

Caracterización de un Modelo Interventivo Integral a Pacientes con Enfermedad de Alzheimer:
Una mirada desde la salud Psico-Mental y Neurológica

Gloria Margarita Camacho Regino, ✉ gmcamachor@gmail.com

Isabella Merchán Dellscherff, ✉ isamerchand_27@hotmail.com

Artículo de investigación presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: María Ceila Galeano Bautista Magíster (MSc) en Salud Pública



Universidad de San Buenaventura Colombia

Facultad de Psicología

Psicología

Santiago de Cali, Colombia

2019

Citar/How to cite	(Camacho & Merchán, 2019)
Referencia/Reference	Camacho, G. & Merchán, I. (2019). <i>Caracterización de un Modelo Interventivo Integral a Pacientes con Enfermedad de Alzheimer: Una mirada desde la salud Psico-Mental y Neurológica</i> , (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Cali.
Estilo/Style: APA 6th ed. (2010)	



Bibliotecas Universidad de San Buenaventura



Biblioteca Digital (Repositorio)
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co>

- Biblioteca Fray Alberto Montealegre OFM - Bogotá.
- Biblioteca Fray Arturo Calle Restrepo OFM - Medellín, Bello, Armenia, Ibagué.
- Departamento de Biblioteca - Cali.
- Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena – Cartagena.

Universidad de San Buenaventura Colombia

Universidad de San Buenaventura Colombia - <http://www.usb.edu.co/>

Bogotá - <http://www.usbbog.edu.co>

Medellín - <http://www.usbmed.edu.co>

Cali - <http://www.usbcali.edu.co>

Cartagena - <http://www.usbctg.edu.co>

Editorial Bonaventuriana - <http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/>

Revistas - <http://revistas.usb.edu.co/>

Resumen

Este artículo de investigación tiene como objetivo principal la caracterización de un modelo interventivo integral a pacientes con enfermedad de alzhéimer. El enfoque que se utilizó fue cualitativo de tipo descriptivo puesto que lo que se pretendió fue caracterizar los componentes que debería tener un modelo interventivo integral a dicha enfermedad. Este estudio tuvo en consideración las experiencias de 5 profesionales que trabajan activamente o han trabajado en el transcurso de sus quehaceres con pacientes con enfermedad de alzhéimer desde diferentes disciplinas como lo son, la psiquiatría, neuropsicología, neurología, psicología y gerontología. La recopilación de la información se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales posteriormente se categorizaron en: rol del profesional de la salud frente a la enfermedad, experiencia de los profesionales de salud en el abordaje del alzhéimer, intervención ideal, intervención ofrecida, en las cuales surgieron subcategorías de análisis. Como resultados se obtuvieron que existe una gran diferencia entre las intervenciones que están siendo ofrecidas actualmente las cuales se enmarcan dentro de la interdisciplinariedad y las intervenciones ideales las cuales dan cuenta de una forma de intervención más beneficiosa puesto que se sitúan dentro de la transdisciplinariedad. Este estudio permite concluir, que resulta fundamental dentro de dicho modelo integral, un seguimiento constante por parte de los profesionales encargados y un trabajo conjunto entre todas las disciplinas, un continuo acompañamiento a las familias y/o principales cuidadores del paciente y el uso de campañas preventivas.

Palabras clave: Alzheimer, Modelo de intervención Integral, calidad de vida, paciente, Psiquiatría, Neurología, Gerontología, Psicología, Neuropsicología.

Abstract

This research article has as main objective the characterization of an integral intervention model to patients with alzheimer's disease (ad). The line that was used was qualitative of descriptive type since what was intended was to characterize the components that should have an integral intervention model to this disease. This study took into account the five professionals experiences

of people who are work actively or have worked in through their work obligations with ad patients from different disciplines such as psychiatry, neuropsychology, neurology, psychology and gerontology. The information was compiled through semi-structured interviews, which were later categorized into: role of the health professional in the face of the disease, experience of health professionals in the approach to ad, greatest intervention, intervention provided, in which subcategories of analysis arose. The results show that there is a great difference between the interventions currently being offered which are framed within the interdisciplinarity and the ideal interventions which account for a more beneficial form of intervention since they are placed within the transdisciplinarity. This article makes it possible to conclude that it is fundamental within this integral model, a constant monitoring by the professionals in charge and a joint work among all the disciplines, a continuous accompaniment to the families and / or main caregivers of the patient and the use of campaigns preventive measures.

Keywords: Alzheimer, Intervention Integral Model, patient, Psychiatry, Neurology, Gerontology, Psychology, Neuropsychologia.

Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente a la memoria, el lenguaje y pensamiento del sujeto, ya que el deterioro cognitivo de la misma compromete los procesos psicológicos básicos y superiores de la persona, siendo así la forma de demencia más común y en aumento. Se registran alrededor de 47 millones de personas en el mundo que padecen Alzheimer. Anualmente se registran 9.9 millones de casos aproximadamente tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud (2017). El diagnóstico de la enfermedad involucra disciplinas como la neuropsicología, neurología, psiquiatría. Su tratamiento se basa en el postergamiento del deterioro cognitivo, como el reforzamiento del mismo, a su vez tratando el mejoramiento anímico del sujeto en pro de su calidad de vida.

A continuación, se presentan los antecedentes de la investigación donde las referencias indagadas pertenecen al ejercicio de las neurociencias, psiquiatría y psicología; siendo este orden

el mismo en número de publicaciones relacionadas al tema de interés. Se tuvieron en cuenta publicaciones comprendidas entre los años 2011 y 2016. El mayor número de publicaciones se produjeron entre los años 2011 y 2013 con un número total de 240 investigaciones, en su mayoría con enfoque cualitativo. Los países con mayor número de publicaciones son Estados Unidos, Reino Unido y Alemania. Para el desarrollo de este recorrido de estudios investigativos se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: en primer lugar, se encontrará la intervención desde una postura farmacológica, posteriormente las posturas no farmacológicas las cuales se agrupan en subcategorías de reforzamientos cognitivos y mejoramiento anímico, por último, se expondrá la categoría de intervención al cuidador.

En la intervención farmacológica, los autores Aboulafia, T. Suchecki, D. Gouveia, F. Nitrini, R. y Ptak, R. (2014) en su investigación realizada en Brasil, hacen un abordaje terapéutico, donde midieron los niveles de la hormona cortisol salival en una terapia que duro 8 sesiones semanales, esta se realizó conjunto a una terapia cognitivo conductual. Los autores concluyen que los síntomas neuropsiquiátricos tienen una reducción significativa en el paciente y, que cuando se le da una psicoeducación al cuidador, el estrés disminuye. Sobre esta misma línea, los autores Rea, Carotenuto, Fasanaro, Manzo y Amenta (2015), en un estudio en Italia, concluyeron que la apatía en el paciente se ve reducida al utilizar donepezil con alphoscerate colina en lugar de donepezil solo. En Italia en el mismo año Fàzzari, G, Marangoni, C. Benzoni, O. (2015) afirman en su estudio que el uso de ansiolíticos en conjunto con intervención psicológica, reduce la agitación psicomotora en el paciente.

Por otro lado, Remington, R. et al. (2015), en un estudio comparativo realizado en Estados Unidos, llegan a la conclusión que el uso de placebos en suplencia de fármacos no muestra un mejoramiento neuropsiquiátrico significativo. Corroborando lo anterior, Wang, F. Feng, T. Yang, S. Prter, M. Zhou, N. Wang, X. (2016) en su investigación realizada en China infieren que es necesario el uso de fármacos para el tratamiento de las demencias. Bajo esta misma línea, Droogsma, E. et al. (2016) realizaron un estudio en Irlanda, en el cual concluyen que las terapias con fármacos retardan el deterioro cognitivo, enfatizando en un efecto positivo, en pacientes con Alzheimer.

En lo que respecta a la intervención no farmacológica, haciendo énfasis en la atención a la cognición, Brunelle. L, Thivierge. S, Simard. M (2014), en el 2015 llevaron a cabo un estudio en Canadá donde evalúan el impacto desde un programa de rehabilitación cognitiva en síntomas

psicológicos conductuales de la enfermedad de Alzheimer, su resultado revela que los síntomas conductuales mejoran significativamente y que el programa de rehabilitación cognitiva tiene aspectos positivos en pacientes con Alzheimer en etapas: leve y moderada. Por otro lado, Los autores Berriel, F. Pérez R. (2007) en una investigación llevada a cabo en Uruguay, determinan que un abordaje psicoterapéutico presenta una mejor evolución en los pacientes a nivel cognitivo. Corroborando lo anterior, En el 2014 Fernández, B. et al. investigaron en España y Brasil desde un enfoque multidimensional que pretendía mejorar aspectos como la cognición y síntomas conductuales en personas con enfermedad de Alzheimer leve, los resultados sugirieron que este tipo de intervención beneficia en término de síntomas cognitivos y no cognitivos.

Respecto a las intervenciones no farmacológicas enfatizadas en los aspectos anímicos del sujeto, Combe, F., Rouch, I., Gaujard, G., Relland, S., Salmon, P. (2013) realizan una investigación en Francia, la cual se basa en una terapia conductual, llegan a la conclusión que existe una mejora significativa en términos de los niveles de ansiedad, apatía y depresión. Por otro lado, Sakamoto, M. Ando, H., Tsutou, A. (2013) en Japón afirman que las personas con demencia experimentan estados de ánimo bajos, por ello los autores indagan sobre la terapia musical como herramienta de mejoramiento anímico, estudio del cual concluyen que este tipo de intervención causa una reducción en el estrés e inclusive ayuda a restaurar la función cognitiva. Por esta misma línea Ehresman, C. (2014) en Canadá indagó sobre un modelo interventivo basado en las artes plásticas para estimular varias regiones del cerebro y mejorar el estado anímico. Los resultados arrojan que después de la intervención el paciente muestra una mejoría en la calidad de vida y crecimiento personal. En ese mismo año Lancioni, G. (2014) et al. En Estados Unidos retoma la investigación de musicoterapia complementándolo con programas de tecnología apoyando actividades cotidianas, sugieren que después de la intervención, los pacientes muestran mejorías tanto anímicas como cognitivas. Complementando las posturas de las artes como forma de intervención, Innes K, Selfe, T., Khalsa D., Kandati, S. (2016) en su investigación realizada en Estados Unidos, encuentran que la terapia con música mejora el estado anímico y la calidad del sueño en el paciente.

En lo que respecta a las intervenciones con el cuidador, Willks. S. Croom, B. (2008) en un estudio realizado en estados unidos en el 2008, indagaron acerca del efecto que tiene el apoyo social a la resiliencia en los cuidadores. El estudio arrojó que el estrés es un factor que influye

negativamente en la resiliencia y que el apoyo en general (amigos, familia, social) influye de manera positiva a fomentar la resiliencia en los cuidadores. En esta misma línea Pot, A. Blom, M., Willemse, B. (2015) en una investigación publicada en Nethaerlands, después de realizar un estudio con un grupo experimental de cuidadores de pacientes con Alzheimer infieren que la autoayuda guiada por una profesional muestra beneficios en la parte anímica de los cuidadores.

Con base a lo anteriormente expuesto se infiere que la intervención a la enfermedad de Alzheimer se ha constituido principalmente desde una perspectiva farmacológica en la cual se busca el mejoramiento de problemas como la apatía, depresión, y el reforzamiento cognitivo a través de la parte bioquímica. Posteriormente se encuentran las posturas que si bien no son farmacológicas se interesan en el reforzamiento cognitivo de los procesos básicos mentales y el bienestar anímico del sujeto; por último, se puede evidenciar que también se ha hecho un trabajo terapéutico alrededor de los cuidadores en pro de la correcta asistencia al paciente. El Alzheimer compromete directamente los procesos psicológicos básicos, si el paciente no recibe el tratamiento adecuado, se aceleran la pérdida de dichos procesos. Esta problemática es un tema de interés para la psicología, al ser estudiosa del comportamiento humano, procesos mentales y afecciones de los mismos y por esto se torna pertinente la caracterización de un modelo interventivo que contemple integralmente aspectos mentales, psicológicos y neurológicos.

En el transcurso de la elaboración del presente estudio surgieron múltiples interrogantes en torno a esta problemática, algunos de ellos son: ¿Qué disciplinas atienden la problemática del Alzheimer?, ¿Cuáles son los modelos interventivos que se brindan a pacientes de Alzheimer?, ¿Cómo hace parte la psicología en estas intervenciones?, ¿Cuál es el rol del psicólogo frente al tratamiento del Alzheimer?, ¿Por qué no existe un modelo interventivo integral a pacientes con Alzheimer?, ¿Cómo podría caracterizarse un modelo interventivo integral, ideal y aplicable a la población con enfermedad de Alzheimer? Al no encontrar respuesta a estas interrogantes en las investigaciones anteriores se decide entonces preguntarse por el alzhéimer desde un abordaje integral, ya que es una problemática que compete a la misma, es aquí donde se justifica la importancia de esta investigación, en la posible creación de un modelo interventivo que abarque no solo las necesidades del paciente, sino también sus construcciones mentales acerca de la enfermedad y sus intereses subjetivos en pro del mejoramiento de la misma, solo así se lograr un abordaje integral exitoso. Por tal motivo surge la pregunta *¿Qué características debe tener un*

modelo de intervención integral desde una perspectiva médico-psicológico a pacientes con enfermedad de Alzheimer?

Es importante para las investigadoras del presente trabajo, indagar a cerca de la enfermedad de Alzheimer, puesto que, en su formación profesional en psicología y experiencias subjetivas con la enfermedad, les ha llevado a querer humanizar y darle la importancia, que desde sus posturas la psicología se ha interesado poco en dicha problemática siendo esta pertinente para la psicología. Es aquí donde nace la importancia de plantearse la caracterización de un modelo interventivo integral para el abordaje con Alzheimer. Un modelo de intervención tiene en cuenta al individuo en interacción con su contexto, es decir que dicha caracterización del modelo debe tener como objetivo brindar herramientas que faciliten a las personas adaptarse a su contexto en pro del bienestar de él y de su relación con el entorno. Yanguas, J. et At. (2007) En su publicación “Los modelos de atención a personas con enfermedad de Alzheimer” plantea que es necesario abordar la enfermedad desde diferentes aspectos incluyendo el funcionamiento cognitivo, en relación a la forma de intervención.

El abordaje a la enfermedad desde esta disciplina no debe limitarse únicamente a la neuropsicoestimulación cognitivo-conductual, (Ruiz, M. 2000. P.5), si no, que debe de aportar sus conocimientos para la creación de planes de actividades en relación al quebrantamiento de dinámicas que fomenten la apatía en el paciente con demencia. Los abordajes que se utilizan normalmente van dirigidos al cambio de conductas del sujeto que le permitirán desenvolverse de la manera más autónoma posible fomentando el mejoramiento de la calidad de vida del mismo, esto se lleva a cabo con actividades y/o ejercicios específicos que influyen directamente con los procesos atención y concentración del paciente desde un paradigma terapéutico funcional, es decir el mantenimiento y recuperación de la capacidad funcional en el desenvolvimiento de la cotidianidad, (Rodríguez, A., García. J., y Carro. J. pp. 16-19

1 Método

Fue una investigación de corte cualitativo puesto que lo que se pretendió fue caracterizar componentes que puedan integrarse a un modelo de intervención integral en pacientes que padezcan enfermedad de Alzheimer. Es importante comprender la pertinencia de este estudio en el área de la salud puesto que ésta se ocupa directamente de lo relacionado con el paciente y

posterior tratamiento de la enfermedad. En este sentido, es de gran importancia e impacto que el objeto de estudio sea un modelo interventivo integral.

1.1 Participantes:

Para este estudio se contó con la participación de cinco profesionales de la salud que han tratado pacientes con dicha enfermedad. A continuación, se mencionan los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes y la caracterización sociodemográfica de los mismos, estos criterios son los siguientes:

1.2.1 Criterios de Inclusión:

Psicólogos de la salud con experticia en la enfermedad Alzheimer, - Profesionales de la salud que trabajen con la población mencionada.

1.2.2 Criterios de exclusión:

Profesionales de la salud mental y neurológica sin experticia en la enfermedad -Psicólogos que no aborden la enfermedad de Alzheimer.

A continuación, se presentan los profesionales que participaron en el presente estudio:

Profesional en **Psicología de la salud** nacida en Cali Valle del Cauca de 51 años de edad, egresado del pregrado en Psicología de la universidad Javeriana de Cali, especialista en inmigración de la universidad de comillas y especialista en inclusión social de colectivos en riesgo de exclusión social de la universidad de Cantabria. La experiencia laboral con pacientes con Alzheimer se aproxima a los 10 años, su quehacer actualmente se encuentra dentro de una fundación de la ciudad de Cali Colombia dedicada al servicio de adultos con dicha enfermedad.

Un profesional especialista en **Neurología clínica** de 60 años de edad egresado de la Universidad Militar Nueva Granada, egresado del pregrado en Medicina General de la Universidad de Cartagena, su experticia laboral con pacientes con Alzheimer es mayor a 30 años, este

profesional actualmente atiende pacientes en la clínica de Occidente lugar donde recibe pacientes de forma particular y también por remisiones de las EPS.

Un profesional en **Neuropsicología** de 52 años de edad originaria de Cali Valle del Cauca, egresado del pregrado de psicología de la universidad Javeriana de Cali, magister en neuropsicología cognitiva de la Universidad de Complutense y magister en prácticas psicomotrices de la Fundación Ciencia y Medicina ambas en Madrid España, La experticia de este profesional es de 25 años aproximadamente, actualmente labora en una fundación de la ciudad de Cali Colombia dedicada al servicio de adultos con dicha enfermedad.

Un profesional especialista en **Psiquiatra** de 32 años de edad egresado del pregrado en Medicina de la universidad Libre. La especialización fue realizada en la Fundación Universitaria Sanitas. Este profesional aproxima su experiencia laboral a 3 años aproximados tratando pacientes con enfermedad de Alzheimer, labora en un consultorio particular en el sur de Cali y también pacientes que son remitidos por EPS.

Un profesional en **Gerontología** egresado de la Universidad de Antioquia del programa de Gerontología, y de la universidad Santiago de Cali del programa de Administración de empresas, especialista en mercadeo. Este profesional aproxima su experiencia laboral a 8 años trabajando con pacientes con enfermedad de Alzheimer; en la actualidad su quehacer se encuentra dentro de un Geriátrico del sur de la ciudad de Cali Colombia.

La consecución y abordaje de los profesionales surgió de manera compleja en algunos aspectos. La accesibilidad a las entrevistas se tornó difícil por motivos de limitación de tiempo por parte de la mayoría de los profesionales. La búsqueda de los mismos resulto obstaculizada debido a que existen pocos profesionales especializados en enfermedad de Alzheimer que residan en la ciudad. No con todos los profesionales fue posible profundizar la entrevista con una segunda sesión, puesto que tomaron la decisión de no continuar con el proceso de investigación.

2.1 Categorías de Análisis:

Para efectos de este estudio, se operacionalizaron las siguientes categorías de análisis:

- Rol de los profesionales de la salud frente a la enfermedad: Refiere a la función que cumple cada uno de los profesionales frente a la enfermedad.

- Experiencia de profesionales de la salud en el abordaje del Alzheimer: Alude a todas y cada una de las experiencias que han forjado su quehacer profesional.
- Intervención ofrecida: Hace referencia a las intervenciones que actualmente están siendo ofrecidas por los profesionales, cuales son las debilidades y fortalezas de las mismas.
- Intervención ideal: Refiere a cuáles son las formas de intervenciones idealizadas, las pautas y las sugerencias que los profesionales consideran que debería tener un modelo de intervención para tratar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer de manera más beneficiosa.

2.1.1 Subcategorías de análisis:

Dentro de la categoría “experiencia de los profesionales de la salud en el abordaje con la enfermedad de Alzheimer” emergieron las subcategorías de: vivencia de los profesionales, la cual refiere a las anécdotas frente al trato con sus pacientes, dentro del contexto terapéutico en relación con su entorno, que sirven como punto de ejemplificación de su quehacer frente a la enfermedad. Y práctica de los profesionales: la cual considera aspectos relacionados con el desempeño de su quehacer desde cada una de las disciplinas, es decir, lo que hace cada uno de ellos en sus intervenciones. Y dentro de la categoría denominada “Intervención ofrecida” se desprenden las subcategorías de: falencias del sistema la cual hace referencia a las dificultades que este presenta en el tratamiento de pacientes con dicha enfermedad. Y la subcategoría de Atención al cuidador: en la cual se refiere a la importancia de la correcta atención al cuidador y/o familiar en el proceso de intervención a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Y por último en la categoría “intervención ideal” surgió la subcategoría denominada: Atención interdisciplinar, la cual alude a lo que los profesionales sugieren que es una intervención conjunta.

2.2 Estrategia de recolección:

Para la recolección de datos se realizaron entre una y dos entrevistas semi–estructuradas a cada profesional y observaciones participantes. Los tópicos de las entrevistas giraron en torno a lo que se considera que debería incluir un modelo de intervención a pacientes con enfermedad de Alzheimer, enfatizando en la caracterización de los aspectos metodológicos de intervención

2.3 Plan de análisis:

Dichas entrevistas fueron grabadas, transcritas y posteriormente codificadas y categorizadas. De este modo se inició la reducción de las mismas con el fin de elaborar las características que se consideraron necesarias para la caracterización del modelo interventivo integral. Los pasos para el análisis fueron los siguientes: En primera instancia se categorizaron los resultados obtenidos estableciendo diferencias o similitudes entre los discursos de los profesionales, posteriormente se realizó una reflexión sistemática con el fin de contrastar el plano teórico con la aplicabilidad en la praxis para así caracterizar paso por paso el objeto de estudio.

3. Consideraciones Éticas

Según la resolución 8430, se considera que esta investigación fue sin riesgo para los sujetos participantes, pues prevaleció la seguridad de estos ya que las técnicas y métodos de investigación no conllevaron a una intervención o modificación intencionada que comprometiera variables fisiológicas, biológicas, psicológicas y/o sociales de los individuos. (Art. 11, Resolución 8430). Para garantizar el riesgo mínimo en la presente investigación, se contó con el apoyo de La Unidad de Servicios Psicológicos de la universidad San Buenaventura Cali y adicional a ello se contó con el consentimiento informado para cada participante, fue explicado verbalmente por las investigadoras y leído por uno de los profesionales. Minutos previos a la entrevista las investigadoras aseguraron la claridad del entendimiento del consentimiento, dando espacio a preguntas acerca del documento y propiamente de la investigación, posteriormente los participantes afirmaron entender a plenitud la razón de ser de la investigación y procedieron a firmar el consentimiento.

4. Resultados

Esta presentación se realiza a partir de las categorías de análisis y las subcategorías de la presente investigación, éstas se dividen en cuatro, las cuales son: en primer lugar “rol del profesional, en segundo lugar “experiencia de los profesionales de la salud” de la cual se desprenden dos

subcategorías las cuales son “vivencias del profesional” y “prácticas de los profesionales”, en tercer lugar “intervención ofrecida” donde cuyas subcategorías son “falencias del sistema” y “atención al cuidador”. Y por último se encuentra la categoría de “intervención recibida” donde cabe la subcategoría de “atención interdisciplinar”.

En la categoría **rol del profesional** los participantes refieren que este se basa en el quehacer desde cada disciplina, ya que cada profesional tiene una concepción distinta de su rol según su experticia. El psiquiatra refiere que su rol frente a esta enfermedad equivale al control de los síntomas comportamentales, afectivos y psicóticos que se desarrollan como consecuencia de la enfermedad, esto se evidencia en su discurso “*(...)los psiquiatras vemos las demencias por los síntomas comportamentales, afectivo y psicóticos que están asociados a la enfermedad(...)yo pienso que en ultimas es tratar que la enfermedad no progrese rápidamente, eh de que la persona tenga los síntomas lo más aplacados posibles que tenga una merma de sus manifestaciones que son disruptivas y que no amenace su integridad consigo mismo y con respecto a los demás que están en su entorno*”. A su vez, la neuropsicología refiere que el rol que desempeña frente a la intervención de esta enfermedad se caracteriza por la realización del diagnóstico de la enfermedad acompañado de los ejes de atención que se direccionan al reforzamiento cognitivo del paciente, como da cuenta su discurso en la entrevista “*La evaluación neuropsicológica hace parte del diagnostica de un paciente con Alzheimer (...)el primer eje de la atención es el de la persona afectada con pérdida de memoria por medio de terapias. ¿Cómo entra ahí la neuropsicología? Resulta que la base científica de los programas de estimulación son dos habilidades del cerebro y que todos tenemos y que son primero la neuroplasticidad y la reserva cognitiva, esa es la base neuropsicológica que apoya este eje de atención*”.

De igual manera, la profesional en psicología, refiere que su rol frente a la intervención va dirigido al reforzamiento y desarrollo de las capacidades del paciente, contemplando enfáticamente la parte afectivo-emocional, como se puede apreciar en su discurso “*(...) Respecto a los pacientes, nos interesa muchísimo esa parte emocional. (...) Mi función, como les decía anteriormente, es hacer que estas personas, identifiquen, las capacidades, a través de los ejercicios que realizan, y la mantengan y la desarrollen*”. Por su parte, la profesional en gerontología refiere que su rol frente a la enfermedad es garantizar la calidad de vida de los pacientes, cuya concepción de calidad refiere al correcto funcionamiento del metabolismo desde la función interoceptiva del hambre y del sueño, evidenciado en el discurso “*Lo que hago yo aquí*

con ella, y con los pacientes es, vuelvo y te repito, calidad de vida (...)la calidad de vida es, que duerma bien, para eso el medicamento, si tiene que suministrar medicamento, que coma bien". Por otro lado el profesional en Neurología infiere que su rol frente a la intervención con pacientes que padecen dicha enfermedad es basado en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas orgánicos, como se evidencia en su discurso: *"lo primero es diagnosticar, que está en un deterioro cognoscitivo y lo importante es descartar enfermedades tratables, que pueden ser neurosífilis que pueden ser una hidrocefalia, que puede padecer deficiencia de vitaminas, que puede ser un trastorno tiroideo (...) si tiene cualquiera de estas cosas es tratable, que son síntomas muy similares a la demencia que es pérdida de la memoria y cambios de conducta".*

En la categoría **Experiencia de los profesionales** se resaltan dos subcategorías. La primera de ella es **vivencias de los profesionales** en la cual se evidencian experiencias y/o anécdotas de estos frente al trato con sus pacientes, dentro del contexto terapéutico en relación con su entorno, que sirven como punto de ejemplificación explicativa de su quehacer frente a la enfermedad. En este caso el psiquiatra refiere que en la etapa inicial de la enfermedad, la intervención podría verse complementada con una intervención psicológica, ya que de esta manera, el proceso con el paciente podría resultar más beneficioso, que al contemplar una única forma de intervención desde una sola disciplina, esto se evidencia en su discurso *"tenía un paciente que me llegó con deterioro cognitivo leve, entonces digamos, alcanzaba a tener un grado de introspección y cuando a la persona le pasa eso y ve su deterioro, entonces comienza a afectarse, síntomas adaptativos, reacciones de afrontamiento ante la enfermedad, entonces en ese paciente fue particularmente útil psicología".*

Por su parte, la psicóloga, refiere que, el trabajo con un paciente de Alzheimer debe estar basado en el presente, donde su intervención tiene cabida, gracias al reforzamiento de las capacidades del sujeto (como se mencionaba anteriormente), referido en su discurso *"La gran lección la aprendí, por ejemplo, un día que habíamos programado, una, salida extramural al zoológico. Y todas esas salidas extramurales, requiere, pues, mucha logística, mucho entusiasmo, de parte del equipo, y ¡que rico, van a ir al zoológico! ... evidentemente, pasan delicioso, pero entonces con ese mismo ánimo, al día siguiente yo tenía sesión, y les pregunte: ¡bueno, ¿y qué tal el zoológico?! "¿!zoológico!?", no acordaban en absoluto que habían estado el día anterior al zoológico. Sin embargo, las fotos evidenciaban, ese gran momento de dicha y de alegría que habían tenido. Creo que en ese momento yo aprendí que esto era del presente solamente (...)*

cuando esas personas retoman esas capacidades, y se sienten que son funcionales, en muchos aspectos que antes no lo estaban siendo, el impacto es muy positivo, en su conducta, en su tranquilidad, y en su dignidad fundamentalmente”.

La profesional en neuropsicología refiere que, según su experiencia, da cuenta la importancia de la correcta influencia del cuidador del paciente dentro del proceso de intervención *“me di cuenta como uno puede mejorar la calidad vida de una persona que tenga demencia y a pesar de su deterioro, como la familia puede influir en esa intervención integral”.* Por esa misma línea, la gerontóloga refiere también la importancia del rol de la familia frente al cuidado de esta enfermedad, refiriendo así en su discurso de experiencia personal la importancia de un pronto diagnóstico *“(...) yo a base de la experiencia con mi abuela, a mi abuela la cogió una demencia, uno dice no, ella se va a recuperar, es mentira, pero lo que volcamos y repetimos anteriormente, la pregunta, hay que hacer hasta lo imposible, llevémosla, mirémosla”.* Por su parte el profesional en neurología refiere que en la actualidad la profesión del neurólogo no se basa únicamente en el tratamiento de los síntomas mentales si no en la contribución del proceso de lentificación de la sintomatología de la enfermedad, como bien lo expresa *“en el siglo pasado recién graduado de neurólogo no había nada, solo había tratamiento para los síntomas mentales, los cambios de conducta y eso, ahora tenemos medicina que ayudan a lentificar el proceso de enfermedad y el paciente mejora la calidad de vida”.*

La segunda subcategoría es **Práctica de los profesionales**, en la cual se evidencian aspectos relacionados con el desempeño de su quehacer frente a las diferentes disciplinas desde los discursos de estos. El profesional en psiquiatría refiere que su práctica va orientada a la ralentización del deterioro de la enfermedad, como se evidencia en el discurso *“el abordaje es más enfocado en esos síntomas que son más sensibles al manejo por psiquiatría y obviamente pues todo lo que está relacionado con evitar o digamos frenar un poco el deterioro cognitivo, evitar la progresión rápida”.* El profesional en neuropsicología refiere que, en su práctica, es necesario el reforzamiento cognitivo y la prevención con los pacientes con déficit cognitivo leve *“estamos trabajando ya en la parte de prevención con personas que tienen ya un déficit cognitivo leve que quieren aprender técnicas (...) Entonces el primer eje de la atención es el de la persona afectada con pérdida de memoria por medio de terapias”.* Por otra parte, este mismo profesional refiere que su quehacer y el alcance de este terminan en cuanto se hacen las evaluaciones neuropsicológicas y la determinación del grado de deterioro. *“nosotros acá hacemos las*

valoraciones neuropsicológicas, miramos el grado cognitivo que tiene el paciente y así mismo los dirigimos a grupos de estimulación”.

Por su parte, la gerontóloga, también refiere un punto de reforzamiento en la intervención, acompañado del suplemento de las necesidades básicas de cada paciente, evidenciado en la entrevista *“¿Qué hago yo con ellos?, trato de que identifiquen colores, trato que dibujen, trato de que al menos ellos puedan escribir su nombre, al menos una letra, ¡escribame la M! intento hacer, trato de hacer juegos didácticos, de las manos, de aplaudir, cosas de que la mente le haga ahí un esfuerzo (...) yo hago mis base de experiencia, con mis ejercicios, me preocupo por su comida, me preocupo por que tenga sus medicamentos puntuales, dormir, hizo deposición, todas esas cosas”.* Por esta misma línea, la psicóloga refiere que su función es la de reforzar la parte anímica en los pacientes. Esto se evidencia en el discurso *“(...) el reconocimiento de esa parte emocional, tan importante, para su bienestar y su autonomía, y reforzar, su, su autoestima”.* Por su parte el profesional en neurología refiere que su quehacer profesional se basa en la interpretación de los exámenes, diagnóstico, e iniciación del tratamiento farmacológico siendo este el punto inicial antes de la remisión a las terapias y demás profesionales evidenciado en su discurso *“es el diagnóstico y el tratamiento, ó sea, coordinar pruebas diagnósticas porque no todo lo hago yo, las pruebas neuropsicológicas son con la neuropsicóloga, la escanografía la ve el radiólogo, los exámenes de sangre me los traen a mí y yo los interpreto, si se piensa en una depresión se trata con el psiquiatra, entonces es una cuestión de varias disciplinas para poder hacer el tratamiento completo y si si se le hace el diagnóstico, entonces empiezan las otras terapias, la terapia cognoscitivas, la terapia ocupacional”.*

La categoría **intervención ofrecida** da cuenta del quehacer profesional actualmente. De esta categoría se desprenden dos subcategorías las cuales son “falencias del sistema” y “atención al cuidador”. Dentro de la subcategoría ***falencias del sistema*** se hace referencia a las dificultades que este presenta en el tratamiento de pacientes con dicha enfermedad, por su parte el psiquiatra infiere que estas radican en la falta de oportunidades y cumplimiento de los tiempos programados respecto al paciente, donde los intervalos del mismo se prolongan de tal manera que interfiere en el tratamiento del paciente tal como se evidencia en el discurso *“tiene que ver con las dificultades en el sistema de salud, la oportunidad de las citas que se prolongan (...) el sistema de salud tiene unas fallas muy grandes en cuanto a la oportunidad, en cuanto a la accesibilidad, en cuanto a entregar los tratamientos de manera oportuna”.*

Por su parte la neuropsicóloga relata que el problema con el sistema radica en que no resulta apta para las necesidades de estos pacientes se evidencia en sus discursos *“encontramos aquí que en nuestro medio, estamos hablando de las EPS y la salud tenemos ese gran problema, no están atendiendo a los mayores, no les están dando lo que necesitan, no tienen una atención efectiva ni humanizada (...)”* a su vez la profesional en gerontología refiere que la problemática radica en la espera prolongada de una atención prioritaria, evidenciado en *“ las falencias del sistema de salud son infinitas (...) hay que darse la espera de las EPS, que le den una cita dentro de 2 o 3 meses y eso se vuelve un complique”* por otro lado la profesional en psicología afirma que las problemáticas están basadas en la carencia del apoyo por parte del sistema de salud y el poco conocimiento referente a la intervención de la enfermedad. *“carecemos de cualquier apoyo de EPS o cualquier sistema nacional para garantizar el derecho que tienen las personas (...) en el sistema medico tienen muy poco conocimiento acerca de la enfermedad”*.

A su vez el profesional en neurología infiere que la dificultad se encuentra en la remisión a los especialistas de manera oportuna evidenciado en su discurso *“que lo remitan no es tan fácil (...) que consigan el turno en su sistema de salud con un neurólogo no es fácil, porque el neurólogo vive repleto de pacientes, todo el tiempo está saturado de citas, todos”*. La segunda sub categoría responde al nombre de **atención al cuidador** en la cual los profesionales refieren la importancia de la correcta atención al cuidador y/o familiar en el proceso de intervención a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. En esta sub categoría el psiquiatra infiere que es necesario la aceptación de la enfermedad por parte del cuidador y o familiar para que no implique un retroceso en todo el proceso de intervención como se evidencia en el discurso *“ también hay familias que no aceptan la condición de enfermedad, su padre, madre o cuidador, entonces pues, sencillamente no quieren de pronto dejarlo en una institución o llevarlo a otra parte, pues no lo quieren asumir pero (...) a veces en la casa es donde detonan los síntomas”*.

por su parte la neuropsicóloga refiere que es un problema no trabajar con el cuidador, puesto que este debe estar en las mejores condiciones tanto físicas como emocionales para atender al paciente, se ve evidenciado en el discurso, *“trabajar con los cuidadores para que se cuiden ellos mismos”* por su parte la profesional en psicología afirma que una de las problemáticas más grandes es la poca participación de las familias en la intervención como se evidencia en *“ encontramos pacientes que llegan muy aislados, precisamente por ese mismo deterioro, por la falta de manejo, las problemáticas están más orientadas casi que al entorno de la familia”*. Por

su parte el neurólogo afirma que el problema radica en la desinformación de la enfermedad por parte de la familia y que esto implica una detección tardía teniendo como consecuencia la etapa del tratamiento donde este es más óptimo esto se evidencia *“educar a las familias para reconocer los síntomas iniciales y comenzar un tratamiento cuando esta con déficit leve o cognoscitivo. La etapa inicial de la demencia que es donde el tratamiento mejor respuesta tiene y donde se pueden aplazar los síntomas serios de demencia”*

Por último, se encuentra la categoría de **intervención ideal** la cual refiere las fortalezas de los profesionales y lo que deberían hacer y/o debería pasar para lograr un modelo interventivo integral a pacientes con Alzheimer. De esta se desprende una sub categoría la cual se denomina **atención interdisciplinar**. Donde se evidencian los discursos que hacen referencia a lo que los profesionales sugieren que es una atención conjunta. En este sentido el psiquiatra afirma que es necesaria lo que él denomina como una clínica de memoria que se esté conformada por un equipo de diferentes profesionales que realicen una intervención conjunta donde se evalúen los procesos de cada paciente. Esto se evidencia en su discurso *“todas las instituciones de salud deberían tener una clínica de memoria conformada por un equipo multidisciplinario en el cual se haga toda la intervención en cada área (...) yo creo que con un manejo multidisciplinario principalmente psiquiatría, psicología, neurología, neuropsicología, terapia ocupacional, por ahí de pronto cuando sea necesario, intervenir terapia de lenguaje y terapia física”*.

Por otra parte, la neuropsicóloga refiere la importancia de la atención integral, de la capacitación de los profesionales como se evidencia *“atención integral es lo que necesita el paciente (...) capacitar a todos los profesionales de salud, empezando por la atención primaria”*. A su vez la profesional en gerontología sugiere que es necesario el conocimiento de la historia clínica completa para poder brindar una correcta calidad de vida. Como se ve evidenciado en *“nosotras como personas dueñas de estos sitios tenemos que exigir que no podemos ingresar a ningún paciente hasta que no tengamos exámenes tanto psiquiatras como físicos”*. Por otra parte, la psicóloga sugiere que es necesario abrirse alternativas diferentes de intervención como lo expresa su discurso *“desearíamos que esta comunidad médica se abriera un poco más a estas nuevas alternativas y que fueran más conscientes y humanizadas de las necesidades sociales y psicológicas, abrirse a métodos más innovadores a cosas no tradicionales”*. El neurólogo expresa que es necesario educar a las familias y a la población en general para la detección temprana de la enfermedad, así como una correcta intervención integral. Como lo expresa en su discurso *“educar*

a las familias para reconocer los síntomas (...) hay muy poca campaña preventiva, entonces tocaría empezar mucho antes con el control de los factores de riesgo generales (...) la intervención integral es lo que se llama la multidisciplinaria, hacer el diagnostico en las instituciones de salud tienen su grupo”.

5. Discusión

En los posteriores capítulos se encuentran los análisis correspondientes a los resultados obtenidos de la investigación, La estructura metodológica del análisis es la siguiente: En el primero capítulo se desarrolló y se dio cumplimiento al objetivo específico *“Identificar el rol de los profesionales en salud frente la intervención a pacientes con Alzheimer.”* Posteriormente en el segundo capítulo da cuenta del siguiente objetivo específico planteado como: *“Describir la experiencia y prácticas de los profesionales de la salud, especializados en psicología, neuropsicología, neurología y gerontología, en relación con su intervención a pacientes con enfermedad de Alzheimer”.* Seguido se encuentra el tercer capítulo donde se da cumplimiento al último objetivo específico de la investigación catalogado como: *“Comparar las intervenciones realizadas por los profesionales en salud con las intervenciones idealizadas que estos proponen”* Y por último se encuentra el cuarto capítulo el cual se denomina *“caracterización del modelo integral”.*

CAPITULO I

Rol del profesional de la salud en la intervención con el paciente con enfermedad de Alzheimer

El rol del profesional, es entendido como la función de estos en lo que posteriormente respectaría a su quehacer frente a la enfermedad. Es una mirada desde ser y el hacer, haciendo énfasis en el ser frente a la intervención. Por lo anterior, se puede mencionar según este estudio que el rol de estos profesionales con los pacientes con enfermedad de Alzheimer, se divide en tres modalidades: diagnóstico, tratamiento y cuidado a la enfermedad. En la parte diagnostica tienen voz los profesionales en Psiquiatría, Neurología y neuropsicología ya que a partir de las diferentes evaluaciones que estos realizan, bien sea el encefalograma y baterías de test neuropsicológicas

pueden dar cuenta del deterioro cognitivo desde la parte anatómica mental. La modalidad de tratamiento tiene cabida dentro de la disciplina de la psicología, psiquiatría, neurología y neuropsicología puesto que son estos los encargados de los posteriores tratamientos posibles a pacientes con dicha enfermedad donde sus funciones son retrasar en la medida de lo posible el deterioro cognitivo de la enfermedad y tratar los síntomas comportamentales que surgen como consecuencia de la misma. En los aspectos relacionados con el cuidado a la enfermedad tiene cabida el profesional en gerontología, entendiendo esto como el control del cuidado personal en términos higiénicos, metabólicos y la administración de los medicamentos puntuales recetados bien sean, por el neurólogo o psiquiatra que lleve el caso respectivamente del paciente.

Cassarotti, H. (2005) sugiere que la intervención a la enfermedad de Alzheimer se divide en dos modelos polares que él denomina como “Modelo neurocognitivo” y “Modelo psiquiátrico”, donde el primero se basa en el reforzamiento cognitivo y procesos mentales afectados en el paciente y el segundo en la atención de los síntomas psicóticos presentes como consecuencia de la enfermedad la cual es categorizada como una demencia. Esta postura es corroborada por este estudio, ya que los profesionales entrevistados sitúan su rol frente a una de las posturas, excluyendo a la otra, por ejemplo, la neuropsicología, neurología y psicología, se enmarcan bajo el modelo de neurocognición ya que como se mencionó anteriormente son los encargados de la restauración cognitiva y el reforzamiento de la misma, mientras que el psiquiatra realiza su quehacer en el modelo psiquiátrico por la atención a los síntomas psicóticos que se desencadenan de la enfermedad. La gerontología por su parte abre paso a lo que esta investigación considera un nuevo modelo que se enmarque en el cuidado del paciente según su sintomatología, en lo que respecta a la calidad de vida del sujeto. Si bien todos los profesionales expresan que la finalidad de toda intervención debe ser poder llegar al último modelo mencionado, es decir donde se pueda brindar una calidad de vida digna desde el inicio hasta el final de las etapas, sin embargo la intervención transdisciplinar, modalidad con la que trabajan todos los profesionales (entendiendo transdisciplinar como un abordaje donde tiene un papel todas las disciplinas pero no existe un seguimiento conjunto) permita un abordaje que resulte más beneficioso. Este punto en particular se desarrollará posteriormente en el capítulo 4.

Para analizar más a fondo el rol del profesional de la salud se retomarán las funciones de los profesionales de neurología y psiquiatría ya que a lo largo de la investigación surgieron

interrogantes acerca de ¿Cuál es la diferencia entre las funciones del psiquiatra y neurólogo? Teniendo en cuenta que ambos se encargan los diagnósticos y posterior tratamiento farmacológico a la enfermedad, por tanto, se plantea un versus entre estas disciplinas donde se relacionen y comparen los roles de estas disciplinas referentes a la intervención en el Alzheimer.

I.1 Neurología VS Psiquiatría: Los mencionados profesionales son los encargados del descubrimiento y diagnóstico de la etapa inicial y el tratamiento interventivo posterior de la enfermedad; el neurólogo por su parte desde modelo neurocognitivo basa su intervención en el diagnóstico y el tratamiento farmacológico atendiendo la sintomatología desde la parte fisiológica. El psiquiatra por su parte aborda también el diagnóstico y la atención farmacológica a los síntomas psicóticos, esto desde el modelo psiquiátrico. Sin embargo, aunque sus intervenciones parecen ser similares en estructura, ambos profesionales poco dan cuenta de la relación que guardan sus intervenciones. Esto significa un desconocimiento acerca de la forma de intervención aunque sea muy similar entre ellos, por tanto, sus formas interventivas solo se enfatizan en lo que desde su especialidad pueden decir sin tomar en consideración otras formas interventivas las cuales pueden ser también útiles al momento de una intervención integral a pacientes con enfermedad de Alzheimer, teniendo en cuenta que ambos son profesionales en medicina y cuya cuna de conocimiento es la misma aunque su especialidad sea distinta. Es decir que estos profesionales, siendo afines en su rol frente a la enfermedad y en su disciplina, no tengan tanto conocimiento como se esperaría del quehacer del otro, es decir que trabajan en posturas metodológicas diferentes.

A fin a lo anteriormente mencionado, Casarotti H. sugiere que el modelo cognitivista de la demencia con el que se trabajan actualmente es semejante al modelo mecanicista que la psiquiatría utilizaba en su quehacer en el siglo XIX, puesto que el anterior modelo separa lo intelectual de lo afectivo y el actual cognitivista separa los trastornos cognitivos de los trastornos psiquiátricos llamándolos conductuales (2005). Este estudio reafirma esta postura puesto que, el rol del neurólogo está basado en la concepción diagnóstica y medicación farmacológica (como se mencionó anteriormente), pero no se evidencia un seguimiento a la enfermedad, mientras que el profesional en psiquiatría, quien también diagnostica y médica, logra hacer una lectura del estado emocional del paciente, interviniendo así a los síntomas que afecten el equilibrio emocional y contempla la posibilidad de remisión a psicología en caso de ser necesario una intervención clínica desde esa disciplina, por lo menos durante la etapa inicial de la enfermedad, donde todavía es

posible un grado de introspección. Lo anteriormente mencionado también tiene concordancia con la práctica y quehacer de los profesionales, estos aspectos se desarrollarán a más profundidad en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

Practica de los profesionales: Una mirada desde el Quehacer actual

Cada profesional interviene a la enfermedad puntualmente desde su disciplina, puesto que cada uno posee una concepción que difiere de los demás dependiendo de su formación y su experiencia. En este capítulo se desarrolla el análisis de las prácticas llevadas a cabo por los profesionales, es decir, enfatizando en el quehacer de cada uno de ellos con respecto a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y como estas prácticas se han ido configurando a partir de sus experiencias en el recorrido de intervención sobre la misma; tomando en consideración los aprendizajes y conocimientos otorgados desde cada una de sus disciplinas. Para un análisis más detallado, este capítulo tendrá consideración un apartado para cada uno de los profesionales.

II.1 Profesional en Neuropsicología: Para tener más claridad acerca del quehacer de este profesional en particular se tendrá en consideración la postura de Maestú, F. (2011) donde refiere que el papel del neuropsicólogo se basa en lo que él denomina como la exploración neuropsicológica, atención a las quejas subjetivas de memoria, la rehabilitación e intervención neuropsicológica, es decir que este profesional debe comprometerse con toda la parte cognitiva que se encuentre afectada como consecuencia de la enfermedad. Teniendo en cuenta esta postura y basándonos en lo evidenciado en los discursos, este profesional, aunque cumple algunos de los aspectos planteados por el autor ya que este basa su quehacer profesional en la valoración neurocognitiva evidenciando el grado de deterioro cognitivo del paciente con enfermedad de Alzheimer y enfatizando en la prevención de la misma determinando técnicas de rehabilitación cognitiva cuando el déficit se encuentra en etapa leve. Esto sugiere que este profesional no da cuenta de una rehabilitación neuropsicológica completa, es decir que abarque todos los componentes, desde la valoración, diagnóstico y reforzamientos cognitivos, puesto que ella redirige a programas de estimulación los cuales son manejados por terapeutas. En este sentido y teniendo en cuenta el abordaje integral que ya se ha mencionado anteriormente, este profesional, aunque si bien

menciona en su discurso que este tipo de abordaje conjunto resulta beneficioso para los pacientes; no da cuenta de la presencia de este en su práctica profesional desde su disciplina.

II.2 Profesional en Psicología: En relación con este profesional se evidencia en su quehacer el trabajo constante con las familias y principales cuidadores de los pacientes con Alzheimer, como también se resalta el trabajo al mejoramiento emocional y/o anímico que realiza este con sus pacientes, entendiendo la parte emocional como un factor de gran importancia frente a la intervención, ya que a partir del bienestar del sujeto se puede hablar de una calidad de vida. Sin embargo, no existe un reforzamiento ni estimulación cognitiva ni aspectos relacionados a la mejora de la memoria y demás procesos mentales los cuales abarca la psicología como lo son la percepción y los procesos atencionales los cuales son los principales afectados cuando de enfermedad de Alzheimer se trata. Para una intervención integral en la que el bienestar y la salud mental del paciente con dicha enfermedad primen es necesario e importante una intervención psicológica en la cual si bien se abarquen aspectos emocionales que sean concordantes con la calidad de vida del sujeto, también resulta necesario una intervención a nivel cognitivo.

Este estudio reafirma la postura de Ruiz, M. (2000) refiere que las prácticas del profesional en psicología deben estar orientadas a la intervención desde programas de psicoestimulación y neuropsicoestimulación, bajo las cuales se procura impedir la evolución de la enfermedad por medio de prácticas y actividades basadas en estimular y reforzar las capacidades cognitivas ya presentes en el sujeto, como lo son la memoria, el lenguaje, la atención, las funciones ejecutivas, entre otros. Estas prácticas deben ir acompañadas con un trabajo conjunto con el cuidador principal del paciente, es decir que el psicólogo debe atender los procesos cognitivos del paciente con enfermedad de Alzheimer, sino que también debe haber una intervención al cuidador para que no se presente lo que los autores denominan como “aislamiento social”. A partir de esto, surge entonces el interrogante ¿Resulta beneficiosa una intervención de un psicólogo a pacientes con enfermedad de Alzheimer que solo contemple el mejoramiento emocional?

II.3 Profesional en Psiquiatría: Este profesional es el encargado de la parte diagnóstica y la atención a los síntomas psicóticos, en su quehacer este estudio da cuenta de que este profesional interviene los procesos psíquicos pero sin dejar de lado los procesos cognitivos-conductuales, es decir que aunque toma en consideración las afecciones psiquiátricas que padecen las personas con Alzheimer también da lugar a los procesos cognitivos concebimiento la demencia desde los síntomas comportamentales y afectivos los cuales se encuentran asociados a dicha enfermedad.

Esto, resulta sumamente beneficioso puesto que aplica sus conocimientos en psiquiatría sin dejar de lados otros aspectos que, aunque no están sustentados en su saber, también dan cuenta de una intervención más profunda a esta enfermedad. En contra postura, Casarotti, H. sugiere que el psiquiatra fundamentalmente se encarga de la realización del diagnóstico y la atención a las afecciones psiquiátricas de los trastornos psíquico no – cognitivos a consecuencia de la enfermedad. Es decir que el psiquiatra se encarga solamente de las afecciones psiquiátricas, sin embargo, en este estudio se evidencia que el psiquiatra realiza un abordaje más amplio tomando en cuenta su quehacer psiquiátrico, pero también contempla los procesos cognitivos y la intervención de otras disciplinas frente al paciente con esta enfermedad.

II.4 Profesional en Neurología: Este profesional está encargado del diagnóstico y atención a la sintomatología desde una postura farmacológica, siendo así una intervención procedimental que va desde el diagnóstico hasta el posterior tratamiento. Al igual que el psiquiatra, el neurólogo cumple una función fundamental en la intervención de la enfermedad de Alzheimer, como lo corrobora la fundación INECO de la ciudad de buenos aires, quienes sugieren que de los exámenes neurológicos se desprende el diagnóstico formal de la enfermedad. En ese sentido, se puede decir que el profesional en neurología cumple con su función frente a la enfermedad, esto evidenciado en sus discursos, donde su quehacer se basa en controles periódicos de la evolución de la enfermedad y su intervención se encuentra atravesada por lo farmacológico, sin embargo, no se evidencia un abordaje en conjunto, lo cual como se ha venido mencionando, afecta la intervención del paciente. Este aspecto se desarrollará en capítulos posteriores.

II.5 Profesional en Gerontología: El profesional en gerontología da cuenta de aspectos significativos en lo que respecta a la calidad de vida del sujeto con enfermedad de Alzheimer, su quehacer se basa en la atención al cuidado del paciente teniendo en cuenta el correcto funcionamiento del metabolismo, la alimentación, el sueño y la administración de los medicamentos en el horario adecuado, todo esto en pro de una calidad de vida brindando herramientas que le permitan crear un espacio de confianza y confort al paciente. En concordancia con lo anterior, Tenorio, F. (2010) sugiere que el quehacer del gerontólogo está asociado en el mejoramiento de la efectividad del adulto en lo que él denomina como el menor agotamiento posible y la generación de una calidad de vida.

Para una correcta intervención es necesario que el profesional en gerontología tenga conocimiento absoluto de las enfermedades que aquejan a sus pacientes, lo que estas implican y

lo que desde su profesión puede hacer al respecto. El gerontólogo poco da cuenta del quehacer frente a la enfermedad de Alzheimer, de este modo la atención al paciente con dicha enfermedad es igual a la de cualquier otro adulto mayor que no presenta la enfermedad, siendo esto poco beneficioso tanto para la calidad de vida como para la mejora de sus síntomas. En ese sentido, Tenorio, F. (2010) afirma que el gerontólogo debe conocer a fondo la problemática y proponer sistemas de cambio en el contexto familiar tanto físico y tecnológico para la mejora del cuidado del adulto mayor.

CAPITULO III

Intervención ofrecida VS Intervención ideal

En este capítulo en particular se tomará en cuenta los discursos en conjunto de todos los profesionales acerca de las falencias en las intervenciones actuales las cuales están permeadas por el sistema de salud actual. También se tomará en consideración los aspectos que estos profesionales consideran que debería tenerse en cuenta para lograr una intervención más beneficiosa, lo que sería llegar a una intervención ideal.

III.1 Intervención Ofrecida: Para este apartado los profesionales tienen varios puntos en común de lo que sería la intervención que se está ofreciendo actualmente y cuáles son las falencias que esta posee para el correcto mejoramiento y/ o intervención a pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se toman en cuenta las falencias de la intervención puesto que, lo que se evidencia en este estudio es que la intervención al estar permeada por la estructura del sistema de salud, añade dificultades en lo que resultaría más beneficioso al paciente con la mencionada enfermedad.

Lo evidenciado en este estudio es que la mayor problemática en la intervención que actualmente se está ofreciendo tiene que ver con el funcionamiento del sistema de salud puesto que este se torna como un retroceso en todos los procesos interventivos. La prolongación de los tratamientos y las citas donde se llevan a cabo los controles implican el dejar un lapso de tiempo considerable sin intervención en el reforzamiento cognitivo del paciente. También se evidencia que no hay rutas de atención temprana a estos pacientes lo cual infiere que, en el transcurso del tiempo, la enfermedad avanzara de forma más rápida lo cual implica un mayor y rápido deterioro cognitivo del paciente. La Alzheimer's Assotiation (2016), refiere que este tipo de enfermedad es de carácter progresivo sin retroceso, por ello como lo evidencia este estudio resulta un inconveniente el tiempo de espera a la atención del paciente.

También este estudio sugiere que la falta de interés por parte de las personas en general de no realizarse un diagnóstico preventivo, ni asistir a consultas bien sea particulares para un diagnóstico temprano en caso de ser necesario, si no que se espera que sea el sistema de salud quien los remita a determinados especialistas, como lo son el psiquiatra el neurólogo. Esto es un problema que evidencian los profesionales, puesto que, al momento de realizar el diagnóstico, comúnmente la enfermedad ya va en una etapa avanzada. Teniendo en cuenta que el progreso de esta enfermedad es acelerado y no tiene un retroceso. Bajo esa misma línea, los profesionales indican en común acuerdo, que es una falencia la poca accesibilidad a las citas con los especialistas tratantes de esta enfermedad, puesto que estas, se prologan en tiempos de espera extensos y, existen ocasiones en que incluso estas, no son posibles. Se complementa con el punto anterior teniendo en cuenta los lapsos de espera a la atención a la enfermedad resulta desfavorable para un tratamiento posterior.

Por otro lado, se evidencia el hecho de las pocas campañas preventivas, teniendo en cuenta la aparición temprana de la enfermedad, en concordancia con este aspecto Martín, M. Bulbena, A. (2003) afirman que es necesario un diagnóstico temprano de la enfermedad, puesto que de esta manera se puede retrasar la sintomatología de la misma y realizar un plan estructural a futuro de la intervención de la enfermedad. En este mismo sentido y teniendo en cuenta que para una correcta prevención es necesario el conocimiento de los síntomas de la enfermedad, se evidencia en los discursos de los profesionales que es precisamente aquí donde los pacientes fallan en su autocuidado, puesto que existe por parte de ellos muy poco conocimiento de la enfermedad aun cuando ya existe el diagnóstico. Otro aspecto relevante en las intervenciones ofrecidas por algunos de los profesionales son los tratamientos cuya finalidad sea la atención a la calidad de vida del sujeto, dejando de lado otros aspectos a tener en cuenta como lo son los procesos cognitivos afectados como consecuencia de la enfermedad. Según Santacreu, J. (2011) un modelo de intervención tiene en cuenta al individuo en interacción con su contexto, es decir que dicho modelo debe tener como objetivo brindar herramientas que faciliten a las personas adaptarse a su contexto en pro del bienestar de él y de su relación con el entorno, es decir que es necesario contemplar una intervención que abarque todos los aspectos de la vida del sujeto incluyendo su grado de deterioro cognitivo.

Ya para finalizar este sub capítulo, este estudio evidencia que los profesionales trabajan interdisciplinariamente con los demás profesionales. Esto quiere decir, que todas las disciplinas son

participes de la intervención a la enfermedad, y cada una desde sus saberes, influye en los pacientes a tratar. Sin embargo, esta investigación considera que el abordaje más beneficioso para la intervención al Alzheimer sería de carácter transdisciplinar. Lo anterior refiere que, es necesaria la participación de todas las disciplinas ya mencionadas, pero esta debe tornarse de manera en que se pueda evidenciar un seguimiento conjunto por parte de todos los profesionales, implicando así una revisión periódica de la evolución del caso donde tengan vos los profesionales que intervengan a determinado paciente.

III.2 Intervención ideal: Para este estudio la intervención ideal es la que permita trabajar de forma conjunta e integral desde todas las disciplinas y los diferentes profesionales en pro del bienestar del paciente, en este caso con enfermedad de Alzheimer. Para esta investigación resulta beneficioso el tomar en consideración algunos aspectos relacionados con la creencia de estos profesionales basándose en sus experiencias acerca de que es lo que se debería hacer para lograr un modelo interventivo integral a pacientes con enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo a lo reflejado en este estudio se sugiere que los profesionales trabajan de carácter interdisciplinar, es decir que cada uno interviene al paciente desde su disciplina sin tomar en consideración las demás disciplinas que también abordan la enfermedad. Es decir, que, aunque si bien remiten los pacientes a otros profesionales poco dan cuenta de cuál es la intervención y los beneficios que estos podrían aportar al mismo paciente. La idea principal de esta investigación en lo que vendría siendo un modelo integral desde las intervenciones de los profesionales de forma transdisciplinar, la cual explicaremos en el siguiente capítulo. A continuación, se analizará lo que se debería abordar para una intervención ideal desde lo encontrado en este estudio.

Según lo evidenciado resulta necesaria la presencia de diferentes disciplinas para el diagnóstico e intervención de la enfermedad ya que cada una por su parte aporta de manera significativa a la prevención, diagnóstico e intervención de pacientes con enfermedad de Alzheimer. En acuerdo con lo evidenciado en este estudio, Yanguas y otros (2007) sugieren que es necesario la integración de habilidades y conocimientos desde las diferentes profesiones pues esto evidenciará y potencializará la obtención de resultados beneficiosos durante una determinada intervención. Para lograr el objetivo de la transdisciplinariedad, se considera que la educación y capacitación en términos del reforzamiento de saberes hacia el trato e intervención de la enfermedad, ayudara a una mejor evolución del caso. Los autores anteriormente mencionados, también hacen alusión a esta postura en acuerdo con esta investigación, ya que sugieren que el ser

profesional de la salud, ya sea en medicina, psicología u otras, no garantiza una correcta intervención a los pacientes, puesto que, es necesario adquirir lo que ellos denominan como “otras competencias” para la correcta intervención.

Por otro lado, esta investigación constata que, uno de los objetivos finales de la intervención a pacientes con enfermedad de Alzheimer está relacionado con brindar una correcta calidad de vida al sujeto. Este objetivo en particular solo puede ser posible si se toman en consideración algunos aspectos como, la regulación de metabolismo, en términos de correcta cantidad de sueño y la alimentación en horario adecuado, esto cubriría las necesidades de cuidados básicos en el sujeto, ayudando así a un equilibrio fisiológico.

También se evidencia que el control sobre otras enfermedades presentes en el paciente durante el proceso de intervención, como por ejemplo la diabetes y la hipertensión, generara un mejor impacto en la intervención, puesto que calidad de vida comprende un bienestar en todas las esferas del sujeto, esto a manera de complemento al trato propiamente del alzhéimer. De igual manera, este estudio sugiere que la calidad de vida también es influenciada por el trato recibido de la familia y/o el cuidador primario, por ello se evidencia que, la relación cuidador-paciente afectará tanto el estado ánimo y emocional del sujeto, como los anteriores aspectos mencionados en pro de la correcta calidad de vida. Reafirmando la postura de este estudio, los autores anteriormente citados (Yanguas y Otros .2007.), afirman que la calidad de vida depende de los factores que estén directamente relacionados tanto al estado del salud del sujeto, como su relación con el medio social y ambiental, lo anterior mencionado concuerda con lo evidenciado en este estudio, puesto que una intervención integral que contemple todos los aspectos de la vida del sujeto, ayudara a potencializar de manera más eficaz los resultados de la intervención, en este caso particular, poder retratar el deterioro cognitivo y brindar una calidad de vida al sujeto con enfermedad de Alzheimer.

CAPITULO 4

“Caracterización del modelo integral”

Llegados a este punto del análisis, para este estudio se considera de suma importancia poder caracterizar lo que se podría denominar como un modelo integral que esta investigación postula a partir de una intervención transdisciplinar, entendiendo esto como aquellas intervenciones donde prima el conocimiento y la relación conjunta eliminando los limites creados por las diferentes

disciplinas, es decir que una intervención transdisciplinar es aquella donde varias disciplinas trabajan conjuntamente en relación con una misma problemática compartiendo conocimientos y poder así resultar más beneficiosa.

Es necesario un abordaje de carácter TRANSDISCIPLINAR, donde la intervención sea conjunta entre todos los profesionales que atiendan el mismo proceso. Para lograr esto, resulta necesario que los profesionales tengan más relación con el proceso interventivo del paciente desde todas las disciplinas, es decir que no se deje de lado las intervenciones y los posibles cambios y beneficios que pueden brindar los demás profesionales que abordan al mismo paciente. Tener conocimiento acerca de lo anterior, le permite el profesional conocer las diferentes problemáticas que se presentan a raíz de la enfermedad y de esta manera poder desde su profesión ver lo que falta y desde donde puede abordar para que la recuperación y atención a dicha enfermedad resulte más beneficiosa. En relación con lo anterior resulta entonces provechoso que los profesionales puedan tener más conocimiento acerca del proceso del paciente lo cual se podría dar en una especie de reuniones periódicas donde se exponga lo logrado hasta el momento y las disciplinas puedan planear lo que a continuación tendrá lugar dentro de la intervención.

Retomando toda la información expuesta en los anteriores capítulos en el presente apartado, se brindan a continuación lo que esta investigación considera serían las características que debería tener un modelo interventivo integral a pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Reforzamiento cognitivo: Resulta pertinente la atención psicológica en pro del reforzamiento cognitivo en las primeras etapas de la enfermedad puesto que es aquí donde más óptimo resulta intervenir en pro del retardo del deterioro cognitivo. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el deterioro de esta enfermedad es carácter progresivo y en aumento, por ello, si no se realiza una correcta intervención temprana, la persona que padezca la enfermedad puede sufrir consecuencias importantes dentro de su conducta, perdiendo así facultades cognitivas que le permiten desarrollarse de manera natural en su contexto, en ese sentido, la intervención temprana logrará reforzar las facultades mentales del sujeto, de tal manera que la pérdida, no se torne de manera tan rápida, ayudando así al equilibrio mental y cognitivo del sujeto. Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante la detección temprana de la enfermedad para de esta forma empiece el proceso de intervención que beneficie al sujeto. De este modo, durante el proceso de intervención cognitiva se espera que el paciente reciba una intervención farmacológica, la cual ayudará a frenar el deterioro desde los aspectos bioquímicos y fisiológicos.

Atención a la esfera emocional: Teniendo en cuenta lo anterior, en pro de fortalecer las diferentes esferas en la vida del paciente, en complemento con la intervención cognitiva, resulta pertinente una intervención psicológica sustentada en el mejoramiento emocional y anímico del paciente. Esta intervención se torna importante en el sentido de que ayudará a contribuir a la mejora de la calidad de vida del sujeto (punto que se desarrollará en el siguiente apartado), ayudando a la aceptación de la enfermedad, trabajar lo que en términos subjetivos implica el padecerla (como afecta al sujeto tanto a nivel fisiológico y anatómico como a nivel afectivo, emocional y comportamental) y, cómo poder reestructurar su conducta para hacer más llevadera su enfermedad.

Brindar calidad de vida: Este aspecto se torna pertinente, ya que, durante todo el proceso de la enfermedad, debe existir, la mayor calidad de vida posible para el sujeto. Para ello se deben garantizar ciertas condiciones de cuidados básicos al paciente, ya que, dependiendo de la calidad de vida, así mismo influirá en el proceso de intervención, sea para mejoría, o implicando un retroceso.

Algunos puntos a tener en cuenta según lo evidenciado en este estudio son:

1.1 Garantizar que el paciente lleve un metabolismo saludable, esto con relación a la ingesta de comida en horarios adecuados según sus necesidades y la regulación de las horas de sueño. De este modo el organismo deberá encontrarse en buenas condiciones, influyendo directamente en el estado de ánimo, o por lo menos manteniéndolo estable.

1.2 Se debe asegurar la correcta administración de los medicamentos en las dosis y horarios adecuados, ya que de esta forma se evitará un descontrol farmacológico que afecte negativamente la vida del sujeto.

1.3 Se debe procurar un trato amable y humanizado al paciente, este aspecto se torna importante puesto que anímicamente el paciente podrá sentirse en buenas condiciones, afectando de manera positiva no solo los procesos de intervención si no la esfera emocional anteriormente mencionada.

Trabajo con la familia: El trabajo con la familia del paciente con enfermedad de Alzheimer, y los cuidadores primarios, resulta más óptimo en son de la calidad de la intervención de cada profesional con los pacientes, es decir, desde las disciplinas encargadas de brindar un diagnóstico como lo son la psiquiatría, neurología y neuropsicología preparar a las familias para dicho diagnóstico el cual será determinante en la vida tanto del sujeto como del cuidador primario. Es fundamental ser claros y brindar la información pertinente respecto a la enfermedad, teniendo en cuenta que la forma en la cual se comunica el diagnóstico es muy importante para el bienestar

psicológico de los familiares y también de los pacientes, en este sentido resulta fundamental realizar un trabajo desde la psicología donde exista una preparación y posterior aceptación de la enfermedad en términos de la familia, es decir, no resulta fácil de asimilar que un familiar cercano, lleno de recuerdos en común en poco tiempo olvidará aspectos de su vida e inclusive la relación que guarda con el cuidador. por lo anterior y teniendo en cuenta un mayor beneficio en las intervenciones realizadas por los profesionales los cuales se encargan de los posteriores tratamientos, resulta vital que los cuidadores primarios tengan conocimiento acerca de la enfermedad, sean capacitados y actualizados constantemente, ya que parte de la recuperación fundamental se encuentra en los cuidados y refuerzos brindados desde el hogar, en ese sentido lo que el profesional realice con el paciente es necesario que el cuidador primario tenga conocimiento de ello y conozca la forma en la que debe abordar a su familiar desde casa. Este estudio sugiere que los profesionales puedan recomendar formas de cuidado y atención al sujeto con enfermedad de Alzheimer las cuales consideren refuercen la intervención y tratamiento que se lleva a cabo con el paciente.

Otros aspectos a considerar: En este apartado se abordarán aspectos en relación al quehacer de los profesionales con respecto a lo que sería los procesos a tener en cuenta dentro de las intervenciones:

1.1 Resulta pertinente que los profesionales en general se encuentren capacitándose constantemente generando una actualización de saberes acerca de la enfermedad y las diferentes formas de abordaje, esto teniendo en cuenta que existen aspectos e investigaciones que dan cuenta de otras miradas acerca de la intervención a la enfermedad

1.2 Es necesario el abordaje transdisciplinar entre profesionales, ya que esto garantizara un seguimiento conjunto del proceso de intervención del paciente, optimizando así la calidad de la intervención.

1.3 También resulta pertinente la implementación de más campañas preventivas de la enfermedad, garantizando el sumo cuidado en la salud de los sujetos, previniendo así complicaciones futuras.

6. Conclusiones

Este estudio permitió concluir los siguientes aspectos:

1. La intervención más beneficiosa para pacientes con enfermedad de Alzheimer es de carácter transdisciplinar ya que es en la intervención conjunta donde se pueden generar cambios positivos, siempre en cuando se realicen seguimientos periódicos de la evolución de la intervención realizada en los pacientes, donde lo profesionales trabajen de forma conjunta, activa y participativa en el proceso de recuperación o evolución de los mismos.
2. Es necesaria la psico-educación a los familiares y principales cuidadores de los pacientes ya que es desde casa donde podemos lograr grandes avances siguiendo las prescripciones médicas y trabajando en conjunto con los profesionales.
3. Existe la necesidad de crear más campañas preventivas que faciliten el conocimiento de la enfermedad a la población en general.
4. Es necesaria la capacitación y actualización de saberes de forma constante entre los profesionales para garantizar la intervención más óptima y con resultados más beneficiosos.

7. Recomendaciones

Esta investigación recomienda seguir con la línea metodológica propuesta, puesto que se abre paso a nuevos interrogantes con relación a la temática de interés, los cuales se basan en: ¿Puede llevarse este modelo de intervención a la praxis?, ¿Qué beneficios puntuales otorga la intervención transdisciplinar a pacientes con enfermedad de Alzheimer?, ¿Este tipo de modelo es aplicable a otras demencias?, ¿Cuál es el impacto de este tipo de intervención por fuera del contexto colombiano?

Referencias

Aboulafia, T. Suchecki, D. Gouveia, F. Nitrini, R. Ptak, R. (2014). "Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease". 18:6, 801-808. *Ginebra, Suiza*. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.usb.edu.co:2141/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ad150964-6608-43d7-8772-4d2259d46288%40sessionmgr103>

Alonso, B., Heras, J., Camarena, P., Casla, J., Ena, S., Maganto, E., Mosteiro, C., Orozco, B., Redondo, C. & Soler, P. "Protocolo de intervención psicológica" (S.F). *Madrid, España*. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloPsicologico.pdf>

Alzheimer's Association. (2016) "Información básica sobre la enfermedad de alzheimer". Recuperado de: https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf

Berriel, F. Pérez R. (2007). "Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación". *Montevideo, Uruguay*. Recuperado de: https://www.academia.edu/3401521/Alzheimer_y_Psicoterapia._Cl%C3%ADnica_e_investigaci%C3%B3n

Bosboom, P. Almeida, O. (2016) "Cognitive domains and health-related quality of life in Alzheimer's disease". Vol.71, Número 2. *The Journals of Gerontology: Serie B. Perth, Australia*. Recuperado de: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/2/275/2614043>

Brunelle, L, Thivierge, S, Simard, M. (2014). "Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease" *Quebec, Canadá*.

Cassarotti, H. (2005). "El rol del psiquiatra en las demencias". Vol. N° 69. *Rev. Psiquiatra Uruguay. Uruguay*. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/05_ed_med.pdf

Combe, F., Rouch, I., Gaujard, G., Relland, S., Salmon, P. (2013). "Effect of a non-pharmacological intervention, Voix d'Or®, on behavior disturbances in Alzheimer disease and associated disorders". *Lyon, Francie*.

Droogsma, E., Van Asselt, D., Van Steijn, J., Diekhuis, M., Veeger, N., De Deyn, P. (2016). "Long-term course of Alzheimer disease in patients treated according to the Dutch dementia guideline at a memory clinic: A "real-life" study". *Amberes, Bélgica*.

Ehresman, C. (2014) "From rendering to remembering: Art therapy for people with Alzheimer's disease.". *Vancouver, Canadá*. Recuperado de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=95211113&S=R&D=vth&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7Y4y9fwOLCmr1CeqLBSsae4SreWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr1GurLFLuePfgeyx44Dt6fIA>

Fàzzari, G, Marangoni, C. Benzoni, O. (2015). "Maintenance ECT for the treatment and resolution of agitation in Alzheimer's dementia". *Ferrara, Italia*. Recuperado de: http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/09/06_Fazzari1.pdf

- Fernández, B. Israel, C. Francisco, R. Javier, O. Daniel, M. Robín, Morris. (2015) "Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease". *Salamanca, España*. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.usb.edu.co:2141/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=ad150964-6608-43d7-8772-4d2259d46288%40sessionmgr103>
- Fundación INECO. (2013) "¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?". *Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de: <http://www.fundacionineco.org/instituto-de-azlheimer/>
- Innes K, Selfe, T., Khalsa D., Kandati, S. (2016) "Effects of Meditation versus Music Listening on Perceived Stress, Mood, Sleep, and Quality of Life in Adults with Early Memory Loss: A Pilot Randomized Controlled Trial". *Rev. Journal of Alzheimer's Disease*, Vol. 52, No. 4 *Morgantown, EE.UU.*
- Lancioni, G. Singh, N. O'Reilly, M. Sigafos, J. Renna, C. Pinto, K. De Vanna, F. Caffò, A. Stasolla, F. (2014) "Persons with moderate Alzheimer's disease use simple technology aids to manage daily activities and leisure occupation". Vol. 35. No. 9. *Bari, Italia*. Recuperado de: https://bibliotecadigital.usb.edu.co:2085/S0891422214002029/1-s2.0S0891422214002029-main.pdf?_tid=03c81077-22c0-486e-984e08ad48bb2120&acdnat=1521429766_ebb6ec8d234c01945efc0cc00a4974f9
- Maestú, F. (2011). "Papel del neuropsicólogo en el diagnóstico y tratamiento de la demencia". *Madrid, España*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3504
- Martín, M. Bulbena, A. (2003). "Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer". Recuperado de: Organización Mundial de la Salud. (2017). "Demencia". *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* v.39 n.4. *Santiago de Chile*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Pot, A. Blom, M., Willemse, B. (2015) "Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: Mastery over dementia". *Netherlands*. Recuperado de: [10.1017/S1041610215000034](https://doi.org/10.1017/S1041610215000034)
- Rea R., Carotenuto A., Traini E. Fasanaro A. Manzo V. Amenta, F. (2015) "Apathy Treatment in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial". *Camerino, Italy*.
- Remington, R., Bechtel, C. Larsen, D. Samar, A. Doshanji, L. Fishman P. Luo, Y. Smyers, K. Page, R. Morrell, C. Shea, T. (2015) "A Phase II Randomized Clinical Trial of a Nutritional Formulation for Cognition and Mood in Alzheimer's Disease". *Massachusetts, UU.EE*. Recuperado de: https://pdfs.semanticscholar.org/d61e/f4ce00204322740708306bd6756d67362be9.pdf?_ga=2.133389131.45172673.1521422057-1747324471.1521422057
- Rodríguez, M. (2013). "Programa integral de psicoestimulación cognitivo-conductual para demencias". *Salamanca, España*. Recuperado de: <https://afatarifa.files.wordpress.com/2013/02/libro6.pdf>
- Ruiz, M. (2000) "El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer". *Madrid, España*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807602.pdf>.
- Sakamoto, M. Ando, H., Tsutou, A. (2013) "Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individu

als with severe dementia” *Kōbe, Japón*. Recuperado de:
https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/678DFE2CAE0FA39E17CDF5BFEF3EE7FC/S1041610212002256a.pdf/compared_the_effects_of_different_individualized_music_interventions_for_elderly_individuals_with_severe_dementia.pdf

Santacreu, J. (2011). “Protocolo general e intervención clínica en psicología”. *Madrid, España*. Recuperado de:
https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf

Tenorio, F. (2010). “Papel del gerontólogo en las demencias”. Blog de Federicotoral. Universidad de Salamanca. *Salamanca, España*. Recuperado de:
<http://diarium.usal.es/fedicotoral/2010/02/05/papel-del-gerontologo-en-las-demencias/>

Wang, F. Feng, T. Yang, S. Prter, M. Zhou, N. Wang, X. (2016)
 “Drug therapy for behavioral and psychological symptoms of dementia”. *Shanghai, China*. Recuperado de:
<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/ben/1570159x/v14n4/s4.pdf?expires=1521437275&id=0000&titleid=6617&checksum=2CDD2B14313A57B1213AB4308A87A1B0>

Willks, Croom B. (2008) “Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support”. *Los Angeles, UU.EE*.
 Yanguas, J. et At. (2007) “Los modelos de atención a personas con enfermedad de Alzheimer”. *Madrid, España*. Recuperado de:
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21011alzheim.pdf>