



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Tesina

**Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los  
Centros de Estimulación de Olavarría**

Rectora: Arq. Ruth Fische.

Vicedirector: Lic. Christian Kreber.

Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales: Lic. Beatriz Labrit.

Directora de la Carrera de Psicopedagogía: Lic. Laura Waisman.

Tutor temático: Lic. Cynthia Malfet.

Tutor metodológico: Dr Edgardo D Etchezahar.

Tesista: Contini Ornella.

N° de Legajo: 24818.

Fecha de presentación: 18 de Junio de 2020.

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Índice

Introducción.....	4
1. Marco Teórico.....	6
1.1. Demencia Tipo Alzheimer.....	6
1.2. Fases de la Demencia Tipo Alzheimer.....	7
1.3. Alteraciones cognitivas en la Demencia Tipo Alzheimer.....	9
1.3.1. Memoria.....	10
1.3.2. Orientación.....	10
1.3.3. Gnosias.....	10
1.3.4. Lenguaje.....	11
1.3.5. Praxias.....	12
1.3.6. Funciones ejecutivas.....	12
1.4. Estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer.....	12
1.5. Bases neurobiológicas de la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer.....	14
1.6. Abordaje de las funciones cognitivas en la Demencia Tipo Alzheimer.....	16
1.7. Rol psicopedagógico en la Estimulación de pacientes con Alzheimer.....	17
1.8. Estimulación Cognitiva y otras terapias.....	19
2. Antecedentes.....	21
3. Planteo del Problema.....	27
4. Objetivos.....	28
5. Método.....	29
5.1. Diseño.....	29
5.2. Participantes.....	29
5.3. Técnicas de recolección de datos.....	29
5.4. Procedimiento.....	30
6. Resultados.....	32
7. Discusión.....	37
8. Conclusiones.....	41
Referencias.....	41
Anexos.....	43

## **Resumen**

La presente tesina fue desarrollada en el marco de la etapa final de la Licenciatura en Psicopedagogía de la UFLO. En ella se investigó la forma en que la estimulación cognitiva cobra vida en los pacientes con Alzheimer que asisten a los Centros de Estimulación de la ciudad de Olavarría. Se contó con una muestra total de 7 participantes, todas psicopedagogas mujeres de entre 24 y 35 años que trabajan en dichos centros. Partiendo del diseño metodológico de la Teoría Fundamentada, se llevó a cabo una recolección de datos a partir de entrevistas semiestructuradas, las cuales se analizaron y compararon con el marco teórico, en pos de arribar a un análisis de la variable en cuestión. Los resultados apuntaron a recalcar la importancia que la estimulación cognitiva tiene en todas las fases de la enfermedad de Alzheimer, debido a que posibilita una mejora en la calidad de vida del paciente a partir de la estimulación de las funciones preservadas y deterioradas, tanto desde un abordaje grupal como individual.

### **Palabras clave:**

Alzheimer; Estimulación Cognitiva; Psicopedagogía.

## **Summary**

This dissertation was developed within the framework of the final stage of the UFLO Degree in Educational Psychology. It investigated the way in which cognitive stimulation comes to life in Alzheimer's patients who attend the Stimulation Centers in the city of Olavarría. There was a total sample of 7 participants, all female educational psychologists between 24 and 35 years old who work in these centers. Starting from the methodological design of the Grounded Theory, a data collection was carried out from semi-structured interviews, which were analyzed and compared with the theoretical framework, in order to arrive at an analysis of the variable in question. The results aimed to emphasize the importance that cognitive stimulation has in all phases of Alzheimer's disease, since it enables an improvement in the quality of life of the patient from the stimulation of preserved and impaired functions, both from a group approach as an individual.

### **Keywords:**

Alzheimer; Cognitive stimulation; Psychopedagogy.

## Introducción

La estimulación neurocognitiva en personas con Alzheimer cobra un importante papel en la actualidad, debido a que es el tipo de demencia que se presenta con más frecuencia en los adultos mayores (Loureiro, 2018). Mediante ella se apunta no sólo a la estimulación de las capacidades preservadas y deterioradas del paciente, sino que también se apuesta a una mejor calidad de vida de la persona, acompañándola en la transición de la enfermedad y fomentando su autonomía la mayor parte del tiempo posible. Al tratarse de una patología neurodegenerativa, crónica y letal, quien la padece vivencia síntomas que aparecen de forma gradual e indiciosa, y empeoran hasta provocar la muerte de la persona, aproximadamente a los 10 o 15 años del diagnóstico inicial. En los últimos años, los fármacos han logrado controlar de manera temporal estos síntomas cognitivos, conductuales y funcionales; sin embargo al no existir un tratamiento curativo, se vuelve necesario un tratamiento multidimensional, y es aquí donde entran en juego las terapias no farmacológicas, y entre ellas la estimulación neurocognitiva.

En lo que respecta a la enfermedad de Alzheimer, Patterson (2018) sostiene que actualmente existen 50 millones de personas en todo el mundo que viven con demencia, lo cual equivale a la población de Corea del Sur o España. De estas personas, dos tercios padecen la enfermedad de Alzheimer y el resto otros tipos de demencia. Se estima que para el año 2050, los 50 millones aumentarían a 152 millones de personas, alcanzando un tamaño como el de Rusia o Bangladesh. Por otra parte, Loureiro (2018) afirma que en Europa la enfermedad de Alzheimer tiene una incidencia de 11,08 nuevos casos cada 1000 personas por año. De esta forma la prevalencia de la enfermedad es del 5,05% de la población total, manifestándose en un 7,13% en mujeres y un 3,31% en hombres, y con ímpetu edades avanzadas, correspondiéndose a un 22,53% de personas mayores a 85 años.

En tanto a las estadísticas en nuestro país, Bunis et al. (2019) plantea que los datos sobre la prevalencia de demencia en Argentina son muy heterogéneos. Sin embargo, a pesar de esta diversidad se infiere que en el año 2015 se presentaban alrededor de 503.000 personas con demencia, evidenciándose en el año una incidencia de 74.061 casos nuevos; y se estima que para el año 2050 la incidencia anual rondará en 1.181.000 casos. Por otra parte un estudio llevado a cabo en el año 2004 sostiene que en Argentina la incidencia de demencia en las personas es de 12.18%, correspondiéndose el 5.85% para la demencia de tipo Alzheimer, y el 3.86% para la demencia de tipo vascular.

Los altos niveles en la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer fueron los que hicieron querer aumentar mis conocimientos sobre la patología, como así también profundizar en las terapias neurocognitivas que posibilitan el enlentecimiento de la enfermedad en pos de un mejoramiento en la calidad de vida de quienes la padecen. El papel significativo que puede tener para las personas con Alzheimer recibir estimulación neurocognitiva fue lo que me motivó a realizar la presente investigación, cuyo objetivo radica en investigar cómo es la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer en los Centros de Estimulación de Olavarría.

En tanto la elaboración de la presente tesina fue llevada a cabo en diferentes fases que constaron, en una primera instancia, de la definición de objetivos y el método a implementar. Posteriormente se comenzó con la búsqueda de antecedentes, la revisión de la bibliografía correspondiente al contenido, la recolección de datos de campo, hasta finalmente arribar a un entrecruzamiento de los datos obtenidos en las entrevistas y la teoría, con el fin de analizar el tema en cuestión. Para dicha investigación se seleccionó un diseño de tipo cualitativo, escogiendo específicamente la Teoría Fundamentada en tanto permite explicar las relaciones que existen entre las categorías de la realidad observada, comprendiéndola desde diversas miradas. Tal es así que permitió distinguir diferentes puntos de vista con respecto a la estimulación cognitiva en los pacientes con Alzheimer.

A la hora de arribar a los resultados, la mayor parte de éstos se ubican en correlación con lo establecido en el marco teórico, sosteniendo que la estimulación cognitiva resulta muy enriquecedora en los pacientes, lo cual se evidencia tanto en los antecedentes nombrados como en la información develada por las entrevistadas a lo largo de las diferentes entrevistas. En cuanto a las limitaciones, la presente investigación recortó el campo a profesionales que trabajen en los Centros de Estimulación de la ciudad de Olavarría, por lo cual las conclusiones arribadas no podrán generalizarse a toda la población que transite la enfermedad.

## 1. Marco teórico

### 1.1. Demencia Tipo Alzheimer

La Demencia Tipo Alzheimer es uno de los cuadros posibles dentro de las demencias. La American Psychiatric Association (1995) la define como una enfermedad crónica que se caracteriza por un deterioro cognoscitivo continuo que avanza de forma gradual y progresiva, provocando diferentes alteraciones cognoscitivas que afectan la vida de la persona. Dentro de estas alteraciones se evidencian mayores perturbaciones en lo que respecta a la memoria, pero afectado a su vez otras capacidades cognitivas y funcionales, que ocasionan afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones ejecutivas (Citado en Davicino et al., 2009). En la misma perspectiva, Peña-Cassanova (1999) sostiene que la enfermedad de Alzheimer presenta una variabilidad en lo que corresponde tanto la edad de inicio como a su velocidad de evolución, pudiendo presentarse en el período senil o presenil, y avanzar de forma lenta o rápida respectivamente. A sí mismo, también varía el tipo de alteraciones de las capacidades mentales, y la aparición de los diversos trastornos psicológicos y del comportamiento (pudiendo algunos ser agresivos y otros pasivos).

En concordancia con lo expuesto, Alberca (2003) sostiene que la enfermedad de Alzheimer se caracteriza no sólo por la demencia sino también por la presencia de placas seniles y degeneraciones neurofibrilares. A sí mismo, en cuanto a la heterogeneidad etiológica de la enfermedad, el autor sostiene que puede deberse a factores hereditarios o no hereditarios. Los primeros son causados por mutaciones en los cromosomas 1, 14 y 21, aunque también influye la interacción de otros factores individuales, ambientales o genéticos. En cambio, cuando la causa es no hereditaria se corresponde a diversos factores de riesgos, generalmente genéticos. Por último, existen causas aún no especificadas que hacen que la enfermedad se manifieste por «variedades» neocorticales, generando grandes dificultades a la hora de arribar al diagnóstico y al tratamiento del paciente, debido a que no conciben con el cuadro clínico típico de Alzheimer. Es así que la evolución de cada paciente con Alzheimer es única, existiendo una gran variabilidad clínico-patológica (Citado en Martinez Lage et al., 2003).

En la misma perspectiva, Amirrad et al. (2017), define a la enfermedad de Alzheimer como un trastorno multisistémico degenerativo del sistema nervioso central, en el cual se manifiestan alteraciones de conducta, de estado de ánimo, y psicóticas, a raíz de

un deterioro neurocognitivo que avanza progresivamente. Este deterioro se evidencia tras una alteración en la corteza cerebral en las áreas temporoparietales, en donde se presentan depósitos cerebrales de  $\beta$ -amiloide, degeneración neurofibrilar, pérdida neuronal y atrofia cerebral (Citado en Deus Yela et al., 2018). En concordancia, Scheltens et al. (2017) sostiene que la enfermedad de Alzheimer presenta una heterogeneidad tanto en la sintomatología como en su evolución, lo cual se debe a diversas variables. Cabe mencionar que la diversidad se manifiesta debido a los aspectos biológicos propios de cada paciente, como la edad, factores genéticos, alteraciones morfológicas e histopatológicas o alteraciones metabólicas y funcionales cerebrales. De esta forma, si bien existen rasgos generales propios de la enfermedad de Alzheimer, cada paciente que la padece presenta características neurobiológicas y neuropsicológicas propias (Citado en Deus Yela et al., 2018).

En lo que respecta a los síntomas clínicos presentes en la enfermedad, Pinto et al. (s.f.) denomina a la sintomatología como las “cuatro A”. Por un lado los pacientes tienen Amnesia, a partir de la cual se evidencia una pérdida de la memoria, en un primer momento de los sucesos recientes y luego de los acontecimientos del pasado. A su vez, quienes padecen Alzheimer presentan la incapacidad de reconocer las cosas y las personas por su nombre o por su utilidad, lo cual se denomina Agnosia. Por otra parte, a lo largo del transcurso de la enfermedad aparece lo que se llama Apraxia, refiriéndose a la pérdida de la capacidad de llevar a cabo las funciones motoras ya aprendidas, incluso cuando no se está en presencia de una debilidad motora. Y por último, aparece un trastorno en el lenguaje que se evidencia en la dificultad o incapacidad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica, denominado Afasia.

## **1.2. Fases de la Demencia Tipo Alzheimer.**

Tal como explicita Caldwell et al. (2002), con el fin de poder asociar los síntomas presentes en el paciente con su grado de demencia, se establecen una serie de escalas que permiten situar a la enfermedad en diversas fases. Si bien este tipo de demencia sigue un curso constante y previsible, en cada uno de los pacientes se evidencian características propias y singulares. Sin embargo, es de fundamental importancia poder distinguir en qué fase de la enfermedad se encuentra la persona, con el fin de poder establecer una línea de trabajo óptima en pos de un tratamiento personalizado. El doctor Barry Reisberg elaboró la

escala FAST (Funcional Assessment Staging [evaluación de la fase funcional]), la cual plantea siete estadios de la enfermedad de Alzheimer:

1. Adulto normal: en esta fase no se evidencian dificultades.
2. Anciano normal: aparecen pequeños olvidos de nombres o de dónde se han colocado determinados objetos, manifestándose también dificultades subjetivas para encontrar la palabra correcta. Sin embargo, estos problemas no interfieren en su ámbito social o laboral.
3. Alzheimer inicial: en este estadio se ha diagnosticado la enfermedad, y dura aproximadamente 7 años. Comienzan los olvidos más evidentes, que se manifiestan en las conversaciones cotidianas, o a la hora de pagar las facturas. El sujeto empieza a desorientarse en lugares conocidos, o a no recordar los nombres de determinadas personas u objetos. A sí mismo, el paciente comienza a tener problemas para mantener la atención, lo cual comienza a interferir a la hora de aprender o adquirir nueva información. Todo lo mencionado en esta etapa queda reflejado en un pobre rendimiento en el área laboral.
4. Alzheimer leve: aproximadamente el paciente transcurre 2 años por esta fase. En este momento surgen dificultades en lo que respecta a las tareas cotidianas básicas, como vestirse o bañarse. La vida social del paciente comienza a verse afectada por los problemas en la memoria y en su comportamiento. En este período la persona necesita de ayuda en lo que respecta a las tareas de contabilidad y de planificación.
5. Enfermedad de Alzheimer moderada: este estadio tiene una duración estimada de 18 meses. El paciente presenta dificultades para evocar información significativa, como el nombre de los nietos. Existe una alteración en lo que refiere a la orientación personal, espacial y temporal. Se incrementa la dificultad a la hora de realizar actividades de la vida diaria y no son capaces de llevar a cabo tareas complejas como seguir una receta o hacer las compras, necesitando de un acompañamiento constante.
6. Enfermedad de Alzheimer avanzada: en esta fase se manifiesta un gran deterioro que se observa en un lapso estimado de 30 meses. La persona necesita supervisión las 24 horas del día, necesitando de ayuda para todas las actividades diarias, incluso para comer. En tanto la memoria, la persona puede llegar a olvidar nombres de sus hijos y esposo, y no reconocerlos. A sí mismo, se evidencian trastornos del sueño y

cambios en la personalidad, como ansiedad, ideas delirantes o agresividad. El paciente deja de controlar la vejiga urinaria.

7. Enfermedad de Alzheimer grave: este último período puede llegar a durar hasta 6 años. La persona no es capaz de andar, sentarse, producir gestos como una sonrisa, o incluso respirar. Se encuentra afectada el habla en su totalidad, aunque al comienzo de esta fase el paciente puede decir aproximadamente 6 palabras. A su vez, el paciente pierde el control intestinal.

Otro de los autores que realiza un aporte en lo que respecta a las fases de la enfermedad de Alzheimer es Acinas (2005), quien plantea tres etapas sucesivas:

1. Primera fase: existe una dependencia leve del paciente. La función más alterada es la memoria, donde se evidencian olvidos ocasionales y confusiones. A sí mismo la persona comienza a tener dificultades a la hora de planificar y organizar actividades cotidianas, o al establecer una conversación habitual. Es posible observar pérdida de la autoestima o angustia debido a todos estos cambios.

2. Segunda fase: el paciente no es capaz de desenvolverse por sí mismo, necesitando de una asistencia diaria. Comienzan a evidenciarse síndromes característicos de la enfermedad, como lo son la apraxia, la agnosia y la afasia. Es importante mantener las rutinas de la persona, con el fin de no dificultar su orientación.

3. Tercera fase: el paciente pasa a ser una persona pasiva que requiere de atención y supervisión las 24 horas del día. Las funciones cognitivas quedan afectadas de forma global, profundizándose los tres síndromes de la etapa anterior.

### **1.3. Alteraciones cognitivas en la Demencia Tipo Alzheimer.**

En la enfermedad de Alzheimer típica, Alberca (2003) afirma que las lesiones comienzan en la región medial temporal, atravesando posteriormente la zona neocortical temporal, pasando por las zonas de asociación y desembocando finalmente en las áreas primarias cerebrales. Las alteraciones mencionadas traen como consecuencia inicial una afectación de la memoria, y posteriormente provocan el deterioro de otras funciones cerebrales superiores. Dentro de estas últimas se encuentra el lenguaje, las praxias, las gnosias y las funciones ejecutivas (Martínez Lage et al., 2003).

**1.3.1. Memoria.** En lo que refiere a la memoria, Peña-Cassanova (1999) afirma que en la enfermedad de Alzheimer se ve afectada la memoria episódica (acontecimientos vividos), la memoria semántica (conocimientos, significados de palabras, objetos y gestos), y la memoria de trabajo (mantener información temporalmente y manipularla). El paciente padece una Amnesia, siendo incapaz de registrar información para luego evocarla; pudiendo presentarse como Amnesia anterógrada (incapacidad de recordar episodios vividos luego del inicio de la enfermedad) o Amnesia retrógrada (incapacidad de recordar episodios anteriores a la enfermedad).

Otro de los autores que explica las alteraciones en el dominio de la memoria es Amirrad et al. (2017), quien afirma que en la enfermedad se ve afectada la capacidad de fijación, de evocación y de recuperación de la información previamente almacenada, tanto en lo que respecta a estímulos verbales o visuales. Se genera una reducción considerable de la amplitud mnésica, y se evidencian gran cantidad de falsos reconocimientos. A su vez, se acentúa profundamente un deterioro en la memoria declarativa o explícita, la cual almacena información para ser evocada de forma consciente, evidenciándose tanto en la memoria declarativa semántica como en la memoria declarativa episódica. Es por ello que en los pacientes carece de sentido el empleo de pistas semánticas (significados) para que el paciente recupere información ya almacenada (Citado en Deus Yela et al., 2018).

**1.3.2. Orientación.** Tal como sostiene Peña-Cassanova (1999), otra de las alteraciones cognitivas se evidencia en la orientación. En un primer momento el paciente se encuentra desorientado temporalmente, sin saber en qué año o día de la semana se encuentra; posteriormente se afecta la orientación espacial, sin reconocer el lugar en el cual se encuentra; y por último, se manifiesta una desorientación personal, a partir de la cual la persona no reconoce información referida a sí misma. Sumado a lo dicho, Tárraga (2000) sostiene que la orientación temporal, espacial y personal se encuentra conectada con diferentes capacidades cognitivas como son la atención, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro.

**1.3.3. Gnosias.** Tal como plantea Peña-Cassanova (1999), a lo largo de la enfermedad se ve afectada la capacidad visual lo cual conlleva a una agnosia, caracterizada por la incapacidad de reconocer a los objetos a partir de los sentidos para luego arribar al significado semántico de los mismos, debido a una lesión cerebral. Esta afectación de lo visual repercute en la capacidad visuoespacial del paciente, alterándose la capacidad de

establecer relaciones con los objetos del espacio, debido a la falta de orientación y discriminación de formas. A sí mismo, Alberca et al. (2011) sostiene que las alteraciones de las gnosis no se dan solo en el plano visual, sino que también se manifiesta en el desconocimiento del propio esquema corporal como en la expresión de sentimientos mediante gestos. Por otra parte se da lo que se denomina anosognosia, concepto que hace referencia a la pérdida de capacidad para percibir adecuadamente las consecuencias producidas por un daño cerebral adquirido; la persona no es consciente de su enfermedad y de la repercusión que ésta tiene en su día a día (Citado en Deus Yela et al., 2018).

**1.3.4. Lenguaje.** En lo que refiere al lenguaje oral, Peña-Cassanova (1999) sostiene que en los primeros períodos de la enfermedad no se evidencian grandes dificultades, sin embargo a medida que el tiempo avanza se presenta una afasia (alteración del lenguaje por lesión cerebral) en tres patrones sucesivos. El primer momento se caracteriza por una afasia anómica, apareciendo fallos en la evocación de la palabra; luego se da una afasia sensorial transcortical, afectando en gran medida la comprensión; y finalmente el paciente padece una afasia global, quedando afectada tanto la expresión como la comprensión del lenguaje oral. En tanto el lenguaje escrito, si bien en las primeras fases no se evidencian grandes dificultades, en los últimos estadios de la enfermedad la persona pierde la capacidad de escribir (agrafia) y la capacidad de leer (alexia).

En la misma línea que lo expresado, Alberca et al. (2011) sostiene que en el lenguaje se evidencian perífrasis o circunloquios (empleo de frases en lugar de una palabra) y de parafasias semánticas (sustitución de una palabra por otra de la misma categoría semántica). A sí mismo, los diferentes componentes del lenguaje se van afectado de forma progresiva, comenzando por los aspectos semánticos, seguido de lo sintáctico y morfológico. Sólo en las últimas fases de la enfermedad se evidencia una afectación de los componentes fonológicos, preservándose hasta etapas tardías la articulación y la prosodia, hasta finalmente desembocar en una pérdida de la capacidad de producción verbal. En tanto la escritura y la lectura, se encuentran ambas alteradas, provocando disortografía y mala comprensión, respectivamente. (Citado en Deus Yela et al., 2018). Por último, en lo que respecta al lenguaje matemático, Jurado et al. (2013) dicha afectación se manifiesta desde las etapas iniciales de la enfermedad, evidenciándose a partir de la pérdida del valor simbólico de los números, de la incapacidad de razonar matemáticamente y de la dificultad para poder manejar el dinero por sí mismo (Citado en Deus Yela et al., 2018).

**1.3.5. Praxias.** A raíz de diferentes investigaciones, Alberca et al. (2011) plantea que las alteraciones en la praxis van siendo cada vez mayores a medida que avanza la enfermedad. En un primer momento aparece lo que se denomina apraxia constructiva, a partir de la cual el paciente presenta dificultad para la reproducción de un modelo sencillo como ponerse o quitarse la ropa, o incluso más adelante no logra reconocer el orden en que las diferentes prendas se colocan (apraxia de vestirse). Más avanza la enfermedad se observa una apraxia ideomotora por imitación (imitación de movimientos unimanuales o bimanuales), y luego una apraxia ideomotora simbólica (movimientos manuales simbólicos a la orden). Por último, se evidencia una apraxia ideatoria, la cual avanza negativamente en la capacidad de manipular objetos, repercutiendo en actividades cotidianas como comer (Citado en Deus Yela et al., 2018).

**1.3.6. Funciones ejecutivas.** Otra de las funciones cognitivas alteradas son las funciones ejecutivas. Tal como menciona Peña-Cassanova (1999), esta alteración desencadena en un Síndrome disejecutivo, el cual se caracteriza por la incapacidad de razonar, planificar y regular la conducta teniendo en cuenta las normas. En concordancia, Alberca et al. (2011) plantea que esta disfunción ejecutiva se evidencia en las dificultades presentes en todo lo que implica planificación y organización, en la memoria de trabajo. A su vez, se manifiesta en el juicio social y la fluidez, en los cambios en la conducta o en la personalidad del paciente, como así también en la conciencia del padecimiento ocasionado por la enfermedad (Citado en Deus Yela et al., 2018)

#### **1.4. Estimulación Cognitiva en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer**

Tal como sostiene Tárraga (2000), el principal objetivo de la psicoestimulación cognitiva es la recuperación o mantenimiento de las funciones mentales superiores, activando así las funciones cognitivas y capacidades instrumentales que habían quedado olvidadas, y favoreciendo la autoestima del paciente. A sí mismo, se buscará enlentecer la progresión del deterioro, apuntando a mantener el mayor tiempo posible a la persona estabilizada, priorizando el estado funcional del paciente. En la misma línea Acinas (2005) plantea que el fin de la estimulación cognitiva es el enlentecimiento de la progresión del deterioro, mejorando la calidad de vida del paciente, a través de diferentes técnicas y estrategias que mantengan o mejoren el rendimiento cognitivo y funcional de la persona. Dichas actividades deben estar adaptadas a la evolución de la enfermedad, y procurar centrarse en la tarea en sí misma, más allá del rendimiento y de los resultados obtenidos.

Otro punto nodal en el cual pone foco Acinas (2005) es en la importancia de tener en cuenta que hay tantas enfermedades de Alzheimer como pacientes, no sólo se debe tener en cuenta en que estadio se encuentra cada persona sino también la heterogeneidad con que cada una de ellas cursa la enfermedad. Las estrategias de intervención deben ser flexibles y personalizadas, lo que implica indagar previamente toda la información necesaria acerca del paciente: historia personal, estilo de vida, capacidades preservadas y deterioradas, nivel de educativo e intelectual, etc. Lo que para un paciente puede resultar beneficioso, para otro puede tener efectos negativos. Sin embargo, lo expuesto no quita que se puedan establecer ciertas líneas de acción terapéuticas, abiertas a la flexibilidad y personalización, a saber:

1. Fase de demencia leve: se debe estimular las capacidades complejas como el lenguaje, la escritura, el cálculo y el razonamiento debido a que aún se preservan conocimientos generales del mundo que posibilitan actividades diversas. A sí mismo, no se debe olvidar trabajar las funciones más básicas como son la memoria, la atención y la orientación.

2. Fase de demencia moderada: en este período los pacientes aún suelen conservar el lenguaje, por lo tanto la estimulación se apoya en él. Los estímulos a emplear deben tener mayor simpleza que en la fase anterior. Se debe abocar el trabajo tanto a los aspectos básicos de la cognición como lo son la memoria, la atención, la orientación temporal y espacial, como a los aspectos más instrumentales como el lenguaje, la percepción visual y las capacidades práxicas. Al evidenciarse un deterioro en la memoria reciente, es fundamental establecer rutinas y ejercicios repetitivos.

3. Fase de demencia grave: en este momento la estimulación queda limitada a ejercicios correspondientes a actividades de la vida diaria y simulación con objetos reales, brindando herramientas al sujeto para su día a día. Algunos pacientes generalmente presentan un lenguaje reducido e incoherente, sin capacidad de comprensión, ante lo cual se trabajará a partir de la imitación.

Desde la misma perspectiva, Davicino et al. (2009) concluye que la estimulación cognitiva refiere al conjunto de estímulos concebidos por la neuropsicología terapéutica, que constan de la planificación psicopedagógica de actividades dirigidas a la activación y mantenimiento de las capacidades mentales, considerando las capacidades cognitivas

residuales para posibilitar una reorganización funcional del paciente, en pos de mantener la autonomía funcional del paciente el mayor tiempo posible. En la misma línea de ideas, Loureiro (2018) plantea que la estimulación cognitiva puede apuntar a diferentes direcciones, las cuales muchas veces se terminan combinando con el fin de establecer un abordaje integral. Puede suceder que la estimulación se oriente a la restauración de una función dañada, a la compensación de una función deteriorada (a partir de ayudas externas o modificaciones del ambiente), a la potenciación de las funciones residuales, o a las tres a la vez.

### **1.5. Bases neurobiológicas de la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer.**

Los tratamientos no farmacológicos para la enfermedad de Alzheimer encuentran sustento en diversos conceptos: neuroplasticidad, capacidad de nuevos aprendizajes ante daño cerebral, reserva cognitiva y redundancia de sistemas. En lo que respecta a la neuroplasticidad, Tárraga (2000) la define como la capacidad presente en el cerebro para poder restablecer el equilibrio tras alguna lesión, adaptándose a las nuevas situaciones debido a la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Tal es así que dicho autor afirma que existe neuroplasticidad en el cerebro anciano con demencia, aunque con menor intensidad. Así mismo, afirma que entran juego dos tipos de factores en dicha plasticidad. Por un lado se hayan los factores intrínsecos, lo cuales remiten a los aspectos genéticos y propios del proceso de envejecimiento. Y por otro lado se encuentran los factores extrínsecos que refieren a la influencia del entorno, como por ejemplo el grado de escolarización, y es en estos factores externos o del ambiente en los cuales las terapias no farmacológicas pueden incidir, cobrando gran importancia.

En concordancia con lo planteado, Acinas (2005) sostiene que la plasticidad cerebral deben estimularse sobre todo en los estados leve y moderado donde el proceso neurodegenerativo no está avanzado. Es la estimulación cognitiva la que debe presentar diferentes estímulos que activen las capacidades mentales, favoreciendo la plasticidad neuronal. De la misma forma, Lubrini et al. (2009) afirma que la plasticidad cerebral no sólo cobra importancia en el desarrollo a partir de la generación de circuitos neuronales, sino que también tras un daño cerebral. En ese punto se destaca que si bien el sistema nervioso central posee la capacidad de plasticidad, tras un daño cerebral ésta se encuentra limitada, cobrando importancia la estimulación. (Citado en Loureiro, 2018).

En esta perspectiva, López (2012) afirma que si bien los avances en las neurociencias han estudiado los cambios en el cerebro con el paso de los años, cómo el cerebro se reorganiza luego de una lesión, y los puntos a favor de la rehabilitación temprana, aún no se evidencian estudios que expliquen a través de qué circuitos cerebrales es posible recompensar las funciones perdidas tras un daño cerebral. Sin embargo, se ha demostrado que los circuitos neuronales se reforman y reestructuran con cada aprendizaje, con el fin de asimilar nuevos conocimientos y comportamientos, y son las neurociencias las que han descubierto cómo crear conexiones neurales de forma similar a como el cerebro lo hace en los procesos de aprendizaje.

Gracias al mecanismo de neuroplasticidad explicado anteriormente, hoy es posible hablar de la capacidad de aprendizaje en las personas con Alzheimer. Éste es entendido como un proceso que involucra componentes de diversa índole, como la percepción, la asociación, la relación, entre otros. Ahora bien, estos mecanismos del aprendizaje pueden afectarse en grados distintos. A sí mismo, en los pacientes que presentan la patología en cuestión se encuentra gran alteración en la memoria explícita, sin embargo la memoria implícita suele no quedar afectada, y es allí donde deberán apoyarse las intervenciones no farmacológicas como al estimulación cognitiva (Villalba y Espert, 2014).

En lo que respecta a otra de las bases neurobiológicas, la reserva cognitiva, Villalba y Espert (2014) la definen como la capacidad del cerebro humano para tolerar ciertos efectos tras una lesión cerebral, a partir de la cual no se presentarían todos los síntomas cognitivo-conductuales. El desarrollo de esta reserva se encuentra ligado no solo a los aspectos neurobiológicos como el volumen cerebral, sino también a las experiencias que el sujeto haya tenido a lo largo de su vida, el nivel educativo alcanzado y el grado de estimulación cognitiva de las actividades realizadas (complejidad de las tareas en su trabajo, actividad física, actividades de ocio, estilo de vida).

Además de la neuroplasticidad, la reserva cognitiva y la capacidad de aprendizaje ante una lesión cerebral, existe una base neurobiológica que se denomina redundancia de sistemas. Ante esto, los últimos autores mencionados sostienen que los diversos subsistemas cerebrales son capaces de llevar a cabo una función cognitiva similar. De esta manera, ante un daño cerebral, las capacidades deterioradas podrían compensarse “tras la rehabilitación o estimulación cognitiva, por la activación de otros subsistemas corticales o córtico-subcorticales conservados o no dañados, que podrían sustituir a las estructuras

cerebrales lesionadas y ejercer un control sobre la función neuropsicológica para su preservación o recuperación” (Villalba y Espert, 2014, p.79).

### **1.6. Abordaje de las funciones cognitivas en la Demencia Tipo Alzheimer.**

En La enfermedad de Alzheimer y otras demencias (s.f.), Pinto propone diversas actividades y orientaciones para estimular las funciones cognitivas, focalizando en los aspectos que mayormente se encuentran deteriorados. A continuación se expondrán algunas directrices propuestas por el autor, siempre dispuestas a flexibilización, en pos de la personalización de las actividades a las particularidades de cada paciente:

- Ejes para trabajar la atención: el estimular dicha función cognitiva provocará beneficios en el desempeño de otras funciones como la memoria, el razonamiento, etc. Se proponen actividades que impliquen búsqueda de diferentes elementos (letras, formas, números, símbolos, resultados de operaciones aritméticas, etc.) en una plantilla que incluya otros similares; comparaciones entre imágenes iguales pero con detalles diferentes, en donde los pacientes deban focalizar su atención con el fin de descubrir las diferencias o errores; u observación de una imagen determinada y su posterior descripción, focalizando en los detalles presentes en la figura.

- Ejes para trabajar la orientación: en lo que refiere a la orientación temporal, el terapeuta debe ayudarlo a confeccionar diversas referencias y ayudas visuales que le permitan al paciente orientarse, debido a que el preguntarle qué día es sólo provocará frustración por no poder hallar la respuesta. En tanto la orientación espacial, se proponen actividades que involucren realización conjunta de planos del barrio, de la casa propia o de los hijos, o del centro en el cual se encuentre, sin detenerse en detalles innecesarios que sólo confundan a la persona. Por último, en lo que respecta a la orientación personal se orienta trabajar con la biografía del propio paciente a partir de imágenes ilustrativas, deteniéndose en su trabajo, profesiones, familiares y amigos, hobbies, etc.

- Ejes para trabajar la memoria: en lo que respecta a la memoria de trabajo, se buscará trabajar con actividades en las cuales el paciente deba mantener la instrucción en su memoria mientras que lleva a cabo la resolución. Ejemplos claros para trabajar dicho tipo de memoria son el reconocer palabras que se repiten dentro de un texto, comparación de palabras iguales en diferentes columnas, búsqueda de resultado aritmético en una lista

de números, búsqueda de palabras correspondientes a determinada categoría, etc. A la hora de abordar la memoria episódica, se destacan actividades en las cuales se confeccionen libros de recuerdos con fotos o hechos importantes que ayuden al paciente a recordar su historia personal. Y por último, la memoria semántica puede trabajarse a partir del reconocimiento de determinados objetos y su función, escribir el significado de emociones, conocer en el mapa las provincias, etc.

- Ejes para trabajar el lenguaje: al momento de estimular el lenguaje pueden implementarse actividades correspondientes a la escritura o verbalización de palabras que comiencen o terminen con determinada letra o sílaba, palabras encadenadas por la última sílaba, escritura de palabras según diversas categorías, anagramas, u ordenamiento de palabras desordenadas. A sí mismo se pueden llevar a cabo tareas con adivinanzas y refranes, dictados a diferentes velocidades, seguimiento de ordenes o instrucciones, lectura de palabras y frases sencillas o complejas, etc.

- Ejes para trabajar el razonamiento: algunos ejemplos de actividades para que los pacientes empleen su razonamiento son la elaboración de conclusiones de refranes, la solución de diversos acertijos y adivinanzas, el seguimiento lógico de secuencias numéricas o de otras categorías, el ordenamiento de secuencias de actividades de la vida diaria, la respuesta a diferentes preguntas sobre costumbres del pasado y la actualidad, entre otras.

### **1.7. Rol psicopedagógico en la Estimulación de pacientes con Alzheimer**

Tal como mencionan Urbano y Yuni (2005), un aspecto fundamental a la hora de llevar a cabo un proceso de estimulación cognitiva en adultos mayores, es el tener en cuenta el modelo educativo con el que dicha población se ha formado. En la actualidad las prácticas educativas se encuentran atravesadas por una aceleración de conocimientos, poniendo el foco en la meta cognición y en el empleo de estrategias de aprendizaje. En cambio, las personas que hoy pertenecen al grupo etario de la tercera edad, formaron parte de un sistema educativo que priorizaba la repetición y la memorización, sin fomentar la reflexión acerca de los procesos de aprendizaje en sí mismos (Citado en Binotti, 2009).

A raíz de lo mencionado, Urbano y Yuni (2005) sostienen que el accionar del psicopedagogo no debe olvidar fomentar estrategias de meta cognición, en pos de

establecer mejoras en los procesos cognitivos y en las funciones ejecutivas, habilitando un espacio para la reflexión y la valoración de las propias capacidades (Citado en Binotti, 2009). En concordancia, Binotti (2009) plantea que la intervención psicopedagógica a partir de la estimulación cognitiva resulta enriquecedora en tanto parte del posicionamiento de sujeto cognoscente, siempre capaz de adquirir nuevos conocimientos. De tal forma, los aprendizajes y las funciones cognitivas pueden mejorarse, potenciarse o prevenir su deterioro a lo largo de toda la vida.

En la misma línea de pensamiento, no se puede dejar de hacer mención al aporte de Davicino et al. (2009), quien pone hincapié en que la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer sea desarrollada por Psicopedagogos. Esto se debe a que los profesionales provenientes de dicho campo poseen un amplio conocimiento sobre los procesos de aprendizaje y desarrollo en todas las etapas evolutivas de la vida, incluso en la tercera edad. El psicopedagogo está capacitado para actuar tanto desde la prevención, en pacientes con cierto deterioro cognitivo, como desde el trabajo terapéutico, con personas ya diagnósticas con Alzheimer u otra demencia.

A sí mismo, la autora Davicino et al. (2009) plantea que el concepto de neuroplasticidad cobra un rol importante tanto al hablar de un trabajo preventivo o terapéutico; como así también el conocimiento acerca de las características del deterioro cognitivo en cada una de las etapas del Alzheimer y el curso propio que cada paciente hace de la enfermedad. El psicopedagogo será el encargado de llevar a cabo una evaluación diagnóstica con el objetivo de detectar capacidades y funciones conservadas para potenciarlas, y de reconocer las perturbaciones con el objetivo de enlentecer su deterioro. Una vez avanzado el proceso diagnóstico, se estará en condiciones de establecer conjuntamente la forma en que la estimulación cognitiva y otras estrategias serán implementadas, sin olvidar la orientación y el asesoramiento a la familia. Cabe destacar que la complejidad de la enfermedad amerita un trabajo interdisciplinario, atendiendo al sujeto en todas sus dimensiones y buscando las estrategias más personalizadas posibles.

Por último, Davicino et al. (2009) plantea la importancia de que los profesionales provenientes del campo de la Psicopedagogía formen parte de equipos de investigación acerca de la enfermedad en pos de un mayor conocimiento científico, sin limitarse a la práctica clínica. Deben participar de la elaboración, la ejecución y la evaluación de

proyectos y planes que apunten al Alzheimer, aportando todo su conocimiento y experiencia.

### **1.8. Estimulación cognitiva y otras terapias en Alzheimer**

A la hora de iniciar el tratamiento en un paciente con Alzheimer, Peña-Cassanova (1999) plantea que la multidisciplinaridad cobra un importante papel, debido a que se deben abordar todos los aspectos del paciente, como los biológicos, cognitivos, sociales, entre otros. Se deben plantear objetivos que se encuentren relacionados y apunten a mejorar la calidad de vida del paciente, fomentando su autonomía a partir del mejoramiento del estado físico y del rendimiento cognitivo y funcional.

En concordancia con lo planteado, Tárraga (2000) plantea que las diferentes terapias o tratamientos cognitivos deben estar acompañadas de un tratamiento farmacológico que acompañe el curso de la enfermedad. De esta forma cada tratamiento se complementa con el logro, abordando al sujeto de manera integral, gracias al aporte de los fármacos y a la estimulación brindada con técnicas terapéuticas que ofrecen a su vez medio socializador y activador para el paciente.

En la misma línea de pensamiento, Arroyo et al. (2003) plantea que al hablar de tratamientos en la enfermedad de Alzheimer, es fundamental actuar sobre dos aspectos decisivos: características orgánicas del deterioro cognitivo y características contextuales. En el primer caso se abordarán a través de tratamientos farmacológicos, en tanto en el segundo se intervendrá a partir de terapias psico-cognitivas. Con el fin de mejorar el estado general del paciente, se debe apuntar a tratamientos integrales, combinando ambos tipos de terapias, farmacológicas y no farmacológicas (Citado en Martínez Lage et al., 2003).

Tal como menciona Acinas (2005), existen diversos tipos de intervención cognitiva en el Alzheimer (orientación a la realidad, gimnasia mental, musicoterapia, reminiscencias, etc.), pero ninguno constituye por sí mismo un tratamiento sólido y aplicable a todos los pacientes. Cada uno de ellos apunta a un aspecto parcial, por lo cual el abordaje integral implica la aplicación de diversas técnicas, adecuada a cada paciente en particular.

En concordancia con lo expuesto, Davicino et al. (2009) pone foco en la importancia de la complementación de la terapia de estimulación cognitiva con otros tratamientos como lo son el farmacológico, la orientación familiar y el abordaje social,

procurando atender al sujeto de forma integral y abarcando las diferentes dimensiones que forman parte de él en el día a día. A sí mismo, recalca la importancia del trabajo interdisciplinario entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, debido a que la aplicación de tratamientos discontinuos y separados no logra la efectividad que el trabajo en conjunto puede alcanzar.

Tal como Loureira (2018) sostiene en su Trabajo de fin de Grado de Psicología, la enfermedad de Alzheimer tiene la necesidad de ser abordada multidisciplinariamente. El deterioro cognitivo no ocurre de forma aislada y fragmentada, sino que afecta al paciente de forma global, y es por ello que se deben atender los aspectos bioquímicos, anatómicos, psicomductuales, funcionales, y psicosociales. Se debe partir de una perspectiva integral que apunte no sólo a la rehabilitación del daño cerebral, sino también a los aspectos psicosociales que subyacen.

## 2. Antecedentes

En los últimos años han ido surgiendo diversas investigaciones acerca de cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan una enfermedad degenerativa y crónica como lo es el Alzheimer, deteniéndose en la plasticidad cerebral y su capacidad de regeneración neuronal, e indagando específicamente los resultados que la estimulación neurocognitiva puede alcanzar en dichas personas a partir de diferentes técnicas y programas especializados. A pesar de los esfuerzos de cada una de las exploraciones, ninguna ha logrado dar una explicación total de la variable estudiada debido a que se evalúan resultados en personas heterogéneas con una manera única y peculiar de transitar la enfermedad (Cruz, Sá, Lindolpho & Caldas, 2015; Davicino, Muñoz, De la Barrera, & Donolo, 2009; De los Reyes, Arango, Rodríguez, Perea & Ladera, 2012; Fernández-Calvo, Contador, Serna, Menezes De Lucenas & Ramos, 2010; Fernández-Calvo, Rodríguez-Pérez, Contador, Rubio-Santorium & Ramos, 2011; Francés, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003; García-Herranz, 2015; Miranda, Mascayano, Maray & Serraino, 2013; Zamarrón, Tárraga & Fernández, 2008).

Un artículo de revisión que vale la pena retomar es aquel realizado por Francés et al. (2003), el cual tuvo como objetivo realizar una descripción de las intervenciones más estudiadas en el campo de la estimulación cognitiva para las demencias, abarcando desde las terapias más globales, como programas de psicoestimulación, hasta técnicas específicas de la rehabilitación de la memoria. Luego de realizar una revisión de las diferentes intervenciones no farmacológicas (Terapia de orientación a la realidad, Terapia de Remniscencia, Programas de Psicoestimulación, Rehabilitación de memoria, entrenamiento de memoria explícita, técnica de recuerdo demorado, entrenamiento de memoria procedimental y empleo de ayudas externas), el presente estudio cualitativo arriba a la conclusión de que todas las terapias nombradas ayudan a disminuir la discapacidad que provoca la enfermedad de Alzheimer, incrementando la autonomía funcional y el estado afectivo de los pacientes. A sí mismo, el estudio recalca que al tratarse de una enfermedad crónica que no posee cura, es fundamental el abordaje multidimensional, con el fin de atender al paciente de manera integral.

Por otra parte, una investigación llevada a cabo por Zamarrón Cassinello et al. (2008) acerca de la neuroplasticidad en personas con Alzheimer, tuvo como propósito principal evaluar los potenciales cambios en la plasticidad cognitiva tras entrenamientos

de psicoestimulación en enfermos de Alzheimer en fase leve. Los participantes fueron 26 pacientes con una media 75,3 años, diagnosticados por la Unidad de Diagnóstico de Fundación ACE (Institut Català de Neurociències Aplicades, Barcelona) de padecer enfermedad de Alzheimer en fase leve; 17 pacientes participaban en un programa de estimulación cognitiva, mientras que los 9 restantes constituyeron el grupo control. El presente estudio de tipo cualitativo emplea como técnicas de recolección de datos el Mini-Mental State Examination (MMSE) y la Batería de Evaluación de Potencial de Aprendizaje en Demencias (BEPAD). Se concluyó que, tras seis meses de tratamiento, los individuos diagnosticados de Alzheimer en fase leve mejoran en la capacidad de aprendizaje de recuerdo verbal inmediato y de fluidez verbal, y experimentan una tendencia de mejora (no significativa) en la memoria viso-espacial y en el recuerdo verbal diferido.

En lo que respecta al rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer, Davicino et al. (2009) realizan una investigación de tipo cualitativo que tiene por objetivo describir las características fundamentales de dicha patología, destacando la importancia de la estimulación cognitiva en su abordaje. A lo largo del trabajo se recopilan diversos autores que destacan no solo las particularidades de la enfermedad, sino también la neuroplasticidad y su implicancia en la estimulación cognitiva de los pacientes que padecen la enfermedad, y el rol del psicopedagogo en dicho abordaje terapéutico. Luego del análisis teórico, el trabajo llega a la conclusión de que el campo de la psicopedagogía cumple un rol fundamental tanto en las evaluaciones neuropsicológicas de los pacientes con Alzheimer, como así también en las tareas específicas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros y perturbaciones del proceso demencial. A sí mismo, el trabajo destaca que los programas de estimulación cognitiva son un pilar importante en el tratamiento debido a que favorecen la neuroplasticidad de los pacientes.

Por otro lado, otro estudio importante de mencionar es el realizado por Fernández-Calvo et al. (2010), sobre la estimulación cognitiva desde un trabajo especializado o un tratamiento grupal en pacientes con Alzheimer. Dicha investigación tuvo como finalidad comprobar si el formato de la intervención individual o grupal, aplicado en un programa multimodal de estimulación cognitiva (PMEC), repercute en la evolución y las alteraciones de la conducta asociadas a pacientes con enfermedad de Alzheimer. Dicho estudio cuantitativo seleccionó a 45 pacientes que cumplan con los criterios del National Institute

of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA; McKhann et al., 1984) para enfermedad de Alzheimer «probable».

En lo que respecta a las técnicas de recolección de datos se destacan el Mini-Mental State Examination (MMSE); la Escala para la Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer, subescala cognitiva; el Inventario Neuropsiquiátrico Breve (NPI-Q); la Escala de Depresión de Cornell (EDC); y la Escala de Evaluación Rápida de Discapacidad-2 (RDRS-2). Los resultados obtenidos revelan que los grupos sometidos al PMEC lograron enlentecer el avance del deterioro cognitivo y reducir los síntomas conductuales de la EA. No obstante, la condición formato individual obtuvo mayores beneficios que la condición formato grupal.

Otra investigación que cabe destacar de Fernández-Calvo et al. (2011) refiere a un estudio sobre la implementación de las nuevas tecnologías en la estimulación cognitiva en pacientes con demencia tipo Alzheimer. El objetivo fue evaluar la eficacia del 'Big Brain Academy' (BBA), un programa de entrenamiento cognitivo (EC) computarizado basado en un videojuego, frente al Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), un instrumento típico de EC, en pacientes con Alzheimer (EA). Este estudio cuantitativo, seleccionó una muestra de 45 pacientes en fase leve, reclutados en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Salamanca, con diagnóstico de EA «probable» según los criterios de National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.

Una vez seleccionados los participantes, se establecieron dos grupos de tratamiento, donde los pacientes recibieron un programa de estimulación con BBA (EABB) o un programa estimulación tradicional (EAPI) durante doce semanas. Un tercer grupo que no recibió ningún tratamiento se le asignó la condición de grupo control (EANT). En lo que respecta a las técnicas de recolección de datos se emplearon tres pruebas estandarizadas para medir la dimensión cognitiva, conductual y funcional: Mini-Mental State Examination, Versión española del inventario neuropsiquiátrico abreviado, y la escala de evaluación rápida de discapacidad. Los resultados arrojaron que el grupo EABB mostró un declive cognitivo mucho más lento en comparación a los grupos EAPI y EANT, por lo cual el BBA fue más efectivo que el PPI para reducir el declive cognitivo y los síntomas depresivos en los pacientes con EA.

En correspondencia con lo expuesto, una investigación llevada a cabo por De los Reyes Aragón et al. (2012) tuvo como finalidad hacer una revisión de las técnicas y/o tratamientos cognitivos que se han venido utilizando en la rehabilitación de las alteraciones cognitivas de personas con Alzheimer, así como de los estudios existentes que evalúan su eficacia. Esta investigación de tipo cualitativo recolectó datos secundarios, tomando una muestra de 29 estudios sobre técnicas aplicadas a personas con Alzheimer, publicados entre 1982 y 2008. Los resultados de la revisión evidencian la aplicación de tratamientos cognitivos mediante técnicas como estimulación cognitiva, aprendizaje sin error, recuperación espaciada, imagería visual, desvanecimiento de pistas y ayudas externas. La mayoría de tratamientos utilizaron técnicas de manera combinada, las cuales se implementaron en etapas iniciales de la Alzheimer; varios de los estudios revisados demostraron el mantenimiento a largo plazo de las ganancias obtenidas en algunos tratamientos.

En la misma línea que Zamarrón Cassinello et al. (2008), un estudio piloto llevado a cabo por Miranda Castillo et al. (2013) acerca de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer, tuvo como objetivo principal evaluar la eficacia de las técnicas de estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer. Dicha investigación de tipo cuantitativo tuvo como participantes a 22 personas mayores de 65 años, que debían cumplir con los siguientes criterios: diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para enfermedad de Alzheimer; puntuar entre 10-24 puntos en el Minimental State Examination (MMSE); contar con capacidad visual y auditiva preservada; carecer de impedimentos físicos que dificultasen el trabajo adecuado en las actividades planificadas; y no presentar diagnóstico asociado de dificultades de aprendizaje.

Cuando se seleccionaron a todos los usuarios que formarían parte de la muestra, se prosiguió empleando un diseño experimental mixto 2x2 de medidas repetidas, asignándose aleatoriamente la muestra a dos grupos: el grupo de intervención (GI) y el grupo control (GC). Luego se establecieron tres dimensiones para evaluar, las cuales refieren a la cognición, la calidad de vida y la capacidad funcional de la persona con demencia. Posterior a la intervención, el GI presentó una mejoría significativa en sus indicadores de deterioro cognitivo y calidad de vida; por el contrario, el GC no evidenció cambios positivos en ninguna dimensión, empeorando el declive cognitivo.

Un estudio de caso realizado por Cruz et al. (2015) tuvo como finalidad conocer la influencia de la estimulación cognitiva en el hogar, realizada por los cuidadores de personas mayores con enfermedad de Alzheimer. Cabe mencionar que dichas personas encargadas del cuidado estaban capacitadas y eran supervisadas por una enfermera. En esta investigación, de carácter descriptivo y enfoque cualitativo, se seleccionó una muestra de 5 personas mayores con diagnóstico de probable enfermedad de Alzheimer y puntuación en el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) compatible con la fase leve o moderada, y sus 5 respectivos cuidadores, atendidos los pacientes en el Programa titulado "Enfermería en el cuidado de la salud de los ancianos y sus cuidadores en la Universidad de Federal Fluminense (EASIC / UFF)".

Luego de seleccionar la muestra, se prosiguió con la recolección de datos. Esta fase se realizó con una batería de test estandarizados (Mini-Mental State Examination, Escala Katz, Escala de Lawton, Prueba de dibujo del reloj, y Prueba de fluidez verbal), los cuales se suministraron antes de comenzar con la intervención en los pacientes, y luego de tres meses de recibida la estimulación cognitiva en los hogares de los pacientes. Finalmente, los resultados arrojados fueron positivos debido a que se evidenció una cognición mejorada en las personas que recibieron la estimulación, verificada por el resultado del Mini-Mental State Examination (MMSE); en tanto en los puntajes de las otras pruebas no se evidenciaron cambios significativos.

Otra investigación cuantitativa que evaluó la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en personas con probable enfermedad de Alzheimer fue la realizada por García-Herranz, S. (2015). Para dicho estudio se seleccionó una muestra de 5 personas (3 mujeres y 2 varones) con diagnóstico de probable EA en fase leve, según los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association. El rango etario de las personas seleccionadas variaba entre los 70 y los 85 años, procedentes de un municipio del Noroeste de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), que acuden semanalmente a un programa de estimulación cognitiva dirigido a enfermos con demencia tipo Alzheimer.

Posteriormente, las personas fueron evaluadas al inicio del programa de estimulación cognitiva y luego de 9 meses, cuando la intervención finalizaba. Se utilizó una amplia batería de tests para valorar el estado cognitivo, conductual y funcional: Mini Examen Cognitivo (MEC), Escala de Deterioro Global (GDS), Escala de Depresión

Geriátrica, Escala de Demencia de Blessed, Índice de Barthel, Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS), y test de la Figura Compleja de Rey. Los resultados obtenidos demuestran la existencia de una mejoría significativa tras el entrenamiento cognitivo en algunos dominios cognitivos, como el lenguaje y las habilidades visuoespaciales. Asimismo, se observó una mejora significativa del estado de ánimo, por lo que parece que la estimulación cognitiva reporta beneficios no sólo a nivel cognitivo sino también a nivel emocional.

### 3. Planteo del problema

En los últimos tiempos la disminución de la mortalidad, las diversas mejoras en la calidad de vida y los avances en el campo de la medicina hicieron posible que gran parte de la población llegue a edades cada vez más avanzadas de la vejez. Este incremento de la población envejecida ha dado lugar a la creciente aparición de determinadas patologías vinculadas a la edad, como la demencia. La Demencia Tipo Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia. La American Psychiatric Association (1995) plantea que esta última tiene un inicio gradual y progresivo e implica un deterioro cognoscitivo continuo, al mismo tiempo que se produce un deterioro de la memoria y una o más alteraciones cognoscitivas, tales como afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones ejecutivas (Citado en Davicino et al. 2009).

En este contexto cobra importancia el quehacer psicopedagógico en lo que atañe a la estimulación cognitiva, debido a que como sostiene Davicino et al. (2009), los profesionales provenientes de dicho campo tienen como objeto de estudio los procesos de aprendizaje y desarrollo en un sentido amplio, y a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Es el psicopedagogo quién podrá abordar un trabajo tanto preventivo como terapéutico, con personas ya diagnósticas con Alzheimer u otra demencia. En tanto a la estimulación cognitiva, tal como menciona Acinas (2005), esta favorece la neuroplasticidad, habilitando así la estimulación de las capacidades intelectuales, la rehabilitación de las habilidades cognitivas y el enlentecimiento de la progresión del deterioro. De esta manera se procura la estabilización del paciente durante el mayor tiempo posible, y la confortabilidad en la fase terminal de la enfermedad.

En este contexto, la presente investigación tendrá como propósito responder al siguiente interrogante: ¿Cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación de Olavarría?.

## **4. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Investigar cómo es la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer que asisten a los centros de Estimulación de Olavarría.

### **Objetivos específicos**

- Indagar el objetivo de la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer.
- Caracterizar las alteraciones cognitivas que presentan los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer en las diferentes fases, y el abordaje de las mismas.
- Indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con Alzheimer.

## **5. Método**

### **5.1. Diseño**

La presente investigación se sustenta en un diseño cualitativo, de forma tal que se parte de la recolección de datos en campo para posteriormente arribar a la construcción de teoría, lo que implica que las hipótesis surjan en el transcurso del análisis de la información recolectada, y no de manera anticipada a la investigación.

Se trabajará con la Teoría Fundamentada, cuyos principios epistemológicos se encuentran en el Pragmatismo y en el Interaccionismo Simbólico, en el que se pretende entender aspectos de la realidad a través de la comunicación. Es una metodología de estudio que implementa la obtención de datos y su análisis sistemático a fin de generar teoría, centrándose en un plano específico que deviene objeto de estudio. A sí mismo, posibilita explicar la realidad mediante la conceptualización de los datos obtenidos, es decir que la construcción teórica se consigue a través del cruce entre los datos obtenidos en el campo y la información recabada en el recorrido teórico.

### **5.2. Participantes**

Para la presente investigación se contó con una muestra total de 7 psicopedagogas que desempeñan su rol en los Centros de Estimulación Cognitiva de Olavarría, todas ellas mujeres que tienen entre 24 y 35 años de edad y que actualmente residen en la ciudad de Olavarría.

### **5.3. Técnicas de recolección de datos**

Debido al carácter cualitativo de la investigación, la técnica para la recolección de datos es la “entrevista semi-estructurada”, la cual consiste en una serie de preguntas abiertas hechas en determinado orden a las participantes ya mencionadas a fin de conocer sus puntos de vista. A continuación se exponen los ejes a partir de los cuales se formuló la entrevista:

Eje 1: Contexto y objetivo de las intervenciones de estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer.

Eje 2: Alteraciones cognitivas en las fases de la demencia tipo Alzheimer, y su abordaje.

Eje 3: Rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer.

#### **5.4. Procedimiento**

El acceso a la muestra para las entrevistas comenzó por el contacto con las participantes a través de redes, a fin de concretar la cita para llevarlas a cabo. La mayoría de las entrevistadas son conocidas por haber sido profesoras a lo largo de mi formación terciaria; el contacto con el resto de las participantes fue obtenido a través de dichas conocidas.

Inicialmente se les brindaba a las entrevistadas el consentimiento informado que expresaba lo siguiente: “La presente entrevista forma parte de la tesina Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer. El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad. Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.”

Una vez que las entrevistadas aceptaban participar, tenía lugar la entrevista propiamente dicha, la cual constaba de una serie de preguntas que profundizaban los ejes mencionados. La recolección de todas las entrevistas fue en un lapso de cuatro semanas. Luego de que las participantes respondieron todas las preguntas, se realizó un cruzamiento de la información obtenida con el marco teórico de referencia y con los estudios empíricos seleccionados como antecedentes, buscando una comprensión del uso y las posibilidades

que brinda la variable estudiada: la estimulación cognitiva en personas con Alzheimer.  
Este análisis se realizó en el transcurso de dos semanas.

## 6. Resultados

Para poder abordar el objetivo general de la presente investigación, fue necesario analizar los diferentes puntos de vista en lo que respecta a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer en los Centros de estimulación de Olavarría. Sin embargo, todas las participantes coincidieron en que cada persona transita la enfermedad de un modo peculiar, lo cual será determinante a la hora de arribar al proceso de estimulación. Esto queda de manifiesto en la respuesta dada por una de las interrogadas, quien opina que “Como cada paciente vive la enfermedad de un modo específico, no se puede establecer una batería de actividades para todos los casos” (Participante 3, comunicación web, 10 de Octubre de 2019). En la misma línea, otra de las participantes expresa que “(...) cada paciente es único y cursa la enfermedad de un modo particular, por lo tanto las actividades y técnicas variarán en cada una de las personas, y se graduará el nivel de las tareas de acuerdo a la fase que esté atravesando el paciente” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

Conforme al primer eje, “Contexto y objetivo de las intervenciones de estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer”, las respuestas fueron variadas debido a que en los centros de estimulación se trabaja desde el ámbito clínico en consultorio o en domicilio, como así también en talleres grupales. Específicamente, 6 de las 7 participantes llevan a cabo las sesiones con los pacientes de forma individual, trabajando 3 en consultorio y 3 en domicilio; y a su vez una de ellas trabaja, al igual que otra de las participantes, en la modalidad de estimulación cognitiva en talleres grupales. Con respecto a esto, una de las entrevistadas expresa: “Desde el centro de estimulación en el cual trabajo realizo sesiones grupales en donde no sólo asisten personas con Alzheimer sino también con otras patologías. A su vez, desde ese contexto me derivan pacientes que reciben estimulación cognitiva en su domicilio dos veces por semana” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

En cuanto al del abordaje individual o grupal en la estimulación cognitiva, las 7 participantes manifestaron que cada modalidad tiene beneficios y falencias. Esto se evidencia en lo expuesto por una de ellas, quien sostiene que en cuanto al abordaje individual “La principal desventaja (...) es la de no contar con el intercambio con un par con similar condición. Respecto de las ventajas entiendo como principal el diseño de un programa de trabajo a medida al perfil neuropsicológico obtenido; además de la privacidad

que muchos pacientes buscan” (Participante 6, comunicación web, 17 de Octubre de 2019). En concordancia, otra de las psicopedagogas sostiene que “En lo que respecta al trabajo grupal, habilita un espacio de socialización y el intercambio de la persona con otros pares que se encuentran en su misma situación, lo cual favorece la autoestima del paciente; sin embargo si el grupo es muy numeroso no se hace posible un acompañamiento personalizado con cada uno de los integrantes” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

En relación al primer eje mencionado, a la hora de posicionarse desde una teoría para arribar al objetivo de la estimulación, no se evidenciaron diferencias significativas debido a que 6 de las 7 entrevistadas sustentan sus intervenciones en las Neurociencias, haciendo hincapié en el principio de plasticidad cerebral del cerebro humano. En cuanto a esto, una de ellas afirma que se posiciona “(...) dentro de las neurociencias, ya que la misma enfatiza la plasticidad cerebral, la cual considera que el cerebro del ser humano posee una gran plasticidad que le permite adquirir conocimientos, aprender a lo largo de toda la vida; aspecto fundamental para el aprendizaje del adulto mayor” (Participante 3, comunicación web, 10 de Octubre de 2019). En discrepancia, una de las psicopedagogas se adhiere a la teoría de Bruner y el aprendizaje por descubrimiento, quien sostuvo que “En la tercera edad esta es una estrategia de la cual se obtienen buenos resultados, ya que la enseñanza tiene que ser flexible y acorde a sus necesidades” (Participante 7, comunicación web, 28 de Octubre de 2019).

Por consiguiente, en cuanto al objetivo de la estimulación cognitiva, todas las entrevistadas conciben, sosteniendo que la finalidad es mejorar la calidad de vida del paciente, enlenteciendo la progresión de la enfermedad y fomentando su autonomía la mayor cantidad de tiempo posible. En referencia a esto, una de las personas interrogadas afirma que “el foco estará puesto en acompañar el curso de su enfermedad poniendo énfasis en mejorar/conservar las funciones cognitivas y calidad de vida con alcance familiar/social” (Participante 6, comunicación web, 17 de Octubre de 2019). En concordancia, en otra de las entrevistas la participante afirma que “La estimulación debe responder a poder identificar las funciones cerebrales descendidas y mediante recursos terapéuticos generar plasticidad neuronal, fortaleciendo otras vías asociativas y ejecutivas que atrasen las limitaciones cognitivas en el paciente, y pudiendo preservar la integridad

emocional y autonomía en el mismo” (Participante 1, comunicación web, 1 de Octubre de 2019).

Si bien la mayoría de las entrevistadas concuerda en que se deben estimular tanto las funciones residuales como las pérdidas, atendiendo al sujeto de manera integral, una de ellas plantea que se debe poner hincapié en la estimulación de las funciones preservadas y no en las que ya se encuentran deterioradas. Tal es así que sostiene que “Lo más importante, es que al trabajar sobre las capacidades residuales de la persona (las que aún conservan) y no las que ya ha perdido, se puede lograr evitar su frustración. Todo esto contribuye a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima por parte de la persona afectada” (Participante 7, comunicación web, 28 de Octubre de 2019).

En cuanto al segundo eje abordado, “Alteraciones cognitivas en las fases de la demencia tipo Alzheimer, y su abordaje”, todas las participantes sostuvieron que a la hora de arribar a la estimulación o rehabilitación de las alteraciones, se debe procurar trabajar todas las funciones cognitivas del paciente debido al carácter complejo de la enfermedad. Con respecto a esto, una de las entrevistadas sostiene que “deben trabajarse todas las funciones. Por tratarse de una entidad afasia/gnosio/práxico habrá que enfatizar el abordaje del déficit (que generalmente es de inicio con pérdida de memoria) sin descuidar los dominios conservados” (Participante 6, comunicación web, 17 de Octubre de 2019). En concordancia, una de las psicopedagogas expone que “En las primeras dos fases de la enfermedad el lenguaje suele estar preservado por lo tanto se estimulará, sin olvidar trabajar la memoria reciente, la atención y las funciones ejecutivas. En tanto las últimas fases de la enfermedad, el lenguaje suele estar muy deteriorado por ello se trabajará sobre las funciones más básicas como memoria, atención y la motricidad, hasta finalmente trabajar sobre todo con los sentidos” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

En lo que respecta al plan de abordaje propiamente dicho, se encuentran diversos ejemplos de actividades, sin embargo todas sostienen que se deben tener en cuenta las características particulares del paciente, lo cual implica un trabajo individualizado. Esto puede observarse en una de las psicopedagogas, quien afirma que “(...) las técnicas o estrategias varían en función del perfil individual de cada paciente con el que trabajo. No a todos, todo; ni a todos, lo mismo” (Participante 6, comunicación web, 17 de Octubre de

2019). En concordancia con una evaluación personalizada, una de las entrevistadas afirma que “En un primer momento utilizo para evaluar ciertos test según las características del paciente, como Mini Mental, Test del reloj, AceIII, ciertos subtes del WAIS, escalas de demencias, entre otros, para luego plantearme objetivos y áreas a trabajar con cada paciente” (Participante 4, comunicación web, 10 de Octubre de 2019).

En tanto el eje en cuestión, al hablar del abordaje de las alteraciones en las fases avanzadas de la enfermedad, todas las entrevistadas concuerdan en que si bien los beneficios son mucho más limitados, se debe poner siempre en primer lugar la calidad de vida del paciente. De tal forma, una de las participantes expresa que el trabajo en las últimas fases “Es beneficioso para mantener la calidad de vida, trabajar cognición social y también para trabajar con lo que respecta a los cuidadores y la familia” (Participante 4, comunicación web, 10 de Octubre de 2019). En la misma la misma línea, una de las psicopedagogas afirma que “(...) siempre va a haber capacidades para conservar y estimular” (Participante 3, comunicación web, 10 de Octubre de 2019). Y en concordancia, otra de ellas afirma que “En esta fase se trabaja mucho a partir de los sentidos como el tacto de diferentes texturas, el olfato de diversos olores conocidos, el sonido de canciones que eran de la preferencia del paciente, etc.” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

Específicamente al detenerse en las técnicas o actividades empleadas en el proceso de estimulación cognitiva, 3 de las entrevistadas recalcan la importancia de una estructura simple en la planificación, ayudando a que el paciente se organice y evitando que se frustre con antelación. Con respecto a ello, en una de las entrevistas especifica que “Siempre se apunta a trabajar desde actividades cortas y fragmentadas que no agoten al paciente y mantener la motivación y atención adecuada. Las actividades siempre deben armarse desde lo concreto simple a lo macro integral” (Participante 1, comunicación web, 1 de Octubre de 2019).

Por otra parte, 3 de las entrevistadas manifiestan emplear como herramienta de trabajo diversas dinámicas lúdicas, 2 de ellas implementan juegos de mesa en sus sesiones, en tanto el resto solo menciona el empleo de actividades específicamente pedagógicas. Esto se evidencia en lo expuesto por una de las psicopedagogas, quien sostiene que “(...) utilizo muchas dinámicas lúdicas: de caldeamiento, de integración, o específicas para trabajar alguna función cognitiva determinada. A sí mismo trabajo mucho con juegos de

mesa que involucren las diferentes capacidades cognitivas” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019). Desde esta misma perspectiva, una de las interrogadas plantea que “muchas veces utilizo en mis sesiones juegos de mesa o diversas dinámicas que hagan más ameno el trabajo. Entre los juegos de mesa rescato como ejemplos el Memo Test, el Rapigrama, el Domino. A su vez realizo actividades pedagógicas en las cuales estimulo la memoria, la atención, el razonamiento, la orientación, etc.” (Participante 3, comunicación web, 10 de Octubre de 2019).

Al hacer referencia al último eje, “Rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer”, todas las entrevistadas apuntan de manera unánime a que su formación les ofreció una mirada amplia sobre el aprendizaje, entendiéndolo como un proceso que se da a lo largo de toda la vida, y también les brindo una mirada integral del sujeto. En este sentido, en uno de los interrogatorios queda explicitado que “como psicopedagogas sabemos que el ser humano nunca deja de aprender y de tener la capacidad de regenerar nuevas conexiones neuronales” (Participante 7, comunicación web, 28 de Octubre de 2019). Siguiendo esta línea, una de las psicopedagogas expone que “(...) la profesión me aportó una mirada global del sujeto: sujeto deseable, sujeto cognoscente, sujeto social”.

En el abordaje de este eje, todas las psicopedagogas sostuvieron que para desarrollar su rol es fundamental un trabajo interdisciplinario, apuntando a que cada paciente es único y diferente, razón por la cual las disciplinas que abordarán a las personas serán diferentes en cada caso. Una de ellas afirma que “es importante realizar un tratamiento integral donde intervengan diversos profesionales según las características del paciente” (Participante 4, comunicación web, 10 de Octubre de 2019). En concordancia, una de las interrogadas plantea que “Ninguna terapia ni ningún profesional por si solos son capaz de abordar todas las dimensiones que atraviesan a una persona” (Participante 2, comunicación web, 8 de Octubre de 2019).

## 7. Discusiones

El objetivo general de este estudio fue investigar acerca de cómo es la estimulación cognitiva en los pacientes con Alzheimer en los Centros de Estimulación de la ciudad de Olavarría. Al respecto todos los resultados encontrados sostienen que cada paciente transita la enfermedad de una manera peculiar, por lo tanto el proceso de estimulación será diferente en cada caso. De esta forma, se puede concluir que a la hora de estimular o rehabilitar cognitivamente a un paciente no se puede seguir una misma receta para todos, sino que se debe priorizar la singularidad de cada uno de ellos. Y esto último podría deberse a que si bien es posible describir las funciones alteradas en este síndrome, la forma y el nivel en que se ven afectadas será particular en cada paciente. Esto condice con lo planteado por Alberca (2003), quien afirma que la semiología variará en cada persona, dependiendo de qué región neocortical se encuentre más afectada: si es la frontal se evidenciarán alteraciones en el comportamiento; si es la zona temporofrontal, se manifestaran alteraciones afásicas; si se afecta la zona parietal, las consecuencias se reflejan en las praxias; y si se ve afectada la zona occipitoparietal se verán reflejadas alteraciones visuales.

En cuanto al primer eje, “Contexto y objetivo de las intervenciones de estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer”, al momento de hablar del abordaje grupal e individual, las entrevistadas coinciden en que ambas formas de trabajo presentan aspectos positivos y negativos. Teniendo en cuenta lo expuesto, podría deducirse que debe priorizarse no solo un proceso de estimulación paciente-terapeuta, sino también posibilitarle a la persona un intercambio con otro par que se encuentra en una situación semejante. El autor Arroyo et al. (2003), propone una metodología de taller en pequeños grupos en los cuales se asemejen las capacidades residuales y las lesionadas, poniendo el foco no solo en la estimulación cognitiva en sí misma sino también en la socialización. En contraposición, un estudio realizado por Fernández Calvo et al. (2010) acerca de las repercusiones en el Alzheimer desde un abordaje grupal o individual, dio por resultado que el formato individual obtiene mayores beneficios. A raíz de ello, se infiere que un abordaje óptimo debería combinar tanto terapias grupales como individuales, con el fin de poder aprovechar los beneficios que cada una de ellas trae.

Al respecto del objetivo de la estimulación cognitiva propio del primer eje mencionado, los resultados apuntan a mejorar la calidad de vida del paciente y a fomentar

su autonomía, estimulando tanto las capacidades perdidas como las reservadas. Sin embargo, en una de las respuestas se plantea que sólo deben estimularse las funciones residuales/preservadas, debido a que esto evitará que el sujeto se frustre o desmotive. Ante lo expuesto, se infiere que lo más óptimo sería apuntar a un equilibrio a partir de la estimulación de las capacidades preservadas en mayor medida, pero apuntando a partir de ellas la rehabilitación de las capacidades deterioradas. Autores como Loureiro (2018) sustentan estos argumentos, sosteniendo que la estimulación puede dirigirse a restaurar una función dañada, a compensar una función deteriorada, a potenciar las funciones residuales, o al trabajo conjunto de las tres acciones mencionadas.

Las consideraciones mencionadas acerca del objetivo reflejan el sustento teórico de las profesionales entrevistadas, en tanto todas menos una manifestaron apoyarse en el paradigma de las Neurociencias, bajo el concepto de plasticidad cerebral. En cuanto la otra participante, sostuvo situarse desde la teoría de Aprendizaje por descubrimiento de Bruner. En este contexto, se infiere que al trabajar con personas con capacidades deterioradas, y sosteniendo que existe posibilidad de rehabilitación de las mismas, basarse en la plasticidad neuronal ocupa un lugar fundamental. Lo expuesto encuentra evidencia en un estudio realizado por Zamarrón et al. (2008) acerca de la plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. En la misma línea, López (2012) sostiene que ante una situación de aprendizaje los circuitos neuronales se reestructuran para poder asimilar los conocimientos, incluso tras un daño cerebral.

Al indagar acerca del segundo eje, “Alteraciones cognitivas en las fases de la demencia tipo Alzheimer, y su abordaje”, las entrevistadas expresaron que el en proceso de estimulación se debe trabajar integralmente con todas las funciones. Esto se debe a que se trata de una enfermedad neurodegenerativa que a medida que avanza comienza a afectar más capacidades de la persona. Es así que se concluye que si bien cada paciente presentará diferentes grados de afectación en sus funciones, a la hora de arribar al tratamiento se deberán trabajar cada una de ellas. Lo expuesto condice con lo mencionado por Pinto et al. (s.f.), quien define los síntomas de la enfermedad como las “cuatro A”, debido a que se evidencian dificultades en la memoria (Amnesia), en el reconocimiento de las cosas o personas por su nombre (Agnosia), en las funciones motoras ya aprendidas (Apraxia), y en el lenguaje y la comunicación (Afasia). A sí mismo, Scheltens et al. (2017) sostiene que si

bien existen rasgos generales propios de la enfermedad de Alzheimer, cada paciente que la padece presenta características neurobiológicas y neuropsicológicas propias (Citado en Deus Yela et al., 2018).

En lo que respecta al abordaje neurocognitivo en las fases avanzadas de la enfermedad de Alzheimer, todas las profesionales sostuvieron que si bien existen limitaciones debido a que se trata de una enfermedad neurodegenerativa, siempre se debe priorizar la calidad de vida del paciente. En concordancia con lo dicho, se concluye que el alcance de la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer está sujeto a límites pero ello no quita que logre enlentecer el avance y acompañar a la persona y a su entorno a sobrellevar la enfermedad. Esto encuentra sustento en lo planteado por Acinas (2005), quien sostiene que en la demencia grave la estimulación cobra un rol importante, ya que se le brindarán al sujeto herramientas para su día a día, trabajando actividades de la vida diaria y estimulación sensorial.

Al momento de arribar al abordaje de las alteraciones cognitivas mencionadas, los resultados expresan la importancia de personalizar cada plan de trabajo, deteniéndose en las capacidades preservadas y las deterioradas del paciente. Tal es así que se concluye que es primordial no sólo tener en cuenta las características peculiares del paciente sino también conocer qué fase de la enfermedad está transitando, y cómo. Para ello, resulta fundamental realizar un diagnóstico que permita obtener un perfil neurocognitivo para posteriormente establecer líneas de trabajo. Lo dicho encuentra sustento en autores como Acinas (2005), quien afirma que previo al inicio del proceso de estimulación, se debe indagar la historia personal del paciente, el estilo de vida, el nivel educativo e intelectual, las capacidades lesionadas y no lesionadas, etc.; debido a que lo que para una persona puede ser enriquecedor para otra puede no serlo.

En lo que respecta a las actividades/técnicas propuestas para el proceso de abordaje, los resultados responden a variadas actividades pedagógicas, dinámicas lúdicas e implementación de juegos de mesa. Esta diversidad se explica por las particularidades de los pacientes, debido a que no toda propuesta resulta motivadora o enriquecedora para todos. Autores como Pinto (s.f.) dan sustento a lo dicho, planteando diversas actividades pedagógicas específicas para trabajar la memoria, la atención, la función ejecutiva, el razonamiento, la orientación y el lenguaje; siempre dispuestas a modificación y apuntando a la flexibilidad según las necesidades de cada paciente.

En lo que refiere al último eje, “Rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer”, los resultados apuntan a que la profesión les brinda una mirada amplia del sujeto y del aprendizaje, entendiéndolo como un proceso que se da a lo largo de toda la vida. De estas expresiones se induce que desde el campo de la psicopedagogía se estudia el desarrollo del ser humano en todas sus etapas, al igual que el proceso de aprendizaje. Tal es así que se concluye que el psicopedagogo está capacitado para trabajar con pacientes con demencia tipo Alzheimer, siendo capaz de realizar una evaluación de las capacidades deterioradas para luego arribar a un plan de trabajo personalizado. Lo expuesto encuentra sustento teórico en Binotti (2009), quien sostiene que el abordaje psicopedagógico posiciona como sujeto cognoscente al paciente, en el marco de la estimulación cognitiva, por lo cual los aprendizajes y las funciones cognitivas pueden mejorarse, potenciarse o prevenir su deterioro a lo largo de toda la vida. A sí mismo, lo dicho se evidencia en un estudio realizado por Davicino et al. (2009) acerca del rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva en pacientes con demencia.

Finalmente, y en correlación al último eje mencionado, al momento de preguntar acerca del rol del psicopedagogo y la interdisciplinaridad en el abordaje terapéutico de personas con la enfermedad estudiada, los resultados recalcan la importancia del trabajo en conjunto con otras disciplinas, en pos de un abordaje integral del sujeto. Tal es así que se arriba a la conclusión de que un trabajo colaborativo y en conjunto habilita atender al sujeto en todas sus dimensiones. Autores como Loureiro (2018) afirman la necesidad de la enfermedad de Alzheimer de ser abordada multidisciplinariamente, debido a que el deterioro cognitivo no ocurre de forma aislada y fragmentada.

## 8. Conclusión

La estimulación cognitiva en personas con Alzheimer cobra un rol fundamental en la sociedad que vivimos hoy debido a que la población de los adultos mayores ha acrecentado en los últimos años, dando lugar a la aparición de diferentes patologías vinculadas a la edad, entre ellas la Demencia Tipo Alzheimer (Davicino et al. 2009). La calidad de vida de las personas radica como prioridad a la hora de hablar de estimulación neurocognitiva, aspecto que implica no sólo estimular las funciones/capacidades preservadas y deterioradas, sino también fomentar la socialización del paciente, atendándolo de manera integral. De allí se desprende la importancia de que la persona con Alzheimer reciba estimulación en todas las fases de la enfermedad, incluso en las últimas etapas, tanto desde un abordaje grupal como individual.

Ante esta realidad, no se puede dejar de hacer mención a la singularidad de cada paciente, quienes transitan la enfermedad de un modo único y distinto, y por ello a la hora de planificar las sesiones se debe ser flexible y atender a las particularidades, apuntando a procesos de estimulación lo más personalizados posibles. En este punto cobra importancia el rol psicopedagógico, posicionándose desde una mirada del aprendizaje en sentido amplio, entendiéndolo como un proceso que se da en cada etapa del desarrollo del sujeto cognoscente. Siendo este profesional capaz de trabajar en lo que respecta a la estimulación cognitiva, tanto desde la prevención como desde el trabajo terapéutico o el área de investigación.

Arribada la síntesis final, y a raíz de todo el recorrido teórico y el análisis de las entrevistas realizadas a las psicopedagogas, se concluye que se han alcanzado los objetivos propuestos para la presente tesina, en tanto se logró responder la pregunta del problema de investigación: ¿Cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centro de Estimulación de Olavarría?. A su vez, dicha investigación dota a los psicopedagogos de una nueva mirada, convirtiéndose en una herramienta que permita pensar la estimulación cognitiva como una intervención capaz de aumentar la reserva cognitiva, mejorando o restaurando las capacidades del paciente. A sí mismo, la presente tesina podría despertar el interés de otros profesionales para arribar a nuevas investigaciones sobre la temática planteada, tanto por profesionales pertenecientes al campo de la Psicopedagogía como de otras disciplinas. En tanto las limitaciones, al centrar la investigación en sólo tres Centros de Estimulación Cognitiva de la ciudad de Olavarría,

las conclusiones arribadas no podrán generalizarse a toda la población que presente dicha patología.

## Referencias

- Acinas J. V. (2005). Estimulación Cognitiva con enfermos de Alzheimer. En Giró M. J. (coord.). Envejecimiento, salud y dependencia (153-172). España: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones.
- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M. L., y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal: Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(2), 119-126. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745529>
- Boada Rovira, M., Domenèch, S., Llorente, A., Morera, A. y Tárraga Mestre, L. (2000). Volver a empezar: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Boada Roviera, M, Tárraga Mestre, L. (s. f.). Alzheimer. La memoria está en los besos. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Bunis, J., Triskier, F., y Zamora, R. (2019). Plan Estratégico Nacional PAMI para un cerebro saludable, enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2016-2019. Argentina.
- Caldwell, P., Molloy, W. (2002). La enfermedad de Alzheimer. Una guía práctica para cuidadores y familiares. Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, T.J.P., Sá, S.P.C., Lindolpho, M.C., Caldas, C.P. (2015). Estimulación cognitiva para personas mayores con enfermedad de Alzheimer realizada por el cuidador. *Revista Brasileña de Enfermería*, 68(3), 510-516. Recuperado en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000300510&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000300510&script=sci_arttext)
- Davicino, N. A., Muñoz, M. S., De la Barrera, M. L., Donolo, D. (2009). El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia Tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 06-11. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317756002>
- De los Reyes A. C. J., Arango L. J. C., Rodríguez D. M. A.; Perea B. V. V., y Ladera, F. V. (2012). Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología del caribe*, 29(2), 421-455. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851008>
- Deus Yela J., Deví Bastida J., Saíenz Pelayo M. D. P. (2018). Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Editorial Síntesis.

- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., Menezes De Lucenas, V., y Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123. Recuperado en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4090/3944>
- Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorum, A., y Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717207008.pdf>
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L.. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(3), 383-403. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es&tlng=es).
- García-Herranz, S. (2015). Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve. Estudio Piloto. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*, 2(1), 24-37. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5651634>
- López Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Revista Universidad y Salud*, 14(2), 197-204. Recuperado en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-71072012000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072012000200009)
- Loureiro Gonzales, M. (2018). Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer: Estado y horizonte actuales, y valoración de la eficacia de la estimulación cognitiva (trabajo final de grado). Universidad Oberta de Catalunya, Barcelona. Recuperado en: <https://pdfs.semanticscholar.org/fb23/429b864b9c1711f1b5ee405da7dc857496a9.pdf>
- Martinez Lage, J. M., Pascual Millán, L. F. (2003). Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Miranda, C. C., Mascayano, F., Roa, A., Maray, F. y Serraino, L. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas*

*Psychologica*, 12(2), 445-455. Recuperado en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728763012>

- Patterson, C. (2018). Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas Fronteras. Londres: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Peña-Casanova, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pinto Fontanillo J. A., Ramos Cordero, P. (s.f.). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- Villalba, S. A., Espert Tortajada, R. (2014). Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. España: Therapeía 6.
- Zamarrón, C. M., Tárraga M. L., y Fernández, B. R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437. Recuperado en:  
<http://www.psicothema.com/pdf/3504.pdf>

## Anexos

### ENTREVISTA 1

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Melisa**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 01/10/19

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

En encuadre de clínica pero individual con el paciente. A fin de identificar situaciones que se orientan continuar trabajando en terapia grupal.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes?**

Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado. Las dos formas de trabajo son ricas si se trabaja complementariamente y con orientaciones de trabajo comunes.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

El encuadre terapéutico responde a la neuro-función, lo cual nos permite evaluar el funcionamiento cerebral del paciente y observar las carencias, para de esta manera poder desarrollar en encuadre de tratamiento que mejor responda a la subjetividad de cada paciente.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

La estimulación debe responder a poder identificar las funciones cerebrales descendidas y mediante recursos terapéuticos generar plasticidad neuronal, fortaleciendo otras vías asociativas y ejecutivas que atrasen las limitaciones cognitivas en el paciente, pudiendo preservar la integridad emocional y autonomía en el mismo.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

Cada paciente hace a la enfermedad. Por lo cual no hay una receta armada de trabajo. Y es fundamental realizar el seguimiento individual con objetivos subjetivos. Las funciones ejecutivas a estimular son todas. Ya que unas sostienen a las otras. Y es un entramado de funciones que realizan un sosten integrar que organiza las respuestas ejecutivas del paciente. Si bien según cada situación se comienza por circuitos diferentes. Se estimulan todas y todas son fundamentales en el tratamiento del paciente

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

Siempre se apunta a trabajar desde actividades cortas y fragmentadas que no agoten al paciente y mantener la motivación y atención adecuada. Las actividades siempre deben armarse desde lo concreto simple a lo macro integral. Ayudando al cerebro a complejizar las respuestas ejecutivas. Y mantener la metodología para no confundirlo

**7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Si ya que ayuda a que el paciente esté conectado, integrado a la sociedad y utilizando satisfactoriamente su tiempo. Además de ayudar a la familia a convivir con el paciente y prepararlos para enfrentar el futuro. No solo se debe trabajar en pos del paciente, sino en pos de la familia que es el pilar y el sostén del paciente.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

La terapia neurocognitiva debe ser integral de acuerdo a lo que necesite el paciente y la familia. Por eso todas las disciplinas de salud mental son importante en algún momento del tratamiento.

**9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

Siento que puedo aportar una forma de ver a los pacientes, que es distinta a la visión de otras profesiones, pero que se enriquece con ellas. Específicamente considero que la Psicopedagogía nos da un conocimiento sobre los procesos de aprendizaje en el ser humano, que no todas las profesiones conocen.

## **ENTREVISTA 2**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Sol.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol

psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 08/10/19

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

Desde el centro de estimulación en el cual trabajo realizo sesiones grupales en donde no sólo asisten personas con Alzheimer sino también con otras patologías. A su vez, desde ese contexto me derivan pacientes que reciben estimulación cognitiva en su domicilio dos veces por semana.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

Como mencione, trabajo tanto grupal como individualmente, y considero que ambos tipos de abordaje tienen sus pro y sus contras. En lo que respecta al trabajo grupal, habilita un espacio de socialización y el intercambio de la persona con otros pares que se encuentran en su misma situación, lo cual favorece la autoestima del paciente; sin embargo si el grupo es muy numeroso no se hace posible un acompañamiento personalizado con cada uno de los integrantes. Acerca del abordaje individual, la estimulación es bien individualizada y se trabajan las capacidades específicas de ese paciente, aunque no se pone en juego el intercambio con el otro, lo cual resultaría enriquecedor para la persona.

Desde mi opinión personal, en las fases más avanzadas de la enfermedad lo ideal sería que un mismo paciente reciba tanto estimulación individual como grupal, en pequeños grupos de tres o cuatro integrantes. En cambio, en pacientes que se encuentran atravesando las fases leves, la estimulación grupal resultaría muy enriquecedora.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

A la hora de trabajar en el ámbito de estimulación cognitiva, me posiciono desde el paradigma de las neurociencias. Específicamente fundamento mis intervenciones a partir del concepto de plasticidad neuronal, el cual sostiene que ante un daño cerebral se producen nuevas conexiones entre las neuronas, habilitando nuevos aprendizajes y recompensando las capacidades lesionadas.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

Específicamente en la patología de Alzheimer, se busca enlentecer el deterioro cognitivo del paciente, estimulando no sólo las capacidades preservadas sino también las deterioradas, y en pos de mejorar la calidad de vida del paciente, fomentando su autonomía el mayor tiempo posible.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

El abordaje debe ser integral, trabajándose todas las funciones cognitivas. Esto no quita que según las características propias de cada paciente, algunas capacidades deban ser más estimuladas que otras. La estimulación varía según cómo cada paciente cursa la enfermedad, sin embargo podrían establecerse lineamientos generales susceptibles a modificarse. En las primeras dos fases de la enfermedad el lenguaje suele estar preservado por lo tanto se estimulará, sin olvidar trabajar la memoria reciente, la atención y las funciones ejecutivas. En tanto las últimas fases de la enfermedad, el lenguaje suele estar muy deteriorado por ello se trabajará sobre las funciones más básicas como memoria, atención y la motricidad, hasta finalmente trabajar sobre todo con los sentidos. A sí mismo no debe olvidarse trabajar las actividades de la vida diaria y actividades más instrumentales como el uso del dinero.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

Cuando el abordaje es grupal utilizo muchas dinámicas lúdicas: de caldeamiento, de integración, o específicas para trabajar alguna función cognitiva determinada. A sí mismo trabajo mucho con juegos de mesa que involucren las diferentes capacidades cognitivas como lo son la memoria, la atención, el razonamiento, la orientación, etc., como por ejemplo: Scrabble, El UNO, Ludo Matix, entre otros.

Ahora bien, cada paciente es único y cursa la enfermedad de un modo particular, por lo tanto las actividades y técnicas variarán en cada una de las personas, y se graduará el nivel de las tareas de acuerdo a la fase que esté atravesando el paciente. Es importante no presentar un conjunto de actividades juntas, sino que se debe priorizar un trabajo organizado que organice al paciente. Algunos ejemplos de cómo estimular las funciones son:

- Memoria: leer una lista de palabras y luego de unos segundos intentar recordarla, mirar imágenes de objetos y recordar cómo se llaman y cuál es su función, observar conjunto de imágenes y luego el coordinar saca algunas de ellas y los pacientes deben recordar cuáles saco, etc.
- Atención: se trabajan actividades que fomenten atención selectiva, sostenida, visual y auditiva. Ej: visualizar un dibujo y luego describirlo, encontrar objetos perdidos en un conjunto de objetos, escuchar una historia y luego responder preguntas sobre la misma, etc.
- Lenguaje: anagramas, comprensión lectora, completar frases incompletas, ordenar frases desordenadas, etc.
- Razonamiento: descifrar entre un grupo de palabras cual no tiene relación con el resto, problemas matemáticos, adivinanzas, etc.
- Orientación: trabajar con línea del tiempo, mapas, autobiografía.

## **7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Si bien en estadios avanzados de la enfermedad, la estimulación tiene un menor alcance, siempre se debe dar prioridad a la calidad de vida del paciente. En esta fase se trabaja mucho a partir de los sentidos como el tacto de diferentes texturas, el olfato de diversos olores conocidos, el sonido de canciones que eran de la preferencia del paciente, etc.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Obviamente. Ninguna terapia ni ningún profesional por si solos son capaz de abordar todas las dimensiones que atraviesan a una persona. Me parece super enriquecedor el trabajo con kinesiólogos, psicólogos, médicos, neurólogos y diversos profesionales según el caso de cada paciente.

**9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

La psicopedagogía me hizo considerar a toda persona como un sujeto que asimila lo nuevo y lo acomoda a sus viejas estructuras, generando un desequilibrio en el organizo que luego volverá a equilibrarse. A sí mismo, al apoyarse en el concepto de plasticidad cerebral, considero que todo ser humano es capaz de generar nuevas conexiones neuronales, incluso las personas con una demencia como el Alzheimer.

### **ENTREVISTA 3**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Paloma.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo

considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 10/10

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

Llevo a cabo la estimulación cognitiva de manera domiciliaria.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

Intervengo de manera grupal en la estimulación cognitiva. Desde mi punto de vista veo más aspectos positivos en detrimento de los negativos.

Como punto positivo refiere a la participación social, la cual implica mantener redes familiares, amistosas, afectivas; relacionarse positiva y significativamente con ellas. Además, estas relaciones simbolizan una fuente de estimulación sociocognitiva. Es así que poseer estos vínculos permiten la comunicación, el desarrollo y mantenimiento de las habilidades sociales y comunicativas tales como: expresar y compartir ideas y sentimientos, escuchar a los demás, dialogar, mantener la atención, resolver conflictos, compartir historias, etc.

El único aspecto que puedo considerar negativo es acerca de los diferentes ritmos de trabajo, ya que algunos abuelitos responden más rápido en lo que respecta a la velocidad de procesamiento, y otras, por el contrario, más lento. Y puede que el otro abuelito que se encuentra en desventaja pueda sentirse inferior por eso.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

Desde mi práctica profesional, me posiciono dentro de las neurociencias, ya que la misma enfatiza la plasticidad cerebral, la cual considera que el cerebro del ser humano posee una gran plasticidad que le permite adquirir conocimientos, aprender a lo largo de toda la vida;

aspecto fundamental para el aprendizaje del adulto mayor. Por otro lado, la plasticidad neuronal indica una mejora y mantenimiento de los procesos psicológicos. Asimismo, considero relevante las experiencias, ya que a partir de ellas se es capaz de modificar la conducta y de adaptarse al medio, e incluso modificarlo; la experiencia modifica nuestros sistemas neuronales. Por lo tanto, en mis prácticas busco que los abuelitos puedan experimentar diversas actividades, que sean innovadoras para ellos, y que también les represente un desafío cognitivo, y de esta modo buscar la generación de nuevas conexiones entre las neuronas. Uno de mis objetivos en sí es potenciar su autonomía.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

Mantener las capacidades cognitivas enlenteciendo la progresión del deterioro, pero a su vez que sean sujetos autónomos, felices en el momento de la estimulación.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

Considero la memoria y la velocidad de procesamiento; ya que ambas son los primeros procesos mentales que disminuyen en el envejecimiento normal cerebral. Aunque a medida que la enfermedad avanza se debe procurar trabajar y estimular todas las funciones cognitivas.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

Como cada paciente vive la enfermedad de un modo específico, no se puede establecer una batería de actividades para todos los casos. Sin embargo muchas veces utilizo en mis sesiones juegos de mesa o diversas dinámicas que hagan más ameno el trabajo. Entre los juegos de mesa rescato como ejemplos el Memo Test, el Rapigrama, el Domino. A su vez realizo actividades pedagógicas en las cuales estimo la memoria, la atención, el razonamiento, la orientación, etc.

**7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Claro que sí. Ya que, a pesar de que algunas de sus destrezas ya se encuentren deterioradas, siempre va a haber capacidades para conservar y estimular, como pueden ser actividades significativas para ellos, relacionadas con las ocupaciones que haya desarrollado a lo largo de su vida, o simplemente las básicas de la vida cotidiana.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Sí, la verdad es que considero que una fisioterapeuta para las personas mayores sería un gran beneficio. Lo considero fundamental ya que los abuelitos generalmente están quietos, sin movimiento, tienen frecuentemente a sus hijos u otras personas que hagan las cosas por ellos. Por ende son pasivos en lo que respecta a la acción, y se busca que ellos sean activos. Además en el envejecimiento cerebral hay una disminución del cerebelo, que se encarga de la parte motriz, repercutiendo considerablemente en la movilidad de las personas mayores.

**9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

Considero que puedo aportar una mirada amplia e integral del paciente, logrando localizar las capacidades deterioradas y elaborando un plan de estimulación lo más personalizado posible. A sí mismo, desde mi profesión sabemos que el ser humano es capaz de aprender a lo largo de toda su vida, incluso ante una demencia.

#### **ENTREVISTA 4**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Natalia.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 10/10/2019

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

Trabaje 3 años en un centro de rehabilitación cognitiva (santa clara), y en la actualidad tengo consultorio.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

En mi consultorio evaluaciones neurocognitivas o sesiones de estimulación cognitiva de forma individual.

De forma grupal favorece la socialización, conductas sociales pero muchas personas prefieren de manera individual donde se realiza un trabajo más personalizado.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

Soy Lic. En Psicopedagogía recibida en la UAI, y después realice un curso en Ineco sobre evaluación neurocognitiva en adulto joven y estimulación cognitiva en adulto mayor.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

La estimulación cognitiva tiene como objetivo, en estos pacientes, conseguir una mejora en conductas sociales y personales, de adaptación que muchas veces están deterioradas; favorecer la interacción, socialización; mejorar la calidad de vida y ejercitar las funciones mentales superiores, para la progresión más lenta en los cambios en estas funciones.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

Se deben estimular todas las funciones debido a la complejidad de la enfermedad:

Reconocimiento de esquema corporal (dificultades en vestirse, bañarse).

Funciones ejecutiva (resolver situaciones problemáticas de la vida diaria, alimentarse)

Memoria episódica (recordar donde se dejan ciertos objetos).

Orientación temporal y espacial.

Atención.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

En un primer momento utilizo para evaluar ciertos test según las características del paciente, como Mini Mental, Test del reloj, AceIII, ciertos subtes del WAIS, escalas de demencias, entre otros, para luego plantearme objetivos y áreas a trabajar con cada paciente.

Para estimular las funciones cognitivas se utilizan diversas actividades de atención, func ejec, lenguaje, memoria, orientación, donde cada una tiene su nivel de complejidad, que se determinan luego de la evaluación realizada. Las actividades seleccionadas deben ser adaptadas a cada fase y edad del paciente, y presentarse de a una a la vez para no frustrar al paciente.

**7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Es beneficioso para mantener la calidad de vida, trabajar cognición social y también para trabajar con lo que respecta a los cuidadores y la familia.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Creo que es importante realizar un tratamiento integral donde intervengan diversos profesionales según las características del paciente (Psicop, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo).

**9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

El psicopedagogo se encuentra habilitado para llevar a cabo un proceso de diagnóstico que permita la elaboración de un plan de trabajo específico para cada paciente, teniendo en cuenta tanto sus capacidades preservadas como las deterioradas.

## **ENTREVISTA 5**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Sofía.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo

considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 14/10/19

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

La estimulación la realizo los días lunes y miércoles en un centro de rehabilitación cognitiva con grupos que presentan diversas patologías, a través de juegos y actividades específicas.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

Se trabaja con grupos donde a cada paciente se le da una actividad para que realicen y luego puedan socializarla, en algunos casos particulares los pacientes requieren de apoyo y contención individual.

Positivos: la socialización les permite ponerse en el lugar del otro, compartir experiencias y aprender nuevos conocimientos.

Negativos: al trabajar en grupo algunos terminan más rápido la actividad más rápido y el monto de ansiedad de estos aumenta y requieren que se les dé una tarea más.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

A la hora de realizar un trabajo con pacientes en los centros de estimulación cognitiva, mi posicionamiento teórico es holístico basado en la neurocognición.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

El objetivo de la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer es estimular y mantener las capacidades cognitivas de los adultos mayores. Mejorar la memoria y la autonomía personal en las actividades cognitivas, lograr el enlentecimiento de la enfermedad, y que el paciente esté en contacto con otras personas, socialicen y se sienta anímicamente mejor.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

Deben trabajarse la memoria, la orientación temporal, espacial y personal, la atención, la percepción y el lenguaje. Estas son las áreas que mayores falencias presentan y que requieren de un trabajo sostenido en el tiempo, para lograr avances en los diferentes estadios de la enfermedad.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

Se utilizan diversas técnicas dependiendo del área que se halle más afectada. En el caso de que se presenten fallos en la memoria reciente se trabaja repetición de números o palabras para ejercitar la memoria inmediata, juegos de memorización de palabras o frases. Para trabajar la atención se proponen actividades de búsqueda de objetos, de instrucciones, de reconocimiento de palabras iguales o distintas, etc. Para la orientación se trabaja a partir de sus recuerdos personales, planos, mapas, etc. Para el razonamiento se trabajan con actividades de cálculo y situaciones problemáticas.

**7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Considero que sí, porque aunque el paciente no logre resolver ninguna actividad o juego, está en contacto con otras personas y su bienestar psíquico aumenta. Específicamente se trabaja con actividades de la vida diaria, las cuales ayudan a fomentar su autonomía.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Si, depende de cada caso en particular. Por ejemplo de psicología, terapia ocupacional, psiquiatría, educación física, fonoaudiología. Porque un trabajo cooperativo e interdisciplinario tiene mejores resultados; cada disciplina necesita nutrirse de otros saberes.

**9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

Considero que al tratarse de una carrera que pone en juego el aprendizaje y la psicología, nos permite ver la interconexión entre ambas disciplinas. Tal es así que vemos a los pacientes como sujetos aprendientes atravesados por procesos propios de su entorno y personalidad.

## **ENTREVISTA 6**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Elisabet.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 17/10/19

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

Actualmente sólo clínico, articulando con otros profesionales e interviniendo con el paciente y con la familia de cada uno de ellos.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

Como dije anteriormente, individual. La principal desventaja que reconozco es la de no contar con el intercambio con un par con similar condición. Respecto de las ventajas entiendo como principal el diseño de un programa de trabajo a medida al perfil neuropsicológico obtenido; además de la privacidad que muchos pacientes buscan. El

trabajo grupal que realizo es con la familia y el paciente. Creo que es uno de los pilares del trabajo en rehabilitación cognitiva sobre todo frente a enfermedades progresivas degenerativas y/o daño cerebral traumático.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

Realizo estimulación/rehabilitación cognitiva, en formato individual bajo el paradigma de las neurociencias (neurorehabilitación bajo el principio de neuroplasticidad). Esta tarea generalmente es en equipo con otros profesionales que atienden al paciente en cuestión.

**4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

En pacientes con dx de EA el foco estará puesto en acompañar el curso de su enfermedad poniendo énfasis en mejorar/conservar las funciones cognitivas (atención, memoria, percepción, aprendizaje, planificación, juicio,etc) y calidad de vida con alcance familiar/social.

**5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

El abordaje siempre es integral, por lo que deben trabajarse todas las funciones. Por tratarse de una entidad afasico/gnosico/ prático habrá que enfatizar el abordaje del déficit (que generalmente es de inicio con pérdida de memoria) sin descuidar los dominios conservados.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

La pregunta es muy amplia para realizar un detalle pormenorizado, agregando además que las técnicas o estrategias varían en función del perfil individual de cada paciente con el que trabajo. No a todos, todo; ni a todos, lo mismo. Además la complejidad de la tarea y la selección de la técnica, dependerá de si es estimulación o rehabilitación. A modo de ejemplo menciono algunas:

\*Atención: actividades de rastreo y búsqueda visual, inhibición de distractores, secuenciación de estímulos, escucha atenta y señalamiento de targets, alternancia, completamiento con/sin tiempo, etc.

\*Memoria: visualización, mnemotecnia, nombre-cara, encadenamiento, asociación, libro de los recuerdos, caja de recuerdos, instrucción, cámaras de fotos/video, etc.

\*Lenguaje: tareas visuoverbales y audioverbales, de etiquetado, clasificación, asociación, composición, vocabulario, etc.

\*Cálculo: algoritmos, manejo del dinero, dispositivos externos, uso y cálculo del tiempo, pirámides numéricas, etc.

De la misma manera selecciono actividades para juicio y razonamiento, funciones ejecutivas, percepción, otras gnosis y praxias; dependiendo de la fase en que se encuentre cada paciente. Otro aspecto válido de comentar es que muchas propuestas estimulan más de una función, la mención que hice más arriba responde a una agrupación que nuclea la función foco a estimular. Por último, menciono que en las sesiones se incluyen propuestas lúdicas interactivas de manera regular, y diversos juegos como por ejemplo “Arma Palabras”, “Triple Bongui”, “Memo test”, entre otros.

## **7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

En fases avanzadas no me encuentro interviniendo de manera directa; de todas maneras en esos estadios de la enfermedad priorizo la calidad de vida del paciente.

## **8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Esto dependerá de la patología del paciente. Si solo realiza estimulación cognitiva para mantener activa su mente y no presenta ningún cuadro orgánico que justifique otra intervención, probablemente no requiera otra terapia. Pero frente a otras entidades o patologías más complejas, sí; porque es fundamental el abordaje integral, global del sujeto. Conforme equipo con profesionales de la terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, kinesiología, neurología (médicos clínicos o especializados en gerontología también) y acompañantes terapéuticos.

## **9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

En lo personal pienso que la profesión me aportó una mirada global del sujeto: sujeto deseable, sujeto cognoscente, sujeto social. Por otra parte, mi formación no sólo me formo en lo que respecta a la estimulación de las diferentes funciones cognitivas, sino que posibilito elaborar una evaluación que me permita arribar a un diagnóstico de la persona.

### **ENTREVISTA 7**

**Entrevistador: Contini Ornella.**

**Entrevistado: Debora.**

La presente entrevista forma parte de la tesina “Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Estimulación y Rehabilitación de la ciudad de Olavarría”. Dicho trabajo de investigación tiene como objetivo finalizar la formación de la entrevistadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores en el año 2019, con el fin de posteriormente ser utilizada a los fines prácticos de profesionales que trabajen en Estimulación Cognitiva de personas con Alzheimer.

El objetivo de la tesis es conocer cómo es la Estimulación Cognitiva en personas con Alzheimer en los Centros de Rehabilitación de la ciudad de Olavarría, e indagar el rol psicopedagógico en la estimulación de las funciones cognitivas de personas con dicha enfermedad.

Otro punto a destacar es que la entrevistada tiene derecho a la privacidad de su identidad, como así también a abandonar el proceso de la entrevista en el transcurso de la misma si lo considera necesario. Se prevé que para ser respondida se requerirá de entre 45 a 60 minutos.

Fecha: 28/10/19.

Preguntas:

**1. ¿En qué contexto realiza la Estimulación Cognitiva de los pacientes con Alzheimer? (Clínico, Taller, Domicilio).**

El espacio donde se desarrolla el “Taller de Estimulación cognitiva”, se lleva a cabo dentro de un hogar de abuelos llamado “La nueva Familia”. La modalidad de trabajo propuesta fue de 2 veces a la semana, con 1hs de duración cada encuentro.

**2. ¿Interviene de manera individual o grupal en la Estimulación Cognitiva de los pacientes? Mencione aspectos positivos y negativos del modo de intervención empleado.**

En este caso, intervengo de manera grupal. Es un espacio abierto que pueden participar aquellos que de buena voluntad quieran hacerlo. Los “pacientes activos” son aproximadamente 6. Los aspectos positivos tienen que ver con la dinámica del grupo, el compartir distintas ideas sobre un mismo tema, debate, un espacio de encuentro, distensión, socialización y risas. Descubrir que pueden hacer más de lo que creían, descubrir fortalezas, manejar frustraciones, compartir, trabajar en parejas, complementarse (ej. Uno no puede escribir bien pero tiene muy buenas ideas, entonces uno escribe y el otro arma las ideas).

Los aspectos negativos de trabajar en grupo son aquellas dificultades que atañen a cualquier grupo, ponerse de acuerdo en las ideas, estilos de vida, hábitos, generaciones distintas y caracteres. Sus prejuicios frente a lo que pueden o no hacer, sus estados de ánimo cambiantes (el cual es respetable) y la convivencia de todos los días que a veces es llevada al espacio de Psicopedagogía.

**3. ¿Cuál es su posicionamiento teórico a la hora de realizar su trabajo con los pacientes en los Centros de Estimulación Cognitiva?**

Bruner y el aprendizaje por descubrimiento. El cual describe a un aprendizaje por descubrimiento, un método de aprendizaje en el que la persona descubre nuevos contenidos de forma inductiva. El objetivo del aprendizaje por descubrimiento es que los individuos lleguen a descubrir cómo funcionan las cosas de un modo activo y constructivo. Su enfoque se dirige a favorecer capacidades y habilidades para la expresión verbal y escrita, la imaginación, la representación mental, la solución de problemas y la flexibilidad mental. Dentro de la propuesta elaborada por Jerome Bruner se expone que el aprendizaje

no debe limitarse a una memorización mecánica de información o de procedimientos, sino que debe conducir al educando al desarrollo de su capacidad para resolver problemas y pensar sobre la situación a la que se le enfrenta. Al hacer uso de esta teoría ponemos a descubrir caminos nuevos para resolver los problemas viejos y a la resolución de problemáticas nuevas acordes con las características actuales de la sociedad. En la tercera edad esta es una estrategia de la cual se obtienen buenos resultados, ya que la enseñanza tiene que ser flexible y acorde a sus necesidades, generando interés y nuevos conocimientos bajo la base de lo que ya saben.

#### **4. ¿Cuál considera que es el objetivo de la Estimulación Cognitiva en pacientes con Alzheimer?**

La Estimulación Cognitiva engloba todas aquellas actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas son entre otros procesos mentales, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas o programas de estimulación cognitiva.

Se ha constatado que una adecuada estimulación permite mejorar la calidad de vida de la persona afectada por Alzheimer. Lo más importante, es que al trabajar sobre las capacidades residuales de la persona (las que aún conservan) y no las que ya ha perdido, se puede lograr evitar su frustración. Todo esto contribuye a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima por parte de la persona afectada.

#### **5. ¿Qué funciones cognitivas deben trabajarse con mayor profundidad en personas con Alzheimer? ¿Por qué?**

Estimular las funciones cognitivas conservadas (reserva cognitiva). Enriquecer las relaciones interpersonales, evitando el aislamiento. Trabajar en la capacidad funcional, para favorecer el mantenimiento de su autonomía el mayor tiempo posible.

Ejercicios específicos para fortalecer y mantener:

- Las funciones cognitivas: memoria, lenguaje, atención, orientación...
- Las actividades básicas de la vida diaria: higiene, alimentación, vestirse...

- Las actividades instrumentales: manejo del dinero, uso del teléfono, pedir ayuda...
- Las interacciones / relaciones sociales.

**6. ¿Qué tipo de actividades/técnicas utiliza para estimular las funciones cognitivas del paciente con Alzheimer en cada una de sus fases? Especifique.**

Fase 1: En esta fase los pacientes presentan ligeras pérdidas de memoria, les cuesta aprender nuevas cosas y empiezan a rodearse de cosas y situaciones familiares, sin dar apenas posibilidad de involucrarse de situaciones extrañas para él. En este momento la estimulación cognitiva sería más eficiente, ya que las capacidades cognitivas del paciente aún no se encuentran muy afectadas. Con lo que se recomienda, que si se hace estimulación cognitiva, se centren en las siguientes áreas:

- Realizar tareas sencillas que ayuden a la activación mental.
- Trabajar la orientación temporal, espacial y personal de manera que el paciente pueda situarse en todo momento y sepa dónde está quién le rodea.
- Realización de ejercicios que estimulen la memoria. A corto plazo podemos estimularla con juegos de repeticiones, pero no hay que olvidar estimular la memoria remota, haciendo que el paciente recuerde acontecimientos de su pasado.
- Los ejercicios de cálculo son ideales para reforzar la memoria.
- Usar el razonamiento básico.
- La lectura y escritura puede ser de mucha ayuda en este momento: leer, realizar dictados, hacer un diario.

Fase 2: Aquí los pacientes empiezan a necesitar ayuda en las tareas más complicadas, pero aún pueden valerse por sí solos en las que no son de gran complejidad. Empiezan a perder la memoria a corto plazo olvidando acontecimientos muy recientes. Pueden llegar a mezclar recuerdos del pasado con el presente. Las áreas que hay que trabajar son:

- Atención.
- Orientación básica.

- Memoria inmediata y memoria remota.
- Trabajar la percepción y el reconocimiento de objetos cotidianos.
- Reconocimiento visual con objetos reales o fotos importantes para ellos.
- Trabajar las características físicas de los objetos: decir el color, la forma, el material.
- Capacidad espacial: dentro-fuera, arriba-bajo.
- Manipular objetos cotidianos como el peine, tenedor, cuchara.

Fase 3: Esta es la fase más dura de la enfermedad. Los pacientes no pueden recordar con claridad, llegando incluso a no reconocer a las personas de su alrededor. No se valen por sí mismos, ya que no pueden comer por sí solos, con lo que necesitan una observación y una ayuda constante. En esta fase lo mejor es la estimulación sensorial básica: realización de masajes, utilización de musicoterapia, aparatos vibratorios, terapias olfativas etc. Estas técnicas son muy eficaces, por eso ya son muchos centros los que disponen de salas de estimulación sensorial.

**7. ¿Considera que la Estimulación Cognitiva resulta favorable en fases avanzadas de la enfermedad? ¿Por qué?**

Durante las etapas finales, la función se centra en preservar la calidad de vida y la dignidad. Si bien una persona en la etapa final del Alzheimer generalmente pierde la capacidad de hablar y expresar sus necesidades, las investigaciones indican que algo de la naturaleza de la persona puede perdurar. Esto significa que es posible que se pueda seguir conectando durante la etapa final de la enfermedad. En este punto de la enfermedad, el mundo se experimenta fundamentalmente a través de los sentidos.

**8. ¿Considera que la Estimulación cognitiva debe ser acompañada de otras terapias/tratamientos? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

Actualmente, se están desarrollando varias terapias y tratamientos farmacológicos que se centran en detener la muerte de las células cerebrales relacionadas con la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, contar con sistemas de apoyo y el uso de intervenciones de

conducta no farmacológicas puede mejorar la calidad de vida tanto de las personas con demencia como de sus cuidadores y familiares. Esto incluye lo siguiente:

- Tratamiento de condiciones médicas coexistentes
- Coordinación de atención entre los profesionales de la salud
- Participación en actividades que pueden mejorar el estado de ánimo
- Intervenciones de conducta (para ayudar con los cambios comunes, como la agresión, problemas para dormir y la agitación)
- Intervenciones de conducta (para ayudar con los cambios comunes, como la agresión, problemas para dormir y la agitación)
- Información sobre la enfermedad Organización de un equipo de atención para apoyo.

Considero que cualquier tipo de terapias aplicadas a estos pacientes, pueden generar buenas respuestas, no todos los casos son iguales ni responden a lo mismo. Pero el abordaje de la misma desde distintas disciplinas siempre puede generar buenos resultados.

### **9. ¿Qué siente que aporta, desde su rol como psicopedagoga, a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer?**

En primer lugar, como psicopedagogas sabemos que el ser humano nunca deja de aprender y de tener la capacidad de regenerar nuevas conexiones neuronales. A sí mismo, al entender al paciente como una persona integral, nos permite no sólo abocarnos a la estimulación sino también acompañar a sus cuidadores o familias a lo largo del proceso de la enfermedad.

