

PRÁCTICAS DE CUIDADO MENTAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
ALZHEIMER EN COLOMBIA



**Buenas prácticas de cuidado mental en pacientes con diagnóstico de Alzheimer en  
Colombia**

Por

Paola Andrea Valencia Barrera

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

Noviembre 2020

Buenas prácticas de cuidado mental en pacientes con diagnóstico de Alzheimer en Colombia

Por

Paola Andrea Valencia Barrera

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor

Gustavo Alberto Carmona Ríos

Psicólogo

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

Noviembre 2020

## Contenido

Introducción .....	6
Planteamiento del Problema .....	11
Objetivos .....	18
Justificación .....	19
Antecedentes .....	21
Marco Referencial.....	23
Vejez y Envejecimiento .....	23
Enfermedad de Alzheimer (EA).....	25
Cuidado Especializado de Adultos Mayores.....	31
Intervención Psicológica en Adultos Mayores.....	32
Procesos Psicológicos Básicos Afectados por la EA .....	35
Metodología .....	40
Consideraciones éticas .....	48
Análisis .....	49
Descripción de Técnicas .....	51
Actividad física y fisioterapia. ....	57
Documentos de Investigaciones .....	61
Discusión.....	67
Conclusiones .....	70
Referencias.....	72
Anexos .....	81

## Resumen

La siguiente investigación documental tuvo como objetivo presentar las buenas prácticas de cuidado en salud mental en adultos mayores con Alzheimer, consignados en registros documentales en Colombia, publicados entre los años 2010 – 2020. Investigación realizada desde un enfoque Cualitativo, con método de investigación documental. La muestra estuvo configurada por ocho documentos con evidente valor científico; se seleccionaron tres análisis de resultados de investigación y cinco análisis de resultados de material documental artículos de revisión documental o reflexión y videos del GNA.

Se concluye sobre la importancia de adecuar las técnicas cognitivas según las características propias de cada persona y ajustarlas según las posibilidades, limitaciones, capacidades y gustos. Se registran técnicas como la Estimulación cognitiva, la Influencia y reconocimiento de las emociones, el Programa Hatha-Yoga, Estimulación cognoscitivo comunicativa, la Sala sensorial, la musicoterapia y estimulación sensorial, la fisioterapia y/o actividad física y la alimentación, la implementación de hábitos saludables como dormir, el ejercicio y una alimentación saludable, evitar el consumo de alcohol, constante capacitación, y aunque varias de estas técnicas no son consideradas psicológicas, si se considera importante que el profesional de psicología tenga el conociendo de la importancia e impacto que tienen para las personas en su salud física y psicológica.

**Palabras claves:** Vejez y envejecimiento, Cuidado especializado de adultos mayores, Alzheimer, Técnicas cognitivas.

## **Abstract**

The following documentary research aimed to present the good practices of mental health care in older adults with Alzheimer's, consigned in documentary records in Colombia, published between the years 2010 - 2020. Research carried out from a Qualitative approach, with a documentary research method. The sample was made up of eight documents with evident scientific value; Three analyzes of research results and five analyzes of results of documentary material were selected, articles of documentary review or reflection and videos of the GNA.

It concludes on the importance of adapting cognitive techniques according to the characteristics of each person and adjusting them according to the possibilities, limitations, capacities and interests. This research records techniques such as cognitive stimulation, the influence and recognition of emotions, the Hatha-Yoga Program, cognitive communicative stimulation, the sensory room, music therapy and sensory stimulation, physiotherapy and / or physical activity and nutrition, the implementation of healthy habits such as sleeping, exercise and healthy eating, avoiding alcohol consumption, constant training, and although several of these techniques are not considered psychological, It is considered important that the psychology professional is aware of the importance and impact that he has for people on their physical and psychological health.

**Keywords:** Eld and aging, Specialized care for the seniors, Alzheimer's, Cognitive techniques.

## **Introducción**

La presente investigación inicia describiendo a grosso modo la etapa de la vejez, para luego adentrarse en algunas cifras a nivel internacional sobre el aumento de la población de adultos mayores y la necesidad de establecer políticas públicas orientadas hacia la protección y garantías de calidad de vida.

No obstante, el aumento de adultos mayores también trae consigo el aumento de enfermedades de orden físico y mental. Los casos de demencia, en especial, la enfermedad de Alzheimer (EA), han generado preocupación a las entidades gubernamentales, debido a que su tratamiento es costoso, es una enfermedad crónica, incapacitante y que hasta el momento no tiene cura.

Lo anterior volcó el interés a indagar sobre las técnicas psicológicas que se han documentado como tratamientos alternativos a la farmacología y que contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con este diagnóstico, para lo cual se debe recurrir a fuentes documentales para poder responder a la incógnita manifiesta.

Se tomó la decisión de revisar el material documental de estudios publicados entre los años 2010-2020, relacionados con las buenas prácticas de atención en salud mental en adultos mayores de Colombia o en población colombiana, de allí derivó la pregunta problema ¿cuáles son las buenas prácticas de atención en salud mental en adultos mayores con Alzheimer, consignadas en registros documentales en Colombia, publicadas entre los años 2010-2020?

En la justificación se explica la pertinencia teórica y social de este trabajo de investigación, también, sobre la necesidad de informar y actualizar a los profesionales en las

ciencias sociales y humanas o personas interesadas en el tema, acerca de la EA y las buenas prácticas psicológicas documentadas.

Para la búsqueda de antecedentes se tuvieron en cuenta los estudios de investigación experimentales, con aplicación de técnicas de intervención cognitivas y sus efectos en la población, para ello, se acudieron a publicaciones de otros países para contrastar la muestra documental seleccionada.

En cuanto al marco referencial, se abordaron algunos conceptos asociados con la vejez y el envejecimiento, donde se habló a grandes rasgos sobre los cambios físicos, psicológicos y conductuales que trae consigo la vejez y que puede ser un envejecimiento sano y un envejecimiento con patologías base que aceleran el proceso de deterioro físico y mental. Lo anterior permitió desarrollar la definición de una Demencia tipo Alzheimer (DTA) o enfermedad de Alzheimer (EA) y cuáles son los procesos psicológicos básicos afectados por esta patología.

El método de investigación propuesta fue la cualitativa y se escogió el diseño de investigación documental, para el cual se siguió un proceso metodológico y riguroso que consiste en tres pasos: diseño, gestión e implementación y comunicación de resultados.

En el diseño se determinó como objeto de estudio, los registros documentales de las buenas prácticas de atención en salud mental en adultos mayores con EA y que fueron publicados entre los años 2010-2020.

Se estableció la estrategia de búsqueda de información: bases de datos de la Biblioteca de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Antioquia – Chocó. Se generaron criterios de búsqueda, y los criterios de filtro fueron aquellas investigaciones orientadas hacia

adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, estudios realizados en Colombia, aplicación y seguimiento de técnicas psicológicas o investigaciones documentales. De esta búsqueda fueron seleccionados 16 artículos.

Cada artículo pasó a ser clasificado y registrado en una Matriz de análisis topológico, con el fin de facilitar el análisis. También se tomó como unidades para el análisis, la producción compartida por el Grupo de Neurociencias de Antioquia (GNA) sobre estrategias de intervención en la población con EA. Esta fuente de información consistió en Conferencias y Videos publicados en las redes sociales del Grupo.

En el segundo momento de la gestión e implementación, se hizo una lectura detallada de cada documento, este fue el último filtro de la información y se decidió cuáles artículos formaron parte de la muestra y cuáles se descartaron. Aquí se procedió a implementar las fichas bibliográficas y el análisis sistemático de cada uno, se descartaron 8 artículos de los 16 previamente seleccionados, de los cuales se establecieron categorías de análisis.

Finalmente, se llegó al tercer paso que consiste en la comunicación de resultados, allí se generó el nuevo texto y su respectiva presentación para ser publicado. Este nuevo texto complementó el conocimiento ya estudiado y se ilustró el ejercicio investigativo, cuál fue su metodología, hallazgos, alcances y preguntas que surgieron del estudio, con el fin de ser objeto de discusión del público hacia el cual está dirigido.

Como resultado de la sistematización y el proceso de análisis de los contenidos, se identificó dos grupos de datos que ofrecen información valiosa y que puede ser útil para el ejercicio de la práctica y acompañamiento de adultos mayores con la EA. Los dos grupos de información de las investigaciones que se analizaron son: análisis de resultados de material



documental (artículos de revisión documental o reflexión y videos del GNA) y análisis de resultados de investigación.

La primera categoría corresponde a los productos de grupos de reflexión, revisión de documentos, reflexión de la experiencia y participación en el escenario de compartir saberes científicos sobre el cuidado, como el GNA. En este grupo se identificaron dos artículos de reflexión, tres registros documentales y cuatro ponencias del GNA.

La segunda categoría de investigación, está conformada por tres documentos que son el resultado de investigaciones, las cuales evalúan la eficacia o cómo aporta una determinada técnica de intervención en la salud mental de la población adulta mayor con la EA o DTA.

La discusión se centró entre las tres investigaciones experimentales, teniendo en cuenta las siguientes variables: el tamaño de la muestra, duración de la intervención, seguimiento y resultados. Se resaltó que los estudios con una muestra más grande obtuvieron resultados más relevantes y positivos en las capacidades cognitivas estudiadas, en comparación con las que tenían una muestra de menor tamaño, sin embargo, se resalta que en las investigaciones que tenían menor tamaño de la muestra los resultados apuntaron a los beneficios de condición física y emocional.

Finalmente, en la conclusión se resaltó la importancia de adecuar las técnicas cognitivas según las características propias de cada persona y ajustarlas según las posibilidades, limitaciones, capacidades y gustos. Se describe cómo las técnicas de musicoterapia y estimulación sensorial tuvieron un impacto positivo en los pacientes con la EA.

Se resalta la importancia de que el profesional de psicología conozca más sobre los beneficios que tiene para las personas la implementación de hábitos saludables y el por qué en la

mayoría de textos la mayoría de las técnicas cognitivas fueron diseñadas para pacientes en etapa temprana o media de la EA.

### **Planteamiento del Problema**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), el envejecimiento se caracteriza por diversos cambios biológicos que se dan gradualmente ocasionados por el deterioro celular y que con el tiempo agota las reservas fisiológicas. Es así como el ser humano llega a la vejez, etapa en la cual las personas son más propensas a padecer diversas enfermedades que pueden afectar su calidad de vida y su funcionalidad en la sociedad.

En efecto, Kahn (1967) argumenta que en la edad adulta mayor se presentan algunos factores que inciden en el debilitamiento de las ejecuciones y desarrollo de actividades cotidianas, que a su vez, interfiere en el bienestar de las personas. Sin embargo, la aceleración o disminución del deterioro que trae consigo la vejez, también depende de los hábitos saludables, el estilo de vida y el estado de salud de las personas que han tenido a lo largo de la vida, factores que hacen del proceso de envejecimiento como una etapa que varíe de persona a persona y no sea objetivo, es decir, que no todos los adultos mayores tienen las mismas condiciones físicas, psicológicas o funcionales.

Los procesos degenerativos propuestos por Kahn (1967) involucran: cambios físicos, deterioro en la funcionalidad de los órganos del cuerpo, de los tejidos, la piel y las células. Estos procesos aumentan la probabilidad de que aparezcan comorbilidades y alteraciones cognitivas y psicosociales. Las alteraciones neurológicas, involucran cambios en el desempeño cognitivo, pérdida progresiva de la memoria, de la atención, la afectación intelectual, del lenguaje y el procesamiento de la información. Las comorbilidades psicosociales, por ejemplo, pueden estar relacionadas con la dependencia del adulto mayor hacia otras personas, sufrir aislamiento por

parte de la familia y no ser reconocido como parte integral en la toma de decisiones, planes o charlas, entre otras.

Estas comorbilidades también pueden interferir en la adaptación de los entornos dentro del hogar o en entidades destinadas a su cuidado, entre otros contextos sociales. Es preciso resaltar que muchos de los cambios en esta etapa son procesos normales de la vejez.

Si se tiene en cuenta que, según la OMS (2017), la población de personas mayores de 60 años está creciendo de forma acelerada a nivel global y se calcula que existe la probabilidad que, entre el 2015 y 2050, esta población aumente del 12% a 22%, es decir, pasaría de 900 millones a 2.000 millones de personas. Se hace evidente el requerimiento de políticas públicas de atención prioritaria y un oportuno acompañamiento social que garantice una mejor calidad de vida en la vejez de forma sistémica, donde se pueda prevenir e intervenir los factores que alteran el área física, social y mental de los adultos mayores.

Por otro lado, la OMS (2017) señala que hay factores de riesgo en la adultez mayor que afectan notablemente la calidad de vida, estos son las comorbilidades cognitivas, físicas y psicosociales. Esos factores, propician la aparición o intensificación de trastornos mentales en la tercera edad, dado que el bienestar mental influye en la salud del cuerpo y viceversa. Por ello, las enfermedades físicas pueden alterar el estado psicológico, haciendo que se presente tasas elevadas de depresión a diferencia de quienes no padecen alteraciones en la salud física.

Además, la alta vulnerabilidad a la que están expuestos los adultos mayores, los conlleva a correr el riesgo de ser víctimas de diferentes tipos de maltrato como el físico, psicológico, emocional, económico, abandono, entre otros, lo que también influye en la alta tasa de trastornos mentales en esta población, según los registros actuales “[...] una de cada 10 personas mayores

sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas, también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad” (OMS, 2017, párr. 8).

Asimismo, tampoco hay que perder de vista que la calidad de vida de los adultos mayores también corre mayor riesgo cuando existe la probabilidad de padecer algún tipo de demencia, enfermedad mental de gran impacto, que acelera el decaimiento progresivo de la salud y es motivo de incapacidad médica. Según la OMS (2020) 50 millones de personas padecen demencia en el mundo, siendo el 60% de casos pertenecientes a países con ingresos bajos y medios. Esta cifra tiende a aumentar, aproximadamente, a 10 millones de nuevos casos anuales y cerca de un 5% y 8% de adultos mayores alrededor del mundo pueden llegar a sufrir algún tipo de demencia; es decir, que la proyección entre los años 2030 y 2050, tiende a aumentar las cifras de 82 a 152 millones de personas con demencia a nivel mundial.

La demencia es un síndrome neurodegenerativo que afecta la cognición, puede surgir por el padecimiento de algunas enfermedades o lesiones cerebrovasculares que ocasionan alteraciones psicológicas y conductuales, como la pérdida del lenguaje, memoria, funciones motoras, orientación, autonomía, pensamiento, cambios conductuales, entre otros. Los efectos de esta enfermedad van deteriorando progresivamente la vida diaria de la persona, lo cual se sale de la concepción del proceso de envejecimiento normal, esto quiere decir que el deterioro cognitivo es acelerado por factores diferentes a la vejez (OMS, 2020).

Por ello, la OMS (2020) reconoció la demencia como una enfermedad que requiere de atención prioritaria de salud pública, por lo cual viene trabajando el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* apoyado por la Asamblea Mundial

de la Salud. El plan estipula las acciones normativas a seguir, tanto por la OMS, como por las asociaciones internacionales, nacionales y regionales. Acciones enfocadas en la ejecución de servicios y prácticas que permitan satisfacer las necesidades de la población con demencia. Cuyo objetivo, se orienta a la ejecución de políticas para ampliar y desarrollar investigaciones en torno a la incidencia de la enfermedad y sobre “[...] la reducción de riesgos; el diagnóstico, el tratamiento y la atención; los sistemas de información; el apoyo a los cuidadores, y la investigación y la innovación” (OMS, 2020, párr. 19).

Según la OMS (2020) la enfermedad de Alzheimer (EA) tiene una prevalencia entre el 60% y 70%, de los casos de demencia registrados, siendo reconocida como el tipo de demencia más común entre sus diversos tipos.

En Colombia, la entidad encargada de llevar las estadísticas de patologías a nivel nacional es el Ministerio de Salud (2017), la cual mediante un trabajo conjunto con Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias, en convenio con la Universidad del Valle y la Universidad de Caldas, publicaron el boletín de salud mental: *Demencia*, presentado por la subdirección de enfermedades no trasmisibles en el año 2017. En éste detalla una investigación sobre los casos posibles de demencia al interior del país. Para tal fin, aplicaron la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2015, a 23.694 adultos mayores pertenecientes a los sectores rurales, urbanos y centros poblados, en los 32 departamentos de Colombia.

De acuerdo con los resultados, de los 23.694 adultos mayores encuestados en Colombia, existe una prevalencia de un 9.4% de la población que padece de demencia. Del total de adultos mayores a 85 años, un 57.4% dio positivo para demencia. En cuanto al sexo, los casos de

demencia en mujeres fue de 10.7% y en los hombres un 8.1%. Además, existe la incidencia de otros factores que están relacionados con el aumento de estas cifras, como bajo nivel educativo, estrato socioeconómico bajo, zonas con alta vulnerabilidad social, algunas morbilidades físicas y psiquiátricas (Ministerio de Salud, 2017).

También, el Ministerio de Salud (2017) refiere que la demencia trae consigo un alto costo social, impacto de salud pública y, en las familias donde hay pacientes con la enfermedad, las afectaciones que ocasiona a los cuidadores son a nivel personal, físico, psicológico, social y económico. Más aún, no existe una valoración sobre el costo social de la demencia en Colombia, porque en el año 2010 no fue posible calcular dichos resultados, en razón de que la demencia se eliminó como causa de muerte en un estudio realizado sobre algunos trastornos neurológicos, mentales, del comportamiento y de demencia.

No obstante, El Ministerio de Salud (2017) calcula que, si se relaciona el aumento de la población adulta mayor con el aumento de enfermedades crónicas como las neuropsiquiátricas y por el costo del tratamiento que estas conllevan, el total de casos de demencia será un problema que el Gobierno no podrá cubrir económicamente. En este sentido, se considera que la población más afectada será la de bajos recursos económicos, puesto que tendrán limitaciones para acceder a los servicios médicos o costear el tratamiento requerido. Según una valoración realizada en el año 2015 detalla que “En promedio, solo una de diez condiciones crónicas es tratada satisfactoriamente debido, entre otras cosas, a las dificultades en el acceso al cuidado médico y a barreras financiera” (Ministerio de Salud, 2017, p. 8), lo cual indica que el costo social por la demencia a nivel mundial, en comparación con otras enfermedades crónicas, se aproxima a 818 millones de dólares.

En concordancia con todo lo anterior, surge la necesidad de indagar más acerca de diferentes aspectos de la población diagnosticada con la EA, como lo mencionan anteriormente, es una enfermedad que requiere atención prioritaria por las entidades de salud pública de cada país. La importancia de investigar corresponde a uno de los objetivos relacionados con lo sugerido por la OMS (2020), para poder atender el aumento del fenómeno en la población envejecida y la necesidad de asistir con calidad, posibilitando un envejecimiento saludable.

Llegado a este punto, se hace necesario desarrollar una investigación que aporte conocimientos para cumplir el objetivo de la Asamblea Nacional de la Salud, de la OMS (2020) y de las políticas de salud nacionales, por lo tanto, el interés de la investigación recae en saber más acerca de: ¿cuáles son las buenas prácticas de cuidado en salud mental en adultos mayores con EA de Colombia?

Como lo indica el sistema general de seguridad social en salud de Colombia (Ministerio de Salud, 2017), para la población con EA se ha diseñado un plan de beneficios y de salud que incluye a sus familiares y cuidadores, mediante resoluciones, leyes y normas que favorezcan la ampliación y prestación del servicio médico con estrategias de rehabilitación en los programas de salud mental. También, centros especializados para capacitación, asistencia y educación en salud mental, apoyo psicosocial y centros de escucha.

Este asunto, conlleva a plantear que cada país tiene el deber de garantizar una vejez digna a sus ciudadanos y proporcionarles los medios económicos, estructurales y profesionales. Siendo Colombia uno de los países donde se ha registrado altos índices de casos de la EA como se indicó anteriormente, surge la necesidad de investigar sobre el conocimiento producido a nivel nacional, relacionado con las buenas prácticas de salud mental aplicadas a personas adultas



mayores con la EA, como una de las líneas de interés planteada por la OMS (2020) y al que se adscribe Colombia en el sistema general de seguridad social en salud.

Para ello, se requiere ampliar el conocimiento mediante la revisión de investigaciones publicadas en revistas científicas indexadas, adscritas en las bases de datos reconocidas a nivel mundial y por la comunidad académica de investigadores.

Por tal motivo, la presente investigación tiene como propósito responder la pregunta ¿cuáles son las buenas prácticas de cuidado en salud mental en adultos mayores con la EA, consignadas en registros documentales en Colombia, publicados entre los años 2010-2020?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Presentar una revisión documental acerca de las buenas prácticas de cuidado en salud mental en adultos mayores con la EA, consignadas en registros documentales en Colombia, publicados entre los años 2010-2020.

### **Objetivos específicos**

- Consignar el registro de técnicas documentadas en estudios de revisión o de reflexión.
- Reportar las técnicas compartidas en diferentes escenarios para la apropiación social del conocimiento realizadas por grupos de investigación reconocidos en el tema.
- Describir las técnicas y hallazgos registrados en los resultados de investigación que son parte de la muestra.

### **Justificación**

Es propósito mostrar en este trabajo de revisión documental, las prácticas de cuidado psicológico en adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer (EA). La importancia de actualizar y recopilar el estado de conocimiento asociado con las estrategias y técnicas abordadas por los profesionales de la salud mental, invita a repensar las medidas de cuidado y acompañamiento que esta población requiere, lo cual incide directamente en la salud, calidad de vida del paciente y de los que le rodean.

La relevancia de este trabajo investigativo sobre la actualización de la literatura de buenas prácticas de cuidado mental, sirve como un recurso de base para los profesionales e instituciones públicas, privadas y de salud que asisten a pacientes con la EA, dado que sintetiza y da cuenta de algunas estrategias que son importantes aplicar, para mejorar los servicios ofrecidos y calidad de vida de la población con la EA.

Teniendo en cuenta que la población con la EA requiere de unos cuidados especiales y de profesionales capacitados en el tema, se resalta la importancia de integrar un profesional de psicología al equipo de trabajo interdisciplinario de las instituciones que atienden esta población. Así pues, como en el caso de los centros geronto-geriátricos puede resultar beneficioso, ya que el profesional de psicología especializado en la adultez mayor, está en la capacidad de orientar programas dirigidos hacia el cuidado de la salud mental tanto para los pacientes con la EA, como aquellas personas que no presenten este diagnóstico. Asimismo, posibilita cualificar al personal dedicado a ese acompañamiento, puesto que un personal no capacitado podría poner en riesgo a la población.

Asimismo, los familiares, cuidadores no formales y la sociedad en general tendrán información actualizada desde una perspectiva psicológica orientada hacia el cuidado y prevención de la enfermedad, para atender mejor a su población adulta mayor con la EA.

A los estudiantes en formación profesional de psicología, los invita a acercarse a esta enfermedad y a la etapa de la vejez, mediante este trabajo adquirirán un conocimiento que contribuirá en su formación y actualización frente a las prácticas psicológicas, además, le permite ahorrar tiempo y trabajo a la hora de buscar artículos relacionados en las bases de datos citadas.

Finalmente, se hace extensivo a los profesionales en psicología y graduados la invitación a continuar investigando y publicando información concerniente a la EA, y también, a las instituciones para que tengan información actualizada sobre el desarrollo de técnicas para el cuidado de la población con la EA, opiniones de expertos sobre ese cuidado, para que las personas que se están capacitando adquieran ese conocimiento, puesto que se evidenció un vacío notable en el contexto Colombiano en las bases de datos consultadas.

### **Antecedentes**

A continuación, se presentan estudios que sirven como punto de referencia respecto al material bibliográfico que será analizado en las próximas páginas. En estos estudios se vislumbra que se aplicaron algunas técnicas de intervención psicológica en población adulta mayor con diagnóstico de la EA.

En el primer estudio data del año 2010, en este se implementó un programa multimodal de estimulación cognitiva a un grupo de 45 adultos mayores diagnosticados con la EA probable, en etapa leve. Se les realizó un acompañamiento individual y grupal, cuyos resultados fueron significativos en cuanto a la disminución del deterioro cognitivo y aparición de sintomatología conductual, además hubo un mayor beneficio en la intervención individual (Fernández, Contador, Serna, Menezes, & Ramos, 2010).

El segundo estudio es del año 2013, en este se intervino un grupo de 22 adultos chilenos diagnosticados con la EA en fase leve y moderada, con el objetivo de evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva, partiendo de tres dimensiones principales, la cognición, la calidad de vida y la capacidad funcional. Finalizada la intervención se obtuvieron resultados favorables en el rendimiento cognitivo y calidad de vida, pero no hubo hallazgos significativos en cuanto a la capacidad funcional. Asimismo, los autores del estudio sugieren que la población afectada con la EA pueda recibir, además de la estimulación cognitiva, un apoyo psicosocial, asimismo sugieren que la EA debe ser una prioridad para las entidades gubernamentales, puesto que de estas depende la destinación de recursos económicos para mejorar los programas de diagnóstico temprano e intervención terapéutica (Miranda, Mascayano, Roa, Maray, & Serraino, 2013).

En otro estudio del año 2015, se realizó una revisión sobre la eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y DTA, se determinó que existe evidencia y efectividad en cuanto a este tipo de tratamientos, puesto que retrasan la progresión de la enfermedad, por ejemplo, la terapia ocupacional ha demostrado mediante la asistencia domiciliaria y personalizada, una mejoría en estadios leves y moderados de la demencia, además, en este tipo de terapia se trabajan temas como: “[...] ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento, estimulación cognitiva y sensorial, y entrenamiento de memoria basado en el aprendizaje sin errores” (Matilla, Rosa, & Fernández, 2015, p. 355). También aclara que es importante centrar la atención en los cuidadores, y no sólo en el paciente, puesto que ello trae consigo mejores resultados terapéuticos.

### **Marco Referencial**

Resulta necesario observar, antes de adentrarnos en las referencias relacionadas con la EA, saber cuáles son las diferencias de un proceso de envejecimiento normal y un envejecimiento donde hay una afectación significativa a causa de factores biopsicosociales.

### **Vejez y Envejecimiento**

Según Craig (1994) la vejez o senectud, es una etapa importante del proceso evolutivo del ser humano que inicia a los 60 años, además, es considerada como la etapa más extensa de la vida y que trae consigo cambios significativos.

Papalia, Duskin & Martorell (2012), mencionan que la etapa de la adultez mayor se clasifica en tres grupos: el viejo joven, es el adulto mayor que está entre 65 y 74 años de edad, suelen ser más activos y pueden desarrollar sus actividades cotidianas de forma autónoma como bañarse, comer, desplazarse, trabajar, entre otras. Los otros dos grupos son el viejo viejo, en el cual se encuentran los adultos mayores que están entre los 75 y 84 años, y el viejo de edad avanzada, de los 85 años en adelante, estos dos últimos grupos suelen ser menos activos, tienen menor autonomía, requieren de la ayuda de terceros para la realización de las actividades cotidianas y las defensas del sistema inmunológico tienden a ser más bajas, característica que los hacen más propensos a contraer enfermedades.

Por otro lado, Craig (1994) refiere que el envejecimiento es un proceso de cambio gradual e inevitable que depende, en gran medida, del estilo de vida de cada persona. Para Busse; Horn & Meer (citado en Papalia et al., 2012) existen dos tipos de envejecimiento: el primario y el secundario. El primero es gradual y normal en todos los seres vivos, envejecemos desde el

nacimiento y lo hacemos durante el transcurso de la vida, los cambios son permanentes y a medida que se alcanza altos grados de envejecimiento, ocurre lo que se denomina como deterioro celular, proceso en el cual las células del cuerpo se desgastan con mayor rapidez.

Respecto a este punto, Craig (1994) enuncia que, durante el proceso de envejecimiento normal en la adultez mayor, aparecen cambios físicos que reducen las capacidades motoras y sensoriales, en razón de que se presenta un deterioro de la estructura ósea, la elasticidad muscular, la audición, la visión, entre otras. También cambia la apariencia física, por ejemplo, la piel se torna arrugada, el cabello presenta canas, la postura tiende a encorvarse, entre otras características.

Cabe aclarar, que también ocurren cambios en cuanto a las capacidades cognitivas, de acuerdo con Perlmutter et al. (citado en Craig, 1994), algunas facultades cognoscitivas como el razonamiento, la inteligencia y la memoria, pueden conservarse siempre y cuando no haya factores que deteriore las destrezas mentales, de lo contrario, la cognición tiende a ser más lenta debido a que disminuye la atención, el procesamiento de información, la retención y recuperación de datos y la memoria.

Siguiendo la misma línea indicada por Busse et al. (citado en Papalia et al., 2012), llegamos al envejecimiento secundario el cual deviene por factores que perjudican la salud y la calidad de vida, esto ocurre cuando el deterioro celular se acelera debido a enfermedades crónicas, el aislamiento social, el sedentarismo o poca actividad física, la deficiencia en la alimentación, abuso de sustancias psicoactivas, entre otros hábitos no saludables. Sin embargo, este tipo de envejecimiento puede ser controlado por las personas mediante la implementación de



hábitos saludables que *ayuden a conservar las facultades cognitivas* y preservar el desarrollo celular.

### **Enfermedad de Alzheimer (EA)**

Teniendo claro que es un proceso de envejecimiento normal, veamos a continuación una de las causas que deteriora la salud, *acelera la pérdida las facultades cognitivas del sujeto* y tiene una repercusión en la red de apoyo social, nos referimos a la enfermedad de Alzheimer (EA).

El nombre de esta patología proviene del doctor alemán Alois Alzheimer, quien, a través de sus investigaciones, descubrió la demencia precoz en 1906, la misma que años más tarde se nombró como *Alzheimer*. De acuerdo con Lopera, Agudelo y Muñoz (2005) la EA durante los últimos años ha aumentado significativamente su incidencia y prevalencia, en razón de que la población de adultos mayores también ha crecido alrededor del mundo.

En la EA las neuronas corticales enferman, debido a que se produce un deterioro neuronal acelerado ocasionado por basuras proteicas llamadas Amiloide y TAU en el tejido cerebral, las cuales intoxican y destruyen las neuronas (Grupo de Neurociencias de Antioquia [GNA], s. f.). En consecuencia, las personas que padecen de este trastorno pueden tener múltiples alteraciones en las praxias, gnosis, funciones ejecutivas, la conducta, el razonamiento, la emoción, la cognición, la audición, la memoria, el olfato, el lenguaje, la percepción sensorial y la imagen corporal. (Lopera et al., 2005).

Este tipo de demencia se puede clasificar en “Familiar o Precoz (antes de los 65) y Esporádica o Tardía (después de los 65)” (Lopera, Méndez, Giraldo y Aguirre, 2010, p. 138). De acuerdo con el GNA (s. f.), la EA puede explicarse por causas genéticas cuando es familiar o

precoz, en razón de que la enfermedad ha sido adquirida por varios familiares del enfermo, y cuando es esporádico o tardía, ningún miembro de la familia lo ha adquirido, excepto, el que padece la enfermedad en el momento.

Las investigaciones realizadas por el GNA (S. F.) enuncian que la EA durante los primeros años inicia con la alteración de la memoria inmediata o de corto plazo, pero conserva la memoria del pasado. Entre los 2 o 5 años próximos, el deterioro cognitivo es leve y en sus últimas etapas, las funciones mentales de la persona se afectan totalmente, hasta el punto de requerir del cuidado y la asistencia total de otras personas para ejecutar las actividades básicas.

En Colombia, el neurólogo Francisco Lopera y el GNA detectaron en el departamento de Antioquia en la década de los 90 “[...] el grupo poblacional más grande del mundo con una forma hereditaria de Enfermedad de Alzheimer Familiar Precoz (EAFP), asociada a la mutación E280A en el gen de la Presenilina 1 (PS1) en el cromosoma 14 [...]” (Lopera, y otros, 2008, p. 26); esta mutación es conocida también como la mutación paisa, es una de las demencias más agresivas y deteriora la salud con mayor rapidez, por lo cual la persona con esta enfermedad queda incapacitada a una edad temprana y requiere de alta demanda por parte de su grupo familiar.

Existe alrededor de “[...] 22 genealogías con más de 5.000 herederos [...] cerca de un millar de descendientes directos de afectados enfermarán en los próximos años, a medida que se aproximen a la edad de inicio promedio, 47 años” (Lopera et al., 2005, p. 14). Si uno de los padres tiene uno de los dos cromosomas 14 con la afectación, sus hijos tienen un 50% de posibilidad de heredar la Mutación Paisa.

La necesidad de establecer un diagnóstico oportuno y preciso, puede ayudar a la persona con la EA a conservar por mayor tiempo sus capacidades cognitivas, para lo cual se debe tener

claridad de los criterios diagnósticos. Por ende, tanto la psicología como otras disciplinas del área de la salud tienen como principal referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), quinta versión (2014) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), décima revisión (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1995), los cuales revisaremos a continuación.

De acuerdo con el DSM V, para que una persona se diagnostique con Alzheimer, primero se debe confirmar la presencia de un trastorno neurocognitivo mayor o leve, puesto que el Alzheimer pertenece a esta categoría. Los criterios iniciales oscilan entre: deterioro de las funciones cognitivas mayores y menores, deterioro progresivo (mayores) o moderado (leve) en la ejecución de las habilidades cognitivas, que interfieren en uno o más dominios cognitivos como la atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social.

Así pues, en el Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, se evidencia paulatinamente o de forma progresiva la afectación de uno más dominios de aprendizaje.

Dentro del trastorno neurocognitivo mayor, al cumplir con las características a mencionar, se puede considerar como la enfermedad de Alzheimer probable, de lo contrario se considera como diagnóstico la enfermedad de Alzheimer posible, a continuación, los criterios expuestos por el DSM V:

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:

a: Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).

b: Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

c: Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo). (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014 , pp. 337-341)

Así, para el trastorno neurocognitivo leve, si cumple con las características a mencionar, se puede considerar como la EA probable, al evidenciarse una mutación genética, de lo contrario se considera la enfermedad de Alzheimer posible, al no identificar mutación genética, las características son:

1. Evidencias claras del declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico. (APA, 2014, p. 341)

En el CIE-10, por su parte, describe la EA como una enfermedad neurodegenerativa que causa daños cerebrales, altera la memoria progresivamente y ocasiona posibles trastornos conductuales; tiene mayor incidencia en la edad adulta mayor, entre los 65 y 70 años de edad o posterior, en ésta etapa senil o de inicio tardío, el progreso de la enfermedad suele avanzar más lento y el deterioro de la memoria es el proceso mental principalmente afectado. También, puede surgir antes de la tercera edad, en la etapa presenil o de inicio precoz, aquí, el curso de la enfermedad suele ser más rápido, además de la pérdida de la memoria, ocasiona pérdida del habla (disfasia) y enfermedad psicomotriz (dispraxia).

La afectación del cerebro por la EA se caracteriza por el desgaste acelerado en la red neuronal y a su vez, provoca una disminución de las células en algunas zonas referentes del cerebro, como en la corteza parietal, corteza frontal y el hipocampo, esto, sumado a las alteraciones neuroquímicas, las células son invadidas mediante el depósito de proteínas anómalas interfiriendo negativamente en las funciones del cerebro y del cuerpo, afectando las actividades del diario vivir como comer, hablar, pensar, entre otras, hasta el punto de necesitar el apoyo de otra persona para realizarlas.

El CIE10 categoriza la demencia por Enfermedad de Alzheimer, de acuerdo con los siguientes códigos:

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

De acuerdo con el GNA (s. f.), aún no existe una cura ni tratamientos o medicamentos para prevenir la EA, pero, existen otras alternativas de tratamientos para mejorar la calidad de vida y desacelerar el deterioro cognitivo ocasionado por la enfermedad. Los tratamientos que resultan ser más positivos para los pacientes con deterioro cognitivo y demencia leve son: los programas de estimulación cognitiva y ejercicios físico, también, la educación y acompañamiento a la familia y a los cuidadores sobre los cambios a enfrentar, prácticas de autocuidado y cuidado al enfermo, asunto, que contribuye con un ambiente sano y tranquilo para el paciente, lo que le permite vivir de la mejor manera posible.

Sin embargo, no todas las familias pueden acceder a un tratamiento adecuado, esto lleva consigo altos costos de dinero y muchas familias no tienen la capacidad económica para sobrellevarlo, además, “[...] los contenidos de los planes obligatorios de salud vigentes tienen una escasa cobertura en la atención de la salud mental, pues nuestro sistema de salud no está preparado para asumir el manejo requerido en estos casos” (Lopera, y otros, 2008, p. 28).

En efecto, el tratamiento para una persona con la EA o DTA, requiere de un trabajo interdisciplinario que integre distintos profesionales en salud capacitados para orientar, de la mejor manera posible, hacia un pronóstico que tienda a mejorar la calidad de vida.

[...] neurología debe velar por hacer diagnósticos y tratamientos apropiados, estabilizar aquellos estadios de la enfermedad que deterioran la calidad de vida de los afectados por la degeneración del cerebro y del sistema nervioso, el psicólogo hace un seguimiento del deterioro cognitivo con su respectivo acompañamiento, el gerontólogo vela por su mantenimiento biopsicosocial y el del entorno, mientras que el papel de enfermería es esencial para procurar un equilibrio entre el enfermo, el cuidador y los profesionales de la

salud [...] Sólo si fusionamos el cuidado, la educación y el afecto, la enfermedad se convertirá en un proceso más llevadero para todos los implicados. (Lopera, y otros, 2008, pp. 28-29)

Por lo tanto, esto nos conlleva a pensar que cualquier psicólogo no puede trabajar con una persona con EA o DTA, además, resulta necesario entender qué tipos de cuidados y estrategias se deben tener, y con mayor razón, cuando la población a intervenir se encuentra en el periodo de la tercera edad.

### **Cuidado Especializado de Adultos Mayores**

Para hablar de cuidado e intervención en adultos mayores, se debe partir principalmente de las disciplinas base que se ocupan de este grupo generacional, las cuales son de acuerdo con Millán (2011), la gerontología y la geriatría. Si bien, su objeto de estudio es el mismo, pero cambia en cuanto a objetivo e intervención, por ejemplo, la gerontología se encarga del estudio secuencial del envejecimiento humano y los factores que intervienen en la salud, a nivel biológico, psicológico y sociológico, teniendo en cuenta el contexto y la evolución histórica; también contribuye para que las personas ancianas conserven sus expectativas de vida, dentro del círculo familiar y social. En cambio, la geriatría es una rama de la medicina, su función radica en la prevención, asistencia y recuperación funcional de las enfermedades que presentan los adultos mayores y, a su vez, se ocupa de promover su reintegración en la sociedad. Alrededor de estas disciplinas se articula un equipo de trabajo interdisciplinario que posibilita abordar diferentes necesidades de orden biológico, psicológico y social del adulto mayor.

En esa misma línea Mielgo, Ortiz & Ramos (2001), reconocen que la inclusión de psicólogos como parte integral en los programas de salud para adultos mayores, es una necesidad en aumento, además, en diversos países las administraciones públicas exigen su contratación.

Sin embargo, Fusté, Pérez & Paz (2018), argumentan que las instituciones que asisten a la población adulta mayor, requieren de profesionales especializados para dicha labor, de lo contrario, si el personal no está capacitado puede poner en riesgo la integridad de los ancianos. Por lo tanto, resulta necesario abordar cuáles son los puntos cruciales que aborda la psicología en la tercera edad.

### **Intervención Psicológica en Adultos Mayores**

Según Millán (2011), el profesional de psicología miembro de un grupo interdisciplinario que asiste a los adultos mayores, tiene la capacidad de intervenir al paciente desde su individualidad, la familia y su grupo de trabajo. Los aspectos a trabajar con los pacientes son: los psicológicos, conductuales, los cognitivos y trastorno asociados con la vejez; a su vez, el profesional tiene la capacidad para fomentar la vinculación y el fortalecimiento de las redes de apoyo social para la población adulta mayor.

Para Mielgo et al. (2001) el profesional en psicología especializado en tercera edad debe tener la capacidad de implementar estrategias de intervención orientada hacia el bienestar integral y mejoría de la calidad de vida de este colectivo. Además, debe poseer la capacidad de elaborar programas en el ámbito comunitario, como en centros u otros espacios de atención a población adulta mayor, entre los cuales se relacionan:

- Los programas preventivos (memoria, hábitos saludables, jubilación...).



- Los programas de apoyo a cuidadores informales.
- Los programas de integración en la comunidad.
- Los programas de adaptación al medio residencial.
- Los programas de formación del personal de atención directa.
- Los programas de trabajo con familias.
- Los programas de orientación espacio-temporal.
- Los programas de intervención en demencias (estimulación cognitiva). (Mielgo et al., 2001, p. 397)

En el mismo sentido, Argyle, Furhan y Graham (citado en Mielgo et al., 2001), clasifican el rol del psicólogo, entre el rol percibido y el rol ejecutado, el primero hace énfasis en conductas posibles o esperadas de la persona que ocupa una determinada posición; el segundo, son las pautas o modelos aplicados por la persona que ocupa una posición determinada.

Cabe destacar que las funciones expresas en cada uno de los roles, están determinadas por los profesionales de psicología especializados en adultos mayores, en conjunto con el grupo interdisciplinar de trabajo, esto les permite ajustar los programas de intervención partiendo de las necesidades de la población.

Para Carmona (2015), uno de los factores prioritarios para intervenir en adultos mayores, debe ir dirigido hacia la implementación de estrategias que fortalezcan la vida social, puesto que este factor contribuye a un mayor sentimiento de bienestar. En cambio, Rodríguez, Valderrama y Molina (2010), describen que el psicólogo que trabaje con adultos mayores, debe desarrollar e implementar estrategias orientadas hacia: el fortalecimiento de grupos de apoyo social, el afrontamiento de problemáticas cotidianas, la reconceptualización del significado de la vejez, la

calidad de vida, la autoestima y el autoconcepto, la prevención e intervención de sintomatología depresiva, el crecimiento espiritual, la expresión de sentimientos hacia los compañeros, la comunicación asertiva, las técnicas de autocontrol emocional y el acercamiento a la muerte.

Objetivos que posibilitan aumentar los niveles de calidad de vida y fortalecer la autonomía del adulto mayor, con el fin de prevenir la aparición de trastornos mentales que afecten la individualidad o interacción con el grupo.

Por ello, uno de los componentes fuertes que debe trabajar un psicólogo con esta población, se debe dirigir en parte a la prevención del aislamiento social, según Gerena, Gracia, Espejo, Cano y Sánchez (2010) “el aislamiento y la percepción final frente a la existencia, permiten que el adulto mayor no reformule su proyecto de vida” (p. 113), en cambio, si se derivan diversos problemas psicológicos como la depresión o ansiedad. En efecto, resulta necesario que las intervenciones estén dirigidas hacia el fortalecimiento de la vida social, lo cual influye a su vez con la mejoría de las capacidades funcionales, la calidad de vida y el sentimiento de satisfacción en los adultos mayores (Gerena et al., 2010).

Asimismo, Bilyk, Ventura & Cervigni (2015), proponen la importancia de que el psicólogo también *intervenga el deterioro cognitivo* en adultos mayores, mediante la implementación de:

diversos programas y actividades que tengan por objeto mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible, de modo de preservar la autonomía de los sujetos, pero atendiendo además a la percepción subjetiva que el adulto mayor tiene de sí mismo, a su autoeficacia y autoestima, al estado emocional, conductual, a sus relaciones interpersonales y su competencia social. (p. 392)

Por lo tanto, el psicólogo junto con el resto del equipo de salud, tienen la función de “reorganizar en los senectos su manera de ver y sentir la vida para que esos cambios, si surgen, no alteren su salud integral y bienestar emocional” (Hernández & Zoila, 2004, p. 317). De este modo, se ayuda al adulto mayor y a su grupo de apoyo social, a entender que la vejez no es sólo un proceso de deterioro, sino, una etapa que al igual que las demás etapas de la vida, el sujeto también requiere adaptarse a sus propios cambios y al mundo.

### **Procesos Psicológicos Básicos Afectados por la EA**

Finalmente, resulta importante enfatizar algunos conceptos que hacen parte de los procesos psicológicos básicos, los cuáles son indicativos de que un adulto mayor está padeciendo de la EA, tal y como se ha mencionado anteriormente.

Comencemos por el principal proceso psicológico que se ve afectado y da cuenta de los primeros síntomas de Alzheimer y que, a partir de esté, se van deteriorando los demás procesos. Nos referimos a la memoria, proceso mediante el cual “*codificamos, almacenamos y recuperamos información*” (Aguilar, 2004, p. 103).

La información es todo tipo de registro que se consigue por medio de la percepción, las experiencias o acontecimientos, según Aguilar (2004) cuando el cerebro logra identificar y relacionar dicha información, significa que la está codificando, es decir, interpreta la información entrante y la asocia con información conservada. Si la información nueva logra retenerse por algún periodo de tiempo, significa que se está conservando. Además, existe información conservada que no se utiliza con frecuencia, pero a la cual se puede acceder en diferentes momentos, es decir que la información se puede recuperar.

De acuerdo con Atkinson y Shiffrin (1968), citado por Aguilar (2004), existen diferentes tipos de memoria, a continuación, se especifica cada una de ellas:

La *memoria sensorial*, hace referencia al registro de los sentidos, es de poca duración y es de los primeros registros que poseemos los seres humanos, la información percibida por cada uno de los sentidos como la visión, tacto, gusto, olfato y oído, posee su propio sistema de registro.

La *memoria a corto plazo* es de capacidad limitada, la información que pasa a esta memoria dura entre 10 a 20 segundos, sin llegar a sobrepasar los 30 segundos. Su función posibilita solucionar problemas puntuales y de momento, que no requieren conservarse a largo plazo. Sirve también como una especie de filtro de información, deshecha lo que no necesita, pero puede conservar por un tiempo limitado aquella información que se necesita tener presente.

La *memoria operativa o de trabajo*, refiere a aquella cualidad donde una información que resulta ser relevante, necesita ser procesada durante periodos de tiempo periódicos para llegar a ser integradas y almacenadas en la memoria de largo plazo.

La *memoria de largo plazo*, es la información que se logra conservar de forma permanente o por largos periodos de tiempo. Los contenidos que usualmente se conservan son significativos para las personas. Su almacenamiento se logra mediante un procesamiento de la información continuo durante mucho tiempo.

Esta memoria es la más compleja, y se divide en dos grupos, encontramos por un lado la memoria declarativa o con consciencia de recuerdo y la memoria no declarativa o sin consciencia de recuerdo.

Dentro de la declarativa, encontramos la memoria semántica, que contiene conocimiento general y que no varía, como el número de horas que tiene el día, las capitales de los países, meses

del año, etc. Y la memoria episódica, la cual hace alusión a las experiencias vividas o acontecimientos en un momento y lugar determinado.

En la no declarativa está la memoria de las destrezas motrices y cognitivas, la cual se asocia con conductas o procedimientos habituales que se han aprendido y se ejecutan de manera automática, como comer, patear un balón, conducir bicicleta, entre otras. Y la memoria por condicionamiento, que conserva la información obtenida por una respuesta condicionada ante un estímulo neutro, por ejemplo, recordar una experiencia traumática durante la infancia y que aún se conserva en la adultez.

Ahora bien, siendo la memoria el reservorio de información, veamos a continuación uno de los procesos básicos que posibilita conservar la información por mayor periodo de tiempo en la memoria o recuperarla en los momentos más indicados, nos referimos a la atención, proceso que según Ocampo (2009) también sirve para ejecutar cualquier actividad.

Esta capacidad posibilita al ser humano ser más consciente de los sucesos que ocurren en el exterior mediante la percepción, cuando la enfoca para percibir un estímulo determinado ya sea a través de la visión, escucha, olfato, gusto o tacto. Pero la atención también puede ser enfocada hacia el interior o pensamiento, lo que significa, procesar y desarrollar ideas (Ocampo, 2009).

Ocampo (2009) señala que la atención puede ser voluntaria e involuntaria, la primera consiste cuando es la persona quien se esfuerza por centrar su atención en un estímulo determinado, por ejemplo, leer un libro llamativo. La segunda, por el contrario, son los estímulos del medio que logran llamar la atención, es decir, que la persona les presta atención sin estar predispuesto a ello, por ejemplo, el sonido de un trueno.

Para Fernández (2004), la atención es proceso importante a la hora de realizar tareas, de lo contrario, sería imposible, puesto que posibilita ejercer un control mental y corporal, además, dispone al sujeto para mantener un ritmo constante para conseguir su objetivo, desde algo complejo como responder un examen, hasta algo básico, como cerrar la llave del agua.

Tanto la memoria y la atención, posibilita que se genere otro proceso psicológico básico, este es el aprendizaje, el cual de acuerdo con Rosas y García (2004), es la capacidad que posibilita modificar la conducta en la medida en que un individuo interactúa con experiencias nuevas, las cuales pueden reforzar o aniquilar dicha conducta de acuerdo con las consecuencias obtenidas.

Cabe agregar, que también una persona aprende a través de la experiencia de los demás, esto se denomina como aprendizaje social, que consiste en que los resultados de los demás también ayuda a modificar la conducta propia y generar una idea positiva o negativa respecto a la situación observada (Rosas & García, 2004).

Siguiendo esta línea, tanto las experiencias nuevas como las ya vividas, van a tener un efecto en el individuo, dicho efecto según Palmero y Mestre (2004) es la emoción, esta es una respuesta adaptativa ante un estímulo externo o interno, que trae consigo unas reacciones subjetivas, fisiológicas, cognitivas y motor expresivo. Estas respuestas son temporales y pueden tener connotaciones positivas o negativas, además, hay 5 emociones primarias que son la alegría, la tristeza, la rabia, el miedo y el asco, estas son de carácter universal e incluso se comparten con algunos animales.

Sin embargo, a diferencia de los animales que pueden comunicar y reconocer las señales comunicadas por otros seres vivos a través de las emociones, el ser humano cuenta con una capacidad superior, esta facultad es el lenguaje.

De acuerdo con Alameda, Lorca y Salguero (2004), el lenguaje es una facultad compleja del ser humano, que posee un sistema de códigos y significados que posibilita nombrar el entorno, los objetos del mundo, las acciones, cualidades, pensamiento, construir sociedad e interactuar. Esta facultad, depende del contacto es social para ser desarrollada, puesto que es a través de otro que se logra aprender y transmitir un saber mediante diversos mecanismos de la comunicación.

Por último, otro proceso básico psicológico que también puede verse afectado por la EA o DTA es la percepción, este proceso consiste en que los estímulos provenientes del afuera son registrados por el sistema sensorial, el cual se encarga de transformar los estímulos y convertirlos en impulsos nerviosos como la audición, tacto, gusto, olfato y visión, los mismos que son procesados por una compleja red neuronal del cerebro y que a la par se encarga de almacenar la información en la memoria, lo cual le facilita a los seres humanos interpretar el mundo y desenvolverse en él (Colmenero, 2004).

Por ello se entiende el por qué la EA o DTA llega a afectar de forma significativa la calidad de vida de la persona, puesto que el deterioro gradual de los procesos psicológicos básicos va restando la autonomía y la capacidad de la persona de poder adaptarse a otros entornos, comunicarse, establecer lazo social, aprender nuevos conocimientos, olvidar hábitos básicos, entre otros.

### **Metodología**

El presente trabajo se fundamenta en la caracterización de la EA que tiene el GNA, grupo reconocido por el Ministerio de Ciencias en la clasificación A1 (Minciencias, s. f.) y que es liderado por el doctor Francisco Lopera. El GNA (s. f.) afirma que la EA es un trastorno neurodegenerativo que trae consigo un deterioro acelerado de funcionamiento intelectual, afectando de forma progresiva la atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias y funciones ejecutivas, y que se puede catalogar en dos categorías según el momento vital del individuo, antes de los 65 años es familiar o precoz, y después de los 65 es esporádica y tardía. Esta definición permite delimitar e incluir en los criterios de búsqueda, sólo aquella información documental que trata sobre la EA en adultos mayores.

Lo anterior conlleva a establecer que el enfoque de investigación del presente trabajo sea cualitativo, puesto que se orientó a estudiar la información descriptiva que no requiere de medición numérica, sino, del análisis e interpretación para dar respuesta al problema en cuestión (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, p. 7). Esto orientó establecer a como material de trabajo los estudios que han sido publicados en revistas científicas y en escenarios de apropiación social del conocimiento, con el fin de revisar los resultados, experiencias, observaciones y conclusiones, asociadas con las estrategias de intervención psicológica en adultos mayores con EA con el fin de validar la calidad científica del documento y fuente de información a analizar.

Pero, para lograr lo anterior, se requería de un diseño que posibilitara llevar con mayor orden y rigurosidad el cumplimiento del objetivo establecido, por lo cual, la investigación documental es el diseño que mejor se adaptó a las expectativas, puesto que en esta modalidad de investigación cualitativa el investigador asume un rol de observador y crítico del conocimiento



acumulado sobre un problema específico, con el fin de hacer un análisis crítico en torno a lo que se ha dicho en los contenidos y publicaciones de las investigaciones científicas, identificando cuáles son las concordancias, las similitudes, las divergencias, las convergencias y las ausencias en el material analizado, y así, pueda aportar en la construcción de un conocimiento nuevo (Galeano, 2004).

Para ello, según Galeano (2004) la investigación documental debe seguir un proceso metodológico y riguroso el cual consiste en tres pasos: diseño, gestión e implementación y comunicación de resultados, los cuales se ejecutaron de la siguiente manera en el presente trabajo:

En el *diseño* se logró determinar que el objeto de investigación son los registros documentales de las buenas prácticas de atención en salud mental en adultos mayores con EA y que fueron publicados entre los años 2010-2020. Se delimitó este objeto mediante la búsqueda en fuentes oficiales como la OMS y el Ministerio de Salud, en razón de que estas entidades han publicado informes estadísticos sobre el Alzheimer y su impacto social, económico y político, además, también se recurrió a algunos elementos conceptuales acerca de la vejez y el envejecimiento.

A partir de este objeto de investigación, se determinó que, como estrategia de búsqueda de información, se debía acceder a fuentes confiables, por ende, se seleccionaron las bases de datos de la Biblioteca de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Antioquia – Chocó. En este sitio virtual se seleccionaron EBSCO Academic Search Complete, Dialnet Plus, Proquest Health & Medical Collection, EBSCO Psicodoc, ProQuest Psychology Database y Jstore.

Algunos criterios de búsqueda utilizados fueron: “Alzheimer”, “Alzheimer” and “Colombia”, “Alzheimer” and “cuidado”, “Alzheimer” and “cuidado psicológico”, “Alzheimer” and “atención”, “cuidado exitoso” and “Alzheimer”, “estrategias de atención” y “Alzheimer”, “demencia” y “Alzheimer”, “demencia” and “terapia”, “demencia tipo Alzheimer”, “Alzheimer” and “rehabilitación” y “Alzheimer” and “psicoterapia”. En la búsqueda inicial se encontraron los siguientes resultados que se aprecian en la Tabla 1:

Tabla 1

*Búsqueda inicial*

Base de datos	Palabras clave	Total artículos
EBSCO Academic Search Complete	"Alzheimer"	64026
	"Alzheimer" and "Colombia".	200
	"Alzheimer" and "cuidado"	38
	"Alzheimer" and "cuidado psicológico"	138
	"Alzheimer" and "atención"	54
	"Alzheimer" and "psicología"	100
	"Alzheimer" and "cuidado exitoso"	18
	"Alzheimer" and "demencia"	179
	"Demencia" and "terapia"	31
	"Demencia tipo Alzheimer"	40
	"Alzheimer" and "psicoterapia"	30
	"Alzheimer" and "terapia"	32
Dialnet Plus	"Alzheimer"	3953
	"Alzheimer" and "Colombia"	23
	"Alzheimer" and "cuidado"	290
	"Alzheimer" and "psicología"	203
	"Alzheimer" y cuidado psicológico	43
	Cuidado exitoso y Alzheimer	7
	Estrategias de atención y Alzheimer	39
	Prácticas del cuidado y Alzheimer	43
	"Alzheimer" and "atención"	330
	"Alzheimer" and "demencia"	1335
	"Demencia" and "terapia"	233
	"Demencia tipo Alzheimer"	176
ProQuest Health & Medical Colletión	Demencia tipo Alzheimer	231
	cuidador "Alzheimer" "Colombia"	24

	Alzheimer and psicología	810
	Alzheimer and atención	526
	"Alzheimer" and "terapia"	520
	Francisco Lopera	242
	"Alzheimer" and "demencia" and "rehabilitación"	21
	"Alzheimer" and "rehabilitación"	108
	"Alzheimer" and "psicoterapia"	48
<b>EBSCO Psicodoc</b>	Alzheimer	933
	Alzheimer and Colombia	46
	Alzheimer and Psicología	283
	Alzheimer and Psicología And Colombia	29
	Alzheimer and cuidado	61
	Alzheimer and atención	141
<b>ProQuest Psychology Database</b>	Alzheimer	77716
	Alzheimer and cuidado	162
	Alzheimer and buenas prácticas	4
	Alzheimer and atención	184
	Alzheimer and psicología	827
<b>Jstore</b>	"Alzheimer"	2346
	"Alzheimer" and "psicología"	48
	"Alzheimer" and "rehabilitación"	14
	"Alzheimer" and "demencia"	33

Fuente: elaboración propia

Los filtros de búsqueda que se aplicaron a los criterios iniciales fueron: artículo de revista, rango de tiempo 2010-2020, idioma en español y que se haya realizado en Colombia o con población colombiana. Al aplicar estos filtros, se obtuvo los siguientes resultados de la Tabla 2:

Tabla 2

*Resultados de filtros*

<b>Base de datos</b>	<b>Palabras clave</b>	<b>Total artículos</b>
EBSCO Academic Search Complete	"Alzheimer"	191
	"Alzheimer" and "Colombia".	32

PRÁCTICAS DE CUIDADO MENTAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER EN COLOMBIA

	"Alzheimer" and "cuidado"	13
	"Alzheimer" and "cuidado psicológico"	52
	"Alzheimer" and "atención"	18
	"Alzheimer" and "psicología"	34
	"Alzheimer" and "cuidado exitoso"	7
	"Alzheimer" and "demencia"	95
	"Demencia" and "terapia"	18
	"Demencia tipo Alzheimer"	22
	"Alzheimer" and "psicoterapia"	20
	"Alzheimer" and "terapia"	11
	"Alzheimer" and "rehabilitación"	11
Dialnet Plus	"Alzheimer"	1
	"Alzheimer" and "Colombia"	9
	"Alzheimer" and "cuidado"	3
	"Alzheimer" and "psicología"	1
	"Alzheimer" y cuidado psicológico	5
	Cuidado exitoso y Alzheimer	7
	Estrategias de atención y Alzheimer	39
	Prácticas del cuidado y Alzheimer	1
	"Alzheimer" and "atención"	2
	"Alzheimer" and "demencia"	14
	"Demencia" and "terapia"	4
"Demencia tipo Alzheimer"	5	
ProQuest Health & Medical Colletión	Demencia tipo Alzheimer	44
	cuidador "Alzheimer" "Colombia"	13
	Alzheimer and psicología	24
	Alzheimer and atención	57
	"Alzheimer" and "terapia"	25
	Francisco Lopera	14
	"Alzheimer" and "demencia" and "rehabilitación"	6
	"Alzheimer" and "rehabilitación"	14
	"Alzheimer" and "psicoterapia"	2
EBSCO Psicodoc	Alzheimer	202
	Alzheimer and Colombia	29
	Alzheimer and Psicología	110
	Alzheimer and Psicología And Colombia	21
	Alzheimer and cuidado	23
	Alzheimer and atención	37
ProQuest Psychology Database	Alzheimer	3
	Alzheimer and cuidado	49
	Alzheimer and buenas prácticas	3

	Alzheimer and atención	51
	Alzheimer and psicología	58
Jstore	"Alzheimer"	737
	"Alzheimer" and "psicología"	14
	"Alzheimer" and "rehabilitación"	3
	"Alzheimer" and "demencia"	7

Fuente: elaboración propia

Después de realizar esta actividad, sólo se seleccionó los artículos que cumplían, en su mayoría, los siguientes criterios: investigaciones orientadas hacia adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, estudios realizados en Colombia, aplicación y seguimiento de técnicas psicológicas o investigaciones documentales. Como resultado se seleccionaron 16 artículos repartidos de la siguiente manera, como se puede ver en la Tabla 3:

Tabla 3

*Total artículos seleccionados*

Base de datos	Total artículos
EBSCO Academic Search Complete	8
Dialnet Plus	3
ProQuest Health & Medical Colletión	3
EBSCO Psicodoc	2
ProQuest Psychology Database	0
Jstore	0

Estos artículos fueron clasificados en una Matriz de registro de fuentes de información con el propósito de validar los contenidos de acuerdo con los criterios de selección de fuentes documentales que configurarían la muestra. Luego, se registró la información en una Matriz de análisis topológico, con los siguientes criterios para facilitar su análisis: tópico, título, apellido y nombre de autores, año de publicación, país de población de estudio, país de publicación de estudio, lugar geográfico (lugar dónde se contactó la muestra), palabras clave, objetivo,

variables/categorías teóricas trabajadas en el documento (marco teórico), teoría base (modelos teóricos utilizados por el autor), población/muestra, características socio-demográficas de la muestra, metodología: enfoque cualitativo/cuantitativo, metodología: alcance/tipo/estrategia/método, metodología: diseño, hipótesis, instrumentos de recolección de datos/información, tipo/técnica de análisis de datos/información, conclusiones, referencias teóricas para revisar citadas por el autor (fuentes primarias), base de datos, URL/DOI, cita del documento en APA y observaciones.

Se identifican también como unidades de análisis, la producción compartida por el GNA sobre estrategias de intervención en la población con EA. Esta fuente de información consistió en Conferencias y Videos publicados en las redes sociales del Grupo.

Finalizado el primer momento, se dio paso al segundo, el cual consiste en la *gestión e implementación*. Se procede a realizar la lectura detallada de cada documento con el objetivo de ser el último filtro mediante la implementación de fichas y el análisis sistemático de cada uno de los contenidos de los documentos.

En las fichas bibliográficas se consignaban los siguientes datos: localización o ubicación, tipo de fuente, tipo de ficha, número de ficha, título, palabras clave, técnicas y descripción, resultados y conclusiones.

Se procedió a realizar un análisis conceptual de los contenidos de las fuentes definidas como parte de la muestra documental a analizar. Se sacaron 15 fichas, las cuales permitieron identificar las siguientes categorías y subcategorías del estudio: terapias no farmacológicas, actividad física, salud mental, síndrome de deterioro, memoria, emociones, rehabilitación de la memoria, alteraciones comunicativas, fisioterapia, estimulación cognitiva, rehabilitación

cognitiva, aprendizaje sin error, recuperación espaciada o aprendizaje sin espacio, imaginación visual, desvanecimiento de pistas, ayudas externas, intervenciones psicosociales, terapia de orientación a la realidad, terapia de validación, terapia de reminiscencia, método Montessori, otras intervenciones, psicomotricidad y actividad física, musicoterapia, arte terapia, modificaciones ambientales, dietas y cambios de hábitos alimenticios, dieta mediterránea, técnica de efecto de autogeneración, programa de estimulación cognoscitiva comunicativa y estimulación de los sentidos.

Se evidenció que había temas que no hacían alusión del concepto que se había realizado en la búsqueda, y que no se aplicaba a la población objeto del estudio, por lo cual se descartaron 8 artículos de los 16 previamente seleccionados. Finalmente, se seleccionaron 8 documentos que cumplen las condiciones del objeto de investigación.

Estos documentos, que son la materia prima, se contextualizaron, se analizó su contenido, se les dio una valoración e interpretación, las ideas nuevas y extraídas de cada texto fueron consignadas en las fichas bibliográficas.

Finalmente, el último momento del presente trabajo es la *comunicación de resultados*, proceso que, de acuerdo con Galeano (2004), se crea un nuevo texto que complementa el conocimiento ya estudiado y que el autor enseña cómo fue el ejercicio investigativo, cuál fue su metodología, hallazgos, alcances y preguntas que surgieron del estudio, con el fin de ser objeto de discusión del público hacia el cual está dirigido.

### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo no representa ningún tipo de riesgo a alguna población o persona, en vista de que su alcance es meramente teórico, lo que significa que la muestra utilizada sólo fueron referencias documentales.

Asimismo, el material referenciado se consigna bajo los parámetros de la norma propuesta por la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) en su sexta edición, con el fin de preservar los derechos de los autores citados y usando su material sólo con fines científicos. Por ende, se mantuvo una postura de respeto frente a los objetivos, muestras, metodologías y resultados del material documental, no se alteraron los productos a beneficio propio, tampoco se restó valor alguno a las investigaciones y no se realizaron juicios de valor a las mismas.



### Análisis

Como resultado de la sistematización y el proceso de análisis de los contenidos, se identificó dos grupos de datos que ofrecen información valiosa y relevante para compartir con los lectores y que puede ser útil para el ejercicio de la práctica y acompañamiento de adultos mayores con la EA. Los dos grupos de información de las investigaciones que se analizaron son: análisis de resultados de material documental (artículos de revisión documental o reflexión y videos del GNA) y análisis de resultados de investigación.

La primera categoría corresponde a los productos de grupos de reflexión, revisión de documentos, reflexión de la experiencia y participación en el escenario de compartir saberes científicos sobre el cuidado, como el GNA. La segunda categoría de investigación, está conformada por documentos que son el resultado de investigaciones, las cuales evalúan la eficacia o cómo aporta una determinada técnica de intervención en la salud mental de la población adulta mayor con la EA o DTA.

A continuación, se procede a abordar el primer componente que corresponde al grupo de los productos de reflexión, de revisión de documentos, reflexión de la experiencia y participación en el escenario de compartir saberes científicos sobre el cuidado orientado por el GNA. Los estudios que componen este grupo son: *Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer* (De los Reyes, Arango, Rodríguez, Perea, & Ladera, 2012); *Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica* (Barbosa & Urrea, 2018); *El efecto de autogeneración como estrategia de rehabilitación de la memoria* (Quijano & Aponte, 2011); *Estrategias de intervención fisioterapéutica aplicadas en pacientes con enfermedad de Alzheimer* (Lerma, García, & López, 2017); *Efecto de la actividad física*

*sobre el deterioro cognitivo y la demencia* (Castro & Galvis, 2018); *El Alzheimer y los sentidos* (GNA, 2020a); *Beneficios de la musicoterapia para las familias cercanas a la enfermedad de Alzheimer* (GNA, 2020b); *Vida físicamente activa: mejor vejez* (GNA, 2020c) y *Abordaje Multimodal al Paciente con Alzheimer y otras Demencias* (GNA, 2020d). En este grupo se identificaron 2 artículos de reflexión, 3 registros documentales y 4 ponencias del GNA.

El segundo grupo, contiene el análisis de los resultados de investigaciones, donde se abordaron los siguientes estudios: *Estudio piloto: Efectos de un programa de hatha-yoga sobre variables psicológicas, funcionales y físicas, en pacientes con demencia tipo Alzheimer* (Quintero, Rodríguez, Guzmán, Llanos, & Reyes, 2011); *Memoria declarativa y reconocimiento de emociones en la enfermedad de Alzheimer* (Ríos, Medina, & Gómez, 2017) y *Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo /comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia* (Rodríguez & Basto, 2012).

Teniendo en cuenta las características de la investigación, se comparte a los lectores un registro que describe algunas propuestas registradas en los productos reflexivos y resultados de investigación, que permita orientar a los interesados en conocer o poner en práctica propuestas de atención en salud mental a población adulta mayor con diagnóstico de Alzheimer. Los documentos que se abordan son productos desarrollados en Colombia y/o con población Colombiana. Por ello, se procede a describir algunas de las propuestas o técnicas.

### **Descripción de Técnicas**

Estimulación de los sentidos – sala sensorial: Es una intervención no farmacológica, el GNA (2020) por medio de una ponencia, explica cómo la técnica favorece la estimulación de los sentidos, el objetivo es estimular la memoria en personas con problemas de memoria como la EA, mediante el diseño de un espacio en el domicilio del paciente, en una habitación o en otra parte de la casa. Lo ideal es contar con la ayuda de un profesional en el tema, de lo contrario, los cuidadores y familiares pueden hacerlo siguiendo las siguientes recomendaciones sugeridas por el grupo de investigación.

**Estimulación cognitiva.** Disponer de un espacio dentro del hogar en un espacio que le permita moverse y prevenir accidentes. Adecuarlo según gustos y necesidades de la persona, decorar con diversos materiales como muebles, prendas, cortinas y diversos objetos que permitan la estimulación y tranquilidad de las personas. Para la decoración tener en cuenta el gusto del paciente (colores, texturas y formas de los objetos, la luz natural o artificial, la ubicación de los elementos, la ventilación del lugar, aromas, sonidos, entre otros) (GNA, 2020).

Para estimular el sentido del olfato: utilizar olores y aromas familiares y de su agrado. Una técnica puede ser la Aromaterapia, la cual utiliza aromas florales, de plantas y frutas, ya que tienen efectos calmantes y estimulantes para momentos de estrés o ansiedad del paciente (GNA, 2020).

El sentido del oído puede ser estimulado al exponerse al medio ambiente, escuchar la naturaleza y música que le gusta al paciente o que le gustaba antes de que su memoria se viera afectada. Es importante controlar el volumen de la música según el gusto del paciente. La música

en la población con demencia, suele tener efectos emocionales, ya que les permite evocar recuerdos (GNA, 2020).

Hay dos tipos de estimulación del sentido del tacto, el pasivo que se logra mediante el contacto con otras personas, con caricias, abrazos y masajes, entre otros. El activo, por medio del contacto con objetos y superficies de diversas formas, texturas y temperaturas. El contacto físico suele ser muy positivo para los pacientes, así su memoria no les permita reconocerlos, las caricias, los abrazos y los masajes de sus familias, les posibilitará sentirse cómodos y tranquilos. (GNA, 2020).

El sentido de la vista en personas con Alzheimer, no necesariamente afecta el ver sino la incapacidad de reconocer y darle sentido a lo que están observando, esto puede generar angustia y estrés por no poder reconocer personas e imágenes, ni siquiera rostros familiares. La estimulación con los colores permite evocar emociones, generando impacto en el estado de ánimo. Por ello, es necesario saber cuáles son los colores favoritos de cada persona para no generar un efecto negativo (GNA 2020).

El sentido del gusto, se va perdiendo por la enfermedad de Alzheimer y no le permite al paciente reconocer lo dulce, lo salado, lo ácido y lo amargo de los alimentos. La estimulación de la memoria se puede hacer teniendo en cuenta sus preferencias alimenticias, ya que, al correlacionar los alimentos con sus experiencias pasadas, posibilita evocar emociones tanto positivas como negativas (GNA 2020).

El sentido vestibular es el encargado de la orientación, el movimiento y el equilibrio del cuerpo. Los objetos que proporcionan esa sensación son sillas mecedoras, hamacas, columpios, entre otras. También, la ejecución de ejercicios físicos que promuevan el movimiento del cuerpo

en general y caminar. Este permite la acción de mecerse y proporcionar un equilibrio y sincronización a nivel cerebral, relaja, disminuye la ansiedad e induce al sueño (GNA 2020).

Estimulación cognitiva: Según Villalba y Espert (2014), la estimulación cognitiva posibilita mejorar las capacidades cognitivas del ser humano, mediante un conjunto de estrategias y técnicas que pretenden “optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias)” (p. 74). En los adultos mayores, por ejemplo, este tipo de terapias los ayuda a tener mayor autonomía y mejorar la calidad de vida, sin embargo, es necesario aclarar que el objetivo se debe enfocar en preservar las capacidades que aún se conservan y no en las capacidades que se han deteriorado, dado que esto permite reducir el riesgo de mayores frustraciones para el paciente y la familia.

Asimismo, Villalba y Espert (2014) estiman que cuando se implementa la estimulación cognitiva en un periodo temprano de una demencia, se reduce el tiempo de deterioro cognitivo, asunto que posibilita conservar las facultades por más tiempo. Además, este tipo de terapia no busca recuperar o rehabilitar las capacidades perdidas de la persona, tampoco curar un trastorno neurodegenerativo, dado que ello depende de otros factores biológicos que no tienen cura.

Como ventaja de esta terapia, Villalba y Espert (2014) enuncian que la estimulación cognitiva no tiene efectos secundarios, tampoco requiere del uso de fármacos y hay una interacción directa entre terapeuta, paciente y familia, además, su costo puede ser asequible para diferentes sectores socioeconómicos a diferencia de otros tratamientos.

Rehabilitación de memoria: De acuerdo con Ginarte (2002), la rehabilitación cognitiva se refiere a aquella actividad que tiene como objetivo enseñar o entrenar las funciones que se

afectaron posterior a un accidente o enfermedad y, de este modo, brinda al sujeto los elementos suficientes para su funcionamiento cotidiano, es decir, que posibilita “la readaptación profesional y la reinserción social, familiar y laboral del paciente portador de una lesión o disfunción cerebral” (p. 870).

En este sentido, el terapeuta experto en rehabilitación cognitiva busca “recuperar los déficits existentes en las capacidades cognitivas” (Ginarte, 2002, p. 875), en aras de mejorar la calidad de vida de la persona de una manera paulatina y en las mejores condiciones funcionales posibles, pues se debe tener en cuenta que hay enfermedades o accidentes que ocasionan pérdidas permanentes de algunas funciones cognitivas.

Los autores Quijano y Aponte (2011), De los Reyes et al. (2012), coinciden en sus estudios, la favorabilidad y repercusión positiva de las técnicas de estimulación cognitiva para rehabilitar, fortalecer y fomentar procesos cognitivos como la memoria en personas con EA. Las técnicas son: Aprendizaje sin error (AsE), Recuperación o aprendizaje espaciado (RE), Imaginería visual (IV) y Desvanecimiento de pistas (DP).

Aun así, los autores Quijano y Aponte (2011) se centraron en el alcance de la técnica de efecto de autogeneración para la estimulación de la memoria, en personas sanas y otras con afectaciones en la memoria. Su función se centra en fortalecer o rehabilitar las funciones propias de la memoria como retener y evocar la información de experiencias y sucesos registrados durante su vida. Los autores identifican en las investigaciones que la memoria semántica en el proceso de recordar el significado de sucesos propios, de su entorno, de objetos, promover el lenguaje, entre otros, suele afectarse por trastornos neuropsicológicos como la EA u otras demencias, pero, no se afecta en su totalidad. Asunto que, posibilita que la técnica de

autogeneración se incluya como técnica para fomentar el aprendizaje en pacientes con algún tipo de demencia.

Aunque los autores no enfatizan en su análisis si la técnica de efecto de autogeneración resulta ser efectiva en pacientes con la EA, si presentan algunos estudios dentro la investigación que si nombran que la técnica suele tener mejores resultados en población sana, con afectación moderada, o en casos de que la memoria semántica esté poco afectada (Quijano & Aponte, 2011).

De los Reyes et al. (2012), en su estudio, se enfocan en técnicas cognitivas como el Aprendizaje sin error (AsE), Recuperación o aprendizaje espaciado (RE), Imaginería visual (IV), Desvanecimiento de pistas (DP) y Ayudas externas (AEx). Estas técnicas de rehabilitación cognitiva, enfocadas en mejorar la alteración o pérdida de la memoria en pacientes con la EA, resultan ser muy eficaz y se logra avistar durante la aplicación de diversas técnicas, la mejoría en actividades que implican la memoria, aunque, solo algunos participantes logran conservar esa mejoría en el tiempo, esos resultados se logran evaluar con la aplicación de pruebas Neuropsicológicas.

El reporte del análisis, da a conocer que de 21 estudios que aplicaron las técnicas cognitivas, se evidencia la aplicación de las siguientes técnicas EC, AsE y AEx en pacientes con la EA, como tratamientos para minimizar el deterioro cognitivo y potenciar la memoria para asociar palabras con imágenes, con personas, potencializar su funcionalidad mental, capacidad de comunicación e interacción con otros. Dichos procedimientos tienen como fin incidir en la calidad de vida de los pacientes y en la de sus cuidadores (De los Reyes et al., 2012).

También, se evidencia en una tercera parte de los estudios realizados que la combinación de diferentes técnicas posibilita un resultado más positivo en el entrenamiento cognitivo, comparado, con los resultados que arrojaron 19 de los estudios que aplicaron una sola técnica (De los Reyes et al., 2012). Esto, quizá puede deberse a las características y capacidades mentales de cada participante, el grado de deterioro de la enfermedad y la variedad de estímulos a la vez. De igual forma, indican que se evidenció en dos de ocho estudios, que la combinación entre tratamientos con fármacos y entrenamiento cognitivo, obtuvieron resultados más eficaces en comparación el tratamiento únicamente con fármacos (De los Reyes et al., 2012). Y las técnicas más utilizadas en el tratamiento cognitivo y combinadas entre si, según el reporte de ocho investigaciones fueron: (EC, AsE, RE, IV, DP y AEx). Puntualmente sobresalen la combinación de las dos técnicas AsE y RE (De los Reyes et al., 2012).

Otro de los estudios realizados con la aplicación de las técnicas de entrenamiento cognitivo fueron EC, AsE, RE y AEx se evidencia que su entrenamiento permaneció por más tiempo en comparación con otras técnicas. Así pues, en general el aprendizaje adquirido en la rehabilitación, posteriormente, se sostuvo entre un rango de seis, nueve y 12 meses. Teniendo en cuenta las características propias de la EA y de los grados de deterioro, se encontró positivo los resultados de las ganancias en el tiempo tras el tratamiento. Pero, se evidencia que los tratamientos con las técnicas AEx, resaltan mayores beneficios para mejorar la funcionalidad de los pacientes (De los Reyes et al., 2012).

Por otro lado, teniendo en cuenta el deterioro de los procesos de cognición en la EA, su progresión e incapacidad para ejecutar habilidades cognitivas, los estudios de rehabilitación fueron realizados en pacientes que se situaban en la primera y segunda etapa de la enfermedad,



ya que, en la última etapa la capacidad para desarrollar funciones ejecutivas o procesos de control cognitivo es altamente limitante. Asunto que, no posibilitaría el entrenamiento de la población con la EA ya que cada técnica requiere de un recurso o habilidad específico, como memorizar y mantener la atención (De los Reyes et al., 2012).

Así mismo, los autores De los Reyes et al. (2012) resaltan las dificultades que tuvieron en las actividades y ejecución de las técnicas con los pacientes con EA como, la muestra de la población, pocos participantes para evaluar, el tiempo propuesto para la ejecución del entrenamiento oscilaban entre corto y largo plazo, además, la veracidad del tratamiento posterior no se hace en la mayoría de las investigaciones, y al utilizar combinación de diferentes técnicas al tiempo, le imposibilita determinar cuál o cuáles técnicas aportan óptimos resultados en la salud mental de la población.

### **Actividad física y fisioterapia.**

De acuerdo con Barbosa y Urrea (2018) la actividad física hace referencia a cualquier movimiento voluntario que requiere de un esfuerzo muscular y óseo, con el fin de ejecutar una acción, ya sea por necesidad, diversión, interacción, salud o competencia. En este sentido, ayuda a conservar el estado físico y mantenerlo activo, totalmente opuesto al sedentarismo que acelera el deterioro de la salud y la calidad de vida.

Por su parte, Landínez et al. (2012) consideran que la “fisioterapia ayuda a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los individuos, estimulando su independencia. Aplica los métodos y técnicas basadas en un profundo conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano, sus movimientos, funciones y su interacción con el entorno” (p. 573).

Los autores Barbosa y Urrea (2018) a su interés por conocer la eficacia como intervención o práctica, de la actividad física o del deporte en mejorar o mantener los procesos cognitivos en personas con la EA, observan tras los resultados de la investigación, que se logra evidenciar los beneficios que tienen la práctica de actividad física fuerte y moderada y su contribución positiva en la salud física y emocional (depresión, ansiedad, en las habilidades cognitivas, motoras, entre otras). Tanto como para promover el envejecimiento normal y como factor de prevención contra las enfermedades mentales como la EA.

Aunque, los autores Lerma et al. (2017), Castro & Galvis (2018) y Barbosa & Urrea, (2018) precisan que algunas investigaciones no son muy claras en el aporte de la actividad física o la fisioterapia como terapia asertiva en la población con EA, pero si relacionan la efectividad en cuanto a los beneficios a nivel físico y emocional, ya que su función radica en mantener activo el movimiento del cuerpo, asunto que posibilita que la persona no tenga otras posibles complicaciones de salud o desarrollar otras actividades que interfieran en su calidad de vida. A lo que Lerma et al. (2017), se une al enfatizar que no se logró evidenciar suficientes investigaciones que comprueben desde la fisioterapia el aporte significativo en el deterioro cognitivo de la población con EA.

En contraste con lo anterior, como actividad preventiva es muy importante según el GNA (2020) la práctica de actividad física, puesto que no solo previene posibles enfermedades físicas o mentales, sino que le permite al ser humano la ejecución de diversas actividades diarias sin tener que depender de otros para realizarlas. El ejercicio permite mantener y fortalecer las capacidades como la motricidad, la fuerza, el equilibrio, entre otras. En cuanto a los beneficios mentales, dicha práctica estimula el cerebro permitiendo la segregación de sustancias químicas

relacionadas con diferentes procesos biológicos que requieren estar regulados. A nivel cerebral permite la interconexión neuronal y la generación de nuevas neuronas, proceso necesario para el sano desarrollo cognitivo y evitar posibles trastornos neurológicos como el Alzheimer.

En relación al tema de hábitos saludables como la actividad física, se evidenció en dos estudios (De los Reyes et al. 2012; y Castro & Galvis, 2018) el abordaje de la alimentación saludable o la adecuación de una dieta específica, donde enfatizan la importancia de reducir o evitar el consumo de agentes que afecten el organismo como las grasas saturadas, azúcares, harinas, entre otras, lo cual posibilita contrarrestar o prevenir diversas enfermedades que interfieran en la salud de las personas con EA. Sin embargo, Castro & Galvis (2018), identificaron que incluir una dieta mediterránea puede reducir entre un 2 a 4% la probabilidad de contraer la EA, pero se incluye como un estilo de vida alimentario, aumenta la probabilidad de prevención en un 40% (GNA, 2020).

De los Reyes et al. (2012) en su estudio, mencionan algunas intervenciones o tratamientos no farmacológicos aplicables a la población con la EA, pero, no se profundiza su contenido. Las intervenciones se dividen en dos: intervenciones psicosociales (Terapia de orientación a la realidad, Terapia de validación, Terapia de reminiscencia y Método Montessori) y las llamadas, otras intervenciones (Musicoterapia, Arteterapia y Modificaciones ambientales). En relación a las intervenciones no farmacológicas, el GNA (2020), explican en una ponencia algunas de las técnicas anteriormente mencionadas como son: Musicoterapia y ambientes modificables - Sala sensorial.

El GNA (2020) resalta que la musicoterapia mediante la música y sus elementos melódicos es utilizada como un recurso para estimular la memoria por medio del sentido del oído y que sigue presente incluso en pacientes con la EA.

Las vivencias y experiencias significativas adquiridas durante la vida, a nivel personal, familiar y social tienen una carga emocional placentera o no, dependiendo de los vínculos establecidos durante su vida. La música de una forma u otra está presente y se relaciona con esos momentos y con las emociones de cada uno de ellos, como la alegría, la tristeza, el miedo, la ira, otras. El impacto de la memoria auditiva no solo potencia el bienestar emocional y mental de las personas, también el bienestar físico, estimulando las funciones motoras como caminar y bailar.

En la estimulación cognitiva, se logra identificar que la estimulación de la memoria y el desarrollo cognitivo logra una sinapsis y evocación de la emoción, gracias a la activación de un recuerdo. De igual forma, los trastornos cognitivos posibilitan identificar el deterioro de la memoria, el lenguaje, la atención, entre otras, y la posibilidad de crear nuevas redes neuronales que están unidas a un recuerdo (GNA, 2020).

También, los problemas relacionados con los procesos del lenguaje y comunicación, tienden a ser más asertivos y mejorar por medio de la música, posibilitando una mejor relación comunicativa entre pacientes, familiares y cuidadores. A su vez, se puede lograr que el paciente evoque palabras y empiece a sostener una conversación y narrar sus recuerdos por un corto o mediano tiempo, generando un gran impacto en el paciente y a las personas que están a su alrededor (GNA, 2020).

Por otro lado, la sala sensorial es una herramienta creada para promover la estimulación sensorial a las personas con Alzheimer en cualquier etapa de la enfermedad, según el GNA

(2020) se hace mediante el juego, la relajación y la interacción. Es muy importante tener en cuenta las características personales y las necesidades del paciente, se personaliza un espacio dentro del hogar del paciente, posibilitándole llevar una vida más tranquila en su día a día mediante la estimulación constante. Asunto que favorece a sus familiares y/o cuidadores.

La sala sensorial por sí sola no tendrá ninguna función, el cuidador mediante el acompañamiento y supervisión, es quien promueve y facilita la ejecución de las actividades en dicho espacio, puesto que, las características propias de la EA y más en etapa avanzada el paciente depende totalmente del otro para realizar cualquier proceso y/o actividad.

Teniendo en cuenta, que el cerebro interpreta las sensaciones adquiridas mediante la percepción, dicha función se logra gracias a los sentidos (el olfato, la vista, el gusto, el tacto, la audición, el sentido vestibular y el cinestésico) pero, al desarrollar la enfermedad los sentidos se afectan considerablemente. El objetivo de sala sensorial es estimular los sentidos, mediante actividades fáciles de ejecutar y utilizando objetos o materiales al alcance para incitar recuerdos de vivencias del pasado que a su vez pueden ir acompañadas de emociones placenteras o desagradables, permitiéndole al paciente vivir y sentir sus emociones. Esta práctica puede mejorar el estado anímico del paciente, estimular la memoria, el lenguaje y el pensamiento.

### **Documentos de Investigaciones**

El programa de estimulación cognoscitivo comunicativa, es una terapia creada para conservar y potenciar los procesos comunicativos que se van deteriorando en personas con diversos tipos de demencia, como EA. Según los autores Rodríguez & Basto, (2012) el desarrollo de la técnica propone la interacción comunicativa para evaluación e intervención en “comunicación verbal, re interpretación de la comunicación y la conducta, estimulación de la

expresión, motivación a la acción; comunicación no verbal; parafraseo; uso de experiencias pasadas” (p. 133).

La muestra para la investigación realizada en Colombia y con población Colombiana, contó con la participación de 6 adultos mayores de edad, 2 mujeres y 4 hombres entre los 64 y 85 años, pertenecientes a instituciones de cuidado, con medio y alto grado de escolarización entre 9 y 15 años. Realizaron 52 actividades en grupos e individuales, ajustadas a las necesidades y características propias de cada participante, como sus habilidades e imposibilidades, en un espacio limpio, tranquilo y adaptado para los participantes (Rodríguez & Basto, 2012).

El tiempo utilizado en el desarrollo del programa fue de cuatro horas por sesión, cinco veces a la semana por tres meses continuos. Para comparar los datos y la efectividad de la terapia aplicaron test de Mínimo del Estado Mental (MMSE) de Folstein al iniciar y al finalizar el estudio, con el fin de verificar como se encontraban los pacientes en relación a la fluidez verbal fonológica y la memoria semántica. Las actividades de estimulación que se incluyeron en las sesiones están enfocadas a “propiciar la interacción comunicativa espontánea, denominación, lectura y escritura; usando estrategias planteadas de acuerdo a la motivación y habilidades de los usuarios” (Rodríguez & Basto, 2012, p. 134).

Se realizaron un total de 57 sesiones, 38 individuales y 19 grupales, en un rango de tiempo entre 30 a 60 minutos cada sesión. El resultado arrojó que algunas pruebas no generan avances significativos, en cambio, otros logran aumentar los puntajes como los casos de vocabulario semántico y fonológico. Cabe señalar, que los programas no farmacológicos como la estimulación cognitiva siempre van a depender de las características cognitivas que el paciente haya tenido y las que preserve en el momento, por eso la importancia de personalizarlas y

adecuarlas. Existen disputas en la literatura sobre el tema por carencia de investigaciones que confirme experimentalmente la efectividad de dichas prácticas y su perduración en el tiempo, teniendo en cuenta la complejidad del deterioro de la memoria en casos de Demencias y la imposibilidad de contrarrestar un deterioro que se prolonga (Rodríguez & Basto, 2012).

Aun así, los tratamientos no farmacológicos, son estrategias que posibilitan a posturas neuropsicológicas herramientas para conservar y afianzar los procesos cognitivos conservadas en las personas con demencia. También, se evidencia una participación activa de los pacientes en el desarrollo de las actividades y el interés que tienen en ese momento por comunicarse. Eso deja entre ver los beneficios y el bienestar que provee la estimulación constante en el estado anímico social y emocional. Esas respuestas positivas intervienen no solo en los pacientes con EA sino es sus cuidadores (Rodríguez & Basto, 2012).

Por otro lado, los autores Quintero et al. (2011) proponen una terapia cognitiva, el programa llamado Hatha-Yoga, el cual permitió evaluar los efectos en los procesos físicos y psicológicos y funcionales en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer moderada. Antes de iniciar la prueba cognitiva, se aplicó pruebas neuropsicológica a los participantes. Se realizó con población Colombiana, que asisten a la Fundación Cardio Infantil de Bogotá. Se incluyó seis adultos mayores de 60 años (1 hombre y 7 mujeres) que durante las sesiones estuvieron acompañados de sus cuidadores.

Inicialmente, aplicaron test neuropsicológicos a los participantes para evaluar las variables a trabajar en la técnica cognitiva. Los instrumentos fueron: (ADRQL, Escala de Hamilton para la Ansiedad, Escala de Hamilton para la Depresión, Escala de Inteligencia WAIS III, Escala de Tinetti, Test Sit and Reach modificado, Escala de Barthel, Escala de Lawton y

Brody, y Cuestionario de evaluación cualitativa del programa Hatha-Yoga, sobre la percepción del programa, su aplicabilidad y los beneficios en la esfera emocional - mental y físico) (Quintero et al., 2011).

La ejecución del programa de Hatha-Yoga, se realizó durante 14 semanas, en promedio de 60 minutos cada sesión dos veces por semana. Las actividades a desarrollar constaban de “7 posturas y contraposturas adecuadas para la población, orientadas con instrucciones cortas, repetitivas y sin términos abstractos y/o relacionados con la lateralidad (izquierda, derecha)” (Quintero et al., 2011, p. 49).

Al inicio de cada sesión del programa Hatha-Yoga desarrollaban posturas de calentamiento, entre ellas, de “flexibilidad (por ejemplo, la pinza), el equilibrio (por ejemplo, el árbol), la fuerza (por ejemplo el guerrero), la respiración (por ejemplo, gato-perro), la oxigenación cerebral y el retorno venoso (por ejemplo, variante sencilla de la vela) y, finalmente, una fase de relajación” (Quintero et al., 2011, p. 49).

En el transcurso de cada sesión el instructor guiaba al grupo, mediante la corrección de los ejercicios a cada participante y la evocación de los comandos de atención y concentración en cada actividad. El entrenador estuvo acompañado en las sesiones por un equipo interdisciplinar conformado por una médica, un investigador y tres auxiliares (Quintero et al., 2011).

Los resultados cualitativos de la investigación permitieron evidenciar que: tres pacientes no obtuvieron cambios en los resultados iniciales y finales con referencia a la memoria de trabajo. Siete pacientes mostraron mejoría en cuanto a flexibilidad y equilibrio, pero, uno de los participantes no registró dichos avances debido a su deterioro físico que no le permitió ejecutar y participar plenamente en las actividades (Quintero et al., 2011).



El resultado entre el pretest y posttest no es muy representativo a nivel cognitivo, funcional y emocional, pues se evidenció pequeños cambios que se observaron por el reporte médico que acompañó al grupo, este, indicó que se logró un avance en cuanto a la retención y comprensión al ejecutar órdenes para realizar los ejercicios, así como mejor destreza en los movimientos, seguridad, mejor equilibrio y facilidad a la hora de respirar, entre otras habilidades motrices. Los cuidadores tampoco reportaron mejorías cognitivas (Quintero et al., 2011).

El programa resalta los beneficios que aporta la actividad física como el yoga a nivel cerebral según reporta la literatura, pero, enfatiza en la necesidad de aplicarlo a nuevos grupos diagnosticados con Demencias, ya que el grupo evaluado realmente contó con muy pocos participantes, asunto que limita exponer la efectividad de la misma, también limita conocer que otras variables se deben ajustar o implementar en las actividades, así mismo, se requiere la implementación de pruebas psicométricas diferentes a las aplicadas en el programa, que posibilite un resultado más concreto de acuerdo al objetivo del estudio (Quintero et al., 2011).

Finalmente, se abordó el estudio realizado por los investigadores Ríos et al. (2017), enfocado en identificar cómo funciona la memoria declarativa, mediante la influencia y reconocimiento de las emociones en población con DTA.

El estudio se hizo con 80 adultos mayores entre 60 y 95 años de edad y divididos en dos grupos así: primer grupo formado por 40 adultos mayores con DTA en etapa primaria y el segundo grupo de control, compuesto por 40 adultos mayores con envejecimiento sano o normal. Los adultos mayores pertenecientes al Valle de Aburrá de Antioquia, no institucionalizados (Ríos et al., 2017).

Las herramientas aplicadas fueron: La escala de depresión geriátrica (GDS), La Bateria Neuropsi, El Test de Reconocimiento Facial, La prueba de memoria declarativa auditivo- visual, versión colombiana de Botelho et al., (2004), California Verbal Learning Test (CVLT), Trail making test (TMT). La aplicación de los test de evaluación fue realizada de forma individual, cada prueba contó con una duración de sesenta minutos durante tres sesiones (Ríos et al. 2017).

Los resultados obtenidos según, Ríos et al. (2017) dieron a conocer el deterioro de la memoria en la DTA, pero as u vez permitió resaltar la influencia que tienen las emociones con la memoria, se identificó que dependiendo de la carga emocional que tenga una experiencia vivida, le permite más fácil evocar el recuerdo. La emoción experimentada no necesariamente es positiva.

También se evidencia la imposibilidad que tiene la población con DTA para adquirir nuevo aprendizaje, debido al deterioro de la memoria a corto y largo plazo, imposibilitando la retención de información por mucho tiempo. Quizá por ello, para dicha población el reconocimiento de emociones faciales disminuye notablemente y más en la identificación de emociones complejas como celos, aburrimiento, coqueteo, entre otras, comparada, con el segundo grupo etario de envejecimiento normal (Ríos et al., 2017).

La investigación señala la importancia de crear estrategias y abordajes para fortalecer los procesos cognitivos antes de llegar a la etapa etaria, para “promover la activación de reservas cognitivas con la integración de las emociones y retrasar o lentificar en alguna medida la aparición de cuadros patológicos” (Ríos et al., 2017, p. 41).

## **Discusión**

Teniendo en cuenta la descripción de las tres investigaciones experimentales, se realizó una discusión entre estas, respecto a las siguientes características como: el tamaño de la muestra, duración de la intervención, seguimiento y resultados.

Con respecto al tamaño de la muestra, un primer grupo contó con un total de 6 personas (Rodríguez & Basto, 2012); el segundo grupo contó con una muestra de 8 personas en total (Quintero et al., 2011); el último grupo contó con una muestra para el estudio de 80 personas en total, divididas en dos grupos, así, 40 adultos mayores sanos (como grupo de comparación) y 40 adultos mayores con la DTA, (Ríos et al., 2017).

En la variable de duración de la intervención, se encontró que el primer grupo contó con una duración de 30 a 60 minutos por cada actividad, 4 horas por sesión, cinco veces la semana, por 3 meses consecutivos (Rodríguez & Basto, 2012); el segundo grupo dispuso de una duración en promedio de 60 minutos cada sesión, 2 veces por semana, durante 14 semanas (Quintero et al., 2011); el último grupo contó con una duración de 60 minutos, durante tres sesiones individuales, (Ríos et al., 2017).

Por otro lado, en relación con la tercera variable, se evidenció que las tres investigaciones (Rodríguez & Basto, 2012; Quintero et al., 2011; Ríos et al., 2017) no realizaron un seguimiento a corto o largo plazo posterior a la aplicación de la técnica.

Para finalizar, la última variable en cuanto a resultados de la técnica según (Quintero et al., 2011; Rodríguez & Basto, 2012) arrojaron un resultado positivo el ejercicio físico y el desarrollo de destrezas como (flexibilidad, equilibrio y control de la respiración) y en la repercusión de la salud fisiológica y del estado anímico. En ambos estudios las pruebas

psicométricas aplicadas antes y después, no registraron cambios significantes con respecto a estimulación cognitiva y funcional, ni pruebas de orientación, memoria y atención.

En cambio, el tercer grupo de investigación (Ríos et al., 2017) arrojó como resultado que las técnicas aplicadas a los pacientes con la DTA presentaron marcadas diferencias en alteraciones de la memoria declarativa y semántica, y en la concentración para adquirir nuevos conocimientos en comparación con los pacientes con un envejecimiento normal. Además, evidenciaron que los pacientes con la DTA al aplicarles estímulos que tenían asociada una carga emocional sea positiva o negativa, les permitió evocar recuerdos, pero, comparados con la población adulta mayor sana, siguió siendo menor.

Posterior a lo anterior, se hará una comparación con otras investigaciones experimentales realizadas otros países diferentes a Colombia, las cuales arrojaron los siguientes datos.

Los investigadores Fernández et al. (2010), reportaron que el tamaño de la muestra fue de 45 adultos mayores con la EA; los autores Miranda et al. (2013) reportó una muestra de 22 adultos mayores con la EA. Se logra evidenciar que el tamaño muestral en las dos investigaciones internacionales, es superior a las investigaciones nacionales.

Por otra parte, en cuanto a los resultados de las investigaciones internacionales, se evidenció, según (Fernández, Contador, Serna, Menezes, & Ramos, 2010) que los resultados después de la intervención reportaron una importante disminución en el deterioro cognitivo y alteraciones emocionales. Por otro lado, los autores (Miranda et al., 2013) reportaron que los resultados de la terapia cognitiva evidenciaron mejoría en los contenidos cognitivos y en la calidad de vida, pero en cuanto a la calidad funcional de los pacientes no se registró cambios positivos.

Teniendo en cuenta los datos de las variables de las anteriores investigaciones, resalta que los estudios con tamaño muestral más grande, obtuvieron resultados más relevantes y positivos en las capacidades cognitivas estudiadas, en comparación con las que tenían menos tamaño muestral. Por el contrario, las investigaciones que tenían menor tamaño muestral, a pesar de que el estudio también buscó impactar en el deterioro mental, los resultados apuntaron a los beneficios de condición física y emocional.

## Conclusiones

Resaltan en los estudios de los documentos abordados, aquellos que reportaron la importancia de adecuar las técnicas cognitivas según las características propias de cada persona y ajustarlas según las posibilidades, limitaciones, capacidades y gustos. Esas técnicas posibilitan resultados positivos no sólo para aportar conocimiento a la literatura, sino para aportar calidad de vida en el proceso de la enfermedad de los pacientes, a sus familiares y cuidadores.

En correlación con este tema, las técnicas reportadas de musicoterapia y estimulación sensorial obtuvieron impacto en los pacientes con la EA. Las terapias no solo utiliza las herramientas para afianzar o mitigare el deterioro cognitivo como la atención, la memoria, lenguaje, entre otros, sino que más allá de conocer el deterioro cognitivo, tiene en cuenta todo lo relacionado a la vida de los pacientes, como su pasado y el presente con la la enfermedad para personalizar las rutinas cognitivas. Además, las técnicas se pueden implementar hasta la etapa más avanzada de la EA.

De igual forma, si bien la fisioterapia y/o actividad física y la alimentación no son consideradas técnicas psicológicas, si se considera importante que el profesional de psicología tenga el conociendo de la importancia e impacto que tiene para las personas en general, tener hábitos saludables como dormir, el ejercicio y una alimentación saludable, evitar el consumo de alcohol, constante capacitación, entre otras, son factores que inciden y fortalecen el bienestar físico y mental.

También, se identificó en el análisis de los textos que la mayoría de las técnicas cognitivas por características propias de la enfermedad, fueron diseñadas para pacientes en etapa temprana o media del trastorno. Asunto que invita a repensar en tener hábitos saludables como

factores de protección antes de llegar a la senectud, no sólo para evitar posibles trastornos como la EA, siempre y cuando no sea por factores genéticos la enfermedad, sino para tener una vejez saludable.

Pero, teniendo en cuenta que en los reportes de la OMS (2017) se registra que las tasas más altas de la EA se dan en poblaciones de bajos recursos, esto, sumado a las negligencias de los Estados y a la superproducción de alimentos no saludables, más otros factores; deja entrever que la prevención de esa forma parece una utopía.

### Referencias

- Aguilar, M. (2004). Memoria. En J. Mestre, & F. Palmero, *Procesos Psicológicos Básicos*. (Primera ed., págs. 103-136). Madrid: Mc Graw Hill.
- Alameda, J., Lorca, J., & Salguero, M. (2004). Lenguaje. En J. Mestre, & F. Palmero, *Procesos Psicológicos Básicos* (Primera ed., págs. 159-185). Madrid: McGraw Hill.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014 ). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* . Washington.
- Barbosa, S., & Urrea, Á. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental. *Revista Katharsis*(25), 141-159. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369972>
- Bilyk, E., Ventura, A., & Cervigni, M. (2015). Caracterización de la producción científica iberoamericana sobre intervenciones en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. *Latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(2), 383-396. Obtenido de [http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA\\_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica\\_7-2\\_Bilyk-Ventura-Cervigni.pdf](http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-2_Bilyk-Ventura-Cervigni.pdf)
- Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), pp. 393-401. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4576/457644946010>
- Castro, L., & Galvis, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 567-590. Obtenido de



<http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131397015&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Colmenero, J. (2004). Percepción visual y auditiva. En J. Mestre, & F. Palmero, *Procesos Psicológicos Básicos* (Primera ed., págs. 27-47). Madrid: McGraw Hill.

Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

De los Reyes, C., Arango, J., Rodríguez, M., Perea, M., & Ladera, V. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Psicología Desde el Caribe*, 29(2), 421-455. Obtenido de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2c8d50f2-9d40-454c-ab36-a877b60ad5f9%40pdc-v-sessmgr02>

Fernández, B., Contador, I., Serna, A., Menezes, V., & Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123. Obtenido de <https://search-proquest-com.ezproxy.uniminuto.edu/docview/1115584783?accountid=48797>

Fernández, M. (2004). Atención. En J. Mestre, & F. Palero, *Procesos Psicológicos Básicos* (Primera ed., págs. 43-75). Madrid: McGraw Hill.

Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782018000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012)

- Galeano, M. (2004). *Investigación documental: una estrategia no reactiva de investigación social* (Primera ed.). Medellín: La Carreta Editores.
- Gerena, R., Gracia, C., Espejo, Y., Cano, J., & Sánchez, A. (2010). Propuesta de modelo de intervención psicosocial en adultos mayores de los acercamientos de un semillero de investigación. *Revista de investigaciones Unad*, 9(1), 103-116. Obtenido de <http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/article/view/654>
- Ginarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34(9), 870-876. Obtenido de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32080274/rehabilitacion\\_cognitiva.pdf?1381800574=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRehabilitacion\\_cognitiva.pdf&Expires=1603346472&Signature=QaD2uEOpJ9u6Jl8mz03MIbk59wN11g-WwvWdqw4zm7q4ZW8GK-AbXdSrMIN](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32080274/rehabilitacion_cognitiva.pdf?1381800574=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRehabilitacion_cognitiva.pdf&Expires=1603346472&Signature=QaD2uEOpJ9u6Jl8mz03MIbk59wN11g-WwvWdqw4zm7q4ZW8GK-AbXdSrMIN)
- Grupo de Neurociencia de Antioquia [GNA]. (s. f.). *Estudios clínicos*. Obtenido de Grupo de Neurociencia de Antioquia : <https://www.gna.org.co/estudios-clinicos/#estudios-clinicos>
- Grupo de Neurociencias de Antioquia [GNA]. (2020a). *El Alzheimer y los Sentidos*. Obtenido de Grupo de Neurociencias de Antioquia: <https://www.facebook.com/223752321046498/videos/337185180818953>

Grupo de Neurociencias de Antioquia [GNA]. (2020b). *Beneficios de la musicoterapia para las familias cercanas a la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de Grupo de Neurociencias de Antioquia : <https://www.facebook.com/223752321046498/videos/242808743789371>

Grupo de Neurociencias de Antioquia [GNA]. (2020c). *Vida físicamente activa: mejor vejez* . Obtenido de Grupo de Neurociencias de Antioquia: <https://www.facebook.com/223752321046498/videos/642786976352102>

Grupo de Neurociencias de Antioquia [GNA]. (2020d). *Abordaje Multimodal al Paciente con Alzheimer y otras Demencias*. Obtenido de Grupo de Neurociencias de Antioquia: <https://www.facebook.com/neurocienciasantioquia/videos/3516145535085504>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGraw Hill.

Hernández, Z., & Zoila, E. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 303-319. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29290207.pdf>

Kahn, J. (1967). *Psicobiología Evolutiva - Psicología de las Etapas Vitales. Crecimiento Humano y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Ediciones Morata S.A.

Landinez, N., Contreras, K., & Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio físico y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>

- Lerma, P., García, B., & López, L. (2017). Estrategias de intervención fisioterapéutica aplicadas en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(2), 100-108. Obtenido de <http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124306419&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Lopera, F., Agudelo, G., & Muñoz, A. (2005). Consumo de energía y nutrientes. *Perspectivas en Nutrición Humana*(14), 11-27. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10495/10475>
- Lopera, F., Méndez, L., Giraldo, Ó., & Aguirre, D. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10495/7941>
- Lopera, F., Zea, M., López, M., Valencia, C., Soto, J., Aguirre, D., . . . Rupperecht, R. (2008). Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(1), 24-35. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10495/5067>
- Matilla, R., Rosa, M., & Fernández, J. (2015). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 349-356. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15002085>
- Mestre, J., & Palmero, F. (2004). Emoción. En J. Mestre, & F. Palmero, *Procesos Psicológicos Básicos* (Primera ed., págs. 215-247). Madrid: McGraw Hill.

Mielgo C, A., Ortiz M, M., & Ramos M, C. (2001). El rol del psicólogo que trabaja con personas mayores. Definición y desarrollo profesional. *Experiencias*, 10(3), 397-398. Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/ehost/detail/detail?vid=3&sid=994c1bc5-d1cb-426c-9e86-af1fe89db392%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=a9h&AN=26306236>

Millán, J. (2011). Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid.

Minciencias. (s. f.). *Grupo de Neurociencias de Antioquia*. Obtenido de GrupLAC:

<https://scienti.minciencias.gov.co/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=00000000008120>

Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de Salud Mental Demencia*. Obtenido de Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>

Miranda, C., Mascayano, F., Roa, A., Maray, F., & Serraino, L. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445-455.

Obtenido de

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92658122&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Ocampo, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la facultad de psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8), 91-100. Obtenido de

<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150730/555786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (21 de 09 de 2020). *Demencia*. Obtenido de

Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=F8657CDAD50CD1E61FD8D18458396632?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=F8657CDAD50CD1E61FD8D18458396632?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (12 de Diciembre de 2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. revisión*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud .

Papalia, D. E., Duskin Felman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (Duodécima ed.). México D.F: McGraw - Hill/Interamericana , S.A. DE C.V.

Quijano, M., & Aponte, H. (2011). El efecto de autogeneración como estrategia de rehabilitación de la memoria. *Psychologia Avances de la Disciplina.*, 5(2), 107-120. Obtenido de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/ehost/detail/detail?vid=2&sid=7229a>

ab9-d830-457a-be98-ba7f5b14c835%40pdc-v-  
sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#  
AN=124418&db=lsdpd

- Quintero, E., Rodríguez, M., Guzmán, L., Llanos, O., & Reyes, A. (2011). Estudio piloto: Efectos de un programa de hatha-yoga sobre variables psicológicas, funcionales y físicas, en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 5(2), 45-56. Obtenido de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=4923999>
- Ríos, J., Medina, T., & Gómez, D. (2017). Memoria declarativa y reconocimiento de emociones en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 27 - 46. Obtenido de [https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/327790/pdf\\_1](https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/327790/pdf_1)
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intevención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
- Rodríguez, J., & Basto, D. (2012). Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo /comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. *Revista Árete*, 12(1), 128-139. Obtenido de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=5108943>
- Rosas, J., & García, A. (2004). Aprendizaje. En J. Mestre, & F. Palmero, *Procesos Psicológicos Básicos* (Primera ed., págs. 77-). Madrid: McGraw Hill.

Villalba, S., & Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica.

*Terapeía*(6), 73-94. Obtenido de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>



**Anexos**

Anexo 1

Ejemplo de Matriz de registro de fuentes

Registro de búsqueda en base de datos UNIMINUTO				
Base de datos	Palabras clave	Criterios de filtro	Total artículos	Observaciones
EBSCO Academic Search Complete	"Alzheimer"	N/A	64026	Al aplicar todos estos filtros, no aparece en geografía la opción de Colombia, por lo cual se cambian las palabras de búsqueda por "Alzheimer" and "Colombia".
		2010-2020	41374	
		Publicaciones académicas.	39581	
		Español	191	
	"Alzheimer" and "Colombia".	N/A	200	Se seleccionaron 8 artículos.
		2010-2020	169	
		Publicaciones académicas.	161	
		Español	32	
	"Alzheimer" and "cuidado"	N/A	38	Ninguno de los artículos cumple con las variables del problema.
		2010-2020	30	
		Publicaciones académicas.	27	
		Español	13	
	"Alzheimer" and "cuidado psicológico"	N/A	138	Ninguno de los artículos cumple con las variables del problema
		2010-2020	119	
		Publicaciones académicas.	114	
		Español	52	
	"Alzheimer" and "atención"	N/A	54	2 artículos repetidos, 16 descartados.
		2010-2020	45	
		Publicaciones académicas.	38	
		Español	18	
		2010-2020	13	
		Publicaciones académicas.	13	

PRÁCTICAS DE CUIDADO MENTAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER EN COLOMBIA

Anexo 2

Ejemplo de Matriz de registro topológico

Tópico	Título del documento	Apellido y nombre de autores	Año de publicación	País de población de estudio	País de publicación del estudio	Lugar geográfico del estudio. (Lugar dónde se contactó la muestra)	Palabras clave	Objetivo (s)	Variables / Categorías teóricas trabajadas en el documento (Marco teórico)
Rehabilitación cognitiva	Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer	Carlos José De los Reyes Aragón; Juan Carlos Arango Lasprilla; Melissa...	2012	Colombia	Barranquilla - Colombia	Universidad del Norte. Barranquilla - Colombia.	Enfermedad de Alzheimer, rehabilitación de memoria...	Hacer una revisión detallada de las diferentes técnicas y/o tratamientos...	Rehabilitación cognitiva.
Teoría base (modelos teóricos utilizado por el autor)	Población / muestra	Características socio-demográficas de la muestra	Metodología : alcance / tipo / estrategia / método	Conclusiones	Base de datos	URL / DOI	Cita del documento en normas APA	Observaciones	
Psicología cognitiva.	29 estudios.	Incluyeron una o varias de las técnicas mencionadas en este trabajo, publicados entre 1982.	Revisión documental.	Los principales resultados de la revisión evidencian la aplicación de tratamientos...	EBSCO Academic Search Complete	<a href="http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=91508295&amp;lang=es&amp;site">http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=91508295&amp;lang=es&amp;site</a>	De los Reyes, C., Arango, J., Rodríguez, M., Perea, M., & Ladera, V. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer...	Nombra los principales tratamientos no farmacológicos para la EA (tratamientos cognitivos, intervenciones...	

Anexo 3

Ejemplo de ficha bibliográfica

<b>Localización o ubicación:</b> Lugar físico o virtual donde se localiza la fuente consultada.		
<b>Tipo de fuente:</b> Se especifica el tipo de fuente consultada y de la cual se registra la información	<b>Tipo de ficha:</b> Bibliográfica	<b>Número de ficha:</b> Código numérico o alfanumérico asignado a la ficha de acuerdo con criterios definidos por el investigador.
<b>Código de clasificación:</b> Registro cualitativo del Número de la ficha en el que se expresa el nombre de la categoría y subcategorías de estudio abordadas		
<b>Fuente:</b> Cita de acuerdo con Normas APA.		
<b>Resumen:</b> Aquí se escribe de forma literal la parte del documento que le interesa al investigador y hace la cita de autor.	<b>Palabras claves del texto:</b> La o las palabras que identifican el contenido de la cita de autor.	
<b>Anotaciones u observaciones:</b> Se registran comentarios de quien elabora la ficha sobre el contenido de lo citado.		
<b>Registrado por:</b> Nombre de la persona que realiza el registro de información.	<b>Fecha:</b> 00/00/2020 en la que se realiza el registro de la información en la ficha.	