



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Presentado para acceder al título de**

**Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

**Título: “Alzheimer y Acompañamiento Terapéutico. Un Enfoque Integral para el Cuidado”**

**Autores:**

**Jotayan, William Ricardo D.N.I.: 33042091  
Sachetti, Evelyn Silvana D.N.I.:16517444**

**Director/a:**

**Alex Alarcón**

**Lugar:  
Rosario**

**Fecha de presentación**

**17/09/2024**

**Firma de autores:**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Jotayan', written on a light blue horizontal line.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sachetti', written on a light blue horizontal line.

# Índice

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER	3
<b>1.1</b> Historia de la enfermedad de Alzheimer	3
1.2 Enfermedad de Alzheimer	4
1.3 Factores de riesgo	5
CAPÍTULO 2: ALZHEIMER: SINTOMAS, FASES Y CONSECUENCIAS	6
2.1 Manifestaciones clínicas	6
2.2 Síntomas cognitivos	7
2.3 Fases del Alzheimer	8
2.4 Efectos de la EA en el paciente	10
2.5 Tratamiento	10
CAPÍTULO 3: HISTORIA, ROL Y PERFIL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	11
3.1 La familia como cuidador	11
3.2 Historia del acompañante terapéutico	12
3.3 Rol del AT	13
3.4 Objetivos específicos del AT	15
3.5 Desempeño del AT	16
CAPÍTULO 4: LA EA Y EL ROL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	18
4.1 El quehacer del Acompañante Terapéutico	18
4.2 La importancia de la relación paciente – AT – Familia	19
4.3 Funciones específicas del AT en el abordaje de la EA	20
4.3.1 Función terapéutica de contención emocional	20
4.3.2. Función de apoyo en las actividades cotidianas	20
4.3.3. Función de mediación y psicoeducación	21
4.3.4. Función de estimulación cognitiva y social	21
CONCLUSIÓN	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demencia es un síndrome de naturaleza progresiva y crónica, se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva. Va acompañado o precedido por un desequilibrio emocional, por el deterioro del comportamiento o la motivación. La demencia causa discapacidad y dependencia entre las personas mayores, además afecta al pensamiento, memoria, orientación, lenguaje, comprensión y el juicio.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad degenerativa y progresiva, se manifiesta con un deterioro de las funciones cognitivas. La EA afecta tanto al individuo que lo sufre como a su familia y a su entorno. La persona que padece este trastorno tiene un trayecto de vida, unas emociones, unos deseos, una dignidad humana y un entorno familiar y social que se van a ver modificados y truncados de un modo progresivo en las diferentes fases de la enfermedad hasta llegar a la muerte. Por lo tanto, también se profundizará sobre el rol y el vínculo que se establece entre el acompañante terapéutico (at) con el paciente enfermo de Alzheimer, en donde el at se implica de manera genuina, percibiendo los estados emocionales, escuchando y reflexionando con el paciente, acompañando y otorgando el espacio que propicie el cambio desde la cercanía y la naturalidad.

Palabras claves: Alzheimer, demencia, personas mayores, at.

## INTRODUCCIÓN

El tema que abordaremos en el siguiente trabajo tratará acerca de la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la importancia de la labor del acompañante terapéutico (AT) para con aquellas personas que se encuentran atravesando dicha enfermedad.

La EA es la demencia más común y más conocida a nivel mundial y por ello es la que más preocupa ya que las repercusiones son fuertes. La enfermedad no solo afecta al paciente, también condiciona a las familias y personas que cuidan, puesto que la independencia de quien padece es lo que se reduce paulatinamente.

La responsabilidad por parte de los sistemas sanitarios, las familias y las instituciones para con las personas que padecen dicha enfermedad es alta. Es por ello que el siguiente trabajo se plantea como una aproximación teórica para comenzar a profundizar sobre el rol de los profesionales Acompañantes Terapéuticos en torno al cuidado de pacientes con EA.

Muchos especialistas como por ejemplo Peter V. Rabins, Ariane M. Kimmel, Jennifer Brush, han dedicado tiempo a dar prosa sobre la importancia de la correcta intervención del AT en la vida de una persona que padece EA. Al ser una enfermedad para la cual no existen fármacos ni cirugías, es necesario que el acompañamiento sea útil para apaciguar el malestar que atraviesa el paciente y que solo pueden ser afrontados a través de los cuidados de larga duración.

Esto, junto a los aspectos psicológicos, sociales y emocionales derivados de esta enfermedad, hace que sea necesario abordar el tema desde una perspectiva clínica, es por ello que el siguiente trabajo se plantea como una aproximación teórica al abordaje de la EA desde el imprescindible rol del AT.

De acuerdo a lo teorizado por Hall(2021) la enfermedad de Alzheimer se ha convertido en una prioridad sanitaria global debido al aumento significativo en el número de personas afectadas. Dado que actualmente no existe una cura para esta enfermedad, es esencial priorizar el cuidado centrado en el paciente, que se enfoca en mejorar la calidad de vida. Esto incluye proporcionar apoyo emocional y físico, facilitar la estimulación cognitiva, asistir con las actividades diarias, y garantizar la seguridad. Además, es crucial ofrecer orientación y apoyo a las familias que cuidan a sus seres queridos con Alzheimer.

La información científica, los datos comprobables y la disposición pedagógica son la caja de herramientas que ayudarán a familiares y profesionales que acompañen a los pacientes que se encuentren en cualquier fase del desarrollo de la EA. Es por ello que el siguiente trabajo retoma las voces de investigadores coherentes que fundan sus

conceptos en la práctica concreta.

Las siguientes páginas tienen agrupada información pertinente sobre el Alzheimer para quien cumpla el rol de AT, y también para las familias que se encuentren en la búsqueda de información certera y precisa. El abordaje teórico además se ciñe a lo expuesto por profesionales actuales y críticos, que tienen como propósito el mejorar la comprensión de este mal que aqueja a la humanidad y además perfeccionar el acompañamiento de quienes cuidan a pacientes con EA.

## **Objetivo General**

Definir las incumbencias y limitaciones del AT dentro de la red de cuidado de un paciente con EA.

## **Objetivos Específicos**

- Sistematizar conceptos básicos acerca de la EA.
- Contextualizar histórica y socialmente el rol del AT.
- Reflexionar en torno al impacto de la EA en el contexto familiar.

# CAPÍTULO 1: LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

## 1.1 Historia de la enfermedad de Alzheimer

Por muchos años el cuidado de las personas mayores no mostraba estudios que den cuenta de ciertos comportamientos. Y, como sabemos, la ciencia avanza mediante los descubrimientos que realizan los profesionales de la investigación según las experiencias individuales y sus intereses. En relación a la enfermedad que estudiamos en este trabajo, la historia resulta interesante.

El doctor Alois Alzheimer, quien era un joven psiquiatra de 30 años y prestaba sus servicios en el hospital comunitario para pacientes con enfermedades mentales y pacientes epilépticos en Frankfurt, Alemania. Allí conoció a Auguste Deter, en 1901, una paciente que sufría de problemas de memoria, y le generaban crisis en su comportamiento. Lamentablemente esta mujer, a sus 50 años, debió ser internada en una clínica psiquiátrica, porque necesitaba la atención de personas especializadas, y en su hogar solo contaba con su esposo quien no podía atender adecuadamente la situación.

Auguste murió, y cuando esto sucedió el doctor Alzheimer no se encontraba atendiéndola, debido a que estaba ocupando un cargo de investigador en el hospital de Múnich. Su ex jefe lo mantenía informado acerca de los avances de la enfermedad de aquella paciente; al enterarse de su muerte, el doctor Alois Alzheimer, solicitó que le enviaran el tejido cerebral de la señora Deter y lo examinó microscópicamente usando nuevas tinciones que revelaron la presencia de lo que ahora se conoce como placas amiloides y ovillos neurofibrilares (Deter, 2021).

## 1.2 Enfermedad de Alzheimer

Actualmente el Alzheimer es una de las enfermedades más estudiadas desde diferentes abordajes pues el impacto que genera en el círculo social y en la persona individual que la padece es grande. Además, muchos estudios demuestran que en los últimos años se incrementaron las cifras que dan cuenta de las personas que transitan este padecimiento.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta la memoria y otras funciones cognitivas. La razón de estos síntomas es la pérdida progresiva de neuronas que pierden su funcionalidad. Entre los síntomas que un paciente puede experimentar se encuentran los olvidos, la desorientación, disminución en las habilidades comunicacionales y la pérdida de independencia para tareas cotidianas. Tal como afirman Plarrumaní, Martínez, Sanchez y Gigan (2018), la EA es la forma más común de demencia en las personas mayores de 65 años.

La enfermedad de Alzheimer es una condición neurodegenerativa que progresa de manera gradual, afectando progresivamente la memoria y las habilidades cognitivas, hasta el punto de dificultar la realización de las actividades más básicas y cotidianas. Tal nivel de deterioro condiciona la vida de las personas que acompañan al paciente que sufre estos síntomas. Las personas con Alzheimer también experimentan cambios en la conducta y la personalidad, es por ello que muchas de las definiciones sobre la enfermedad también poseen un abordaje desde la salud.

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de Estados Unidos (2024), afirma que más de 6 millones de personas que viven en ese país, muchos de 65 años o más, tienen Alzheimer. Este número resulta impactante teniendo en cuenta que las personas afectadas no solo son los pacientes sino también los entornos familiares y sociales de los cuales forman parte.

Profesionales de la salud que investigan esta enfermedad afirman que una de las maneras típicas de manifestación del Alzheimer es la pérdida de la memoria inmediata y otras capacidades mentales. Esto se debe a la muerte de células nerviosas, es decir las neuronas, generando que se atrofién diferentes partes del cerebro.

### 1.3 Factores de riesgo

Los científicos han identificado varios factores de riesgo para el Alzheimer. En los estudios de Casado y López del año 2001 se hace mención a una serie de factores que incrementan la posibilidad de desarrollar la EA y que expondremos a continuación:

**Edad:** El envejecimiento es el mayor factor de riesgo para desarrollar Alzheimer. La mayoría de las personas con la enfermedad tienen 65 años o más. De hecho, una de cada nueve personas en este grupo etario y cerca de un tercio de las personas mayores de 85 años lo padecen. Es por ello que es el más relevante y aparece encabezando la mayoría de listas de riesgo.

**Antecedentes familiares:** Las personas que tienen familiares de primer grado (padres, hermanos) con Alzheimer tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Esto sugiere que el componente genético juega un rol importante a la hora de realizar chequeos de salud cuando de esta enfermedad se trata.

**Estilo de vida:** La dieta (por ejemplo, una dieta rica en grasas saturadas y baja en frutas y verduras), la falta de ejercicio físico, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la falta de estimulación mental y social pueden convertirse en factores de riesgo que impulsan al sistema a desarrollar esta enfermedad.

**Enfermedades cardiovasculares:** Las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, la obesidad y el colesterol alto, pueden aumentar el riesgo de desarrollar Alzheimer.

**Niveles educativos bajos:** Se ha observado que las personas con niveles educativos más bajos tienen un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer. La educación puede proporcionar una reserva cognitiva que ayuda a compensar los efectos del deterioro cerebral asociado con la enfermedad.

## CAPÍTULO 2: ALZHEIMER: SINTOMAS, FASES Y CONSECUENCIAS

### 2.1 Manifestaciones clínicas

Según Terrado Quevedo (2018) el cuadro clínico del paciente con EA, puede variar en cada individuo y tener ciertas similitudes. Por este motivo, cuando hablamos de los síntomas o cambios que una persona experimentará a medida que la enfermedad avanza, nos referimos a patrones generales. Esto no significa que cada individuo necesariamente presentará todos estos síntomas ni que seguirá un patrón específico o secuencial en su progresión.

Durante el desarrollo de esta enfermedad son muchos los síntomas, intensos y continuos, que la persona padece. Estos se incrementan continuamente y en las primeras etapas de este desarrollo, el desconocimiento y los prejuicios evitan la atención temprana y la visita a un profesional. En la mayoría de las ocasiones se desarrolla en personas mayores y los prejuicios asocian ciertos indicios como por ejemplo las lagunas de memoria a los efectos de la vejez.

Algunos especialistas como Tellechea (2018), afirman que el cerebro comienza a deteriorarse por partes. Sostienen que el daño comienza en el hipocampo (en procesos relativos a la memoria), razón por la cual el síntoma clínico inicial más común



es la afectación de la memoria episódica (que es la relacionada con los hechos o las experiencias vividas). Los pacientes olvidan acontecimientos puntuales o experiencias concretas.

En fases más avanzadas, se extiende al área temporal y parietal, así como a regiones frontales. Como consecuencia, a lo largo del proceso de la enfermedad también pueden aparecer otros síntomas entre los que se incluyen la **dificultad para planificar o resolver problemas, desorientación en tiempo o lugar**, la primera supone que la persona no sepa en qué momento se encuentra y presenta errores al establecer la fecha (hora, día, mes). La desorientación de lugar puede consistir en que la persona con EA se pierda en lugares tanto poco conocidos como conocidos.

Otra forma en la que la EA se manifiesta es a través del **deterioro de las habilidades visoespaciales** (la capacidad de diseñar esas imágenes mentales y darles un sentido dentro del ambiente puede estar afectada). Algunos pacientes presentan **problemas con el lenguaje**, mostrando de forma frecuente dificultades para seguir una conversación o para expresarse. Otro de los síntomas frecuentes es la **pobreza de juicio o disminución del razonamiento crítico** llevando a quienes padecen esta enfermedad a tomar decisiones erróneas como realizar conductas o seleccionar prendas poco apropiadas. Otro de los síntomas que pueden presentar son delirios, **paranoias y/o alucinaciones**, y consisten en la experimentación vivida de ciertas sensaciones como oler, oír, ver o sentir cosas o seres que no existen.

Hay autores que explican este mismo proceso de deterioro neuro cerebral de otra manera que nos puede ayudar a mejorar la comprensión de esta enfermedad. Casanova (1999) afirma que el Alzheimer deteriora tres ámbitos de las funciones cognitivas. Uno es la alteración de la memoria, por lo que sus recuerdos presentan lagunas o distorsiones; otra alteración en las capacidades funcionales, es decir en la resolución de la vida cotidiana; por último, las alteraciones psicológicas y del comportamiento, es decir síntomas como ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad y vagabundeo.

## 2.2 Síntomas cognitivos

Cuando hablamos de síntomas cognitivos nos referimos a aquellas manifestaciones que refieren a la manera de asociar lo conocido lo que se sabe en el nivel mental y su relación con la experiencia que se ha vivido. Algunos especialistas como Martínez y Miangolarra (2006) afirman que los síntomas cognitivos del Alzheimer suelen aparecer de manera progresiva y pueden manifestarse, inicialmente, a través

de alteraciones en la memoria o en el lenguaje. Con la progresión, también aparecerá lo que se denomina agnosia, que es la dificultad para reconocer y asociar de manera adecuada con su significado lo que se percibe a través de los cinco sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto).

Las diversas modificaciones tanto anatómicas como funcionales en el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos provocan una serie de cambios tanto cognitivos como afectivos. Uno de los cambios psíquicos clave es el enlentecimiento de las capacidades intelectuales, produciendo de esta forma fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y/o dificultad para la concentración. Se puede observar también una pequeña disminución en la flexibilidad mental y en la agilidad mental. Esta rigidez mental puede generar dificultades a la hora de resolver ciertos problemas y situaciones.

La memoria, sin embargo, es uno de los cambios psíquicos más representativos en la ancianidad. Si bien existen diferentes factores desde cambios neurológicos y circulatorios, hasta cambios mentales emocionales que se manifiestan en estados depresivos y pérdida de motivación, todos están relacionados con la pérdida de la memoria. Para los especialistas Martínez y Miangolarra (2006) sostienen que en general, se observa que la parte de la memoria responsable de recordar datos específicos, como nombres o fechas concretas, suele verse comprometida.

Con la edad, aumentan las crisis, los problemas y los factores estresantes adquieren mayor importancia y dependiendo las posibles situaciones en las que vivan los ancianos pueden llegar a empeorar. Algunos especialistas afirman que pueden manifestarse deterioros cognitivos en forma de apraxias, esto quiere decir que comenzarán a aparecer dificultades para ejecutar bien actos motores y voluntarios como vestirse o comer, sin que puedan atribuir a dificultades de movilidad físicas como una lesión o un dolor.

Pueden existir, además, dificultades para planificar, razonar de manera lógica o comprender la ironía y, además, alteraciones en las funciones visoespaciales, lo que puede provocar errores en la estimación de distancias o para reconocer correctamente el espacio en el que la persona se encuentra y por lo tanto, caídas, accidentes o confusión. Autoras como Piera y Lozan (2007) afirman que las etapas del desarrollo de la enfermedad determinan las afecciones en las regiones del cerebro y según ello los síntomas que se irán presentando.

## 2.3 Fases del Alzheimer

La EA evoluciona de forma lenta. Desde sus inicios los síntomas de la enfermedad pueden transcurrir durante 7 a 15 años, incluso muchos estudios afirman que ha habido personas que han vivido 20 años desarrollando síntomas. Especialista como García Ferez (2009), coincide en que es posible reconocer tres fases en las que la sintomatología va cambiando y el paciente comienza a perder independencias.

En muchas ocasiones no es posible reconocer la primera fase del desarrollo de esta enfermedad, según lo expuesto por el autor mencionado, puesto que los prejuicios invisibilizan los síntomas. El paciente puede comenzar a experimentar desorientaciones psicológicas que pueden suponer alteraciones en la personalidad del paciente. Las actividades rutinarias comienzan a presentar obstáculos para su pleno desarrollo, generando frustraciones y mal ánimo. Los primeros síntomas también pueden presentarse en el nivel del habla convirtiendo a la sociabilidad en una tarea complicada. El miedo, la inseguridad y la preocupación son emociones que acompañan al individuo en estas situaciones, provocando que la autoestima se encuentre disminuida.

Cuando la segunda fase comienza a suceder, dice García Ferez, los episodios de olvidos comienzan a agravarse. El paciente no registra sucesos recientes o personas conocidas, generando desorientación, confusión y ansiedad. En ocasiones, algunos pacientes pierden su independencia, comenzando a precisar ayuda para tareas cotidianas como abrochar una camisa o higienizarse. La pérdida del equilibrio es una de las manifestaciones de esta fase, como también la incapacidad de sostener varias frases lógicas seguidas. La sociabilidad es aún más acotada pues el paciente requiere compañía para salir a la calle, para evitar que se pierda si se desorienta. En ocasiones, las reacciones desmesuradas, agresivas y desproporcionadas pueden ser síntomas propios de esta fase.

Cuando el paciente se encuentra atravesando la tercera fase, según las descripciones de García Ferez, de la EA, las alteraciones de la memoria son graves, al igual que los síntomas y rasgos físicos visibles. Mientras atraviesa esta fase el paciente sufre demencia total, por lo que no puede reconocer a las personas que lo rodean, amistades o familiares cercanos. Aún tienen registro de la memoria emocional que le permite reconocer a quienes le ayudan o cuidan. Los desvaríos en las reacciones son actitudes esperables, como también el retorno por momentos de la memoria. El paciente durante esta fase puede experimentar problemas respiratorios, alimenticios y dermatológicos, ya que ha perdido la memoria para tragar alimentos o

líquidos y controlar los esfínteres. Esta fase deriva en la muerte del cerebro y por último el fallecimiento de la persona.

La fase terminal de la enfermedad es la más dolorosa y cruda para la familia y personas que cuidan, pues el paciente se encuentra en estado completamente pasivo. Esto quiere decir que no existe ningún tipo de señal que indique que existe conciencia sobre el presente que está viviendo. Algunos pacientes atraviesan esta etapa durmiendo, mientras otros pasan sus últimos días postrados en cama o en una silla esperando la última exhalación. De esta manera detalla García Ferez la fase terminal.

## **2.4 Efectos de la EA en el paciente**

Según Rogan (2002) el síndrome de deterioro cognitivo se ha convertido en uno de los mayores problemas en los últimos años para las personas de edad avanzada. Los factores que pueden ocasionar esta enfermedad, como hemos visto anteriormente, son de diversa índole; los hábitos alimenticios, el consumo problemático de sustancias, o simplemente los avances tecnológicos y médicos que han permitido disminuir la tasa de mortalidad en edades avanzadas pero que dan oportunidad a muchas enfermedades neurodegenerativas.

El daño que la EA puede causar en las personas que la padecen es atroz, pues los síntomas van desde olvidos de situaciones o recuerdos, hasta el total desconocimiento de cómo realizar funciones básicas como tragar, moverse o ir al baño. El desarrollo de esta enfermedad deteriora la calidad de vida del paciente en gran medida convirtiéndolo en un ser dependiente de una persona que lo cuide. Es importante anticipar estos momentos para mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que acompañan y asisten. Quienes no realizan una detección temprana de la enfermedad, se ven limitados al momento de precisar apoyo.

## **2.5 Tratamiento**

Como venimos afirmando en párrafos anteriores, cuando hablamos de EA, la evolución de la misma es lenta y varía según los pacientes. Algunos cambios en la dependencia de las personas que la padecen suceden de manera acelerada, mientras que otros presentan cambios más lentos que permiten a la familia adaptarse al proceso.

Por el momento no existe ningún tratamiento que revierta el proceso de degeneración que comporta esta enfermedad. Sin embargo, se dispone de algunos

fármacos que pueden retrasar, en determinadas etapas, la progresión de la enfermedad.

Cómo lo afirman Peinado y Garcés (1998) de momento, sólo se dispone de tratamientos dirigidos a uno de los orígenes de la enfermedad de Alzheimer. En concreto, se utilizan anticolinesterásicos o inhibidores de la acetilcolinesterasa, fármacos que elevan los niveles de acetilcolina en el cerebro. Estos medicamentos mejoran las primeras fases del desarrollo de la enfermedad, es decir cuando las manifestaciones son moderadas. Lo que hacen estos medicamentos es retrasar el deterioro de la memoria y la atención.

A medida que el paciente nota diversos síntomas que acompañan el desarrollo de la EA, el tratamiento medicamentoso se combina con otros que atienden otras sintomatologías. Pues en el desarrollo de la enfermedad, síntomas tales como depresión, estados de agitación, alteraciones del sueño, o complicaciones más tardías del tipo de incontinencia de esfínteres, estreñimiento, infecciones urinarias, úlceras provocadas por la inmovilidad o tromboflebitis, se hacen presentes y deben ser atendidos y tratados.

## CAPÍTULO 3: HISTORIA, ROL Y PERFIL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

### 3.1 La familia como cuidador

Los familiares a menudo se convierten en los cuidadores principales de sus seres queridos, desempeñan un papel fundamental, y esto puede ser una tarea exigente y desafiante tanto física como mentalmente. Es por ello que se deben considerar diversos aspectos para el tratamiento de esta cuestión.

Siguiendo las afirmaciones de Espín (2017), es fundamental brindar apoyo emocional a aquellos miembros de la familia que se encuentran tomando la posta en el cuidado de quien padece esta enfermedad. Quienes offician el rol de cuidadores pueden experimentar una amplia gama de emociones como tristeza, frustración, estrés y culpa. El apoyo emocional es sumamente importante para hacerle frente a las emociones que suelen ser abrumadoras.

Quienes se ven en la tarea de cuidar a una persona que padece Alzheimer, deben comprender la naturaleza de dicha enfermedad, sus síntomas, la progresión de los mismos y las formas de gestionar los desafíos que se presentan en el día a día. La educación continua es la garantía para mejorar las habilidades de cuidado y así brindar

la mejor atención posible. He aquí un detalle no menor, pues el servicio en la atención mejora sustancialmente cuando a la voluntad y a la contención se le suma el saber certero y claro sobre lo que se está haciendo.

Cuidadores y familiares al servicio deben enfrentarse a una serie de responsabilidades y tareas, que requieren planificación y organización. Estas son la clave para garantizar que todas las necesidades de la persona que enfrenta el deterioro a diario, sea atendida de manera efectiva. Es importante la planificación y organización para enfrentarse a situaciones cotidianas como la administración de medicamentos, la gestión de las finanzas y la coordinación de la atención médica.

Un aspecto sumamente importante a considerar es la red de apoyo que se construye alrededor de una persona que sufre esta enfermedad. La misma puede reunir familiares, amistades, grupos de apoyo y profesionales de la salud que sean necesarios. Esta red de apoyo debe proporcionar orientación, recursos prácticos y un lugar seguro para compartir experiencias y emociones. No debe entorpecer la asistencia al paciente, sino más bien beneficiarla.

Es una acción necesaria la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesaria. En ocasiones esto puede incluir la contratación de cuidadores profesionales, la participación de servicios de atención domiciliaria o la consideración de la colocación en un centro de atención especializada. A veces estos diálogos resolutivos pueden ser difíciles de afrontar, es por ello que lo primero que se consideró al inicio de este apartado fue el apoyo emocional y psicológico para quienes cuidan a un paciente enfermo de EA.

## **3.2 Historia del acompañante terapéutico**

Siguiendo las afirmaciones de Fernández D'Adam (1988) en la historia de la humanidad han existido diversas manifestaciones de lo que se entiende como acompañamiento terapéutico. Una de las más antiguas y célebres es la de Sócrates, un filósofo ateniense que vivió durante el siglo V a.C. Para este pensador, quien ofrece el servicio de asistencia en el saber hace la labor de las parteras. Las verdades, se encuentran dentro de cada ser y quien quiere enseñar algo no debe hacer más que asistir "al parto de una idea". Tal como la asistencia de las parteras, llamó a su técnica de acompañamiento con el nombre de "Mayeutica".

El siglo XX, fue la cuna para el desarrollo de un gran número de profesiones que en otros tiempos no tenían el reconocimiento como tales. Este fue el caso del AT

que en Argentina surge en la década del '60. Acompañaron a este desarrollo en la práctica argentina, países como Uruguay y Brasil.

El surgimiento se da en un contexto de búsqueda de nuevas herramientas y teorías explicativas para el abordaje de patologías que antes eran consideradas intratables, o bien aquellas que la salud mental condenaba al confinamiento asilar. Este contexto general empujó a los espacios de tratamiento médico a reformarse e inventar nuevas alternativas, es por ello que surgieron los Hospitales de Día o las Comunidades Terapéuticas.

El apogeo en nuestro país de la teoría psicoanalítica, la mirada sobre la familia que aportó la teoría sistémica, los desarrollos del psicodrama y la psicoterapia de grupo junto a los cuestionamientos de la antipsiquiatría a los abordajes clásicos, crearon un terreno fértil para el surgimiento de este rol. Los cambios de paradigmas y la incorporación de nuevas miradas en la salud mental (psicología social, terapia sistémica, psicodrama) dieron pie al surgimiento de la idea de “amigo calificado”, que luego fue perfeccionándose hasta constituirse en la figura de “AT”.

### **3.3 Rol del AT**

Quienes offician de Acompañantes Terapéuticos se encuentran en una situación especial. Dentro de esa situación debe cumplir un rol determinado. En muchas ocasiones, este se encuentra ya tipificado según los niveles de institucionalización donde el profesional se encuentre desempeñándose. Quien officia de AT sabe que su rol es de asistencia.

Además, el AT brinda ese apoyo constante y empático, ofreciendo una relación terapéutica basada en confianza y respeto. A través de conversaciones, actividades recreativas y establecimiento de rutinas saludables. Ayuda al paciente a enfrentar sus desafíos emocionales y a desarrollar estrategias para lidiar con ellos.

El AT es un agente de la salud, académicamente formado y con experiencia vivencial en el rol. Según Fernández, en su libro *Haciendo caminos 3* (2017) los Acompañantes Terapéuticos deben poseer un alto grado de vocación asistencial que le permita trabajar junto a un equipo terapéutico especializado. Este profesional posee una concepción dinámica y compleja de las enfermedades humanas, con el fin de asistir cotidianamente e intensivamente a personas que sufren de trastornos graves – que afectan su salud física-mental y su adaptación a la vida familiar-laboral-social –. Quienes ofrecen el servicio de acompañamiento terapéutico, realizan tratamiento

interdisciplinario, teniendo en cuenta su singularidad, su problemática y sus circunstancias.

A nivel global el sistema de salud mental se encontraba arribando a un sinfín de fracasos en lo que respecta al tratamiento de enfermedades complejas. Por lo que los profesionales se dieron a la tarea de crear diferentes tratamientos de abordaje múltiple en salud mental y patologías médicas complejas. Fernández D'Adam (2017) hace referencia a algunos filósofos como Michel Foucault para abordar el Acompañamiento Terapéutico como “dispositivo” dentro de un entramado complejo, donde se entremezclan prácticas y mecanismos que tienen como propósito hacer frente a una urgencia consiguiendo un efecto. Este entramado, afirman Kuras de Mauer y Resnizky (2020) se hace real y posible mientras tenga una estrategia de trabajo, sea heterogéneo y a su vez funcione como red, no como compartimentos aislados.

Es preciso destacar que el rol del AT mejora exponencialmente en tanto y en cuanto exista una red humana que le permita realizar su labor. Pues con esta red comparte de manera simétrica las vivencias cotidianas, ayudando a decodificarlas de manera asimétrica con propósito de favorecer la claridad al aparato psíquico del paciente en un marco de reparentalización. El AT actúa como soporte prestacional, recreando el escenario vincular distorsionado por la enfermedad que padece el paciente.

De acuerdo a los trabajos de Fernández D'Adam, “El Acompañamiento Terapéutico se trata de un recurso humano cuyo objetivo es acompañar al paciente con el fin de guiar, apoyar, crear un “yo auxiliar”, promover la salud, la integración social, laboral y/o educativa, etc.” (2017, p. 31) La relación entre el AT y el paciente es de vital importancia. A través de una relación terapéutica, basada en la confianza y el respeto mutuo puede ayudar al paciente a explorar sus emociones, establecer metas realistas y desarrollar habilidades de afrontamiento. Esta relación de apoyo permite al paciente sentirse comprendido y respaldado en su proceso de recuperación.

El rol del AT consiste en, valga la redundancia, “acompañar al paciente en su día a día de su dolencia” (Fernández D'Adam, 2017, p. 31), en sus diversas actividades, ayudándolo a desenvolverse y a detectar las dificultades que tenga en su momento de vida, favoreciendo la emergencia de la subjetividad y el desarrollo del lazo social. Su función es cumplir las disposiciones y consignas determinadas por el equipo terapéutico siendo otro agente de cambio en salud. Es quien contiene ansiedades y estimula potencialidades en el paciente para desarrollar su proyecto de vida.



En otras palabras, “el AT es una persona profesionalizada que se dedica a realizar una tarea compleja y particular” (Fernández D’Adam 2017, p. 31), que puede ser caracterizada como un proceso. En tal proceso se distinguen momentos que requieren la expresión de diversas actitudes que el AT lleva a cabo como ser la captación de la conducta del paciente, capacidad de síntesis y transmisión, tanto vivencial como objetiva, de aquellos sucesos que marcan la creación, mantenimiento y posterior disolución de un vínculo terapéutico.

Su aplicación está enfocada principalmente a pacientes con alguna enfermedad mental, discapacidad o bien porque se encuentre en alguna circunstancia o proceso de crisis o atravesando alguna etapa vital crítica, etc. La tarea fundamental de un AT es sostener, con su presencia, una función asistencial específica en el área de la salud, incluido siempre dentro de un equipo del cual forma parte.

### **3.4 Objetivos específicos del AT**

Muchos especialistas en el área definen los objetivos específicos de quienes offician el rol de Acompañantes Terapéuticos en un equipo de trabajo. Los mismos definen la meta a alcanzar por parte del profesional que brinda esta asistencia. A continuación, detallamos algunos de ellos, siguiendo la teorización de Fernández D’Adam (2017).

En primera medida, el AT debe promover la emergencia de recursos (resiliencia) para afrontar adversidades. Es decir, deberá fomentar la capacidad de las personas, grupos o comunidades para adaptarse, superar y aprender de experiencias difíciles. Esto implica desarrollar estrategias, y herramientas para sus pacientes y la red afectiva que lo rodea.

Es tarea del AT agendar y acompañar entrevistas de seguimiento, citas y análisis médicos, trámites, entrevistas de búsqueda de empleo, contacto con la maestra. El quehacer determinará la realidad de cada paciente.

Haciendo hincapié en las necesidades, intereses y capacidades de cada individuo, el AT deberá motivar a cumplimentar las actividades que cada paciente debe realizar. Para ello es clave el enfoque integral y personalizado que el profesional debe crear para la situación.

El éxito de cualquier intervención médica se encuentra determinado por la implicación activa y la adherencia por parte del paciente al tratamiento. Siendo la EA una enfermedad compleja, este es el objetivo más difícil de cumplir por lo cual se podría convertir en un desafío para el AT.

Como decíamos más arriba, es importante tomar en cuenta las necesidades individuales del paciente y el entorno en el que desarrolla sus actividades cotidianas. Esto es esencial para cumplimentar el objetivo de percibir, reforzar y estimular la capacidad creativa del paciente.

Por último, y no menos importante, el AT debe crear estrategias de estimulación que pongan al paciente en actividad. Pueden ser físicas deportivas, culturales o incluso de ocio para su tiempo libre. Esto ayudará a mejorar la salud mental y social, potenciando por ende la salud física del paciente.

### **3.5 Desempeño del AT**

Acompañar terapéuticamente es prestar una escucha activa, asistir en el hacer, estableciendo un vínculo que posibilita la creación de una alianza de trabajo en los diversos espacios, intentando establecer con los pacientes un vínculo reparador constructivo, que le permita a los mismos la realización de sus máximas posibilidades. De acuerdo a Fernández D'Adam:

La gran ventaja del acompañamiento terapéutico es que atiende al paciente en su vida cotidiana, en los procesos de institucionalización o reinserción, así como en tratamientos ambulatorios, en los traslados institucionales donde requiera ser acompañado o en situaciones de internación domiciliaria (2017, p. 29)

El desempeño del acompañamiento terapéutico debe perseguir con claridad una serie de intenciones que sirvan al mejoramiento de la situación del paciente. A saber:

1) Brindar al paciente un espacio de contención evitando el internamiento psiquiátrico. Es decir, el AT debe ofrecer un entorno seguro y de apoyo donde la persona puede expresar sus emociones, pensamientos y dificultades sin ser juzgado. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad, el estrés y el riesgo de crisis que podrían conducir a la necesidad de un internamiento psiquiátrico

2) Favorecer los procesos de socialización y adherencia al tratamiento prescrito. Como expresamos en el apartado anterior, el AT puede ser la persona que ayude al paciente a concretar algunos trámites, participar de eventos sociales y culturales, compartir nuevas experiencias que fomenten su lado creativo.

3) Mejorar la calidad de las relaciones familiares. El AT puede trabajar con la familia para mejorar la comunicación, la comprensión y el apoyo mutuo. En caso de

tener herramientas, puede mediar en los conflictos familiares y ayudar a desarrollar estrategias para una mejor convivencia. Entendiendo que el entorno social es uno de los sostenes más importantes para quien padece EA.

4) Motivar el diálogo entre aquellas personas que forman parte de la red de contención del paciente. Puede crear un espacio seguro para el diálogo familiar, donde todos puedan escucharse atentamente y expresarse libremente. Puede fomentar la comunicación abierta y honesta, ayudando a las familias a resolver sus diferencias de manera constructiva. Y esto en la medida que el grupo sea permeable para esta manera de relacionarse.

5) Facilitar la integración social, laboral y familiar del paciente. El AT puede ayudar a la persona a identificar sus habilidades e intereses, y a encontrar oportunidades para participar en actividades sociales, laborales o educativas que le sean satisfactorias. También puede apoyarla en la búsqueda de empleo o en la reinserción laboral.

6) Facilitar recursos a la familia para afrontar situaciones que desborden su capacidad de respuesta. Siguiendo esta intención, el AT puede informar a la familia sobre los recursos disponibles en la comunidad, como grupos de apoyo, centros de salud mental o servicios sociales. También puede brindarles herramientas y estrategias para afrontar el estrés y el cuidado del paciente.

7) Aliviar la carga y la culpa familiar en el cuidado y contención del paciente. El AT a través de su servicio especializado, liberará a la red de contención responsable del paciente, que en muchas ocasiones se ven desbordados a veces a causa del desconocimiento.

8) Actuar como agente mediador de las diferentes dinámicas vinculares patológicas. El cuidador tiene las herramientas para identificar patrones de interacción familiares disfuncionales y ayudar a las familias a desarrollar y enseñar estrategias de comunicación efectiva para lograr resolver conflictos de manera constructiva y creativa.

9) Registrar y compartir la información para la comprensión global del paciente es una de las tareas permanentes del AT. Este registro le permite comprender el desarrollo individual de la enfermedad, para desde ese lugar crear las estrategias de asistencia que sean más convenientes.

La labor del profesional AT se ve atravesada por cada uno de estos objetivos – propósitos descritos. Para ello la actualización permanente le otorgará las herramientas necesarias para el cumplimiento de cada uno de ellos. Para que esto sea posible, además, el profesional deberá ejercitar flexibilidad mental y emocional, para

poder comprender la realidad de cada familia desde sus experiencias familiares y no desde las propias estructuras. La plasticidad y la creatividad serán sus aliadas para lograr un abordaje integral y sobre todo individual.

## CAPÍTULO 4: LA EA Y EL ROL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA), además de llevar a la pérdida de independencia de la persona afectada, y el avance progresivo e incierto tiene un gran impacto en la calidad de vida no solo del paciente, sino del entorno en el que comparte. Cuidadores y familiares de pacientes con EA provoca un gran desgaste en diferentes aspectos de la vida.

Cuando las personas a cargo de un paciente con EA, brindan su servicio desde el desconocimiento, la realidad pierde la calma. El desgaste integral que provoca el desconocimiento, puede ser evitado desde la organización y la planificación del cuidado, sirviéndose del apoyo de profesionales Acompañantes Terapéuticos formados para desempeñar esta labor. Plantear el abordaje de la EA y el rol del AT significa establecer una relación desde una mirada clínica.

### 4.1 El quehacer del Acompañante Terapéutico

Cuando un AT se encuentra frente al desafío de asistir a un paciente que padece la EA y a su familia, sabe que tendrá éxito en su intervención si toma en cuenta realizar una serie de tareas concretas.

Entre las tareas primordiales, el AT debe fomentar y crear una alianza terapéutica que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia; informar de la enfermedad, su evolución, la cooperación y el tratamiento al que el paciente se debe adherir; fomentar un ambiente familiar, laboral y social apropiado; integrar al paciente a sus roles familiares/sociales; desarrollar estrategias que permitan dar continuidad en el tratamiento y vinculación institucional.

Lograr que la mayoría de las tareas primordiales sean concretadas, permitirá que el paciente pueda observar una mejora en la calidad de vida, al igual que lo hará si entorno familiar. De esta manera, además, el AT podrá cooperar para una creación de ambientes bajos en estresores o depresores, que agraven la salud del paciente empujando a un desarrollo acelerado de la enfermedad.

Cuando todas las tareas anteriores estén en orden y encaminadas, el AT podrá fortalecer con el paciente la coherencia funcional y la conciencia de la enfermedad.

## **4.2 La importancia de la relación paciente – AT – Familia**

Las estrategias de intervención planteadas por el AT no son un secreto; sino todo lo contrario. Son un acuerdo práctico establecido con la familia y la persona que padece EA. Tales estrategias, además, son resultado de la formación profesional específica y permanente, por lo que además será integral y atendiendo a todas las personas que son parte de este vínculo.

Como hemos desarrollado en apartados anteriores, el abordaje que un AT realizará apuntará por un lado al paciente, y por otro a la familia y la red de contención que lo rodea. Esta última tiene como objetivo la información y protección de aquellas personas que se hacen cargo la mayor parte del tiempo del paciente, pues de su buen servicio depende mucho del bienestar del paciente y su autonomía. Es necesario poner en juego tales estrategias para evitar que quienes cuidan, abandonen su tarea desgastados e incluso padeciendo enfermedades producto del estrés.

Las personas que cuidan al paciente, familiares y redes de afecto, deben conocer los diferentes aspectos en los que se manifiesta la EA. Esto les permitirá tomar con calma la realidad que su ser querido atraviesa, y quizás esto se convierta en la razón por la cual no abandonan el vínculo que sostienen con la persona enferma.

Por otra parte, es importante destacar que el rol del AT no responde a estándares, sino que se define a partir de la singularidad de cada paciente. Es quien sostiene con su presencia, una función asistencial específica en el área de la salud, incluido siempre dentro de un equipo que trabaja con la díada salud-enfermedad.

Retomando lo expuesto, es posible afirmar que el AT es un agente de salud fundamental para pacientes con Alzheimer, ubicándose en lo cotidiano para poder actuar. De este modo es capaz de operar sobre lo subjetivo, lo vincular, lo comunitario y lo social. Es oportuno indicar que apunta a contener en forma empática al paciente y a su familia, otorga, escucha, brinda contención, como lo desarrollamos a lo largo del trabajo, y sobre todo brinda comprensión psicológica de los procesos que atraviesa el paciente, las distintas fases, los distintos síntomas a los que se enfrente el sujeto.

## **4.3 Funciones específicas del AT en el abordaje de la EA**

El desarrollo de la EA condiciona todos los aspectos de la vida del paciente, es por ello que el AT debe tener herramientas para un abordaje múltiple.

### **4.3.1 Función terapéutica de contención emocional**

Una de las funciones que deberá ejercer el AT frente a un paciente que sufre EA es el acompañamiento y la contención emocional. Como hemos explicado anteriormente, la psiquis de este tipo de pacientes atraviesa una situación muy delicada, pues el deterioro de la memoria genera inseguridad e inestabilidad. Para ello es importante la creación de un vínculo de confianza y empatía con la situación, que permita la expresión aquellas emociones y pensamientos que le intranquilizan.

El AT tiene las herramientas necesarias para favorecer la expresión de las emociones de manera saludable, ayudando a identificar y comprender los sentimientos. Tal función promueve el bienestar emocional del paciente y facilita la comunicación con su entorno.

La contención emocional por parte del AT además reduce la ansiedad y el estrés. El profesional conoce de técnicas de relajación y manejo del estrés para ayudar al paciente, y por qué no también a la familia, a controlar sus emociones y afrontar las dificultades de la enfermedad.

### **4.3.2. Función de apoyo en las actividades cotidianas**

Cuando la EA avanza, el paciente pierde independencia para el desarrollo de muchas tareas específicas. Es por ello que el AT se convierte en la asistencia necesaria para las tareas diarias que el paciente realiza de forma cotidiana como vestirse, asearse, comer y realizar actividades de ocio. Esto permite al paciente mantener un grado de independencia y autonomía, fomentando su autoestima y calidad de vida.

A la asistencia en tales tareas, se suma la adaptación del entorno. Esto se refiere a la adaptación del hogar y el entorno del paciente para hacerlo más seguro y funcional, reduciendo el riesgo de caídas y accidentes.

La concreción de tales funciones, es acompañada por la promoción de la autonomía del paciente en la medida de lo posible, animando a realizar las tareas por sí mismo y brindándole apoyo cuando lo necesite.

### **4.3.3. Función de mediación y psicoeducación**

El desarrollo de esta enfermedad, requiere también de la asistencia de un AT en la comunicación familiar. Es preciso que el profesional que asiste facilite la comunicación entre el paciente y sus familiares, ayudándoles a comprender las necesidades y comportamientos del paciente relacionados con la enfermedad.

El AT brinda apoyo a la familia, ofrece apoyo emocional y contención ayudándoles a afrontar los desafíos emocionales y sociales que implica la enfermedad. Educa sobre la EA proporcionando información clara, científica y precisa a la familia sobre la EA, sus síntomas, su progresión y las estrategias de cuidado disponibles.

Un AT profesional posee un gran caudal de herramientas útiles para la resolución de conflictos que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad, promoviendo el diálogo y la comprensión mutua. De esta manera cuida al paciente y a quienes lo cuidan.

#### **4.3.4. Función de estimulación cognitiva y social**

Las personas que sufren la EA experimentan síntomas en muchos aspectos de su personalidad. Para ello el AT realiza actividades de estimulación cognitiva que ayudan a mantener o retrasar el deterioro cognitivo del paciente, como juegos de memoria, ejercicios de lenguaje y tareas de estimulación sensorial.

Otra de las estrategias que puede implementar es el fomento de la interacción social acompañando al paciente a actividades sociales y recreativas, ayudándolo a mantener su red de apoyo social y previniendo el aislamiento.

Dentro de las herramientas que el AT tiene en su caja, una de ellas es la promoción de la participación en la comunidad acompañando al paciente a actividades comunitarias que sean significativas. Esto es importante pues el sentido de pertenencia y bienestar conforman una parte importante del desarrollo de la personalidad.

## CONCLUSIÓN

Teniendo toda esta información reunida solamente queda comprender los puntos de convergencia entre cada dato recabado. Queda claro que la labor de las personas que se comprometen con el cuidado de un paciente que padece Alzheimer, no solo precisa información, sino también del servicio de Acompañantes Terapéuticos. Ya que estos podrán dar sentido a lo que se debe hacer en función de la mejoría del paciente.

Como profesionales de la salud, los Acompañantes Terapéuticos nos encontramos en un tiempo histórico privilegiado pues un abordaje criterioso y actualizado requiere un trabajo integral. Esto quiere decir que la labor no solo es con el paciente per se, sino que, además, es preciso trabajar con la familia. Entre todos los integrantes de esta red de contención debe haber una relación basada en la confianza, la contención y el trabajo en equipo.

Si todos estos detalles se cumplen, el clima será idóneo para que el paciente aborde su mejoría desde la agencia y no desde la pasividad. Nuestra labor como Acompañantes Terapéuticos entonces debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- El abordaje de los cuidados de la EA deben entenderse como un proceso interdisciplinar en el que es imprescindible la comunicación con el paciente, los familiares y los distintos profesionales de la salud que se requieran.

- Las funciones y rol del AT permitirán brindarle una mejor calidad de vida al paciente, gracias a su atención individualizada, ya que cuenta con los conocimientos necesarios para la intervención precisa y adecuada.

- Es esencial preservar la dignidad de los pacientes y fomentar el respeto y los cuidados fundamentales.

En el desarrollo del texto se ha explicado la gravedad y complejidad de la EA, los efectos que supone para la persona que lo padece y los cuidados que necesita para mejorar su calidad de vida y retrasar el avance de la enfermedad. También se ha dejado claro el profundo impacto que esta enfermedad tiene en la vida de los familiares y entorno, los cambios que supone en la familia, y al gran desafío que como AT nos enfrentamos.

Para nosotros, como profesionales implicados, es importante tratar de proporcionar la mayor cantidad de información de calidad posible para que puedan conocer la enfermedad, sus avances, los cambios que habrá en el día a día y de qué recursos y ayuda disponen.



Esta enfermedad afecta a personas de edades avanzadas, lo que lo convierte en uno de los problemas de mayor actualidad y más relevante de nuestra época. Gracias al desarrollo tecnológico la esperanza de vida es aún mayor y además una posibilidad para un mayor número de personas. Para ello esta sistematización de información permitirá a familiares y cuidadores desarrollar la mayor cantidad de recursos de apoyo y ayuda que permitan sobrellevarla.

El conocimiento y la comprensión de la EA, sirve para dar valor al rol del AT no solo por sus saberes, sino por su labor tan diversificada. Ya que el profesional AT conoce y pone en acción herramientas para todos los aspectos de la vida que precise el paciente según el avance de la enfermedad.

Muchos especialistas han dedicado tiempo a dar prosa sobre la importancia de la correcta intervención del AT en la vida de una persona que padece la EA, lo cual da cuenta de la necesidad que tenemos como profesionales de capacitarnos de manera permanente. La formación profesional nos brindará herramientas diversificadas para perfeccionar nuestra labor y además actualizar los conceptos, pues los avances científicos dejan vetustos algunos saberes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Casado, D., & Garrote, A. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Deter, A. (20 de Octubre de 2021). *La historia de la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de <https://www.brightfocus.org/espanol/alzheimer/la-historia-de-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Fernández D'Adam, G. (2005). *Haciendo caminos 1*. Buenos Aires: GABAS.
- Fernández D'Adam, G. (1988). *Haciendo caminos 3*. Buenos Aires: Instituto de Neuropsiquiatría, Adicciones y Psicología Positiva de Buenos Aires.
- Fernández D'Adam, G. (2008). *Haciendo caminos 2*. Buenos Aires: GABAS.
- Galvez, R. (2000). *Epidemiología de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso*. Barcelona: Masson Salvat - Medicina.
- García Ferez, J., & al., e. (2009). *La bioética ante la enfermedad del Alzheimer*. Comillas.
- Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2020). *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico - clínica*. (Séptima ed.). Buenos Aires: Planeta Offset.
- Lozano, M., & Et.al. (2007). *Enfermedad Alzheimer Dónde Nos Encontramos 1 Edición*. Obtenido de <https://clinicomalvarrosa.san.gva.es/documents/d/lapedrera/alzheimer-informacion-al-paciente-avs-pdf>
- Martinez, & Miangolarra. (2006). El cuidador y la enfermedad de alzheimer : formación y asistencia. En Martinez, & Miangolarra, *El cuidador y la enfermedad de alzheimer : formación y asistencia*. España: Editorial Universitaria Ramón Areces .
- Peinado, A., & Et., A. (1998). *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desatendido*. Anales de la psicología 14.
- Peña Casanoca, J. (1999). *Enfermedad del Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos básicos*. Barcelona: Fundación de la Caixa.
- Peña Casanova, J. (1999). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad del Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Plarrumaní, A. L., Martínez, N., Sanchez, R., & Gigan, S. (9 de Abril de 2018). *¿Qué es el Alzheimer?* Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/alzheimer>
- Rivero Cuadrado, A. (17 de julio de 2007). *La enfermedad del Alzheimer y otras demencias*. Obtenido de [www.fiapam.org](http://www.fiapam.org): <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/235-comunidadmadrid-enfermedad-011.pdf>
- Rogan, & et., a. (Enero de 2002). *Alzheimer's disease and other dementias: a review*. Obtenido de American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153331750201700106>

Rúgeles Castañeda, A. (Agosto de 2006). *Alzheimer: Una mirada neurofisiológica y patológica de la enfermedad ¿Donde se origina la enfermedad?* Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/>:  
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2168/131418.pdf?sequence=1>

Unidos, I. N. (1 de abril de 2024). *¿Qué es el Alzheimer?* Obtenido de <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/enfermedad-alzheimer>