampillarla.
   1 = dificultad y/o falla en uno de los pasos.
   2 = dificultad y/o falla en dos de los pasos.
   3 = dificultad y/o falla en tres de los pasos.
   4 = dificultad y/o falla en cuatro de los pasos.
   5 = dificultad y/o falla en los cinco pasos.
9. *Orientación.* Los componentes de esta prueba son: fecha (día del mes), mes, año, día de la semana, estación del año, hora del día, lugar y persona. Se asigna un punto por cada respuesta incorrecta (máximo = 8 puntos). Respuestas aceptables incluyen +/- 1 para la fecha; +/- 1 hora

para la hora; nombre parcial para el lugar; nombre de la estación entrante si se está a 1 semana de su comienzo y de la estación previa si se está a menos de 2 semanas de su finalización.

10. *Prueba de recuerdo de palabras.* El paciente lee una lista de 10 palabras con alto contenido de imagen (concretas) que le son presentadas de a una por vez y por 2 segundos cada una. Luego debe recordar las palabras diciéndolas en voz alta. Se administran tres ensayos de lectura y recuerdo. El puntaje será igual al promedio de palabras no recordadas en las tres pruebas (máximo = 10 puntos).
11. *Prueba de reconocimiento de palabras.* El paciente lee en voz alta 12 palabras con alto contenido de imagen presentadas durante 2 segundos cada una. Estas palabras son luego mezcladas al azar con otras 12 palabras no leídas hasta el momento. El paciente deberá indicar cuáles de las 24 palabras le habían sido presentadas anteriormente. Luego se administran dos pruebas más de lectura de las palabras originales y reconocimiento con palabras nuevas. El puntaje se obtendrá del promedio de respuestas incorrectas para las tres pruebas (máximo = 12 puntos).

Anexo 2: Formulario de consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Flores, desean conocer sobre la estimulación cognitiva para pacientes con Alzheimer. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad esdescribir los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer leve o moderado, que asisten a un Centro de Día en Resistencia, Chaco, y el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva.

La participación en la investigación consiste en responder al cuestionario que realizará el estudiante investigador. Esta participación es voluntaria y en cualquier momento puede quedar sin efecto la presente autorización, retirándose de la investigación.

Las respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando la privacidad, y los resultados no serán ligados a la información personal de los participantes.

Asimismo, los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, y podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre la identidad de los participantes, conforme a la Ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación serán proporcionados si los solicito, y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a **sinvestydes@uflo.edu.ar** (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:	Firma Profesional Informante:
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI:
Fecha:	Protocolo N°:

Anexo 3: Matriz de datos

a. Relevamiento febrero-marzo 2019

SUJETO	GÉNERO	EDAD	LENGUAJE (Máx=25)	PRAXIAS (Máx=10)	ORIENTACIÓN (Máx=8)	MEMORIA (Máx=27)	TOTAL (Máx=70)
Nº1	F	71	11	3	2	11	27
Nº2	F	65	8	5	2	7	22
Nº3	F	63	8	7	3	11	29
Nº4	M	80	20	6	6	20	52
Nº5	F	77	12	4	4	10	30
Nº6	M	65	5	4	3	13	25
Nº7	F	65	3	3	2	8	16
Nº8	F	71	10	7	5	13	35
Nº9	F	70	19	8	7	20	54
Nº10	M	68	11	3	4	8	26
Nº11	M	63	7	2	3	6	18
Nº12	F	60	11	5	4	8	28
Nº13	F	82	20	7	8	17	52
Nº14	F	74	13	5	6	16	40
Nº15	F	72	7	1	4	8	20
Nº16	M	64	7	1	1	4	13
Nº17	F	61	6	4	3	9	22
Nº18	F	82	17	4	6	12	39
Nº19	M	73	17	6	7	22	52
Nº20	F	68	12	4	3	10	29

b. Relevamiento marzo 2021

SUJETO	GÉNERO	EDAD	LENGUAJE (Máx=25)	PRAXIAS (Máx=10)	ORIENTACIÓN (Máx=8)	MEMORIA (Máx=27)	TOTAL (Máx=70)
Nº1	F	73	12	5	2	8	27
Nº2	F	67	6	6	4	6	22
Nº3	F	65	12	8	4	10	34
Nº4	M	82	22	9	7	20	58
Nº5	F	79	10	6	6	10	32
Nº6	M	67	5	5	5	11	26
Nº7	F	67	5	5	3	9	22
Nº8	F	73	11	8	6	15	40
Nº9	F	72	15	8	7	17	47
Nº10	M	70	10	6	4	12	32
Nº11	M	65	7	5	2	10	24
Nº12	F	62	9	6	5	14	34
Nº13	F	84	18	10	8	16	52
Nº14	F	76	10	8	5	12	35
Nº15	F	74	11	4	6	14	35
Nº16	M	66	8	3	2	12	25
Nº17	F	63	8	7	3	7	25
Nº18	F	84	21	8	5	16	50
Nº19	M	75	16	7	6	20	49
Nº20	F	70	13	7	4	9	33