UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y PSICOPEDAGOGÍA

Final, en Residencia Geriátrica de Merlo, Provincia de Buenos Aires.

Trabajo Final para optar por el título de Licenciada en psicopedagogía y Profesora en Psicopedagogía

Estudiante: Jessica Natalia Ramos

Marzo 2025

Agradecimientos

A mi mamá, a quien extraño cada día de mi vida, a quien siempre recuerdo de una manera hermosa. Ella vive en mi corazón, en mi sangre y mi día a día. Sé que hoy está presente.

A mi papa, que fue mi motor para emprender este trabajo de investigación, no solo desde la sabiduría, sino también desde un amor puro y sus continuas demostraciones de alegría y felicidad, cuando cada día debía recordarle que me encontraba estudiando la hermosa carrera de psicopedagogía.

A mis hermanos Hernán, Yanel y Pamela, quienes me acompañaron incondicionalmente con su apoyo, contención y templanza, dándome aliento en aquellos momentos donde sentía, por circunstancias de la vida, que no tenía fuerzas. Con su amor me brindaron fortaleza.

A las lucecitas de la casa, Tiago y Abril, mis dos eternos amores.

A Grace, Exe y Juli, mis grandes amigos, quienes festejaron a mi lado cada logro, quienes comprendieron mis ausencias y me regalaron su amor incondicional.

A todas las docentes que me acompañaron en este recorrido, quienes con generosidad y bondad compartieron su sabiduría. Me llevo un hermoso recuerdo de cada clase.

A todas y cada una de las personas que me acompañaron en el camino de incursión en la psicopedagogía, a quienes todavía están presentes físicamente y quienes me acompañan en pensamiento.

Gracias.

Resumen

El presente trabajo investiga los aportes de la psicopedagogía en el trabajo de los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, que se encuentran en una residencia geriátrica, con motivo de explorar, validar y poner enfoque a las terapias no farmacológicas, haciendo foco en aquellas orientadas a la estimulación cognitiva. Por otro lado, busca conocer si los profesionales de la residencia geriátrica conocen los beneficios de las estrategias con enfoque psicopedagógico orientadas a la estimulación cognitiva y sus beneficios en el trabajo con personas con Alzheimer.

Para llevarlo a cabo se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que se desempeñan en la residencia geriátrica ubicada en la localidad de Merlo provincia de Buenos Aires, como así también a psicopedagogas, quienes se desempeñan fuera del área de la geriatría y por ende fuera de la institución mencionada. En ellas se develo que existe una carencia de perfeccionamiento académico, en relación a los tratamientos no farmacológicas como la estimulación cognitiva, pero pese a no encontrarse académicamente preparadas, las mismas pueden llegar a utilizar algunas técnicas propias que puedan brindar la estimulación cognitiva. Asimismo, se pudo observar que muchos de los profesionales desconocen los aportes de la psicopedagogía y los beneficios de sus terapias orientadas al refuerzo y prolongación de las facultades cognoscitivas no deterioradas, el enlentecimiento del deterioro cognitivo, la pérdida de memoria y autonomía.

Los resultados obtenidos permiten conocer que los profesionales buscan trabajar desde la empatía y la protección de los adultos mayores con Alzheimer, generando así un vínculo con ellos. Por otro lado, se develo que no utilizan una orientación desde la estimulación cognitiva con un enfoque psicopedagógico de actividades de trabajo con los pacientes de Alzheimer, sino siguiendo la línea de cuidados generales. En muchos casos se observó una falta de perfeccionamiento académico, pero pese a ello los profesionales ponen en práctica actividades de estimulación cognitiva, lo que nos lleva a pensar la importancia de las intervenciones psicopedagógicas y los aportes en la estimulación cognitiva para los adultos mayores con Alzheimer.

Palabras clave: Alzheimer – Psicopedagogía – Estimulación cognitiva – Residencia Geriátrica – Terapias no farmacológicas

Índice

1. Introducción **4**

2. Estado del arte **7**

3. El Envejecimiento **10**

3.1 Envejecimiento normal y envejecimiento patológico **10**

4. La memoria y sus tipos de memoria **13**

4.1 Pérdida de memoria y la demencia tipo Alzheimer **13**

5. Demencia, criterios de diagnóstico y clasificación **15**

5.1 Definición de la demencia tipo Alzheimer **16**

5.2 Síntomas y causas de la demencia tipo Alzheimer **17**

5.3 Tratamientos: Farmacológicos y no farmacológicos **19**

6. Psicopedagogía **21**

6.1 Intervenciones psicopedagógicas en adultos mayore**s** **21**

6.2 Estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer **22**

7. Encuadre metodológico **25**

8. Análisis e interpretación de datos **27**

8.1 El trabajo con adultos mayores con demencia tipo Alzheimer **27**

8.2 Profesionales y su conocimiento sobre la demencia tipo Alzheimer **28**

8.3 El conocimiento de los profesionales a cerca del rol psicopedagógico y estimulación cognitiva. **30**

8.4 Aportes desde el campo de la psicopedagogía para potenciar la estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer **33**

9. Conclusión **37**

10. Bibliografía **40**

11. Anexos **43**

11.1 Entrevista a profesionales **43**

11.2 Entrevista a psicopedagogos **44**

11.3 Matriz de análisis de datos **0**

1. Introducción

En el presente trabajo de investigación se indaga sobre la situación que atraviesan los adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer en una Residencia Geriátrica, en la localización geográfica de la localidad de Merlo, provincia de Buenos Aires. Para la realización del mismo se llevará a cabo un análisis de la situación que atraviesan los arriba indicados y así poder divisar si existen apoyos psicopedagógicos suficientes que brinden asistencia a los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer.

Cuando hablamos del envejecimiento mencionamos que es un proceso natural del ser humano, donde se presenta un deterioro de las funciones cognitivas, las mismas se desencadenan de manera progresiva llegando a la pérdida de memoria y concentración, de la misma manera que el procesamiento de la información que nos rodea se vuelve más lento. Si bien este hecho afecta a cada adulto de una manera diferente existen determinadas condiciones que pueden acelerar o atrasar este proceso (el padecimiento de alguna enfermedad crónica, su actividad diaria, su entorno, ingesta de medicación, etc.) (Alvarado y Salazar, 2014).

Asimismo, debemos tener en cuenta que los avances en el área de medicina han traído consigo la disminución de la mortalidad, que, si bien es un dato positivo, por otro lado, trajo consigo que mayor población llegue a la etapa de la vejez y con ello la creciente aparición de la demencia tipo Alzheimer, al cual se caracteriza por la presencia del deterioro gradual y progresivo de la memoria implicando un deterioro cognoscitivo continuo. Es así, que según datos arrojados en diversos estudios en el año 2009 habría 18 millones de personas padeciendo esta enfermedad, que según cálculos para el año 2020 esta cifra se habría duplico y para el año 2040 se habría cuadriplicado. Todo esto nos lleva a la importancia de desarrollar diversas técnicas de diagnóstico y tratamiento para poder lentificar el deterioro cognitivo y restaurar aquellas habilidades cognitivas afectadas permitiéndole vivir de la forma más autónoma posible. (Davicino, 2009)

Este deterioro de las funciones cognitivas no impide que nuestros adultos mayores puedan seguir aprendiendo, sino que es proceso se vuelve más dificultoso, por ello es que se resalta la importancia de la estimulación cognitiva y su abordaje, mencionando aquí al psicopedagogo, quien como profesional especializado en el proceso de aprendizaje humano, podría desempeñar un rol fundamental para el tratamiento del Alzheimer, pudiendo organizar estrategias dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente, enlentecer los deterioros y perturbaciones del proceso demencial, dando lugar de esta manera a las terapias no

farmacológicas. Es así que el psicopedagogo, en el marco de los tratamientos del Alzheimer estaría colocado en una posición preventiva y terapéutica, buscando motivaciones en el paciente y adaptaciones según sus capacidades conservadas. De ahí la importancia de la psicopedagogía y siempre teniendo en cuenta trabajar interdisciplinariamente considerando la complejidad de la patología. (Davicino, 2009)

Desde nuestro lugar como psicopedagogos tenemos nuestro campo de trabajo a la sociedad y sus procesos del aprendizaje durante la enseñanza, pero esto no debe limitarse solamente a los ciclos lectivos que se atraviesan (preescolar, primaria, secundaria, terciarios) las sociedades, sino también que la estimulación cognitiva se encuentre presente en la tercera edad permitiendo a los mismos una mejor comprensión y reacomodación a los cambios bruscos de la vejez y sobre todo en aquellos pacientes con Alzheimer, permitiéndoles, mediante las herramientas y los ejercicios, salir victorioso de las peleas y conflictos que trae consigo la enfermedad. (Romero, 2006)

Lo expuesto, nos llevó desde nuestro posicionamiento psicopedagógico, a plantearnos las siguientes **preguntas-problemas:** ¿Existen apoyos psicopedagógicos que brinden asistencia a los adultos mayores que padecen demencia tipo Alzheimer? Nos lleva a cuestionarnos ¿Los adultos mayores que padecen demencia tipo Alzheimer tienen acceso a los mismos? ¿Los actores de la Residencia Geriátrica utilizan recursos psicopedagógicos en pos de generar estimulación cognitiva preventiva y brindar herramientas necesarias para afrontar su condición a los adultos mayores antes mencionados?

Es importante mencionar que como objetivo principal se buscara analizar el abordaje psicopedagógico para la estimulación cognitiva de adultos mayores con Alzheimer en una residencia geriátrica de la localidad de Merlo, provincia de Buenos Aires, pudiendo mencionar entre los objetivos específicos las siguientes líneas de trabajo: Conocer las problemáticas que atraviesan los adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer en la Residencia Geriátrica; Indagar qué apoyos psicopedagógicos existen o se brindan en asistencia y estimulación de los adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer; dilucidar el nivel de conocimiento sobre de la demencia tipo Alzheimer en profesionales del ámbito residencial geriátrico, psicopedagogos y familiares de los pacientes y por ultimo y no menos importante conocer el trabajo conjunto entre los psicopedagogos y demás profesionales para propiciar la integración de los adultos mayores en condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer en el ámbito familiar/social.

Todo lo mencionado nos condujo a realizar la investigación llevada a cabo, de manera de develar la importancia de la psicopedagogía en la tercera edad, y sobre todo en aquellos pacientes

con Alzheimer, colocándonos desde una mirada preventiva, observando que los espacios de aprendizaje se presentan como una promoción de un envejecimiento saludable, para que el adulto mayor pueda preservar su autonomía, su adaptación positiva al entorno, de manera que una intervención psicopedagógica sea el camino para lograr una mayor calidad de vida, ya que este nunca deja de aprender gracias a la plasticidad cerebral. (Romero, 2006)

A continuación, se presentan los antecedentes de la investigación, pudiendo dar con tres investigaciones consideradas más relevantes para la realización de la presente, luego se desarrollaron los principales conceptos y teorías que encuadran al trabajo esencialmente vinculados a los aportes de la psicopedagogía en el trabajo de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, posteriormente se presentan las estrategias metodológicas, lo que nos permitirá entender el apartado del análisis de los datos obtenidos, para luego finalmente presentarse las conclusiones, la bibliografía y los anexos.

2. Estado del arte

Continuando con la investigación se procedió a buscar antecedentes sobre investigaciones realizadas en relación al tema planteado, es así que se hallaron pocas investigaciones y publicaciones en relación al abordaje psicopedagógico en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer en Argentina y la mayoría de las investigaciones fueron realizadas en el ámbito de psicología o la sociología.

A continuación, se describen los trabajos de investigación que fueron considerados más relevantes para este trabajo, los cuales fueron llevados a cabo en Argentina, Uruguay y en Chile todo ello ocurrido entre los años 2002 y 2020.

Una publicación argentina que resulta importante mencionar es la realizada por **Silvera (2007)** en el congreso argentino de neuropsiquiatría y neurociencia X jornada de Alzheimer y otros trastornos cognitivos sobre el retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas. Esta investigación habla sobre el trabajo terapéutico desde la activación cognitiva y la promoción de aspectos sanos. Expone que un paciente con demencia se encuentra absurdo a raíz de la enfermedad por lo que la realización de un test casi nunca llega a completarse debido al importante deterioro, asimismo habla de que en las instituciones hay un déficit de proyectos con estrategias, distinción de afectación y de estimulación sana.

Seguidamente utilizando la metodología cualitativa y cuantitativa, en el año 2002 se realizó un proyecto psicopedagógico de estimulación teniendo como objeto de estudio a 100 gerontes con deterioro cognitivo, donde se llevó a cabo varios test, entre ellos, test de HTP, el test de Hammer, y elementos tales como calendarios, relojes, música, fotos, globos, telas, lápiz, papel, etc. Todos utilizándose de manera de contemplar la organizaron de una serie de actividades para develar las funciones deterioradas y una vez identificadas retardar el proceso de deterioro, no solo intelectual, sino también físico, emocional y social de estos pacientes.

A modo conclusión esta investigación obtuvo resultados positivos, pudiendo develar que, utilizando los recursos antes mencionados, la conexión con el entorno, la creación de vínculos sociales y la importancia del incremento del estado de ánimo, entre otros, favorecen ampliamente y de manera significativa el aprendizaje, mencionando que es posible retardar el proceso de deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida a la vez.

Otra investigación fue llevada a cabo por la Dra. Davicino (2009) publicada en la revista Chilena de Neuropsicología, allí la autora estudio el rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer, e investigó sobre los avances en el campo de la medicina que han traído consigo la disminución de la mortalidad llegando mayor población a la vejez y con ello la creciente aparición de la demencia (entre ellas, la del tipo Alzheimer) donde se

produce un deterioro gradual y progresivo de la memoria implicando un deterioro cognoscitivo continuo. Asimismo, indica que el año 2009 habría aproximadamente 18 millones de personas que padecen esta enfermedad, que para el 2020 se duplicó y que para el 2040 se habría cuadriplicado, por lo que es importante desarrollar técnicas efectivas de diagnóstico y tratamiento y con ello lentificar el deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas afectadas, mejorar el estado funcional de la persona, permitiéndole vivir de la forma más autónoma posible.

Continuando, informa que se desconoce la causa exacta de la misma y que no se dispone de un tratamiento eficaz, por lo que es importante brindar respuestas a pacientes y familiares. Por ello expone la importancia de la estimulación cognitiva y su abordaje, mencionando que el psicopedagogo como profesional especializado en el proceso de aprendizaje humano, podría desempeñar un rol fundamental para el tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer, realizando tareas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente, logrando a su vez la lentificación de los deterioros y perturbaciones del proceso demencial, dando lugar a las terapias no farmacológicas.

Por lo expuesto, concluye que el rol psicopedagógico resulta de gran valor preventivo y terapéutico en el marco de los tratamientos del Alzheimer, debiendo todo ello estar enmarcado en el trabajo y la colaboración interdisciplinaria permanente, considerando la complejidad y multidimensionalidad de la patología.

Por otro lado, las autoras **Sande y Danel (2020)** en su artículo sobre las experiencias rioplatenses sobre modos sociales del cuidado en el Alzheimer exponen y proponen desnaturalizar la declaración de muerte social que supone el dictamen diagnóstico sobre la vida de las personas, indicando que al enfermo de Alzheimer la sociedad muchas veces lo define por su carencia en su autocontrol, independencia, productividad económica y competencia cognitiva y que por ello lo tiene como el individuo desviado por lo que es alejado y marginado, provocando así una condena social. Por ello es que en la investigación tiene como objetivo resaltar la importancia de los vínculos afectivos de su entorno y principalmente de su familia, los cuales son altamente afectados por el diagnostico de Alzheimer y el sufrimiento que atraviesa el paciente.

Es así, que mediante un análisis cuantitativo y cualitativo observaron que Argentina y Uruguay presentan mayor población con procesos de envejecimiento, siendo Uruguay quien muestra índices más pronunciados y uno de los países más envejecidos del continente americano. Continuando con la investigación surge el interrogante de si la presencia de mayor cantidad de personas mayores implica una mayor incidencia de enfermedad de Alzheimer (EA), dando así que nuestros países carecen de datos estadísticos y epidemiológicos suficientes que permitan conocer dicha información. Aun así, las autoras mencionan que, de la población argentina mayor de 65

años, un 5.85% padecen demencia tipo Alzheimer y que las políticas de cuidado por parte del estado son dispersas, por lo que resulta necesario que los abordajes intenten globalidad e integralidad de la persona diagnosticada, cuidadores, lazos familiares, equipo de salud, etc. Por otro lado, menciona que en Uruguay a partir de una muestra de 116 pacientes de Alzheimer solo el 5%se le indica un tratamiento farmacológico y psicosocial.

En otras líneas, menciona que el diagnóstico de Alzheimer resulta un golpe emocional tanto para la persona como para su entorno social, generando tensión, etiquetamiento diagnóstico, enojo, tristeza, etc. por lo que es importante que el estado brinde información sobre el Alzheimer, como así también fomentar las terapias no farmacológicas, que tendrán como objetivo mantener y estimular las capacidades cognitivas, brindando autonomía y retrasando el deterioro cognitivo y funcional, dando un enfoque de prevención y promoción. Es así que señalan algunas de las recomendaciones de la Sociedad Neurológica Argentina como la estimulación cognitiva, conservar la actividad diaria, reforzar la autoestima, entre otras. Frente a esto, destacamos que en nuestros países los sistemas de salud aún centran la atención de la enfermedad aguda y no están suficientemente orientados a brindar atención para prevenir el deterioro funcional y la dependencia.

A modo conclusión indican la necesidad de que los estados asuman la respuesta frente a la accesibilidad a un diagnóstico oportuno, tratamiento actualizado y acompañamiento de los grupos familiares, orientándolos en temas como servicios sociales y consejos en la cotidianeidad de los cuidados.

3. El Envejecimiento

Con motivo de dar inicio a nuestra investigación podemos definir el envejecimiento como lo hacen las autoras Alvarado y Salazar como el fenómeno que se presente durante el ciclo de vida de un ser desde el momento de concepción hasta su muerte, siendo este un fenómeno natural difícil de aceptar para todos los seres humanos. Continuando así también mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define este término como un proceso fisiológico que va desde la concepción de cualquier especie, donde se producen diversos cambios durante toda su vida, los cuales limitan la adaptación de este con su medio ambiente, mencionando a su vez que los cambios en el organismo de cada individuo son diferentes en cada cual. (Alvarado y Salazar, 2014).

Siguiendo esta línea de conceptos, es importante mencionar que estos cambios que se producen en el organismo del ser humano que envejece suelen confundirse con la presencia de alguna enfermedad, ya que las enfermedades en los mayores se camuflan fácilmente, por ello es difícil distinguir la enfermedad del envejecimiento normal. Asimismo, menciona que se distinguen dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal (ya mencionado) y el envejecimiento patológico. (Caballero García, 2010).

3.1 Envejecimiento normal y envejecimiento patológico

Para Caballero García (2010), el **envejecimiento normal** se refiere a todo aquello que está vinculado al estado de salud actual de la persona, haciendo referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se presentan generalmente cuando una persona supera los 50 años de edad. Continuando el autor refiere los eventos que caracterizan el envejecer son:

- Deterioro de los sistemas y las funciones: originados por el desgaste de los años vividos.
- Menor adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.
- Mayor morbilidad: favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.
- Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.
- Tendencia al aislamiento: al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.
- Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

Por lo expuesto podemos mencionar que la enfermedad es el rasgo característico de envejecer trayendo consigo la vulnerabilidad de la edad avanzada, ya que en esta etapa es donde

se develan todas las enfermedades presentes en la persona adulta, por ello es que no hablamos de "enfermedades de la vejez" sino de "enfermedades en la vejez". Entre ellas podemos mencionar la artrosis, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, estreñimiento, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes, deterioro cognitivo, infecciones, osteoporosis, fracturas de cadera, etc. (Caballero García, 2010).

Para poder definir el **envejecimiento patológico** debemos mencionar como envejecimiento primario al envejecimiento normal (al que hemos definido previamente) y el envejecimiento patológico como aquel envejecimiento secundario, es decir que se encuentra en acompañado a la enfermedad, y generalmente se originan por enfermedades agudas y/o crónicas, por ejemplo al tener un hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol , falta de actividad física, mala alimentación, etc.), y por enfermedades, en muchos casos degenerativas, como ser presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos. (Caballero García, 2010).

Por lo mencionado anteriormente, es que se habla de un envejecimiento exitoso cuando un adulto llega a la tercera edad sin enfermedades crónicas, teniendo un buen nivel de actividad física, disfrutar de las cosas cotidianas con buen estado anímico no presentando deterioro cognitivo y prologando los vínculos sociales. Desde aquí viene la importando de los talleres de interacción social, con programas de intervención cognitiva, siendo estos importantísimos para estimular el funcionamiento intelectual, previniendo el deterioro de la memoria la atención, la concentración, etc. (Montero,2018)

Es así que Montero (2018) menciona algunos factores de riesgo psíquico en el **envejecimiento patológico** que pueden llevar a la persona a la vulnerabilidad emocional, indicando los siguientes:

- Eventos que se viven como traumáticos con el proceso de envejecimiento

- Sentimiento de vacío, iniciando modos patológicos de apego a los objetos como intento de llenar dicho vacío

- Historias de duelo no elaboradas

- Carencia de red de apoyo familiar o social

- Empobrecimiento imaginario, simbólico y emocional

- Somatizaciones y alteraciones del comportamiento

Hoy en día todas las situaciones antes mencionadas se presentan en el ser humano desde edades tempranas, teniendo el envejecimiento como el destino final. Por lo expuesto es que se habla dos temas muy importantes dentro del e**nvejecimiento psíquico**: Uno determinado por **factores culturales**, aquellos vinculados a los ideales culturales de **eterna juventud** y de **exaltación del consumo** producen gran cantidad de efectos a nivel de la subjetividad, en su

mayor parte depresiones de todo tipo y el otro por **factores biológicos**, la principal amenaza que supone el paso de los años y que constituye hoy en día uno de los temas más acuciantes de investigación: **el deterioro cognitivo y el Alzheimer**, ambos ligados a las condiciones de vulnerabilidad explicadas en párrafos anteriores. (Montero, 2018)

Por todo ello, es notable el desafío que tenemos como psicopedagogos, trabajar desde la vulnerabilidad emocional, ya que es notable que la persona que se encuentra carente de afectos y vínculos presagia en mayor medida un envejecimiento patológico.

4. La memoria y sus tipos de memoria

Seguidamente detallaremos el concepto de memoria y sus tipos pudiendo mencionar que es el proceso psicológico encargado de almacenar, codificar y recuperar acontecimientos para poder adaptarnos al medio ambiente que nos rodea, es un hecho que nos unidos porque cada persona vive de manera diferente por tanto las personas almacena información de manera diferente además menciona que es importante el buen funcionamiento de la memoria, ya que esta nos evitara problemas con nuestro entorno tales como perjuicios importantes a nuestros allegados o a nosotros mismos. Por lo expuesto es que resulta necesario cuidar y ejercitar la memoria ya que, al igual que nuestro organismo, sufre un desgaste continuo. (Abeleira Padin, 2013)

Es así que mencionamos que no existe una solo memoria, sino que hay varios tipos que los podemos describir de la siguiente manera:

a) La memoria sensorial: Se trata de aquella que recibe la información a través de estímulos y se clasifica en icónica, relacionada a las imágenes y ecoica, relacionada a los sonidos. Estas dos son las que se conocen del fruto de las investigaciones (aunque se supone que hay una por cada estimulo);

b) La memoria operativa: Antiguamente llamada memoria a corto plazo, se encarga de llevar a la memoria a largo plaza aquella información necesaria para luego poder llevar a cabo una tarea, como así también retener por un tiempo corto la información que requiera ser usada de inmediato o resolver alguna demanda del entorno que rodea al sujeto en ese momento. Esta tiene una capacidad limitada según como el sujeto trabaje la información en su memoria;

c) La memoria a largo plazo: Esta es la memoria donde se guarda toda la información necesaria para sobrevivir en el medio que nos rodea y se divide en: Declarativa, donde se guardar los conocimientos que pueden ser episódicos o autobiográficos; Procedimental, referida a habilidades y procedimientos y Semántica, donde se encuentran fechas importantes, acontecimientos históricos, conocimiento del mundo. (Abeleira Padin, 2013)

4.1 Pérdida de memoria y la demencia tipo Alzheimer

En fojas anteriores mencionados que es fundamental ejercitar la memoria para el buen funcionamiento y la preservación de la misma, es así que cuando está no es ejercitada aparece la pérdida de memoria entrando aquí el término del Olvido.

El olvido Según el autor Baddeley (1998) se puede definir como es la incapacidad de recordar nombres, fechas, hechos o conocimientos, la cual comienza con fallos en esa

recuperación. Continuando indica que el olvido es tan importante como la memoria ya que recordar la totalidad de las acciones diarias traería como consecuencia un almacenamiento de datos inútiles

Asimismo, se pueden identificar diferentes causas del olvido, entre las cuales podemos mencionar: **Lesión o degeneración cerebral:** El olvido se produce porque la persona tiene una lesión cerebral o alteraciones neurológicas, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer**; Represión (olvido motivado):** La persona olvida porque la información es perturba- dora o dolorosa, es inconsciente; **Interferencia:** Se produce a causa de la competencia entre las experiencias que una persona vive. Podemos distinguir dos tipos de interferencias: la interferencia proactiva, por la cual una información aprendida dificulta un aprendizaje posterior (por ejemplo, un estudiante de leyes que al realizar una oposición tiene que adaptarse a una nueva legislación), y la interferencia retroactiva, que se produce cuando un aprendizaje reciente interfiere en el recuerdo de la información pasada (por ejemplo, la memorización de un nuevo idioma interfiere con la persistencia de los ya aprendidos); **Falta de procesamiento:** La información se puede olvidar porque nunca se procesó por primera vez, y los recuerdos se disipan con el tiempo si no se utilizan; **Contexto inadecuado:** La información es difícil de recuperar porque se aprendió en un ambiente diferente. Los recuerdos adquiridos en un estado, solo vuelven cuando la persona vuelve a estar en ese estado, pero no están disponibles cuando está en otro. (Aloson Garcia, 2016; Baddeley, 1998).

Como mencionamos con anterioridad la memoria se ve afectada indefectiblemente con el paso del tiempo, entre ellas se encuentran comprendida las lesión o degeneración cerebral, por ejemplo la demencia tipo Alzheimer, siendo la OMS (2013) quien menciona que la demencia se trata de un síndrome que en la generalidad es de naturaleza crónica o progresiva, iniciado por diversas enfermedades cerebrales que afectan la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la habilidad de realizar actividades de la vida diaria.

Continuando con la investigación, el Dr. Allegri y la Dra. Roqué (2015), establecen que, si bien se dice que es frecuente el olvido en el envejecimiento normal, también está presente en los inicios de las demencias. Asimismo, destacan que uno de los síntomas característicos del Alzheimer es la pérdida de memoria, mencionando que las quejas más frecuentes de sus pacientes son las siguientes: “Mi memoria no es más la de antes”, “Me olvido las cosas”, “Me cuesta recordar las fechas o los nombres” (p. 28).

5. Demencia, criterios de diagnóstico y clasificación

Podemos mencionar desde el concepto médico y científico que la demencia es la disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de funcionamiento, la cual va acompañada de cambios psicológicos, cambios en el comportamiento, dando lugar a alteraciones de las capacidades sociales y laborales de quien la padece. Es así que decimos que la demencia no se define como una sola enfermedad, sino que es un conjunto de síntomas relacionados a la disminución de las capacidades mentales. Por este motivo, se dice que la demencia es un síndrome (un conjunto de síntomas y signos). (Peña-Casanova, 1999)

Teniendo en cuenta el concepto definido en párrafo anterior es que se tienen en cuenta algunos **criterios de diagnósticos en demencia**, los mismos se encuentran explayados en el Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría y son los siguientes:

- Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos manifestados por: a) Alteración de la memoria: Incapacidad para fijar nuevos recuerdos y/o para evocar recuerdos antiguos; b) Alteración de uno o más de los siguientes aspectos: Afasia: alteración del lenguaje (comprender, expresarse); Apraxia: alteración de la gestualidad (manipular objetos); Agnosia: fallos en el reconocimiento de objetos; y Alteración de la función ejecutiva: planificar, secuenciar, abstraer.
- Alteración significativa del funcionamiento familiar, social o laboral.
- Inicio gradual y disminución cognitiva continuada respecto al nivel previo de funcionamiento

A su vez el autor antes mencionado indica una **Clasificación** etiológica de las demencias, se nombran a continuación para tener un panorama general de las mismas:

- Demencias tipo Alzheimer: De Inicio precoz o de Inicio tardío: familiar, esporádica
- Demencias no Alzheimer:
    - Demencias vasculares: demencia por Infartos múltiples, estado lacunar, vasculitis;
    - Demencias tipo cuerpos de Lewy (Lewy body disease).
    - Demencias del lóbulo frontal: enferme dad de Pick.
    - Hidrocefalia normotensiva
    - Demencias degenerativas subcorticales y degenerativas: parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Huntington, atrofia cortico basal.
    - Combinaciones de síndromes y síndromes de solapamiento: enfermedad de Parkinson con demencia.
    - Enfermedades por priones, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (enfermedad de

las «vacas locas»).

- Atrofias focales progresivas: afasia progresiva, atrofia posterior progresiva
- Demencias metabólicas y tóxicas: deficiencia de vitamina B12, deficiencia progresiva, atrofia posterior progresiva.
- Demencias metabólicas y tóxicas: deficiencia de vitamina B12, deficiencia tiroidea, demencia alcohólica, demencia por solventes orgánicos, etc.
- Infecciones: sífilis, meningitis crónica, demencia sida.
- Enfermedades neurológicas que se pueden presentar como una demencia: tumores, hematoma subdural.
- Demencias misceláneas Infrecuentes.
- Demencias pediátricas que se pueden presentar en la edad adulta. (Peña-Casanova, 1999)

Atento a lo expuesto se observa que existen varios tipos de demencia, lo que nos lleva a buscar una definición de está, pudiendo mencionar que es la disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función, siendo esta disminución acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento, dando lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece. Asimismo, es importante mencionar que la demencia se conoce desde hace mucho tiempo, pero muchas veces de manera errónea, donde la describían como la imposibilidad de administrar los propios bienes o confundiéndola con el concepto de locura y con otros trastornos mentales que nada tienen que ver con lo que se entiende por demencia en la actualidad. La demencia no es una sola enfermedad, sino que es un conjunto de síntomas relacionados con una disminución de las capacidades mentales. (Peña-Casanova, 1999)

5.1 Definición de la demencia tipo Alzheimer

En párrafos anteriores hemos mencionado que la demencia es un tipo de envejecimiento continuo, irreversible, muchas veces silencioso y dentro de las demencias preponderantes se encuentra la enfermedad del Alzheimer. Según Peña-Casanova (1999) “El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por una serie de rasgos clínicos y patológicos con una variabilidad relativa” (p. 15).

Para poder entender más la enfermedad del Alzheimer tenemos que tener en cuenta tres detalles fundamentales:

Los rasgos o características clínicas: Estos engloban todo lo que le sucede al paciente y podemos dividirlo en tres aspectos: a) alteraciones cognitivas, es decir, alteraciones de la memoria y de otras capacidades intelectuales; b) alteraciones funcionales, o sea, una pérdida progresiva de

independencia en las actividades de la vida diaria; y c) alteraciones psicológicas y del comportamiento, esto es, ansiedad, delirios, alucinaciones, vagabundeo, agresión (esta característica es la que más afecta a los familiares

Los rasgos neuropatológicos: estos son descubiertos por los neuropatólogos cuando estudian el cerebro de un paciente de Alzheimer que ha fallecido, en estos estudios descubren atrofias cerebrales, pérdida de neuronas y los dos tipos de lesiones descriptas por el Dr. Alzheimer como: la degeneración neurofibrilar (ovillos neurofibrilares) y las placas seniles.

La variabilidad: Aquí se devela las diferencias entre los pacientes referente a la edad de inicio de la enfermedad, la velocidad de su evolución, que alteraciones presenta en sus capacidades mentales, como así también la aparición de diversos trastornos psicológicos y del comportamiento (alucinaciones, agresividad, pasividad, depresión). (Peña-Casanova, 1999)

La enfermedad de Alzheimer con el paso del tiempo se hace más frecuente en la suciedad, y ello se debe a la prolongación de vida de los seres humanos, trayendo consigo más personas de edad avanzada y el aumento de esperanza de vida, implicando un envejecimiento progresivo de la población. Tras investigaciones el autor afirma que hasta principios de siglo XX, eran pocas personas que llegaban a los 65 años de vida, por lo que el porcentaje de padecimiento de Alzheimer era menor. A su vez las investigaciones y los avances en los diagnósticos permiten conocer la existencia de Alzheimer en una persona a edades mas prematuras, por lo que se produce un incremento de casos detectados.

Según los datos arrojados en investigaciones, en censos de casos de Alzheimer, las cifras crecerán gravemente en todo el mundo, ya que varios autores calcularon que para el 2025 alrededor de 70% de los casos se presentaran en los países en vías de desarrollo, afectado de esta manera al futuro de los mismos. (Peña-Casanova, 1999)

5.2 Síntomas y causas de la demencia tipo Alzheimer

Si bien se suele relacionar la perdida de la memoria como uno de los **síntomas** más representativos, Allegri y Roqué (2015) profundizan mencionando la aparición de síntomas tales como la disminución de la velocidad de procesamiento de la información, cambios sensoriales y perceptivos, cambios en la personalidad y en la capacidad de aprendizaje. Si bien todos estos cambios son importantes, se enfatiza en la dificultad para recordar, ya que esta se presenta progresiva, lenta y silenciosa, a tal punto que pasa inadvertida durante mucho tiempo, no solo para el paciente sino para su familia. El deterioro cognitivo puede ser considerado como una consecuencia normal del envejecimiento del cerebro, pero también puede indicar la aparición de los primeros indicios del avance de un proceso neurodegenerativo asociados al Alzheimer.

Como ya se mencionó, la enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común en la vejez y en relación a sus causas muy poco se ha adelantado, ya que siempre desencadena en una gran pérdida de neuronas, placas neuríticas y nudos neuro fibrilados, preferentemente localizados en las áreas límbicas y corticales del cerebro, como así también el deterioro de la sinapsis de las neuronas.

Entre las posibles **causas** se menciona el concepto de que la deposición de la proteína ß-amiloide es fundamental en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer, esta proteína viene de un precursor llamado proteína amiloide, que en las neuronas contiene 695 aminoácidos. El precursor de la proteína amiloide es una molécula transmembrana con una porción extracelular larga. Bajo condiciones fisiológicas, una pequeña cantidad del precursor de la proteína amiloide experimenta rotura de una larga porción extracelular de la molécula debido a la intervención de la Endo proteasa ß-secretasa, esta rotura liberada es soluble y muestra efectos tróficos en las neuronas en cultivo. En la enfermedad de Alzheimer, el procesamiento del precursor de la proteína amiloide está significativamente alterado. El precursor de la proteína amiloide se rompe por otra Endo proteasa, llamada ß-secretasa, la cual actúa a más distancia en la porción extracelular que la ß-secretasa. Otra rotura por una tercera Endo proteasa, llamada γ-secretasa, al nivel de la supuesta porción intramembranosa, lleva a la generación de moléculas de proteína ß-amiloide de 40 a 42 residuos de aminoácidos. La proteína ß-amiloide es altamente amiloidogénica y su deposición desencadena una cascada de eventos, provocando muerte neuronal y la formación de placas neuríticas. (Segovia de Arana y Teruel, 2002)

Asimismo, en otras investigaciones tras realizar experimentos con ratones transgénicos que sobre expresan mutantes humanos del precursor de proteínas amiloides desarrollan la patología; con ello, se demostró que la inmunización con la proteína ß-amiloide puede prevenir formación de placas neuríticas y que la administración de anticuerpos de proteínas anti-ß-amiloide reduce la carga de placas neuríticas. Ensayos similares en humanos se están llevando a cabo, y ojalá se compruebe que la inmunización con la proteína ß-amiloide es segura.

Por otro lado, Segovia de Arana y Teruel (2002) brindan otras hipótesis en relación análisis del polimorfismo de la apolipoproteína E (ApoE) gen. Es así que indican que la ApoE ejecuta funciones en relación al movimiento y distribución del colesterol, para remendar las células nerviosas al ser lesionadas y durante su desarrollo.

El gen ApoE viene en tres posibles tipos: ApoE2, ApoE3 y ApoE4; siendo por ejemplo una persona la poseedora de una copia de un tipo de ApoE, de cada padre. Tras diversos estudios indican que el ApoE4 se asocia con mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, debido su alta afinidad por la proteína ß-amiloide, comparada con otros alelos, y a su propensión para estimular la agregación o reducir la pérdida de la proteína ß-amiloide. El riesgo de ApoE es diferente del

riesgo familiar. La ApoE4 aumenta las chances de la enfermedad, pero no es seguro que el individuo la desarrollará. Seguramente existen otros genes que contribuyen al desarrollo de la enfermedad (Segovia de Arana y Teruel, 2002)

5.3 Tratamientos: Farmacológicos y no farmacológicos

Los tratamientos de la demencia tipo Alzheimer requieren de un trabajo interdisciplinario, ya que es de gran relevancia focalizar en todos los aspectos del paciente en función a su etapa evolutiva. Asimismo, Peña-casanova (1999) que el tratamiento está orientado a mejorar el estado físico del paciente y su rendimiento cognitivo y funcional, con motivo de promover su autonomía y desenvolvimiento personal, todo en pos de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

El **tratamiento farmacológico** conlleva el suministro de medicamentos que tienen por objetivo solucionar muchos problemas a nivel fisiológico, pero pueden tener síntomas adversos que alteren o empeoren algún aspecto del paciente. Asimismo, es importante tener en cuenta que el suministro de varios fármacos por distintas dolencias puede traer efectos negativos, por ello es necesario el seguimiento de un especializado en el área. Aunque ningún tratamiento farmacológico ha sido capaz de detener el progreso de Alzheimer, se afirma que los tratamientos en primera instancia con el inhibidor de la acetilcolinesterasa, la galantamina y en segundo lugar la memantina, la cual regulariza la actividad del glutamato, un químico fundamental en la tarea de la memoria y el aprendizaje, y la principal función de la memantina seria la disminución de una descarga excesiva de glutamato que se asocia a la neurodegeneración aguda o crónicas, como lo es el Alzheimer. (Peña-Casanova, 1999)

Hernández Galván (2019) define a las **terapias no farmacológicas** como las estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos biopsicosociales del paciente, como ser los aspectos funcionales, conductuales, cognoscitivos, anímicos, sociofamiliares y ambientales (citado en Tárraga, 2007). El autor enfatiza en el apoyo y asistencia de los problemas mentales, afectivos y conductuales que ocurren en la demencia, siendo contrapuesto al modelo farmacológico, que busca la curación de la enfermedad o tratando de compensar o rehabilitar las consecuencias de la misma.

En este apartado se expone como tratamiento no farmacológico la estimulación cognitiva, siendo el psicopedagogo, como profesional especializado en el proceso de aprendizaje humano, el principal actor en desempeñar un rol fundamental para el tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer, el mismo no solo centra su objeto de estudio en los procesos de aprendizaje y desarrollo en la etapa evolutiva de la infancia y el ámbito escolar, sino que se extiende a las distintas etapas evolutivas. Por ello su desempeño en la realización de tareas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros y perturbaciones

del proceso demencial, da lugar a las terapias no farmacológicas. (Davicino, 2009)

Asimismo, se considera que las terapias no farmacológicas son necesarias tanto para el enfermo, el cual se ve envuelto en una inmensa oscuridad inesperada que lo rodea y confunde, como para los familiares y personas próximas, quienes también se encuentran desorientados, no saben que está sucediendo ni cómo ayudar al paciente. De esta manera se menciona a la enfermedad del Alzheimer como un ladrón de memoria, de razonamiento, el habla y la conducta hasta llevar a las capacidades básicas, por lo expuesto se dice que la enfermedad castiga al enfermo y a las personas que lo rodean, siendo así más difícil entender y afrontar la situación. (Peña-Casanova, 1999)

Es así que Peña-Casanova (1999) menciona “es como una enfermedad en grupo, en la que una persona la padece y el resto la sufren” (p, 8).

A modo cierre es que como terapia no farmacológica resulta de gran valor preventivo y terapéutico mencionar el rol psicopedagógico como tratamientos del Alzheimer, debiendo todo ello estar enmarcado en el trabajo y la colaboración interdisciplinaria permanente, considerando la complejidad y multidimensionalidad de la patología. (Davicino, 2009).

6. Psicopedagogía

Para comenzar a hablar de la psicopedagogía es importante destacar a Azar (2012) (como se citó en Versellino, 2018) donde indica que es una disciplina que emergió a inicios del siglo XX, en la combinación de las prácticas profesionales de la psicología y la pedagogía, que tenían como objetivo intervenir en los problemas escolares de los alumnos.

Continuando la psicopedagogía, encargada de estudiar el vínculo entre el sujeto y los conocimientos requeridos y valorados como necesarios para su aprendizaje y su utilización, se encarga también de intervenir cuando aparecen dificultades, problemas o trastornos en ese vínculo. Estos problemas de aprendizaje pueden responder a causas externas a la estructura familia e individual del sujeto, o internas a dichas estructuras, es decir los síntomas o la inhibición. En estas situaciones el psicopedagogo evalúa sus actividades diagnósticas y posteriormente terapéuticas, lo que los lleva a decir que la teoría y práctica van de la mano al igual que la reflexión y la acción, de igual manera se indica que no existe una única causa a los problemas de aprendizaje. (Ricci, 2013)

6.1 Intervenciones psicopedagógicas en adultos mayores

Para Romero (2006) es necesario conocer la psicopedagogía en el ámbito de la vejez y por ello la define como una disciplina que acompaña los aprendizajes formales y no formales que se integran durante toda la vida, por lo que se incluye a los adultos mayores.

Es así que es notable el incremento de la expectativa de vida de las personas mayores por lo que es necesario brindarles calidad en este ciclo, ciclo en donde se debe invertir tiempo y espacio para desarrollar las potencialidades ya obtenidas, que permitan al adulto mayor una mejor comprensión y descubrir esa continuidad que les permita la reacomodación para poder adaptarse a los cambios, poder salir victorioso de las peleas y conflictos que trae consigo la vejez desde el imaginario social, tales como los prejuicios sociales, biológicos y psicológicos. Por ello es que desde una mirada preventiva los espacios de aprendizaje se presentan como una promoción de un envejecimiento saludable, para que el adulto mayor pueda preservar su autonomía, su adaptación positiva al entorno.

La psicopedagogía, desde la teoría y la práctica, brinda respuestas a temas relacionados con los procesos de aprendizaje de mayores y nos lleva a rever el concepto de educación permanente y su vinculación con los adultos mayores, entendiéndose aquí como educación permanente no solo al hecho de prolongación temporal de la educación en el sentido tradicional, sino como el proceso educativo que contiene formas y demandas distintas, según el desarrollo

diacrónico y sincrónico de los sujetos, permitiendo ver a los sujetos en todo su "curso de la vida", entendiendo a la educación permanente como una construcción sucesiva, donde se integran también las experiencias. Por todo lo expuesto es que la intervención psicopedagógica, desde la dimensión cognitiva, socioafectiva y pedagógica, habilita muchísimos recursos que el adulto mayor posee, entre ellos capitalizar o dar valor a sus experiencias de aprendizajes pasados, descubrir nuevos recursos, etc. (Romero, 2006)

Dentro de las intervenciones psicopedagógicas es rico mencionar el termino de zona de desarrollo próximo descripta de la siguiente manera por Vygotsky (1979):

> No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. (p. 133)

Es así que el autor plantea que el aprendizaje no solo se encuentra en la parte biológica del ser humano, es decir su maduración, sino que también entran en juego las interacciones sociales del ámbito que lo rodea y de la enseñanza guiada. Es decir, que, el ser humano pose un nivel de desarrollo real, que será hasta donde puede realizar la tarea y que podrá llegar al nivel de desarrollo próximo a través de la colaboración de sus pares o un guía, una persona puede desarrollar su estado actual de conocimiento y que su comprensión y habilidades puedan ser potenciadas

6.2 Estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer

Entre las intervenciones no farmacológicas en adultos mayores con Alzheimer podemos mencionar la estimulación cognitiva, en virtud que esta puedan mejorar el desempeño cognitivo de estos pacientes o enlentecer su evolución a demencia, ya que mediante el entrenamiento y la ejercitación se logra la estimulación de las funciones mentales. La estimulación cognitiva como tratamiento tiene como objetivo modificar el rendimiento y la estructura de funcionamiento de una función cognitiva mediante la repetición de ejercicios adaptados. (Demey y Allegri, 2010)

Por otro lado, González et al. (2012), destaca que las intervenciones cognitivas tienen efectos positivos, tanto en adultos sanos como en adultos con Alzheimer, dando así un enfoque prometedor. Menciona tres enfoques de la siguiente manera: En primera instancia la **estimulación cognitiva,** que está relacionada con las actividades de ocio supervisadas, los debates o discusiones, reminiscencia, entre otros, y tienen como función incrementar el trabajo cognoscitivo y social de una población en particular, pero no especifica. En segundo término, la **rehabilitación cognitiva** son aquellos programas o terapias especialmente adaptadas a las necesidades de un sujeto, este método se utiliza de manera individual y mayormente en situaciones o actividades de su vida

cotidiana. Y finalmente el **entrenamiento cognitivo** realiza la intervención desde la práctica estructurada de tareas tales como la memoria, la atención, el lenguaje o las funciones ejecutivas, mediante programas psicosociales de intervención y generalmente es proporcionada a grupos pequeños incluyendo problemas y ejercicios repetitivos que son diseñados para trabajar y reforzar capacidades cognoscitivas.

Retomando el concepto de zona de desarrollo próximo (ZDP) mencionado en párrafos anteriores, utilizando este concepto podemos fundamentar lo relacionado al área de la rehabilitación, utilizando para evaluar las habilidades motoras de una persona y diseñar intervenciones que se encuentren dentro de su ZDP para promover el desarrollo físico, utilizando el método de replay; el cual mediante el juego interactivo estructurado encuadra la rehabilitación promoviendo el desarrollo de habilidades motoras, mientras que mejora su sociabilización (Bertorelli, 2024)

Como ya vimos en párrafos anteriores la persona enferma de Alzheimer presentará cambios que irán desde el deterioro cognoscitivo, luego se verá afectada la ejecución de los movimientos y posteriormente el deterioro físico, por lo que cada vez le será más difícil desenvolverse de manera autónoma en el día a día, siendo imprescindible la ayuda de otra persona para poder realizarlas, volviéndose así más dependiente de un otro, según Carretero et al. (2012), no debiendo poner este término en el tabú para poder pensar soluciones a futuros problemas.

Por lo expuesto, la estimulación cognitiva y física nos ayudara a que el adulto mayor con Alzheimer pueda continuar realizando las actividades de la vida diaria (AVD), tales como uso del teléfono, manejo de dinero, cuidado del hogar, etc., y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como vestimenta, alimentación, etc. Por otro lado, resulta importante trabajar la memoria procedimental, ya que provocamos que la persona enferma realice determinadas acciones repetidas veces, obteniendo como resultado que la persona ejecute determinado movimiento de manera automática y sin pensarlo demasiado, lo que nos permitirá que olvide más tardíamente, prolongando así su autonomía. Esto nos lleva a pensar que es necesario que los familiares permitan al adulto mayor con Alzheimer realice actividades por sí solo, ya que muchas veces sentimientos de pena o protección, nos lleva a la sobreprotección, corriendo el riesgo de inutilizar a la persona y hacerla dependiente antes de tiempo. (Carretero et al., 2012)

Es así que el autor describe que los familiares pueden proporcionar diferentes técnicas para facilitar la consecución de las AVD por el enfermo. Entre ellas menciona **la supervisión,** se refiere a la observación, sin necesidad de interferir, si se observa algo erróneo se avisará de ello para que el enfermo lo corrija, esto brinda mayor privacidad (cambiarse de ropa), **las instrucciones verbales** serían recordarle algo que debe hacer, **la imitación** se trata de realizar un gesto para que la persona identifique lo que debe hacer (Ej. Lavarse la cara), **la incitación física** se trata de tocar

alguna parte del cuerpo del paciente para que identifique que debe hacer (Ej. Tocar la mano para tomar los cubiertos), **la iniciación del movimiento** seria tocar a la persona y guiarle el movimiento para que luego lo haga sola (Ej. Llevar la cuchara hacia la boca) y **otras ayudas** como adaptaciones del hogar, modificar su entorno para facilitar las actividades y la adaptación de utensilios.

Por otro lado, Carretero et al. (2012), menciona otras consideraciones que ayudaran los familiares a conllevar la situación del adulto mayor con Alzheimer, mencionando: a) Crear rutinas repetitivas para que la persona enferma luego las recuerde; b) Respetar los gustos y las pequeñas costumbres de cada día del familiar; c) Tener paciencia, los enfermos con Alzheimer tienen un ritmo de tiempo diferente al nuestro; d) Animar a la persona para que realice las tareas por sí sola; e) Reforzar positivamente cuando realice bien una tarea, trabajar con su motivación; f) Evitar estímulos distractores para que puedan centrar su atención en lo que están haciendo; g) Explicar en cada momento lo que estamos haciendo; h) Sentir empatía y ponernos en su lugar (sobre todo en la higiene); i)Reforzar la autoestima de la persona enferma y evitar sentimientos de inutilidad.

Finalizando el autor menciona la importancia de trabajar la autoestima del enfermo desde la motivación, ya que poder realizar menos actividades del hogar o la complicación de salir a la calle hará que en la persona enferma aparezcan sentimientos de frustración e inutilidad, provocando que crea que no sirve, por ello debemos estar atentos y darle esa motivación extra permitiendo que colabore en el hogar, que tome decisiones de como vestir o que realizara en el día, para que se sienta útil o dándole alguna ocupación a través de actividades de estimulación. En definitiva, manteniendo su autonomía en el mayor grado posible. (Carretero et al., 2012)

7. Encuadre metodológico

Para llevar adelante este trabajo de investigación se tendrá como objetivo principal analizar el abordaje psicopedagógico para la estimulación cognitiva de adultos mayores con Alzheimer en una residencia geriátrica de la localidad de Merlo, provincia de Buenos Aires, pudiendo mencionar entre los objetivos específicos las siguientes líneas de trabajo: Conocer las problemáticas que atraviesan los adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer en la Residencia Geriátrica; Indagar qué apoyos psicopedagógicos existen o se brindan en asistencia y estimulación de los adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer; dilucidar el nivel de conocimiento sobre de la demencia tipo Alzheimer en profesionales del ámbito residencial geriátrico, psicopedagogos y familiares de los pacientes y por ultimo y no menos importante conocer el trabajo conjunto entre los psicopedagogos y demás profesionales para propiciar la integración de los adultos mayores en condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer en el ámbito familiar/social.

Se tendrá como enfoque principal, un enfoque cualitativo con motivo de poder develar aquellas situaciones de vulnerabilidad en la estimulación de aprendizaje que atraviesan los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, como así también las perspectivas subjetivas que puedan acontecer en el transcurso de la misma. A su vez se buscará realizar un análisis exploratorio-descriptivo, detallando los acontecimientos por los que atraviesan los citados hoy en día.

En cuanto a la técnica de obtención de datos se utilizará la técnica de entrevistas, las cuales se llevarán a cabo con la modalidad semiestructurada y estarán compuestas por preguntas abiertas, en estas se buscará dar respuesta a aquellos cuestionamientos u objetivos delimitados en esta investigación. El lugar físico donde se llevará a cabo las entrevistas será en la residencia geriátrica.

Las entrevistas serán llevadas a cabo con los profesionales que desempeñen funciones en la residencia geriátrica ubicada en la localidad de Merlo provincia de Buenos Aires. Asimismo, se realizará entrevistas, en caso de ser posible algún familiar del paciente perteneciente al establecimiento, de manera de poder relevar datos acerca del conocimiento de los mismos en relación a cuestiones de demencia tipo Alzheimer y herramientas que poseen en relación a estimulación cognitiva en pacientes que atraviesan esta condición.

Las respuestas de las entrevistas serán el motor para iniciar la investigación, ya que nos brindaran datos descriptivos y explicativos, lo que nos permitirá inducir una investigación flexible, con perspectiva holística, poder tomar cualquier tipo de escenario digno de estudio, realizar una investigación orientada al proceso obtener datos ricos y profundos y tener una comunicación más horizontal entre el investigador y los investigados. (Pedro Cadena Iñiguez et al., 2017). Por otro lado, con los datos obtenidos podremos analizarlos a partir de la construcción de la matriz de datos,

con las cuales estudiaremos la información obtenida de manera sintética y condensada, donde develaremos completamente los datos y su contenido explicito. (Huberman y Miles, 1994)

A su vez también se realizarán tareas de recolección de información a partir del relevamiento de investigaciones anteriores todo ello en virtud de tener un panorama acerca de los lineamientos atravesados por el tema investigado como así también conocer la situación real actual. Esto nos dará la posibilidad de tener una experiencia con el mundo y a su vez conocerlo. Lo que sabemos sobre la realidad será un resultado de la actividad cognitiva que estaremos realizando y el hecho de conocer la realidad no es solo el resultado de una acción, sino que es el resultado de una intencionalidad de captar las características de los hechos y situaciones que conforman la realidad en mención. (Yuni y Urbano 2006)

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los profesionales se buscará dar con aquellas problemáticas que guardan relación con la existencia de herramientas de estimulación cognitiva, en caso de poseer faltante de las mismas conocer las consecuencias de estas, como así también las situaciones de vulnerabilidad que puedan estar atravesando a nivel general.

8. Análisis e interpretación de datos

Para realizar el análisis de los datos obtenidos como fruto de la investigación llevada a cabo y de las entrevistas realizadas emergieron las siguientes categorías: “el trabajo con adultos mayores con demencia tipo Alzheimer”, “profesionales y su conocimiento sobre la demencia tipo Alzheimer”, “el conocimiento de los profesionales acerca del rol psicopedagógico y estimulación cognitiva” y “aportes desde el campo de la psicopedagogía para potenciar la estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer”.

8.1 El trabajo con adultos mayores con demencia tipo Alzheimer

A lo largo de las entrevistas se devela que, en la residencia geriátrica ubicada en la localidad de Mero de la provincia de Buenos Aires, se albergan varios adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, que los mismos son atendidos por la totalidad de los profesionales que se desempeñan en la institución, pero que esa atención se basa en el cuidado de la higiene a nivel general, no en estrategias orientadas desde la prevención del deterioro cognitivo, *“Si, más que nada en la higiene.”.*

Asimismo, se observa que la totalidad de los profesionales, trabajan con todos los adultos mayores, es decir van rotando continuamente con cada uno de ellos, “*Si, no me enfoque netamente a esos pacientes, pero si trabaje con ellos de manera remota, sobre todo cuando comen o se tienen que limpiar”* lo que los lleva a tener dificultades en el seguimiento, ya que varios de los entrevistados mencionaron trabajar de manera muy remota con ellos, ya sea por carencia de personal o por falta de experiencia, ayudándose entre los cuidadores para poder asistir al residente “*nos rotamos mucho entre nosotras con los pacientes.*”

Estas situaciones nos llevan a pensar y poner en énfasis la carencia de trabajo con los pacientes desde el enfoque de la prevención del deterioro cognitivo. Esta carencia es un dato relevante ya que, si bien es importantísima la higiene de los pacientes, esto no es motivo para dejar de lado la conexión con el entorno, la creación de vínculos sociales que llevan al enfermo a un incremento del estado de ánimo, siendo este último un eslabón fundamental para poder retardar el deterioro del proceso cognitivo y así mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, se develó que muchos de ellos trabajan desde la calidez del sentimiento de amor, desde la empatía por la condición de enfermedad que atraviesan y sobre todo desde la paciencia y la protección, ya que mencionaron que los pacientes de Alzheimer “*se vuelven como niños*”. En varias ocasiones se escuchó mencionar que posicionan su labor desde un rol más humanitario:

"*ellos necesitan protección, porque, aunque vos no los creas los familiares acá los abandonan mucho. Ellos necesitan sentirse protegidos, aunque muchos de ellos nos vean como desconocidas, otros tantos sienten que somos su familia. Hay pacientes que se fueron a su casa y después de unas horas quieren volver a su casa, sienten que esta es su casa ¿Se entiende? Nosotros somos más familia de ellos que su propia familia*"

Desde esta perspectiva se evidencia que los profesionales no solo ocupan cumplen con la labor por la que fueron contratados sino también ocupando muchas veces un lugar que la familia dejo de vacante, ya sea por abandono o desinterés. Teniendo en cuenta lo narrado por las entrevistadas y lo que trae consigo el hecho de llegar a una edad avanzada, tales como la potenciación de las enfermedades que posee una persona adulta, entre ellas la hipertensión, artrosis, estreñimiento etc., es que nos pone en evidencia el estado de alerta en que debemos focalizarnos ya que se evidencia el estado de vulnerabilidad por la que atraviesan los adultos mayores con Alzheimer.

Por otro lado, también se evidencio que en las situaciones de abandono los abuelos se apoyan más en los profesionales de la residencia geriátrica que en su familia real, siendo esto un desencadenante con lo que menciona Sande y Danel (2020), donde resulta importante necesario que los abordajes con los adultos mayores con Alzheimer trabajen con globalidad e integralidad de la persona diagnosticada, los cuidadores conjuntamente con los profesionales de la salud y los familiares.

La carencia de red de apoyo familiar o social forma parte de uno de los factores de riesgo psíquico, ya que es notable que la persona que se encuentra carente de afectos y vínculos finalmente llega a una vulnerabilidad emocional, llevando así al enfermo a la alta probabilidad de presentar un envejecimiento patológico

8.2 Profesionales y su conocimiento sobre la demencia tipo Alzheimer

En las respuestas de las entrevistadas se denota que los profesionales que trabajan en la residencia geriátrica la mayoría poseen noción de lo que sería el Alzheimer, pero no saben en totalidad los síntomas, los cambios en la persona a nivel físico, cognitivo, a nivel emocional, las alteraciones que se enfrenta el paciente, sus familiares y los tratantes a medida que avanza la enfermedad, "*Es como la pérdida de memoria, es como un retroceso en el aprendizaje. Es cuando los abuelos no se acuerdan de varias cosas del pasado", "Ellos se vuelven como niños también*."; "*Se empiezan a olvidar cosas, dejan de hacer caso, no sé cómo decirlo*". Es así que si bien los entrevistados no tienen tanto conocimiento en el Alzheimer puede distinguir entre algunas de las principales afectaciones de la demencia, entre ellos podemos mencionar el cambio de

comportamiento y la disminución de a capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de funcionamiento (de la persona enferma), de esta manera como lo menciona Peña-Casanova (1999) la demencia es un conjunto de síntomas y signos.

Asimismo, varios de los entrevistados distinguieron, sin tener estudios especializados, los rasgos clínicos del Alzheimer, tales como alteraciones cognitivas, alteraciones funcionales y alteraciones psicológicas. Por otro lado, se continúa observando que los profesionales desconocen las medidas de prevención en la perdida gradual y progresiva de la estructura cognitiva, como así también las alternativas o tratamientos no farmacológicos para enlentecer la perdida de la estructura memoriosa.

Como se observó varios de los profesionales manifestaron no poseer herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer, pero en respuestas posteriores se observó que de manera encubierta (sin que ellos puedan distinguirlo) utilizan diferentes técnicas para poder llevar a cabo la asistencia o estimulación cognitiva:

"*organizar actividades de dibujo, para que puedan trabajar la parte muscular de las manos, también para que puedan dibujar cosas que le gusten", "utilizaría la música, que realicen ejercicios físicos mediante el baile buscando que los músculos no se atrofien, al igual que puedan recordar las letras de los temas", "gimnasia para adultos, más que todo para focalizar en lo físico ya que al no moverse (…), el cuerpo comienza a ponerse cada vez más rígido, y con a gimnasia podrían moverse más y tener autonomía por más tiempo*"

Entre algunas de las tareas mencionadas por los profesionales podemos distinguir las actividades de dibujo para poder trabajar el área motriz (movimiento y flexibilidad), la comunicación, la verbalización de las tareas a realizar, las preguntas buscando que los residentes recuerden alguna tarea del quehacer cotidiano que tal vez olvidaron, la música como andamio para poder mover el cuerpo mediante el baile o poder recordar las letras de las canciones que escuchaban de jóvenes. Todo ello concuerda con la finalidad de los tratamientos en general ya que están orientados a mejorar el estado físico del paciente y su rendimiento cognitivo y funcional, con motivo de promover su autonomía y desenvolvimiento personal, todo en pos de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Algunos mencionaron el juego, *"traería los juegos, buscaría trabajar lo motriz para que no pierdan el movimiento y la flexibilidad."*. Otros también mencionaron el juego, pero planteando la siguiente situación:

"suelo utilizar más que nada el juego, elementos, desde listones, sogas, bandas elásticas, pelotas, todo lo que pueda llegar a llamarle la atención para que puedan concentrarse y mediante el juego o una simple clase de actividad física logren desarrollar movimientos que tal vez habían olvidado que tenían."

Si bien una respuesta se encuentra más rica en información que la otra, ambas coinciden en que mediante el juego pueden trabajar la motricidad y la flexibilidad, mencionando una de ellas que utilizaba elementos tales como listones, sogas, pelotas o cualquier elemento que llame su atención para poder llegar a su concentración y mediante una simple actividad física logren desarrollar movimientos que tal vez habían olvidado que tenían. Continuando, podemos mencionar que ambas respuestas nos conducen a la realización de tareas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y de esta manera lograr la lentificación de los deterioros cognitivos y perturbaciones del proceso demencial, dando lugar así a las terapias no farmacológicas como medio para que el paciente pueda preservar su autonomía por un tiempo más prologando

Resulta pertinente destacar que algunos profesionales manifestaron a viva voz poseer herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer, pero al menos la mitad, pese a haber realizado curso de cuidado o asistente terapéutico de adultos mayores, indican encontrarse con carencia de herramientas, haciendo saber el deseo de que la residencia geriátrica brinde una capacitación en asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer. Esto nos lleva a reflexionar acerca de nuestros sistemas de salud, los cuales mayoritariamente centran la atención en la enfermedad aguda y no están suficientemente orientados a brindar atención para prevenir el deterioro funcional y la dependencia, por ello es que resulta necesario poner en énfasis a la realización de un diagnóstico oportuno y un tratamiento actualizado.

8.3 El conocimiento de los profesionales a cerca del rol psicopedagógico y estimulación cognitiva

Se enfatiza que la mayoría de los profesionales de la residencia no poseen conocimiento del rol psicopedagógico, algunos tal vez lo relacionaron con el trabajo con el aprendizaje en niños, pero de una manera muy liviana, "*ayuda a los chicos con distintos problemas que puedan llegar a tener en la vida" "pero sé que es algo del aprendizaje*.". si bien no es una definición exacta se acerca mucho a la correcta ya que el psicopedagogo se encargada de estudiar el vínculo entre el sujeto y los conocimientos requeridos como necesarios para su aprendizaje y su utilización, como así también de la intervención en la presentación de dificultades, problemas o trastornos en ese vínculo, siendo aquí cuando el psicopedagogo evalúa al paciente, posteriormente encamina el diagnóstico y posteriormente elabora un plan terapéutico.

Más aún uno de los entrevistados confundió el rol psicopedagógico con las tareas llevadas a cabo por un psicólogo, "*hace que la persona intente recordar (…) cosas que a uno como persona lo marcaron*"

Por otro lado, se observó que un solo cuestionado pudo indicar conocer el rol psicopedagógico, indicando que, si bien el Alzheimer es una enfermedad progresiva, esta disciplina al trabajar el desarrollo cognitivo pueden prolongar las actividades de coordinación y por tanto el desarrollo de las actividades, "*trabaja la parte cognitiva del desarrollo cognitivo"," de que no sea tan brusco para que vayan reteniendo el área de coordinación*". Si bien el deterioro cognitivo puede ser considerado como una consecuencia normal del envejecimiento del cerebro, pero también puede indicar la aparición de los primeros indicios del avance de un proceso neurodegenerativo asociados al Alzheimer.

Si bien los entrevistados tenían una idea leve del rol psicopedagógico la mayoría de las respuestas brindadas concuerdan con lo propuesto por Davicino (2009) quien considera que el psicopedagogo, como profesional especializado en el proceso de aprendizaje humano, es el principal actor en desempeñar un rol fundamental para el tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer, ya que el mismo no solo centra su objeto de estudio en los procesos de aprendizaje y desarrollo en la etapa evolutiva de la infancia y el ámbito escolar, sino que se extiende a las distintas etapas evolutivas, en este caso en los adultos mayores.

A nivel general, se puede mencionar que muchos de los profesionales no podían explicar lo que entienden por estimulación cognitiva, *"Lo escuche mencionar, pero no sabría explicar que es*", otra pudo al menos distinguir que el término le resultaría conocido encontrarse vinculado al aprendizaje, "*sé que es algo del aprendizaje*". Si bien una de ellas no logró explicar lo que entiende por estimulación cognitiva, otra pudo indicar que se trataría de algo relacionado al aprendizaje, tales respuestas nos ponen en alerta ya que es de vital importancia el abordaje de la estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer, y siendo éste (estimulación cognitiva) un término e importante en nuestra labor como psicopedagogas, es notorio que nuestros aportes serian de gran ayuda , no solo para los pacientes, sino también para los profesionales, logrando andamiar o guiar sus tareas hacia la finalidad de la estimulación cognitiva.

Distinto a los anteriores casos, dos profesionales de la residencia geriátrica se acercan en sus respuestas a la definición de estimulación cognitiva mencionando "*con la estimulación cognitiva justamente trabajas la parte cerebral que va hacia el conocimiento y el reconocimiento*". Teniendo en cuenta el notable el incremento de la expectativa de vida de las personas mayores, resulta necesario brindarles la estimulación cognitiva como lo ha planteado el profesional, ya que como indica Romero (2006) en este ciclo debemos invertir tiempo y espacio para desarrollar las potencialidades ya obtenidas, y reconocerlas para que permitan al adulto mayor una mejor comprensión, descubriendo así una continuidad que les permita la reacomodación y adaptación a los cambios, poder salir victorioso de las peleas y conflictos que trae consigo la vejez (sociales, biológicos y psicológicos).

Entre ellos uno pudo describir una situación sobre lo que considera que sería una estimulación:

"*un abuelo no sabía cómo agarrar una cuchara, se había olvidado como comer con una cuchara entonces le teníamos que dar de comer, hasta que un día se me ocurrió mediante el juego de la comidita, tratar de enseñarle mostrándole como se agarraba y demás. Bueno después el abuelo aprendió o mejor dicho recordó para mí eso fue un estímulo para que recordara algo que antes el hacía*"

Sin poder reconocerlo, en el acto antes mencionado, la profesional se encontraría trabajando: la memoria a largo plazo, siendo esta la memoria donde se guarda la información necesaria para vivir en el mundo que nos rodea y más precisamente focalizando en la memoria procedimental; por otro lado esta actividad enlentecería la degeneración cerebral, donde la persona olvida las cosas por lesiones o alteraciones cerebrales, en este caso el Alzheimer; y finalmente se encontraría ejercitando la rehabilitación cognitiva, donde se realizan actividades adaptadas según las necesidades del sujeto, generalmente es utilizado de manera individual (como fue el caso que menciono la entrevistada) y en situaciones o actividades de su vida cotidiana.

De los datos recabados, dos pudieron explicar de qué manera podrían comprobar que la estimulación cognitiva fue satisfactoria en adultos mayores con Alzheimer. Una menciono:

"*yo arranco explicándoles una actividad haciéndoselos yo, les muestro y doy varios ejemplos de cómo hacerlo, incluso los asisto para que puedan realizarlo. Luego cuando veo que ya logro ese instante de concentración y puedo hacerlo solo, siempre bajo supervisión, pero solo, ahí es el momento en que constato que recibieron la estimulación de manera satisfactoria*"

En la situación mencionada por la profesional se observa la utilización de una de las técnicas, mencionadas por Carretero et al. (2012), utilizadas para la continuidad de la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), una de esas técnicas es la imitación, donde el profesional realiza una acción para que la persona identifique que es lo que debe hacer, en este caso un ejercicio de movimiento. Otra técnica que se observa en esta situación es la supervisión, donde mediante la observación, sin necesidad de intervenir se observa si el adulto mayor está realizando algo erróneo, en caso positivo se dará aviso de ello para que el enfermo lo corrija. Este acto, planteándolo desde la situación narrada nos lleva a que el enfermo tenga mayor autonomía e incluso también puede ser utilizado en las AVD, por ejemplo, al cambiarse la ropa.

Continuando otra profesional menciono la siguiente situación:

"*Y yo voy mucho con las canciones, los bailes, por ejemplo, vos tranquilamente me podés ver interactuando con los abuelos, siempre tratando que salga del pocito. Aunque a veces te dicen; - No, no hagas nada ya está muy avanzado – Yo siempre voy a intentar, siempre veo una lucecita. Porque yo veo que desde la música y el baile siempre traen los mejores recuerdos, se ríen y yo*

creo que los abuelos con la música recuerdan cuando eran jóvenes y con el sonido las letras de las canciones y como se bailaban los temas del momento en aquel entonces"

En esta situación se menciona la utilización de la música como herramienta o andamio, que lleva a los adultos mayores con Alzheimer a recordar o evocar aquellas cosas que ha quedado en el olvido, puedo crear un camino para recordar aquellas fechas sucesos, letras o incluso bailes que en algún momento fueron incorporados. Aunque la profesional no pudo distinguirlo, en este acontecimiento estaría trabajando la recuperación y prolongación de la memoria sensorial y la memoria a largo plazo.

En lo que respecta a verificar si el ejercicio o actividad brindada, logro trabajar la estimulación cognitiva del adulto mayor y si el resultado fue satisfactorio, la mayoría de los entrevistados presentarían una vaga o nula idea de cómo podría comprobar la efectividad de la estimulación cognitiva, "*La verdad estoy nula".* De esta manera se imposibilita conocer la efectividad de la tarea.

Si bien los profesionales entrevistados puede que sin darse cuenta brinden estímulos a los adultos mayores, es imposible tener certeza de ello ya que los mismos desconocen como comprobarlo o como explicarlo, "*No podría comprobarlo*". Asimismo, indicaban que entienden por estimulación cognitiva satisfactoria el hecho de negociar alguna situación problemática, "*cuando ellos quieren algo yo cedo y se lo doy, después busco de manera escondida que ellos me den eso que les di que en realidad no deberían tener*", o el recibiendo de cariño por parte de los adultos mayores con Alzheimer, "*con un abrazo, como que el abuelo agradece lo brindado"*, lo cual no se encontraría del todo certero.

8.4 Aportes desde el campo de la psicopedagogía para potenciar la estimulación cognitiva en adultos mayores con Alzheimer

La totalidad de los entrevistados, aun sin saber bien el rol psicopedagógico, manifiestan que el apoyo psicopedagógico sería beneficioso y ayudaría a los pacientes de Alzheimer, "*Sí, totalmente*.", "*le proporciona estímulos que sean de interés del paciente para que el mismo pueda recordar y evocar los conocimientos que en algún momento incorporo*". Por otro lado, se evidencio que la mayoría coincidieron en que cualquier tipo de apoyo es bueno para los adultos mayores que tienen Alzheimer, "*Yo creo que sí, porque cualquier apoyo que puedan recibir los pacientes son buenos".*

Los puntos de vista mencionados por las entrevistadas concuerdan con la psicopedagogía desde la estimulación cognitiva brinda respuestas a aquellas problemáticas relacionadas con el aprendizaje, pudiendo dar lugar a la ejercitación mediante la evocación y el recuerdo, llevándonos

a rever el concepto de educación permanente y su vinculación con los adultos mayores, pudiendo quedar expuesto, al mencionar una de las entrevistadas "*Es una gran ayuda para los chicos, asique estimo que acá seria de mucha ayuda,* que debemos entender a la educación permanente no solo como el hecho de la prolongación de la educación en su sentido tradicional, sino también que debe abarcar distintas formas y demandas, permitiendo ver a los sujetos en todo su ciclo de vida. Se permite develar que entender el concepto de educación permanente encuadra entenderla como una construcción sucesiva, donde se integran también las experiencias, siendo la intervención psicopedagoga quien, desde la dimensión cognitiva, socioafectiva y pedagógica, habilita muchísimos recursos que el adulto mayor posee, entre ellos capitalizar sus experiencias de aprendizajes pasados.

Algunos entrevistados indicaron, "*yo creo que el juego, la música, estimulan a los abuelos, a nivel corporal también. Porque ellos se olvidan hasta lo que es comer"*, mencionado como principales apoyos el juego y la música, considerando que brindarían estímulos de agrado para los adultos mayores, "*se los ve emocionados, les gusta*", ayudándoles estos a recordar los conocimientos que en algún momento de su vida incorporaron o evocar recuerdos de que haceres básicos, como comer. A su vez, las afirmaciones brindadas por las profesional están estrechamente vinculadas a lo que menciona Carretero et al. (2012), en relación a las consideraciones para poder conllevar la situación por la que se atraviesa, tales como respetar los gustos y las pequeñas costumbres de cada día, paciencia en los tiempos de cada enfermo, evitar estímulos distractores para que puedan centrar su atención en lo que están haciendo, explicarles todo lo que estamos haciendo y sentir mucha empatía poniéndonos en su lugar. Todas estas cuestiones que tendremos en cuenta nos llevaran a que el paciente de Alzheimer, no presente sentimientos de inutilidad por aquellas cosas que se le dificultan realiza, mientras que trabajaríamos el refuerzo de la autoestima de la persona enferma.

Un entrevistado menciono la importancia del apoyo psicopedagógico en la evaluación de las capacidades físicas de cada paciente con Alzheimer, "*según la complejidad que tenga, es la rehabilitación que tiene el paciente, cada quien acorde a su capacidad o su incapacidad física tiene una determinada rutina de ejercicios", "debe adaptarse y ser personalizada*", poniendo énfasis en que tras la evaluación de la capacidad del paciente, se buscara adaptar y personalizar la actividad a realizar según las limitaciones que presente. Esto nos lleva a pensar en lo mencionado por Bertorelli (2024), en relación al concepto de zona de desarrollo (ZDP) próximo expuesto por Vygotsky (1979), posicionándonos en el área de la rehabilitación, tomando el nivel de desarrollo real actual del paciente, evaluando su capacidad de desarrollar una actividad y sus habilidades motoras, y diseñar intervenciones que se encuentren dentro de sus ZDP para promover el desarrollo físico mediante la ayuda de otro y creando así un nivel de desarrollo potencial.

Por otro lado, se denoto una vez más uno de los entrevistados confundió los apoyos psicopedagógicos con el recuerdo de aquellas situaciones sentimentales reprimidas en el inconsciente (vinculadas al área de la psicología), *"Yo creo que tiene sus pros y sus contras, si uno recuerda sucesos negativos, que le hicieron mal en algún momento, ¿Por qué vamos a hacerle recordar?*".

Como ya se pudo observar en líneas anteriores, la persona enferma de Alzheimer presentara cambios que irán desde el deterioro cognoscitivo, luego se verá afectada la ejecución de los movimientos y posteriormente el deterioro físico, por lo que cada vez le será más difícil desenvolverse de manera autónoma en el día a día, siendo imprescindible la ayuda de otra persona para poder realizarlas, volviéndose así más dependiente de otro, encontrándose fundamental la ayuda de los cuidadores y principalmente de la familia que son los que acompañaran al adulto mayor en el camino del Alzheimer. En base a esto los entrevistados manifestaron que la residencia geriátrica no brindaría charlas o asesoramiento hacia las familias para propiciar la estimulación cognitiva, "*la institución no brinda charlas a la familia de ese tipo*", más si brindaría charlas sobre acontecimientos ocurridos con los adultos mayores, *"si tiene reuniones donde les informan alguna situación en especial de algún abuelo, o alguna condición de salud*", tales como estado de salud, estado emocional, recomendaciones clínicas en caso que lo quieran llevar de visita a sus casas, etc.

Por otro lado contrarrestando lo arriba mencionado, la residencia realiza varias actividades en días festivos específicos, "*acá se festeja el da de la madre, el día del padre, el día de la primavera, buenos obviamente navidad, etc. etc., y en todos los festejos se busca integrar a las familias, muchas veces vienen y otras veces no*" teniendo por objetivo integrara a las familias de los abuelos a fin de que los mismos se empapen en las terapias de socialización y esparcimiento, recibiendo como respuesta la participación de algunas familias, siendo el porcentaje mayoritario el que no asiste a las mismas, *"los familiares acá los abandonan mucho", "Hay pacientes que se fueron a su casa y después de unas horas quieren volver a su casa, sienten que esta es su casa ¿Se entiende? Nosotros somos más familia de ellos que su propia familia".* Esta situación pone en riesgo lo planteado por Peña-Casanova (1999), en relaciona que las terapias no farmacológicas, en este caso la estimulación cognitiva, son importantes para el paciente que a medida que avanza la enfermedad se encuentra envuelto en una gran confusión y para los familiares y personas próximas, quienes encontrándose también desorientados, nos saben cómo ayudar al paciente. En este caso según lo narrado por los profesionales, se entiende que, ante la confusión y desorbitación de los familiares, estos últimos buscan la manera de escapar a esta situación y responsabilidad, dejando a los abuelos en el abandono. Es así que lamentablemente los pacientes de Alzheimer, además de llevar una enfermedad ladrona de memoria, razonamiento, pensamiento, etc., también deben afrontar en varias ocasiones el abandono por parte de sus seres más queridos

Por otro lado también se entrevistó a psicopedagogas, desempeñando funciones en el área de educación escolar primeria y consultorio particular, es se obtuvo como respuesta que ninguna de ellas alguna vez trabajo con adulto mayores, asimismo se evidenció que si bien no se especializaron en el trabajo con adultos mayores y en el padecimiento de la demencia tipo Alzheimer, "*no realicé especialización ni capacitación específica en ello.",* es que ambas pudieron distinguir que es una enfermedad donde se encuentra afectada la memoria, el pensamiento y el comportamiento.

Asimismo se observó que se encuentran altamente orientadas a la intervención del psicopedagogo desde la estimulación cognitiva," *conozco la intervención del psicopedagogo en la estimulación cognitiva*" indicando este como mecanismo de prevención para recordar y enlentecer el olvido de las AVD, poniendo énfasis en el trabajo de la memoria, el lenguaje, las gnosias, etc. continuando respecto a los aportes desde la psicopedagogía mencionaron, "*trabajar las estrategias para brindar calidad de vida a las personas con Alzheimer, potenciar las habilidades presentes y procurar enlentecer el deterioro de la persona*" y en relación a las a las actividades que podrían organizar *destacaron "realizar trabajos lúdicos con elementos concretos, manipulación de objetos; ¿Cómo utilizarías la cuchara para tomar sopa?", "Trabajaría con audios para potenciar la evocación y el reconocimiento de sonidos conocidos"*

Si bien s entrevistadas no poseen especialización en el trabajo con adultos mayores con Alzheimer, sus respuestas concuerdan con el pensamiento de Demey y Allegri (2010), quien enfatiza el termino de los apoyos e intervenciones de estimulación cognitiva ya que estos mejoran el desempeño cognitivo de estos pacientes o enlentecer su evolución a demencia, ya que mediante el entrenamiento y la ejercitación tiene como objetivo modificar el rendimiento y la estructura de funcionamiento de una función cognitiva mediante la repetición de ejercicios adaptados.

Las psicopedagogas en relación a las herramientas que brindarían a familias de adultos mayores con Alzheimer, para promover y potenciar la estimulación cognitiva mencionaron, "*trabajaría la empatía, la paciencia y el reconocimiento de las habilidades presentes en la persona, sabiendo que no son episodios voluntarios las manifestaciones de Alzheimer*". Se pude observar que enfatizan en la importancia de la empatía y la paciencia, ya que los hechos desencadenados son hechos acontecidos involuntariamente por el paciente, lo que también nos traslada a pensar su enfoque desde el punto compartido por Allegri y Roque (2015), quienes caracterizan al Alzheimer como una enfermedad progresiva, lenta y silenciosa a tal punto que pasa inadvertida por mucho tiempo no solo al paciente, sino también a la familia trayendo así consecuencias en el diagnóstico e inicio de tratamiento tardío.

9. Conclusión

Luego de haber realizado un trabajo de investigación, de llevar a cabo la realización de entrevistas, se logró realizar un análisis encontrando que en línea generales tanto los profesionales de la residencia geriátrica como los psicopedagogos concuerdan con que los aportes de la psicopedagogía son de gran ayuda en la estimulación cognitiva de adultos mayores con Alzheimer. Atento a ello es que se expondrán los aspectos más relevantes.

En relación a la labor de los profesionales se pudo dilucidar que los mismos, focalizan su labor en el cuidado general del adulto mayor, focalizando en sus necesidades básicas, tales como la higiene. Estas cuestiones nos llevan a pensar y colocarnos en un estado de alerta por la carencia de trabajo desde un enfoque de la prevención del deterioro cognitivo. En este caso si bien se percibe la carencia nates mencionada, también se evidencia como positivo el desempeño de los mismos desde la calidez del sentimiento de amor, la empatía y la protección, siendo esto un factor fundamental ya que en muchas oportunidades los pacientes, son víctimas del abandono familiar. Es así que teniendo en cuenta llegar a la edad avanzada, la enfermedad que atraviesan, el abandono por parte de sus familiares los coloca en una posición de vulnerabilidad.

En referencia al conocimiento que poseen los profesionales en relación al Alzheimer, en grandes rasgos poseen noción de lo que sería, pero presentan carencias en el respecto a los síntomas que pueden presentar, los cambios o alteraciones que enfrenta el paciente en los inicios de la enfermedad. En este momento resulta importante mencionar que una detección rápida de la enfermedad nos daría mayor tiempo ganado en el enlentecimiento del deterioro cognitivo (siendo esto aplicable a los abuelos que actualmente se encuentran en la residencia geriátrica y no presentan Alzheimer).

Por otro lado, se pudo observar que los profesionales si distinguen los rasgos clínicos, tales como pedida gradual y progresiva de la estructura cognitiva, pero una vez declarada. Asimismo ante la presencia de estos síntomas, manifestaron desconocer los tratamientos no farmacológicos, pero en el avance de las entrevistas se pudo dilucidar que si bien no conocen los términos académicos o terapéuticos, muchas de ellas (al menos un 50%) estarían actualmente poniendo en marcha diferentes técnicas para poder llevar a cabo la asistencia o estimulación cognitiva, pudiendo mencionar el dibujo, el juego, la música, el baile, todos ellos utilizados como herramientas para poder mantener la motricidad fina, la coordinación, la evocación de letras de canciones que escuchaban cuando todavía el Alzheimer no se había apoderado de sus vidas y la utilización del juego como medio para mantener la motricidad del cuerpo en general, trabajar la memoria procedimental (el juego de la comidita) y el vínculo entre los pares y sus cuidadores. Todo lo mencionado nos permite como profesionales un canal importante para llegar a la

reacomodación y adaptación a los cambios, poder salir victorioso de las peleas y conflictos que trae consigo la vejez.

Por otro lado se evidencia que varios profesionales desconocían el rol del psicopedagogo, pero aun así (como se describió en el párrafo anterior en relación al Alzheimer), sin poder reconocer los términos o procedimientos académicos, se denoto que al menos la mitad de los profesionales entrevistados trabajarían desde la estimulación cognitiva, en áreas tales como memoria a largo plazo y procedimental, la rehabilitación cognitiva, el recupero y prolongación de la realización de las AVD. todos estos conceptos están estrechamente vinculado a nuestra labor como psicopedagogas, por lo tanto se resalta la importancia del abordaje de la estimulación cognitiva abordada desde un enfoque psicopedagógico, no solo para los pacientes, sino también para los profesionales para que los mismos puedan reconocer fácilmente determinados indicios o procedimientos, logrando guiar sus tareas hacia la finalidad de la estimulación cognitiva efectiva. Teniendo en cuenta esto último, es dable mencionar que la carencia de capacitación de los profesionales, en lo que respecta la comprobación de estimulación cognitiva satisfactoria, imposibilita conocer la efectividad de la tarea.

La totalidad de los entrevistados, aún sin conocer en totalidad el rol psicopedagógico, manifiestan que el apoyo psicopedagógico sería beneficioso y ayudaría a los pacientes de Alzheimer, mencionando entre otras cosas que la estimulación cognitiva brinda respuestas a aquellas problemáticas relacionadas con el aprendizaje, focalizando en la evocación y el recuerdo de aquellos conocimientos ya aprendidos en algún momento de la vida. Aquí resulta importante traer el concepto de educación permanente, entendiendo este no solo como la educación en los ciclos tradicionales de la enseñanza común, sino también extender este concepto a lo largo de todo el ciclo vital de una persona. Este enfoque integrador nos permite trabajar con aquella persona que se encuentra en la tercera edad (más aun padeciendo Alzheimer y encontrándose en una situación de vulnerabilidad) considerando respetar sus gustos o pequeñas costumbre de cada día, sentir la empatía para ponernos en el lugar de otro que a veces sufre por no poder realizar aquellas tareas que realizaba, colocándonos en un lugar de guías para poder enlentecer las perdidas cognoscitivas, minimizando el sentimiento de inutilidad y por consecuente el refuerzo de la autoestima de la persona enferma conjuntamente con una mejor calidad de vida.

Es dable mencionar que la problemática de la ausencia o el abandono familiar es un factor que afecta muchísimo, ya que a medida que avanza la enfermedad el adulto mayor se encuentra en un túnel oscuro y envuelto en una gran confusión, esta situación es donde más debe acompañar el familiar al paciente, de manera que este último pueda de alguna manera comprender y atravesar la situación de la mejor manera posible, más aún se evidenció que el acompañamiento activo de los familiares fomenta un buen resultado en los tratamientos no farmacológicos. Frente a esta

cuestión se podría pensar en que ante la confusión y desorbitación de los familiares por no conocer o no capacitarse en las consecuencias y los padecimientos del Alzheimer, estos últimos mediante el abandono buscan la manera de escapar a esta situación y responsabilidad, dejando a los abuelos luchando solos.

Por otro lado, se observó desde el punto de vista de las psicopedagogas entrevistadas, que, si bien no tendrían especialización en el trabajo con enfermos de Alzheimer, las respuestas de las mismas concuerdan con al menos un 40% de las respuestas brindadas por los profesionales de la residencia geriátrica. Esto nos permite pensar que la conjunción del conocimiento de nosotros como psicopedagogos, sumado al trabajo y la experiencia de los profesionales de la residencia geriátrica, sería de gran ayuda y rendimiento, logrando así un mejor resultado del andamiaje de las actividades y el enlentecimiento de la perdida de las funciones cognitivas del paciente.

A modo conclusión, se puede mencionar que los profesionales buscan la vinculación del paciente, la actividad y el resultado de la actividad desde la empatía y la protección de los adultos mayores con Alzheimer, generando así un vínculo con ellos, llevándolas a una posición fundamental en el enlentecimiento de la pérdida cognitiva, más aún no es posible controlar la efectividad de tales procedimientos por la carencia de capacitación en la rama. Y por último y no menos importante que tanto la residencia geriátrica, como los profesionales que se desempeñan en ésta, no utilizan una orientación de la labor o de actividades de trabajo con los pacientes de Alzheimer, desde la estimulación cognitiva con un enfoque psicopedagógico, sino que los profesionales desempeñan sus funciones siguiendo la línea de cuidados generales, pero al menos la mitad de los entrevistados, manifestaron sin tener conocimiento académico de ello, realizar actividades de estimulación cognitiva, lo que nos lleva a pensar que sería de gran utilidad, provechoso y generaría resultados beneficiosos los aportes de la psicopedagogía en la estimulación cognitiva para los adultos mayores con Alzheimer

10. Bibliografía

Allegri Ricardo y Demey Ignacio. (2010). Intervenciones terapéuticas cognitivas en el deterioro leve. Vertex: Revista Argentina de psiquiatría, Vol. XXI: Pp. 253 – 259. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/190090/CONICET_Digital_Nro.9da4dcb0-46b0-45fd-b49c-d65a4f22b860_B.pdf?sequence=2

Allegri Ricardo y Roque Mónica (2015). Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación Profesional para el equipo socio-sanitario. 1era Edición. Universidad Nacional de la Matanza. Ministerio de desarrollo social. Secretaria nacional de la niñez, adolescencia y familia. Dirección nacional de políticas para adultos mayores. Buenos Aires. Argentina

Alonso García Jose Ignacio. (2016). Psicología, 2º Bachillerato, Cap. 7 La memoria humana. Editorial Mc Graw Hill. Edición Smartbook. Aravana, España

Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [online]. 2014, vol.25, n.2, pp.57-62. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002

American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® (1st ed.). Washington, D.C.

Baddeley Alan (1998). Memoria humana: Teoría y práctica. Editorial: Mc Graw Hill Interamericana de España S.L. https://es.scribd.com/document/340114495/Memoria-Humana-Alan-Baddeley

Bertorelli Alejandro. (2024). Zona de desarrollo próximo: ¿Qué es y en qué ámbitos se utiliza? Educación, salud mental, terapias. Articulo informativo. Portal NeuroClass. https://neuro-class.com/zona-de-desarrollo-proximo-que-es-y-en-que-ambitos-se-utiliza/

Caballero García Juan Carlos, Pilar Durante Molina (coord.), Pilar Pedro Tarrés (coord.) (2010). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. Editorial Masson. España

Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., de la Cruz-Morales, FDR, & Sangerman-Jarquín, DM (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 8* (7), 1603-1617.

Davicino, Noelia A.; Muñoz, Miriam S.; Barrera, María L. de la; Donolo, Danilo (2009). El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 4, núm. 1, pp. 6-11 Universidad de La Frontera Temuco, Chile. https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756002.pdf

Dides Iliana Hernández Silvera (2007). 9° Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia X Jornada de Alzheimer y otros trastornos cognitivos. El retardo de la declinación cognitiva en gerontes con patologías crónicas instaladas. https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/11029/1/retardo-declinacion-cognitiva-gerontes.pdf

José Alberto, Yuni Claudio, Ariel Urbano (2006) Técnicas para investigar recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación, volumen 1. Editorial Brujas.

Montero Javier, Gómez Romera Caridad, Gutiérrez Fernandez Jose Antonio, Gómez Romera Cristinay Salmerón Ríos Sergio (2018). Envejecimiento normal / Envejecimiento patológico. Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico. Geriatricarea: Revista digital del sector sociosanitario. https://www.geriatricarea.com/2018/11/28/envejecimiento-normal-

envejecimiento-patologico-factores-de-riesgo-psiquico-de-envejecimiento-patologico/

Organización Mundial de la Salud. (2023). Centro de prensa, articulo informativo: Demencia. Recuperado 11 de octubre del 2024, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Peña Casanova, Jordi. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer (pp. 6, 7, 61). Editorial: Fundación La Caixa. Barcelona, España.

Romero Marcela. (2006). La intervención psicopedagógica en la vejez. Núm. 19. Tiempo: El portal de la psicopedagogía https://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo19/romero.htm

Sande Sandra y Danel Paula. (2020). Experiencias rioplatenses sobre modos sociales del cuidado en el Alzheimer. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32871

Segovia de Arana, J., y Teruel Mora. (2002). Enfermedades neurodegenerativas (1st ed., pp. 11 y 12). Madrid. Editorial Farma Industria

11. Anexos

11.1 Entrevista a profesionales

1) ¿Hace cuanto trabajas en esta institución?
2) ¿Qué tarea desempeña? (Especialidad)
3) ¿Conoce que profesionales se desempeñan funciones en esta institución?
4) Los profesionales que se desempeñan en el establecimiento; ¿Trabajan en conjunto, es decir de manera interdisciplinaria?
5) ¿Conoce o sabe lo que es la demencia tipo Alzheimer?
6) ¿Conoce a alguna persona de su ámbito que padezca demencia tipo Alzheimer? ¿Desde el ámbito personal o profesional?
7) ¿Trabaja o trabajó con adultos mayores pacientes de demencia tipo Alzheimer?
8) ¿Conoce el rol del psicopedagogo?
9) ¿Sabe cuáles son los aportes que el Psicopedagogo puede brindar en pacientes con demencia tipo Alzheimer?
10) ¿Qué herramientas o estrategias toma del Psicopedagogo con adultos mayores con Alzheimer?
11) ¿Qué puede mencionar por "estimulación cognitiva"?
12) ¿Cree que los apoyos psicopedagógicos son importantes para la estimulación cognitiva de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?
13) ¿Qué estrategias propias utiliza en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?
14) ¿Tienen rutinas organizadas?
15) ¿Qué tipo de actividades podría usted organizar? (lúdicas, lecturas, ejercicios, etc.)
16) ¿Cree usted que posee las herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva en adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer?
17) Respecto a las familias de los pacientes, ¿El establecimiento brinda charlas informativas o talleres a los mismos con el fin de propiciar la estimulación cognitiva de los adultos mayores con Alzheimer? ¿Las familias se integran a las terapias? ¿Son participativos?
18) Al momento de trabajar con un adulto mayor con demencia tipo Alzheimer, ¿De que manera constata que los pacientes adquieren o reciben de manera satisfactoria el trabajo de la estimulación cognitiva?
19) ¿Qué recomendaciones/consejos le daría a alguien que se está formando para integrarse al equipo de una residencia geriátrica que posee, entre otros, pacientes adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?

11.2 Entrevista a psicopedagogos

1) ¿Cuál es su profesión? ¿Hace cuánto tiempo se desempeña en esta profesión?
2) ¿Conoce que profesionales se desempeñan funciones en una institución geriátrica?
3) ¿Conoce o sabe lo que es la demencia tipo Alzheimer?
4) ¿Conoce a alguna persona de su ámbito que padezca demencia tipo Alzheimer? ¿Desde el ámbito personal o profesional?
5) ¿Trabaja o trabajó con adultos mayores pacientes de demencia tipo Alzheimer?
6) ¿Conoce el rol del psicopedagogo en relación a la estimulación cognitiva con adultos mayores pacientes de demencia tipo Alzheimer?
7) ¿Sabe cuáles son los aportes que el Psicopedagogo puede brindar en pacientes con demencia tipo Alzheimer?
8) ¿Conoce que herramientas o estrategias toma del Psicopedagogo con adultos mayores con Alzheimer?
9) Como psicopedagogo ¿Qué apoyos psicopedagógicos utilizaría para llevar a cabo la estimulación cognitiva de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?
10) En caso que haya trabajado con adultos mayores con demencia tipo Alzheimer (o trabajare en algún momento) ¿Qué estrategias propias utilizaría en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?
11) ¿Qué tipo de actividades podría usted organizar? (lúdicas, lecturas, ejercicios, etc.)
12) ¿Cree usted que posee las herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva en adultos mayores que se encuentran en la condición de pacientes por demencia tipo Alzheimer?
13) Respecto a las familias de los pacientes, ¿Qué herramientas brindaría a los familiares con el fin de propiciar la estimulación cognitiva de los adultos mayores con Alzheimer?
14) Al momento de trabajar con un adulto mayor con demencia tipo Alzheimer, ¿De qué manera podría verificar que los pacientes adquieren o reciben de manera satisfactoria el trabajo de la estimulación cognitiva?
15) ¿Qué recomendaciones/consejos le daría a alguien que se está formando como psicopedagogo y esté interesado en integrarse al equipo de una residencia geriátrica que posee, entre otros, pacientes adultos mayores con demencia tipo Alzheimer?

11.3 Matriz de análisis de datos

Categoría de Análisis	Frases de los profesionales del geriátrico	Interpretación
Conocimiento sobre el Alzheimer	P1: “Mmm podría decir que es como cuando van olvidando las cosas. A ver a mi me pasa también, estoy haciendo algo y después me olvido que es lo que tenía que hacer, pensar esto me lleva a ponerme en el lugar de ellos, en algún momento todos podemos llegar a tener Alzheimer.”	En las respuestas de las entrevistadas se denota que los profesionales que trabajan en la residencia geriátrica la mayoría poseen noción de lo que sería el Alzheimer, pero no saben en totalidad los síntomas, los cambios en la persona a nivel físico, cognitivo, a nivel emocional, las alteraciones que se enfrenta el paciente, sus familiares y los tratantes a medida que avanza la enfermedad. Los profesionales sobre todo desconocen las medidas de prevención en la perdida gradual y progresiva de la estructura cognitiva, como así también las alternativas o tratamientos no farmacológicos para enlentecer la perdida de la estructura memoriosa.
	P2: “Ah, conozco porque lo vivo día a día" “Son como locos, no sé cómo decirte, como que se olvidan las cosas, vuelven a ser como chicos, viven más su infancia.”	
	P3: “Si, y lo definiría como complejo porque al no tener buena respuesta del lado de ellos y del área de rehabilitación, a veces te complica muchísimo lo que es la asistencia para rehabilitación motora porque no entienden pautas y consignas. Hay bastantes acá que tienen Alzheimer y están con problemas de ACV isquémico, parálisis isquémica y demás, pero al no tener ese lado cognitivo el desarrollo del entendimiento cuando vas a trabajar con determinados ejercicios, si o si tiene que ser con asistencia.”	
	P4: "No, va en realidad desde que lo conozco, es cuando una persona se olvida las cosas.”	
	P5: “El Alzheimer es como la pérdida de memoria, es como un retroceso en el aprendizaje. Es cuando los abuelos no se acuerdan de varias cosas del pasado, sino que se acuerdan lo de ahora. Ellos se vuelven como niños también.”	
	P6: “Podría decir que es una enfermedad complicada, que se empiezan a olvidar cosas, dejan de hacer caso, no sé cómo decirlo.”	
	P7: “Se que es como que se olvidan de las cosas y tienen alucinaciones”	
Trabaja o trabajo con pacientes con demencia tipo Alzheimer	P1: “Si, nosotros ya sabemos que tienen esa patología, entonces a veces pasa que se pelean y nosotros con ellos trabajamos de manera diferente.” “Que tengan paciencia, sean cariñosos, amables. Todos vamos a llegar a viejitos. Ser pacientes, que no los maltraten, ni les griten. Uno acá se encariña mucho, estamos 12	Se devela que, si bien la residencia geriátrica reside adultos mayores con Alzheimer, los profesionales que se

	horas, vivimos más acá que en nuestra casa, ellos están adaptados a nosotros y nosotros a ellos. Hay pacientes que nunca vienen a verlos y uno entiende que por trabajar no vienen, pero eso no da lugar a que los abandonen.”	desempeñan en la misma, realizan la labor de cuidado a nivel general, no pudiendo trabajar con los pacientes desde el enfoque de la prevención del deterioro cognitivo. Asimismo, se observa que los profesionales van rotando todos los días en varias oportunidades con cada paciente, lo que los lleva a tener dificultades en el seguimiento, ya que varios de los entrevistados mencionaron trabajar de manera muy remota con ellos, ya sea por carencia de personal o por falta de experiencia, ayudándose a poder asistir al residente. Por otro lado, se develo que muchos de ellos trabajan desde la calidez del sentimiento de amor, desde la empatía por la condición de enfermedad que atraviesan y sobre todo desde la paciencia y la protección, ya que mencionaron que los pacientes de Alzheimer se “vuelven como niños”. En varias ocasiones se escuchó mencionar que posicionan su labor desde un rol más humanitario, ocupando muchas
	P2:” Si, no me enfoque netamente a esos pacientes, pero si trabaje con ellos de manera remota, sobre todo cuando comen o se tienen que limpiar” “Tenerles mucha paciencia, mucho amor. Es lo principal tenerles paciencia, porque como te decía anteriormente, ellos se vuelven chicos, ellos necesitan protección, porque, aunque vos no los creas los familiares acá los abandonan mucho. Ellos necesitan sentirse protegidos, aunque muchos de ellos nos vean como desconocidas, otros tantos sienten que somos su familia. Hay pacientes que se fueron a su casa y después de unas horas quieren volver a su casa, sienten que esta es su casa ¿Se entiende? Nosotros somos más familia de ellos que su propia familia. “	
	P3: "Si, más que nada en la higiene” “Soy partidaria de pensar que todos vamos a llegar a grandes y no sabemos cómo, y estaría bueno que ese trato que quiero recibir el día de mañana sea el que damos hoy. Es tan simple decirlo, pero yo pienso que durante toda la vida somos personas independientes, autónomas y de pronto verse acá teniendo que acostumbrarse a una rutina o ver que no pueden hacer las cosas que antes hacían, es algo frustrante, y esto es algo que a todo el mundo nos va a llegar y que en realidad a cualquier edad te puede pasar. Hay que tener mucho amor, vocación y empatía.”	
	P4: “Acá todavía no trabaje sola con alguien que tenga Alzheimer. Si trabaje en otro lugar cama adentro con un abuelo que padecía de Alzheimer.”	
	P5: “Si, diariamente, pero con intervalos.” “Hay que ser uno mismo, tener comprensión, dedicación, tener humanidad, tener paciencia, y principalmente tener empatía, si una persona no tiene empatía o puede trabajar con los abuelos, ya que estos son como niños.”	
	P6: “Si, pero fue muy poco tiempo, ya que nos rotamos mucho entre nosotras con los pacientes.” “Tener paciencia, dedicación, sobre todo comprensión en lo que puedan decir los abuelos y lo que están atravesando, porque para ellos todo vuelve a ser nuevo todos los días.”	
	P7: “No, por ahora.”	

		veces un lugar que la familia dejo de vacante, ya sea por abandono o desinterés, siendo esto en ocasiones un factor que implica que los abuelos se apoyen más en los profesionales de la residencia geriátrica que en su familia real.
Conocimiento del rol psicopedagógico	P1: “Si, pero muy poco “Recuerdo que a veces viene una chica que es psicopedagoga creo, ella los hace pintar, hacer flores y ellos se entusiasman muchísimo con eso, les gusta.”	Se enfatiza que la mayoría de los profesionales de la residencia no poseen conocimiento del rol psicopedagógico, algunos tal vez lo relacionaron con el trabajo con el aprendizaje en chicos, pero de una manera muy liviana. Más aún uno de los entrevistados confundió el rol psicopedagógico con las tareas llevadas a cabo por un psicólogo. Por otro lado, se observó que un solo cuestionado pudo indicar conocer el rol psicopedagógico, indicando que, si bien el Alzheimer es una enfermedad progresiva, esta diciplina al trabajar el desarrollo cognitivo pueden prolongar las actividades de coordinación y por tanto el desarrollo de las actividades.
	P2: “No.” “La verdad no sabría decirte cuales son los aportes que realiza.”	
	P3: “Si” “Si, porque trabaja la parte cognitiva del desarrollo cognitivo y tratar de que, si bien es una enfermedad que es progresiva, tratar de que no sea tan brusco para que vayan reteniendo un poco lo que es el área de coordinación. Es como que el psicopedagogo mediante el juego o estímulos buscar el desarrollo de las actividades.”.	
	P4: “No.”	
	P5: “Lo que yo tengo entendido es como que hace que la persona intente recordar, trata de encaminar a la persona. Por ejemplo, hay cosas que a uno como persona lo marcaron y esas cosas uno trata de omitirlas, para mí esas cosas no es bueno recordarlas. Igual creo que esto tiene que ver más con psicología que con psicopedagogía (risas).” “Claro entonces no se bien que seria. Mmm pensando creo que tiene que ver con el aprendizaje no? Como en hacer aprender a los chicos, bah a las personas.”	
	P6:”Por lo que entiendo el psicopedagogo guía o ayuda a los chicos con distintos problemas que puedan llegar a tener en la vida.”	
	P7: “No sabría decir que es.”	
Termino estimulación cognitiva	P1: “Lo escuche mencionar, pero no sabría explicar que es.”	Tras leer e interpretar las distintas respuestas de los entrevistados se manifiesta que los mismos no podrían explicar lo que entienden
	P2: “No lo podría expresar con palabras, pero sé que es algo del aprendizaje.”	
	P3: “En parte es como que todo se va uniendo porque con la estimulación cognitiva	

	justamente trabajas la parte cerebral que va hacia el conocimiento y el reconocimiento. Como que lo cognitivo es más el desarrollo de lo que sería la física-motora, pero con pequeños trazos, se va más al manejo diario.”	por estimulación cognitiva. Algunos lo mencionar como que tiene que ver con algo del aprendizaje, o que lo escucharon nombrar en alguna oportunidad, pero solo dos profesionales de la residencia geriátrica en sus respuestas se acercan a la definición de estimulación cognitiva. Entre ellos uno pudo describir una situación de rehabilitación cognitiva, sin saber que se trataría de una rehabilitación.
	P4: “Mmm lo escuche nombrar, pero no recuerdo mucho.”	
	P5: “No sabría decirte bien que es. Mmmm no conozco mucho el término.” “Para mi toda estimulación es buena, mientras no toque lo sentimental. Por ejemplo, me paso una vez que un abuelo no sabía cómo agarrar una cuchara, se había olvidado como comer con una cuchara entonces le teníamos que dar de comer, hasta que un día se me ocurrió mediante el juego de la comidita, tratar de enseñarle mostrándole como se agarraba y demás. Bueno después el abuelo aprendió o mejor dicho recordó para mí eso fue un estímulo para que recordara algo que antes el hacía.”	
	P6: “No, no sé bien que es lo que es.”	
	P7: Mmm, no.”	
Apoyos psicopedagógicos beneficiosos para la estimulación cognitiva	P1: “Si los ayuda, porque se los ve emocionados, les gusta. “Mmm, no sabría decirte.”	La totalidad de los entrevistados, aun sin saber bien el rol psicopedagógico, manifiestan que el apoyo psicopedagógico sería beneficioso y ayudaría a los pacientes de Alzheimer, haciendo hincapié en que cualquier tipo de apoyo es bueno para los adultos mayores que tienen Alzheimer. Por otro lado, algunos entrevistados indicaron como principales apoyos el juego y la música, mencionando que brindarían estímulos de agrado para los adultos mayores, ayudándoles estos a recordar los conocimientos que en algún
	P3: “No sé bien que serán los apoyos del psicopedagogo, pero yo creo que el juego, la música, estimulan a los abuelos, a nivel corporal también. Porque ellos se olvidan hasta lo que es comer.”	
	P3: “Sí, totalmente.” “Yo creo que toma inicialmente el juego, o le proporciona estímulos que sean de interés del paciente para que el mismo pueda recordar y evocar los conocimientos que en algún momento incorporo.” “En lo que es mi área, según la complejidad que tenga, es la rehabilitación que tiene el paciente. Cada quien acorde a su capacidad o su incapacidad física tiene una determinada rutina de ejercicios, por ahí otros no, pero es especifico. Algunos a veces logran hacer clases integradas de ejercicios con elementos tales como pelotas, bastones o demás, como también tenes al que tiene un ACV isquémico y no moviliza bien la pierna entonces con este lo que es la motricidad de miembros inferiores debe adaptarse y ser personalizada.”	
	P4: “Yo creo que sí, porque cualquier apoyo que puedan recibir los pacientes son buenos.” "No sabría decir alguno.”	

	P5: “Depende, los apoyos desde el aprendizaje sí, pero desde lo sentimental no.” “Yo creo que tiene sus pros y sus contras, si uno recuerda sucesos negativos, que le hicieron mal en algún momento, ¿Por qué vamos a hacerle recordar? Yo creo que, como aporte, sería bueno que los hagan ejercitar con juegos de rapidez mental o algo físico, porque desde lo sentimental no creo que sea bueno. “	momento de su vida incorporaron o evocar recuerdos de que haceres básicos, como comer. Un entrevistado menciono la importancia del apoyo psicopedagógico en la evaluación de las capacidades físicas de cada paciente con Alzheimer, poniendo énfasis en que tras dicha evaluación la actividad que se brindara a un adulto mayor con Alzheimer puede ser adaptada y personalizada según sus limitaciones. Se denoto una vez más uno de los entrevistados confundió los apoyos psicopedagógicos con el recuerdo de aquellas situaciones sentimentales reprimidas en el inconsciente (vinculadas al área de la psicología).
	P6: “Yo creo que sí, pero no sabría decir bien en que.” “Es una gran ayuda para los chicos, asique estimo que acá seria de mucha ayuda, por la estimulación con los juegos, con la música, etc.”	
	P7: “Supongo que sí, pero no sabría porque no sé bien lo que hace un psicopedagogo” “No los conozco. “	
Posee herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer	P1: “Si, me faltan algunas herramientas para poder trabajar de manera más específica con ellos. Por ejemplo, ahora hay cosas que me preguntas y como que me cuesta explicarlo. Me gustaría poder ayudarlos un poco más como un grupo que viene varios días de la semana, es como una ONG, es de moreno y los hacen escuchar música y eso también les encanta”. “Desde mi experiencia me sirve mucho hacerlos dibujar, o sino acá hay rompecabezas, esos también los armamos” “Y podría organizar actividades de dibujo, para que puedan trabajar la parte muscular de las manos, también para que puedan dibujar cosas que le gusten.”	Existen entrevistados que manifiestan a viva voz poseer herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer, al menos la mitad indica encontrarse con carencia de herramientas. Por otro lado, gran parte de los entrevistados manifiestan el deseo

	P2: “Si bien yo puedo desenvolverme con pacientes con Alzheimer, me faltan herramientas. Sería bueno que la residencia brinde algún tipo de capacitación.” “Podría mencionar que una herramienta es el juego,” “Hablaría con ellos, utilizaría la comunicación, porque a ellos les gusta mucho hablar, les preguntaría cosas para que intenten recordar las cosas que tal vez olvidan, no se preguntarles ¿te acordes cómo se hace esto?” “Para organizar actividades utilizaría la música, que realicen ejercicios físicos mediante el baile buscando que los músculos no se atrofien, al igual que puedan recordar las letras de los temas musicales que escuchaban hace años.”	de que la residencia geriátrica brinde una capacitación en asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer, indicando la mayoría la realización de un curso de cuidado de adultos mayores, o asistente terapéutico. Como se observó varios de los profesionales manifestaron no poseer herramientas suficientes para brindar asistencia o estimulación cognitiva a adultos mayores con Alzheimer, pero en respuestas posteriores se observó que de manera encubierta los mismos utilizan diferentes técnicas para poder llevar a cabo al asistencia o estimulación cognitiva. Entre ellas podemos mencionar las actividades de dibujo para poder trabajar el área motriz (movimiento y flexibilidad), la comunicación, la verbalización de las tareas a realizar, las preguntas buscando que los residentes recuerden alguna tarea del quehacer cotidiano que tal vez olvidaron, la música como andamio para poder mover el cuerpo mediante el baile o poder recordar las letras de las canciones que escuchaban de
	P3·: “Si, porque en mi área, con cualquier cosa te armas una pesa, con cualquier cosa te armas una banda elástica, con cualquier cosa armas un bastón para ejercitar, esta todo en el ingenio también de cada uno, en adaptar algo para que pueda ser utilizado para determinado movimiento o ejercicio.” “Propias, suelo utilizar más que nada el juego, elementos, desde listones, sogas, bandas elásticas, pelotas, todo lo que pueda llegar a llamarle la atención para que puedan concentrarse y mediante el juego o una simple clase de actividad física logren desarrollar movimientos que tal vez habían olvidado que tenían.” “Trato siempre de organizar actividades grupales, trabajando todo lo que tiene que ver con la motricidad, con ejercicios de rutina tales como flexión, extensión abducción y aducción, rotaciones articulares porque al ser adultos mayores y tener una vida un poco más sedentaria las articulaciones se van endureciendo, teniendo más rigidez, por eso trabajaría mucho más la flexibilidad. Eso sería en una clase más amplia con los pacientes de tercera edad.”	
	P4: “Yo siento que me faltan herramientas. Sería bueno que brinden alguna capacitación o una charla acá en la institución.” “Calculo que deben jugar, pero no sabría decirte.” “Podría organizar actividades de juego, jugar con los abuelos”	
	P5: “Si, tengo varias herramientas.” “Y yo por ahí traería los juegos, buscaría trabajar lo motriz para que no pierdan el movimiento y la flexibilidad.” “Organizaría gimnasia para adultos, más que todo para focalizar en lo físico ya que al no moverse tanto como en su juventud, el cuerpo comienza a ponerse cada vez más rígido,	

	y con a gimnasia podrían moverse más y tener autonomía por más tiempo. Como por ejemplo al ir al baño”	jóvenes. Algunos mencionaron el juego, destacando aquí que utilizan cualquier elemento tales como listones, sogas, pelotas o cualquier elemento que llame su atención para poder llegar a su concentración y mediante una simple actividad física logren desarrollar movimientos que tal vez habían olvidado que tenían, ayudando así a tener autonomía por un tiempo más prolongado. Asimismo, se observó que uno de los entrevistados utiliza las técnicas de actividades grupales
	P6: “Yyy acá todas hacemos todo, yo hoy en día me respaldo mucho en mis compañeras. Tal vez sería bueno más experiencia y una capacitación para poder tener más herramientas.” “Como estrategia utilizo mucho la paciencia les hablo mucho, porque uno les habla y no comprenden entonces uno tiene que tener bastante paciencia para explicarles las cosas las veces que sean necesarias" “Podría organizar actividades con ejercicios de memoria, tipo memo test, o pintura y también manualidades.”	
	P7: “Yo pienso que me faltan herramientas para poder trabajar el da de mañana con los abuelos que tengan Alzheimer.” “Al momento no tengo.”	
Charlas o asesoramiento hacia las familias para propiciar la estimulación cognitiva	Como decir charlas informativas no, pero si a veces dan algunas recomendaciones de manera individual a cada familiar.	Según lo narrado por los entrevistados la residencia geriátrica no brindaría charlas o asesoramiento hacia las familias para propiciar la estimulación cognitiva, más si brindaría charlas sobre acontecimientos ocurridos con los adultos mayores, tales como estado de salud, estado emocional, recomendaciones clínicas en caso que lo quieran llevar de visita a sus casas, etc. Por otro lado, la residencia realiza varias actividades en días festivos específicos, teniendo por objetivo
	P2: “No, la institución no brinda charlas a la familia de ese tipo. Pero si tiene reuniones donde les informan alguna situación en especial de algún abuelo, o alguna condición de salud. “La verdad es que muchas familias olvidan que dejan a sus abuelos acá, muchas veces los abuelos cuentan más con nosotras que con sus propias familias.”	
	P3: “Tenes casos y casos. Ahí es donde entro con el trabajo interdisciplinario con la psicóloga, porque desde el lado emocional de ellos y la contención familiar, es un tema que se trata bastante. Si el abuelo esta con un tema emocional delicado y desde el ámbito familiar tenes el abandono, los abuelos empiezan a tener negaciones con lo que es la rehabilitación. Tenes casos y casos, hay familias que son muy presentes como otras que no. En estos últimos casos es que si veo alguna negación en la rehabilitación o actitud media depresiva doy aviso a la psicóloga para que pueda charlar con ellos y con la familia.	
	P4: “Los familiares visitan a los pacientes, cuando vienen hablan con los profesionales y ahí les brindan recomendaciones en caso que se quieran llevar al abuelo a sus casas. Pero	

	no de estimulación, sino para poder llevarse bien.”	integrara a las familias de los abuelos a fin de que los mismos se empapen en las terapias de socialización y esparcimiento, recibiendo como respuesta la participación de algunas familias, siendo el porcentaje mayoritario el que no asiste a las mismas.
	P5: “Como decir talleres o charlas no, pero si acá se festeja el da de la madre, el día del padre, el día de la primavera, buenos obviamente navidad, etc. etc., y en todos los festejos se busca integrar a las familias, muchas veces vienen y otras veces no. En las mismas reuniones algunas familias nos preguntan manejar la situación, o como ayudar a su familiar y nosotros indicamos algunas sugerencias, pero la realidad es que la mayoría de las familias olvidan que su papa o su mama están acá.”	
	P6: “ Emm cuando pasa algún problema acá se lo comunican de inmediato a las familias, también los médicos o kinesiólogos le explican a la familia que paso. También varios dan recomendaciones a las familias, pero acá no se dan talleres para eso.”	
	P7: “Como decir taller para las familias no, pero se les comunica cualquier situación que pudiera pasar.”	
Comprobación de estimulación cognitiva satisfactoria	P1: “La verdad estoy nula (risas), no me sale como expresarme. Podría decir que, con un abrazo, como que el abuelo agradece lo brindado.”	De los datos recabados, dos pudieron explicar de qué manera podrían comprobar que la estimulación cognitiva fue satisfactoria en adultos mayores con Alzheimer: Una de ellas distinguió esta acción mencionada la utilización de la supervisión y la simulación de la tarea a realizar. La segunda menciono que la utilización de la música le ayudaría a los pacientes a recordar las letras de las canciones y los bailes clásicos de las mismas, aunque la profesional no pudo distinguirlo, n este acontecimiento estaría trabajando la memoria a largo plazo. La mayoría de los entrevistados presentarían una vaga o nula idea de cómo podría comprobar la
	P2: “No sabría decirte como, no sé con un abrazo. La verdad es que trabajamos entre todas y nos ayudamos entre todas. Pero si yo sola tendría que trabajar con un paciente con Alzheimer no podría, porque acá tenemos 60 pacientes y no podes dedicarte a uno solo. Pensándolo si yo podría dedicarme a un solo abuelo que tiene Alzheimer podría dedicarle más tiempo, enseñarle más cosas y evitar que se vaya perdiendo esa memoria, como que podría realizar un trabajo más personalizado. Acá el tema son las faltas también, el personal falta y eso complica el trabajo personalizado. Ponele ahora tenes a cuatro que están bañando a los abuelos.”	
	P3: “A ver… yo arranco explicándoles una actividad haciéndoselos yo, les muestro y doy varios ejemplos de cómo hacerlo, incluso los asisto para que puedan realizarlo. Luego cuando veo que ya logro ese instante de concentración y puedo hacerlo solo, siempre bajo supervisión, pero solo, ahí es el momento en que constato que recibieron la estimulación de manera satisfactoria. Luego de ahí es que veo y analizo si subir un poco la exigencia en el ejercicio o continuar con el mismo.”	
	P4. “No podría comprobarlo, como dije sería bueno que brinden una capacitación.	
	P5: “No sabría explicar, mmm por ejemplo yo cuando ellos quieren algo yo cedo y se lo doy, después busco de manera escondida que ellos me den eso que les di que en realidad no deberían tener. Sería como una negociación, pero eso es en algo que yo quiero que	

	cumplan. Todo siempre que se sientan agredidos. "Y yo voy mucho con las canciones, los bailes, por ejemplo, vos tranquilamente me podes ver interactuando con los abuelos, siempre tratando que salga del pocito. Aunque a veces te dicen; - No, no hagas nada ya está muy avanzado – Yo siempre voy a intentar, siempre veo una lucecita. Porque yo veo que desde la música y el baile siempre traen los mejores recuerdos, se ríen y yo creo que los abuelos con la música recuerdan cuando eran jóvenes y con el sonido las letras de las canciones y como se bailaban los temas del momento en aquel entonces."	efectividad de la estimulación cognitiva. De esta manera se observa una carencia en la efectividad de la tarea. Si bien los profesionales entrevistados pueden que sin darse cuenta brinden estímulos a los adultos mayores, es imposible tener certeza de ello ya que los mismos desconocen como comprobarlo o como explicarlo. Asimismo, indicaban como estimulación cognitiva satisfactoria el hecho de negociar alguna situación problemática, o el recibiendo de cariño por parte de los adultos mayores con Alzheimer. También se pudo develar el descontento con la carencia de personal de la residencia.
	P6: "Yo creo que, por medio del habla, es decir mediante la palabra, porque ellos te comunican muchas veces su descontento o agrado."	
	P7: "Supongo que, con la comunicación con el abuelo, pero no sabría cómo."	

Categoría de Análisis	**Frases de los psicopedagogos**	**Interpretación**
Conocimiento sobre el Alzheimer	PSICOPE1: "Si, conozco características generales y sintomatología compatible con Alzheimer. Está afectada la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Aunque no realicé especialización ni capacitación específica en ello."	Ambas psicopedagogas tienen conocimiento en la Demencia tipo Alzheimer, aunque no se hallan capacitado en ello.
	PSICOPE2: "Se sobre el Alzheimer, pero me gustaría aprender más" "Creo que lo importante es seguir formándonos, y que es un ámbito que necesita nuestro aporte. Es una etapa de la vida muy frágil y es muy importante seguir	

	motivando el pensamiento y las funciones intelectuales y neuronales del adulto mayor”	
Trabaja o trabajo con pacientes con demencia tipo Alzheimer	PSICOPE1: “No trabajé ni trabajo con personas con Alzheimer.”	Ninguna de las entrevistadas trabajo o trabaja con pacientes con demencia tipo Alzheimer.
	PSICOPE2: “No trabaje con personas con Alzheimer”	
Conocimiento de aportes psicopedagógicos en estimulación cognitiva de adultos mayores con Alzheimer	PSICOPE1: “Conozco la intervención del psicopedagogo en la estimulación cognitiva para la memoria, el lenguaje, las gnosias, praxias y cálculo. Las rutinas y AVD que implican el abordaje con pacientes con demencia, pero no realicé especialización.” “Si, conozco los aportes en relación con trabajar las estrategias para brindar calidad de vida a las personas con Alzheimer, potenciar las habilidades presentes y procurar enlentecer el deterioro de la persona. Pero no tengo amplio conocimiento en el tema.” “Conozco las intervenciones que realiza la psicopedagogía en virtud de estimular la memoria, el lenguaje, las gnosias, praxias, el cálculo y demás. las rutinas, las avd. Pero no en especificidad con el Alzheimer.”	Solo una de las entrevistadas pudo profundizar más en detalle el rol psicopedagógico en relación a la estimulación cognitiva de pacientes con Alzheimer. Ambas entrevistadas concordaron en que los aportes del psicopedagogo constan de brindar calidad de vida al paciente, estimular neuronalmente, enlentecer el deterioro de la persona. Es decir que ambas consideran importante prolongar la vitalidad en todo sentido de la persona afectada, focalizando en la estimulación de todo tipo.
	PSICOPE2: “Creo que el rol del psicopedagogo es estimular cognitivamente Los aportes serían seguir estimulando las neuronas del paciente, estimular, hacerlo pensar…que no deje de tener estimulo”	
Apoyos psicopedagógicos para incentivar la estimulación cognitiva a adultos	PSICOPE1: “Sin duda utilizaría pictogramas, el recitado, la manipulación de objetos para la coordinación visomotora, reconocimiento de sonidos conocidos, la evocación, la escritura mediante dictado, etc.”	Mientras que una de las entrevistadas oriento los apoyos hacia ejercicios de coordinación, manipulación de objetos y reconocimiento de sonido, otra entrevistada oriento los apoyos

mayores con Alzheimer	PSICOPE2: “Haría crucigramas, juegos de encontrar diferencias, juegos de atención”	al dinamismo de los juegos. Aquí se puede observar la concordancia entre los narrado por estas entrevistas y los profesionales de la residencia geriátrica (anterior cuadro)
Organización de actividades en adultos mayores con Alzheimer	PSICOPE1: “Podría realizar trabajos lúdicos con elementos concretos, manipulación de objetos, por ejemplo... ¿Cómo utilizarías la cuchara para tomar sopa? Y propondría realizar los movimientos para estimular las neuronas espejo. Realizaría dictados para ejercitar la memoria inmediata y el registro gráfico. Trabajaría con audios para potenciar la evocación y el reconocimiento de sonidos conocidos. Entre otros.”	Si bien ambas entrevistadas no poseen capacitación especializada en el trabajo de pacientes de Alzheimer, ambas pudieron brindar un despliegue amplio de actividades entre ellos ejercicios de reconocimiento visual, sensorial y auditivo, trabajando así las memorias a largo y corto plazo, como así también las memorias visual auditiva y kinestésica
	PSICOPE2: “Lecturas para trabajar comprensión y debates orales, juegos sensoriales para trabajar la movilidad”	
Herramientas de estimulación cognitiva para familiares de adultos mayores con Alzheimer	PSICOPE1: “Principalmente trabajaría la empatía, la paciencia y el reconocimiento de las habilidades presentes en la persona, sabiendo que no son episodios voluntarios las manifestaciones de Alzheimer. Aun así, es lo que me parece en este momento, pero te vuelvo a repetir no cuento con conocimiento específico en trabajar con abuelos con Alzheimer y por tanto para trabajar con las familias.”	Las entrevistadas lograron brindar algunas de las herramientas de estimulación cognitiva que utilizarían en el trabajo de campo, ambas manifestaron necesitar capacitación en la especialidad del trabajo con pacientes de Alzheimer.
	PSICOPE2: “Les dejaría un cuadernillo para que ellos los hagan junto a su familia, de igual manera te vuelvo a repetir necesitaría capacitarme en el tema.” “no conozco herramientas, pero estimo que podrían ser crucigramas, ejercicios para hacerlos pensar”	
Comprobación de estimulación cognitiva satisfactoria	PSICOPE1: “Se podría verificar en las AVD (actividades de la vida diaria) si, realmente el abordaje potencia la calidad de vida.”	Se logro visualizar que ambas poseen métodos efectivos para comprobar si la estimulación cognitiva brindada al paciente fue satisfactoria, enfatizando en que el paciente debería demostrar deseo de continuar, con estado de ánimo
	PSICOPE2: “No lo sé con certeza, pero creo que se vería reflejado en el adulto mayor. Si se lo ve atento, con deseo de continuar haciendo los ejercicios, participando y en su estado anímico”	

		elevado, todo ellos llevando a la mejor calidad de vida del mismo.