



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**“El rol del At. en el acompañamiento de Adultos mayores.
Abordaje de un caso”.**

Estudiante: Cintia Quintana

DNI 28056798

Director/a:

Lic. Agustina Cisnero.

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

15/12/2025

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION.....	4
MARCO TEÓRICO.....	6
DESARROLLO	10
ALZHEIMER: UNA ENFERMEDAD QUE DESAFÍA A LA CIENCIA.....	15
Historia y prevalencia del Alzheimer.....	17
LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS	
Acompañantes Terapéuticos	19
Cuidadores	
.....	22
Abordaje de un caso clínico.....	23
CONCLUSIÓN.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO. Videografía	32

Resumen

El 19 marzo de 2020 se decretó el aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina como respuesta de emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 que causa la enfermedad COVID-19. Esta medida tenía el fin de disminuir la transmisión del virus, siendo una de sus consecuencias la generación de un cuadro respiratorio severo, más frecuentemente en adultos mayores. En este contexto se desarrolla el acompañamiento a adulta mayor con enfermedad de Alzheimer. Se trabajó en forma interdisciplinaria con profesionales médico psiquiatra, kinesiólogo, Terapista Ocupacional, quienes elaboraron y aportaron como dispositivos su coordinación y supervisión de las actividades y objetivos de los Acompañantes terapéuticos.

Los principales temas se organizaron en dos focos cruzados: las características de la enfermedad, datos seleccionados de diferentes centros especializados, con el fin de comprender las rasgos generales y el impacto de la enfermedad en la paciente del caso relatado; y las configuraciones vinculares; estados afectivos: emociones, percepciones y acciones emergentes del enfoque participativo desde el rol del At y lo fundamental en el contexto, exponiendo un caso clínico que se asistió a lo largo de un año en pandemia.

El objetivo de este trabajo será conocer cómo transitan este tipo de enfermedades los adultos mayores observando sus tipos modificaciones físicas y psíquicas, qué tipo de tratamiento deben llevar y el rol del acompañante terapéutico.

Palabras claves: Envejecer, Acompañante Terapéutico, Proceso, Alzheimer, Adaptación.

Introducción

Como futuros profesionales especializados en acompañamiento terapéutico es menester conocer acerca de ciertas patologías que se presentan en la ancianidad. Además, es preciso conocer cómo actuar frente a ellas para llevar a cabo nuestra labor de acompañante con la mayor responsabilidad y compromiso posible; velando por la integridad bio-psico-axio-social de la persona.

En el presente trabajo, se ha indagado en primer lugar, sobre la concepción de gerontología apelando a entender su estudio e implicancias. Por otra parte, se ha desarrollado el estudio de una de las formas de demencia más frecuente en las personas mayores: el Alzheimer. Se especificó a su vez, los aspectos más relevantes de esta patología, las pruebas y exploraciones más frecuentes para diagnosticar la enfermedad, las principales terapias y la importancia de los equipos multidisciplinares para una atención integral de la persona con Alzheimer. Por otro lado, se presenta un caso en particular sobre otro tipo de afección como es el Alzheimer y sus particularidades. De forma conjunta se explican las características y funciones principales que debió efectuar el acompañante terapéutico a la hora de trabajar con la paciente. Este caso práctico elegido sobre el cual se narran las propuestas de actuación y/o mejoras, a los fines de reflexionar sobre el impacto del trabajo de los distintos profesionales con respecto al saber gerontológico-geriátrico; y, además sobre los dispositivos de acompañamientos terapéuticos especializados en personas mayores y los cuidadores domiciliarios teniendo en cuenta sus competencias en lo referido a las pautas de higiene y confort que se requieren.

Para finalizar, se sintetizan las proyecciones del tema y la evaluación del impacto de este en la población destinataria: los adultos mayores.

El objetivo de este trabajo es describir la enfermedad del Alzheimer, especificando cuadros y aclarando diferencias, la importancia del rol del acompañante terapéutico durante el proceso de descubrir la enfermedad, transitar y aceptarla.

Los Objetivos específicos que se plantean son:

- Describir la importancia del rol del acompañante terapéutico durante el transcurso, desarrollo y padecimiento de alguna de estas enfermedades. Diferenciando el rol de At y rol de cuidador.

- Indagar los cambios que han padecido los adultos ante el padecimiento de alguna enfermedad.
- Investigar el efecto del acompañante terapéutico en relación al bienestar biopsicosocial del adulto que transita una enfermedad Alzheimer.

Marco Teórico

El Proceso de Envejecimiento y la Gerontología

Según las definiciones de Ferrer (1989), la Gerontología como una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento en su totalidad, abarcando una perspectiva biológica, psicológica y social. A su vez, el autor señala que la gerontología abarca todos los problemas sociales, políticos, económicos y sanitarios. Para comprender las patologías de la ancianidad, es fundamental establecer el marco conceptual del envejecimiento. El envejecimiento no es solo un proceso biológico, sino también psicológico y social. La gerontología es la disciplina que se encarga de estudiar este proceso en todas sus dimensiones.

- **Envejecimiento Biológico:** Se refiere a los cambios físicos y fisiológicos que ocurren con la edad, como la disminución de la capacidad funcional de los órganos y sistemas.
- **Envejecimiento Psicológico:** Implica cambios en la cognición, las emociones, la personalidad y la adaptación a nuevas circunstancias de vida.
- **Envejecimiento Social:** Examina cómo las personas mayores interactúan con su entorno, el rol que desempeñan en la sociedad y cómo son percibidas.

Concepto del acompañamiento terapéutico.

Saliche (2017) refiere que “el acompañante se presenta hoy como una alternativa de asistencia a pacientes con trastornos graves” (p. 20).

Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, fortalecer su autonomía y facilitar su integración social.

Pensamos en conceptos que se interrelacionan, por ejemplo, los autores Colombo et al. (2008), señalan que la perspectiva psicológica es inherentemente biopsicosocial. No se pueden separar los aspectos mentales-cognitivos de los psíquicos, ni estos del cuerpo (somático) y el entorno social. Por lo tanto, proponen un enfoque biopsicosocial para entender las

enfermedades (tanto físicas como mentales) y el equilibrio ante las mismas variables. Esta visión holística considera al ser humano como una unidad indivisible, donde lo biológico, lo psíquico y lo social interactúan constantemente de manera transdisciplinaria. Estudiar y promover la salud y las conductas saludables debe ser un objetivo primordial para quienes se dedican a la conducta humana y la salud. Exponiendo esto lo relacionamos con los siguientes conceptos y las funciones que cumple el acompañamiento a adultos mayores:

La importancia del trabajo interdisciplinario y los cuidados domiciliarios

Expondremos la importancia de brindar una atención integral, según los conceptos de Kuras de Mauer (2005), es crucial la coordinación de un **equipo multidisciplinar** compuesto por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, entre otros.

- **Cuidados domiciliarios:** Se centran en la atención del paciente en su propio hogar, lo cual reduce el estrés y la desorientación. Los **cuidadores domiciliarios** desempeñan un papel fundamental en la higiene, confort y seguridad del paciente, complementando la labor del acompañante terapéutico.
- **Competencias del cuidador:** Es crucial que los cuidadores estén capacitados en el manejo de técnicas de higiene, nutrición, prevención de caídas y la gestión de situaciones de crisis, garantizando un ambiente seguro y digno.

El desarrollo de los conceptos de ancianidad y enfermedad de Alzheimer es crucial para comprender el proceso de envejecimiento humano y las patologías que pueden afectarlo. En relación con esto, para comprender fundamental distinción entre el envejecimiento normal y una enfermedad neurodegenerativa como el Alzheimer, se reproducen a continuación los conceptos comparativos presentados por Bagnati (2023)

Tabla 1 *Comparación entre Ancianidad (Envejecimiento Normal) y Enfermedad de Alzheimer.*

Aspecto	Ancianidad (Envejecimiento Normal)	Enfermedad de Alzheimer
Naturaleza	Proceso natural y gradual.	Enfermedad neurodegenerativa.
Efecto en Memoria	Cambios leves; olvidar nombres o dónde pusieron las llaves, después, canillas abiertas.	Pérdida de memoria progresiva que interfiere gravemente en la vida diaria (olvidar eventos recientes, repetir preguntas).
Impacto en la Vida Diaria	Las actividades diarias se realizan sin ayuda o supervisión.	Se requiere supervisión o ayuda creciente para tareas básicas (bañarse, comer, pagar facturas).
Orientación	Puede olvidar temporalmente el día, pero lo recuerda más tarde.	Desorientación en tiempo y lugar (no saber dónde se está o en qué año se vive).
Juicio	Mantiene la capacidad de juicio y toma de decisiones, aunque puede ser más lenta.	Muestra falta de juicio o toma decisiones equivocadas de manera constante.

Nota. Adaptado de El proceso de envejecimiento humano, por (Bagnati, 2023, p. 49.)

Entonces el proceso de envejecimiento implica un deterioro gradual y continuo de las capacidades físicas y biológicas, como la disminución de la fuerza física y, en ocasiones, una sensible baja en la actividad mental. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera. En cambio, cuando surge una enfermedad como el Alzheimer que es un trastorno cerebral neurodegenerativo, progresivo e irreversible que constituye la causa más común de demencia. Afectando gradualmente la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas. No veremos un envejecimiento normal, a diferencia de los cambios de memoria leves por la edad, el Alzheimer no es una parte normal del envejecimiento. Es una enfermedad. La edad es el principal factor de riesgo, ya que el

Alzheimer de inicio tardío ocurre generalmente en adultos de 65 años o más. Sin embargo, puede haber casos de inicio temprano antes de esa edad.

Definición y Origen de la Gerontología

La Gerontología es una disciplina científica que aborda el proceso de envejecimiento desde una perspectiva integral. Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE,2023), el nombre proviene del griego: *geron* (anciano o notable) y *logos* (tratado o estudio), lo que se traduce como el "estudio de la vejez". Aunque el interés por el envejecimiento es muy antiguo, la gerontología como ciencia es relativamente moderna.

Desarrollo Histórico y Causas

Según Birren (1996), su crecimiento se aceleró en la segunda mitad del siglo XX, impulsado por el envejecimiento global de la población. Este fenómeno se debió principalmente a dos factores: una notable disminución de la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida, acompañado de una baja en la tasa de natalidad. Este cambio demográfico hizo que la vejez dejará de ser un asunto puramente individual para convertirse en un fenómeno social.

Carácter Multidisciplinario

La gerontología es, por naturaleza, una ciencia multidisciplinaria. Su campo de estudio abarca una amplia gama de conocimientos científicos y aplicaciones prácticas, integrando diversas disciplinas. Incluye, por ejemplo, la geriatría (el estudio médico del envejecimiento), la biología, la psicología y la gerontología social. Su objetivo es abordar de manera interdisciplinaria los problemas y temas relacionados con el envejecimiento, tanto a nivel individual como social, como las patologías que se investigarán más adelante. En los cuales todos actúen con medidas conjuntas y consensuadas utilizando el mismo criterio y las mismas estrategias para evitar confusión y lograr así resultados óptimos para la triangulación, pacientes, familiares, profesionales.

El autor Laforest (1991) sostiene que, para poder pronunciarse sobre la vejez, aunque no es imprescindible ser viejo, "es preciso experimentar la vejez... basta con ser humano" (p. 41).

Por consiguiente, nos invita a que reflexionemos y pensemos en nuestra experiencia personal, en nuestro propio proceso de envejecimiento.

Desarrollo

“No hay nada más hermoso que una ancianidad rodeada por una juventud que desea aprender de ella”. (Cicerón. 44 a.C.)

Existe una corriente optimista dentro de la gerontología que ofrece una visión mucho más favorable de la vejez. Al respecto Laforest (1991) menciona sobre esta perspectiva que el crecimiento personal puede y debe predominar sobre la decadencia. Sin embargo, aclara que alcanzar esta vejez positiva no es automático ni fácil para todos, el autor menciona:

He aquí por qué la gerontología se considera en principio como una reflexión existencial, una reflexión sobre la condición humana en cuanto tal; viene suscitada por las inevitables cuestiones que la ancianidad nos plantea en relación con la condición humana. A propósito, la gerontología es una reflexión de alcance existencial de constituir una reflexión colectiva, y no deja de ser una reflexión existencial cuando se convierte en reflexión científica. (Laforest, 1991, p.42).

Es decir, el autor nos convoca a reflexionar sobre la vejez, cuando estudiamos la Gerontología, indagamos sobre varias cosas importantes de la vida misma. Por ejemplo, sucesos que tienen que ver con la existencia, con el ser, con el significado de la vida, la muerte, el tiempo. Es preguntarse: "¿Qué significa ser viejo? ¿Cómo debo vivir mis últimos años? ¿Cómo tratamos a las personas mayores?". No es solo una persona sentada pensando sola en la vejez. Es una conversación de todos, como sociedad (médicos, familias, gobierno, sociólogos, psicólogos, acompañantes, los propios ancianos) tenemos que pensar en cómo acompañar a las personas a envejecer bien. Incluso cuando los científicos (los doctores e investigadores) que estudian con números, pruebas y estadísticas, las cuales siguen siendo importantes y profundas. No obstante que usemos el método científico para ver cómo funciona el cuerpo o la mente de un anciano, nos acerca al estudio de la vejez. Nos está recordando las grandes preguntas de la vida humana. En resumidas cuentas, nos convoca a "pensar en el sentido de la vida", "qué es aquello que aun puedo aprender e integrar", "permitirme madurar".

Para la gerontología contemporánea es posible que se viva la vejez como un período de crecimiento que encierra una situación fundamental de crisis. Sabemos, en efecto, que a través de las crisis a las que ha de hacer frente en cada una de las etapas de su desarrollo se realiza

el proceso de crecimiento de la personalidad. Por el mero hecho de ser experimentada como una crisis de la existencia, la vejez ha de ser contemplada en el cuadro más global del desarrollo de la personalidad. La interpretación de las vivencias de la ancianidad en una perspectiva de desarrollo es una de las orientaciones más importantes en el campo de la gerontología contemporánea, tanto en lo que afecta a la investigación como a la teorización.

Shaw (1982, como se citó en Salomon, 1982) menciona: "Ser viejo es algo natural, universal, ¿ven ustedes una alternativa a ello?" (p. 41).

Al respecto podemos mencionar que tanto el Cs Sociales, como la psicología, no solo ven al ser humano como órgano (que vive, se desarrolla y envejece hasta su muerte) también estudian el contexto, lo vivenciado a través del proceso que esto infiere, viendo así a la vejez como parte del desarrollo en la vida de los seres humanos.

El Fenómeno del Envejecimiento Poblacional

En el texto investigativo, El arte de envejecer, Laforest (1991) subraya la tendencia global de un crecimiento constante en la población anciana. Esto contrasta fuertemente con la corta vida del hombre primitivo, cuya existencia termina prematuramente por factores naturales o ambientales.

El hecho de que las personas vivan más años que nunca (gracias a mejoras en higiene, alimentación, tecnología y un sistema sanitario enfocado en la prevención), es un fenómeno nuevo en la historia humana que se presenta como un reto que exige nuevas adaptaciones y soluciones inéditas. Se especula incluso que los avances tecnológicos podrían llevar la esperanza de vida a 120 años o más.

Según lo expuesto en un estudio realizado por Martínez Fuentes y Fernández Díaz (2008):

el cálculo estima para el 2025 en más de 1.100 millones las personas que en todo el planeta tendrán 60 años o más, de ellos la mayor parte, el 71,4%, vivirá en los países subdesarrollados. En algunos países, como Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, el perfil demográfico es similar al de los países europeos. En ellos, el número de adultos mayores ha ido creciendo, mientras que los jóvenes, proporcionalmente, constituyen un grupo más reducido. (p.10).

La Necesidad de una Educación Integral sobre la Vejez.

De acuerdo con lo anterior expuesto, podemos pensar al envejecimiento, como un proceso continuo que va desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, los jóvenes suelen verlo como algo distante, lo que revela la necesidad de una comprensión profunda de los mecanismos del envejecimiento (biológicos, psicológicos, sociales y económicos).

En el texto investigativo, *El arte de saber envejecer*, concluyen que es fundamental que los jóvenes (desde su formación) adquieran conocimientos en Gerontología y Geriátrica para desmitificar la vejez y corregir estereotipos. Si un joven no se prepara para esta etapa, corre el riesgo de sentirse desconcertado y pasivo al llegar a su propia senectud. Esta falta de conocimiento también dificulta la interacción y comprensión hacia los adultos mayores, afectando la convivencia social.

Podríamos reflexionar que el verdadero arte de envejecer radica en aceptar esta etapa como una parte natural de la vida y en compartir nuestras acciones y logros con nuestros seres queridos. La vejez no es el final, sino un período lleno de futuro donde las ganas de vivir pueden seguir acrecentando.

Como profesionales que trabajamos con la población de edad avanzada en diversos entornos (hospitales, residencias, domicilios y la comunidad), tenemos la responsabilidad fundamental de fomentar y asegurar una calidad de vida digna y aceptable para ellos, siendo así nuestra labor esencial para impulsar y sostener un nivel de vida de calidad.

Para esto, es crucial entender la ancianidad desde un enfoque de Envejecimiento Saludable promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), que se centra en mantener la capacidad funcional, la autonomía y el bienestar durante esta etapa.

La ancianidad, es la última etapa del ciclo de vida humano, caracterizada por el proceso natural de envejecimiento del organismo. No hay una edad cronológica fija universal para su inicio, aunque socialmente se asocia con la edad de jubilación (frecuentemente a partir de los 60 o 65 años), pero se comprende mejor como un proceso que implica una serie de cambios multidimensionales que varían enormemente entre individuos.

Laforest (1991), concibe la ancianidad como una etapa de la vida que se puede entender desde tres perspectivas principales: biológica, cronológica y social. Su enfoque destaca la vejez como una crisis que, en su sentido griego, también es una oportunidad.

La Vejez como Crisis y Oportunidad

Laforest (1991) describe la vejez como un momento crítico que presenta una "triple crisis":

- Crisis de identidad: La persona debe redefinir su rol y su valía personal después de la jubilación y los cambios en su estado físico.
- Crisis de autonomía: La ancianidad a menudo conlleva una disminución de la independencia, lo que requiere un nuevo tipo de adaptación.
- Crisis de pertenencia: Con la jubilación y el posible alejamiento de los hijos, la persona mayor puede sentir una pérdida de su lugar en la sociedad.

A pesar de estas crisis, Laforest (1991) señala:

la vejez es también una oportunidad para la superación personal y la reconciliación consigo mismo y con los demás. La experiencia de la vida, la capacidad de relativizar las cosas y la sabiduría para juzgar objetivamente son habilidades que se fortalecen con la edad. El autor destaca que la aparente "pasividad e inutilidad" de la vejez puede transformarse en un valor real, al ser el anciano un testigo de los valores humanos para quienes lo rodean. (p.43)

Definición Holística de la Vejez

Para Laforest (1991), la vejez no puede ser definida únicamente por la edad cronológica. La define como el estado de una persona que, por su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica y un receso de su participación social. Sin embargo, también subraya la relatividad de la edad cronológica, que depende de factores culturales, subjetivos y administrativos, como la jubilación.

Características Principales de la Ancianidad

La ancianidad se define por la confluencia de tres tipos de cambios:

1. Cambios Biológicos

Son los cambios físicos y funcionales progresivos, universales e irreversibles asociados al paso del tiempo. Deterioro Físico Gradual: Disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico. Incluye pérdida de masa muscular, reducción de la velocidad de los procesos corporales, y una mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas. Declive Sensorial: Reducción en la agudeza visual, auditiva, y en los sentidos del gusto y el olfato. Cambios cognitivos: Puede presentarse un declive en ciertas funciones como la velocidad de procesamiento y la memoria a corto plazo, aunque la experiencia y el conocimiento acumulado (inteligencia cristalizada) suelen mantenerse.

2. Cambios Psicológicos y Emocionales

Implican la adaptación a las nuevas realidades de la vida.

- Búsqueda de Significado: Un período de autoevaluación, redefinición de la identidad personal y un mayor enfoque en los sentimientos internos y el sentido de la vida.
- Adaptación a Pérdidas: Manejo de la pérdida de roles sociales (tras la jubilación), la pérdida de la pareja, amigos y el propio deterioro físico.
- Diversidad: El estado mental y la capacidad de adaptación varían significativamente. La plasticidad cognitiva y la reserva cognitiva permiten a muchos ancianos mantenerse mentalmente activos y flexibles.

3. Cambios Sociales

Son las transiciones que redefinen el lugar del individuo en la sociedad.

- Jubilación: Cese de la vida laboral formal, lo que genera una reestructuración del tiempo y las actividades diarias.
- Modificación de Roles: El individuo puede asumir nuevos roles (como el de abuelo/a) o enfrentar la pérdida de roles sociales y laborales anteriores.
- Riesgo de Aislamiento: La disminución de la actividad social, problemas de movilidad o la pérdida de redes sociales pueden llevar a la soledad y la depresión.

Alzheimer: Una enfermedad que desafía a la ciencia.

Para empezar a comprender esta enfermedad, debemos definirla, según el autor Bagnati (2023) entendemos por demencia:

Es una afección adquirida del cerebro, que produce una alteración de las funciones intelectuales y/o de la conducta del sujeto (respecto a un estado anterior conocido o estimado), de suficiente importancia como para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir, e independiente de alteraciones del estado de conciencia. (p. 22).

El análisis de la definición de demencia nos revela varias características clave de esta enfermedad.:

Origen y Compromiso Cognitivo

- **Es adquirida:** La demencia es una afección desarrollada a lo largo de la vida, lo que la distingue de condiciones congénitas (presentes desde el nacimiento).
- **Afectación múltiple:** Debe haber un deterioro en varias funciones intelectuales, no solo en la memoria. Esto incluye otras capacidades cognitivas como:
 - Lenguaje
 - Habilidades viso espaciales
 - Habilidades de cálculo, abstracción y resolución de problemas
- **Impacto Conductual y Funcional**
 - **Alteraciones no solo cognitivas:** Junto al déficit intelectual, la demencia incluye cambios en la conducta y el estado de ánimo, generando síntomas que alteran significativamente la vida diaria del paciente y de quienes lo rodean.
 - **El punto más crucial (Nivel Funcional):** Lo que verdaderamente define la demencia es su interferencia en la vida cotidiana. Esta disminución en la capacidad para realizar actividades diarias (denominada nivel funcional) es la evidencia fundamental del deterioro cognitivo ("Ya no es el de antes"). No se puede diagnosticar demencia si la persona mantiene intacto su nivel funcional.

En resumen, la demencia es un deterioro adquirido y progresivo de múltiples funciones cognitivas que, crucialmente, debe ser lo suficientemente grave como para impactar y desorganizar la vida diaria de la persona.

En el texto del autor Bagnati (2023) destaca la alarmante carga global de la demencia, tanto en términos de prevalencia como de costos económicos y sociales. A continuación, se detallan algunos datos:

Aumento de la Prevalencia

- **Proyecciones futuras:** Según la OMS, se espera un incremento dramático en el número de personas con demencia.
 - La cifra, estimada en 55 millones en 2019, se proyecta que crezca hasta 139 millones para el año 2050.
 - Esto equivale a que una nueva persona es diagnosticada con demencia cada tres segundos a nivel mundial.
- **Atención en el hogar:** En los países de ingresos bajos y medios, se estima que más del 90% de las personas afectadas son cuidadas en su propio hogar.
- **Subdiagnóstico:** La organización Alzheimer 's Disease International (ADI) señala un alto índice de subdiagnóstico global (75% de las personas con demencia no están diagnosticadas). Esta cifra podría elevarse hasta el 90% en algunas naciones de ingresos bajos y medianos.

Carga y Costos Económicos

- **Impacto del COVID-19:** La pandemia ha agravado la situación de la demencia, afectando de manera desproporcionada a los pacientes, sus familias y cuidadores.
- **Alto Costo Global:** La demencia representa una pesada carga financiera para gobiernos, sistemas de salud y familias, además de generar pérdidas de productividad.
- **Gasto Histórico:** El gasto mundial atribuible a la demencia creció un 4.5% anualmente entre 2000 y 2019, alcanzando los \$263 mil millones de dólares en 2019, con un gasto total en atención médica de \$594 mil millones de dólares. (Bagnati, 2023, p.19)

Historia y Prevalencia del Alzheimer

Desde la perspectiva Histórica, cuando el psiquiatra Alois Alzheimer documentó el caso de una paciente con una "enfermedad grave del cerebro" en 1906, no pudo prever que su apellido se convertiría en el nombre de una de las enfermedades más comunes en el presente. Ya que actualmente, la enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia predominante en Occidente, representando más de la mitad de todos los casos de demencia.

Bagnati (2023) menciona:

Las demencias son enfermedades del grupo "edad-dependientes", y el progreso de la ciencia y la tecnología ha hecho que en las últimas décadas se incremente en forma vertiginosa la población de edad avanzada (más de 65 años): en la Argentina, ciudades como Mar del Plata muestran hoy porcentajes en este segmento poblacional que explican por qué hay tantos casos de demencia: 19,23% son mayores de 60 y 14,25%, mayores de 65 (Estudio ES-UFASTA, 2019). Bagnati (2023, p. 20).

Según la Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones semejantes de la República Argentina. (A.L.M.A., s.f.), la evolución de la enfermedad de Alzheimer tiene tres fases clave y se clasifican comúnmente en tres etapas principales: Inicial, Intermedia y Terminal.

1. Fase Inicial. (Leve)

Síntomas Cognitivos y Funcionales: La sintomatología es leve. La persona mantiene gran parte de su autonomía y solo necesita asistencia para tareas complejas. Se presentan fallos en la memoria a corto plazo. **Cambios Emocionales y de Personalidad:** Aparecen cambios de personalidad, como apatía, desgano y descortesía. **Conciencia y Trastornos Afectivos:** En esta etapa, los afectados suelen ser conscientes de su deterioro, lo que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos afectivos (principalmente depresión) y mostrar pensamientos hostiles.

2. Fase Intermedia (Moderada)

Deterioro Cognitivo Avanzado: El deterioro de la memoria se agrava, afectando tanto a recuerdos recientes (anterógrada) como antiguos (retrógrada). Se pierde la capacidad de juicio y el pensamiento abstracto, llevando a respuestas ilógicas o muy repetitivas (estereotipadas). **Síntomas Neuropsiquiátricos:** Los problemas de personalidad se intensifican, pudiendo surgir síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios. **Dependencia y Desorientación:** La desorientación espacio-temporal se vuelve notoria. La persona depende totalmente de un cuidador para las actividades diarias.

3.Fase Terminal (Avanzada o Grave)

Dependencia Total: El paciente se vuelve completamente dependiente. En muchos casos, la atención familiar ya no es suficiente y se requiere el apoyo de un centro especializado.

Importancia de la intervención: Un diagnóstico oportuno e intervención temprana son cruciales para que las familias puedan manejar la progresión de la enfermedad, prevenir crisis y promover el bienestar.

4.El Apoyo Adecuado.

Las personas pueden vivir muchos años con demencia, con el apoyo correcto, pueden y deben seguir siendo miembros activos de la sociedad y gozar de una buena calidad de vida. La carga que supone la demencia para los cuidadores es abrumadora. Es imperativo que los sistemas de salud, sociales, legales y financieros ofrezcan la asistencia necesaria. Por ello, es esencial que la demencia se incorpore en las agendas de salud pública de todos los países, exigiendo una acción coordinada y sostenida a nivel internacional, nacional y regional

Avances y esperanzas en el Tratamiento de la Demencia.

Bagnati (2023) menciona estas realidades prometedoras sobre el Alzheimer a pesar de su condición progresiva, discapacitante y sin cura definitiva, existen noticias muy positivas y tangibles gracias a años de investigación e inversión. Por ejemplo:

- **Prevención:** Se han logrado avances significativos en la prevención del deterioro cognitivo y las demencias en general.
- **Nuevos Tratamientos:** Lo más destacable es el desarrollo de drogas innovadoras que están diseñadas para atacar la causa central de la enfermedad directamente en el cerebro.
- **No es solo teoría:** Estos avances no son meras especulaciones ni deseos experimentales, sino una realidad probada y concreta que ya está transformando las perspectivas de manejo.

Por consiguiente, a pesar de la naturaleza grave del Alzheimer, la ciencia ha logrado progresos reales en la prevención y ha desarrollado nuevos medicamentos que abordan la raíz del problema, ofreciendo una esperanza concreta a los pacientes.

La Importancia de los Equipos Multidisciplinarios.

En primer lugar, un equipo multidisciplinar se necesita para integrar a los profesionales en conjunto a los centros especializados. Particularmente en la atención a este tipo de pacientes deben contar con estos tipos de equipos.

La demencia, los trastornos cognitivos y la enfermedad de Alzheimer son trastornos multifactoriales para los cuales resulta necesario un **abordaje multidisciplinar**.

Los profesionales trabajarán de forma integrada e interconectada en torno a un plan de atención individualizado, con objetivos compartidos basados en ofrecer la atención y apoyos que requiere la persona con Alzheimer, otorgándole autonomía como derecho y favoreciendo su calidad de vida y la de sus familiares. Mencionamos que dichos equipos deberán contar con las siguientes disciplinas; médico psiquiatra, neurólogo, psicólogo, Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, cuidadores, acompañantes terapéuticos, siendo estos últimos con los que nosotros nos relacionamos con más cotidianidad; a continuación, describiremos sus funciones.

Acompañantes terapéuticos

A diferencia de los cuidadores, un acompañante terapéutico es un profesional de la salud mental que se dedica a acompañar y a contener a personas con algún tipo de patología psíquica, psiquiátrica, física, de discapacidad o bien a pacientes que estén bajo algún tratamiento médico momentáneo. (Kuras de Mauer, 1985) Es un **agente de cambio**. Este profesional se ofrece como sostén, ampara al paciente en su angustia o desesperanza, lo apoya y ayuda y, además, favorece el desarrollo de la iniciativa, la voluntad y la autonomía de este. A su vez, contribuye a la realización de actividades de la vida cotidiana que el paciente no puede realizar por sí mismo. Cuando el que padece siente que no puede hacer algo, que no puede valerse por sí mismo; en esta situación, el AT lo acompañará y ayudará ya que una de sus funciones es contener en momentos complejos, acompañando al paciente como tal, con presencia real.

El AT nunca trabaja solo. Su trabajo se encuentra respaldado, coordinado e integrado al de un equipo de profesionales formado por psicólogos, médicos, neurólogos, psiquiatras entre otros, según el diagnóstico de que se trate. Este equipo terapéutico será quien coordinará y prescribirá los lineamientos del tratamiento a seguir. El AT cumplirá con lo consignado en el

tratamiento, informando asiduamente al equipo de trabajo sobre la evolución, las dificultades que se presenten y las necesidades de ajustes o intervenciones. En este mismo sentido, el AT es fundamentalmente un **recurso mediador**, entre el equipo terapéutico y el paciente y su familia. Puede posibilitar el abordaje ambulatorio del paciente, para que este pueda salir de la inercia de la internación crónica o, también romper el circuito recurrente que media entre procesos de internación y/o re-internación.

La función del acompañamiento terapéutico puede definirse en relación con la estrategia que se constituye conjunto a profesionales tales como; psicólogo, psiquiatra en un tratamiento, dependiendo las particularidades del caso; la función de este se irá delineando en relación con el desarrollo del tratamiento y al enfoque centrado en la persona. La tarea se realizará siempre en equipo y los objetivos serán planteados por el profesional tratante.

En este sentido Saliche (2017), afirma:

El trabajo del At con un paciente permite colaborar y trabajar en la estrategia elaborada por el/los responsables del tratamiento. El At puede escuchar y contener al paciente, pero NO intervendrá como el terapeuta. Puede incentivar, invitar al paciente a reflexionar. Recaba información relevante para el desarrollo del tratamiento (p.50)

Responsabilidades típicas de un Acompañante Terapéutico.

- Motivar la continuidad del tratamiento del paciente
- Contener y asistir al paciente
- Ofrecer un espacio de diálogo con una escucha empática
- Colaborar en la realización de actividades cotidianas
- Potenciar las relaciones sociales del paciente
- Acompañar al paciente y a su familia en sus cuadros afectivos, mediando en situaciones conflictivas y ayudando a sostener los vínculos familiares.
- Fomentar la capacidad creativa del paciente
- Atención constante
- Seguimiento personalizado de la evolución del paciente.
- Contención del paciente y su familia en situaciones de emergencias
- Aumenta la autonomía y autoconfianza del paciente
- Promueve la reinserción laboral, educativa y recreativa.
- Detección temprana de síntomas ante posible recaída de una vía de expresión.

Es necesario comprender que el acompañante terapéutico es un agente de salud que trabaja interdisciplinariamente, teniendo por delante grandes desafíos. Dentro de un **modelo biopsicosocial** (Motta et al., 2008), este se presenta como modelo superador, integrador y posibilitador de acciones eficaces y eficientes. Ateniéndonos al concepto de Salud, según la OMS, esta define a la salud ya no como ausencia de enfermedad, sino como la presencia del bienestar físico, mental y social. Ya no se trata de prevenir la enfermedad, y girar solo alrededor de los últimos adelantos científicos, sino de promocionar conductas que llevan a una persona al estado de la enfermedad. Desde esta redefinición proyectaremos una nueva dinámica como agentes en salud.

Beneficios del acompañante terapéutico en el abordaje del Alzheimer

La presencia de un acompañante terapéutico en la vida de una persona con Alzheimer puede tener múltiples beneficios. En primer lugar, proporciona un vínculo de **confianza y seguridad** para el paciente, disminuyendo su sensación de soledad y aislamiento. La compañía constante del acompañante terapéutico también puede prevenir situaciones de riesgo y minimizar el impacto de los comportamientos difíciles asociados a la enfermedad. Además, el acompañante terapéutico puede facilitar la comunicación entre el paciente y su entorno, fomentando la interacción social y manteniendo las habilidades de comunicación de la persona en la medida de lo posible. También actúa como un enlace entre la familia y los profesionales de la salud, transmitiendo información relevante y colaborando en la implementación de estrategias terapéuticas.

Limitaciones del acompañante terapéutico

Aunque el acompañante terapéutico desempeña un papel vital en el abordaje del Alzheimer, también se deben considerar sus limitaciones. El acompañante terapéutico no reemplaza la necesidad de atención médica especializada, y es importante contar con la supervisión y el seguimiento de un equipo médico multidisciplinario. Además, cada persona con Alzheimer es única y puede presentar diferentes desafíos y necesidades, lo que requiere una adaptación continua de las estrategias de apoyo. Tal como se desarrollará más adelante en un caso clínico, en el cual durante un tiempo el rol del At fue bisagra y luego se sumó un cuidador, quien cubrirá nuevas necesidades que la paciente requirió. Es importante reconocer que el acompañante terapéutico no tiene como objetivo revertir los efectos del Alzheimer, ya que se trata de una enfermedad irreversible. Su objetivo principal es brindar un ambiente de

contención y bienestar para el paciente, en el que pueda mantener su autonomía y disfrutar de una buena calidad de vida dentro de sus capacidades.

Cuidador.

El rol del cuidador domiciliario es un rol que se construye no sólo porque implica un aspecto formativo importante, sino porque requiere un perfil técnico laboral, una ética profesional y una prestación retroalimentada en el vínculo que se establece entre cuidador y la persona cuidada que requiere no solo de aspecto profesionales, sino fundamentalmente de valores axiológicos que lo sostengan promoviendo en el adulto su autonomía apoyando sobre todo las actividades de la vida diaria.

¿Cuáles son las funciones de un cuidador?

- **Funciones de prevención:** capacitado para advertir y detectar de manera precoz, deterioro y dificultades que presente el adulto mayor.
- **Funciones promoción:** optimizar las potencialidades que presente el adulto mayor, fortaleciendo las conductas resilientes, la estimulación, la integración social y fortalecimiento de los vínculos.
- **Funciones educativas:** debe saber transmitir tanto a la persona como a la familia conocimientos específicos sobre el cuidado, autocuidados, una mirada criteriosa de las actividades de la vida cotidiana.
- **Funciones de Asistencia:** si bien habíamos diferenciado que cuidar no es asistir, las tareas de asistencia forman parte del cuidado y proveer apoyo y entrenamiento para el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, cuidado de la salud, y rehabilitación en general, apoyo y entrenamiento para el correcto desenvolvimiento de las actividades de la vida, higiene y confort en particular sobre la persona que cuida para mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

Abordaje de un Caso Clínico.

Caso extraído de un periodo de acompañamiento terapéutico realizado por At que escribe este trabajo. No aportamos datos sensibles que comprometan, ni al paciente o sus familiares; sino que solo tomaremos los puntos relevantes para el abordaje que planteamos en esta investigación, principalmente a los fines de reflexionar sobre la misma.

A partir de la situación de aislamiento obligatorio debido al COVID 19 por la que atravesamos como sociedad, consideramos fundamental continuar trabajando para preservar los derechos de las personas con discapacidad, brindando la prestación de acompañamiento terapéutico. Dadas las características generales de la paciente consideramos necesario la continuidad del acompañamiento terapéutico. La paciente se encuentra con una enfermedad mental progresiva que se caracteriza por la pérdida de memoria, la desorientación temporal y espacial y el deterioro intelectual y personal. La enfermedad de Alzheimer es la causa en la paciente de disminución de las habilidades sociales, del pensamiento y comportamiento. Alterando su capacidad de funcionar de manera independiente. A medida que la enfermedad avanza, la paciente desarrolla un deterioro grave de la memoria y pérdida en la capacidad de realizar tareas cotidianas. Es una paciente que diariamente necesita la asistencia presencial tanto en sus actividades del hogar, como re direccionar en las comidas, en el baño y en las actividades, en las que realizamos para mantenimiento de su memoria. Las funciones que se entrenan durante el acompañamiento terapéutico presencial mediante diversos ejercicios en los cuales se observa se registran y se evocan. Como observamos en los videos anexados. Despiertan en el paciente el desarrollo y la agudeza sensorial, entrena los sentidos como referentes para evocar los recuerdos, ejercitan la atención y observación. Permitiéndole desarrollar la atención a partir de los datos sensoriales, los elementos o el tema, a fin de constituir referentes que faciliten la evocación, introduciendo de esta manera nuevas nociones de registro, interferencia e imagen mental.

Esto es funcional mediante la asistencia presencial, en la paciente la metodología virtual es obsoleta debido a su pérdida en el foco atencional. Se despiertan y desarrollan la agudeza visual a partir de láminas de colores, láminas que contienen formas diversas, desde utensilios cotidianos, animales, etc. Formas de las que aprenderá a construir referentes visuales por la asociación color-objeto y facilitará la memorización. Es por esto que la asistencia es eficaz siendo presencial, de esta manera se reactiva la estimulación cerebral en

pacientes como la presente con deterioro avanzado en la memoria y el lenguaje. La estimulación en pacientes con demencia avanzada está claramente comprobada, qué es posible retardar la declinación cognitiva.

En la enfermedad que la misma padece, Alzheimer, se ha comprobado la preservación de ciertas funciones cognitivas que posibilitan la utilización de recursos como por ejemplo la **memoria implícita o procedural**. Por esto se ha comprobado lo importante de la asistencia del acompañante terapéutico de forma presencial.

- Diagnóstico: Alzheimer
- Lugar de intervención: domicilio
- Carga horaria semanal: lunes a viernes de 10:30 a 16:30hs.
- Profesional/es: Cintia Quintana
- Fecha: marzo 2020 hasta agosto 2021

Características del paciente

Es una paciente que hace ya más de diez años fue diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer, desde hace dos años comienza con las afasias en el lenguaje, lo cual le genera una pérdida en la capacidad de producir o comprender el lenguaje. Es una paciente agradable, cuidadosa de sus pertenencias, muy meticulosa del orden y de la limpieza. Es muy prolija para realizar las actividades manuales. Siempre se encuentra predispuesta para llevar a cabo las actividades propuestas por la acompañante y que están dentro de su interés y posibilidades para desarrollar.

Presenta una actitud positiva durante todos los encuentros manteniendo una conducta adecuada. Siempre se encuentra predispuesta y de buen ánimo. Mantiene estabilidad emocional durante todos los encuentros manifestando muy buen estado de ánimo. Muy buena voluntad con pensamientos lentificados.

Como observamos en el video 1. Le gusta escuchar música y bailar. En el video 2, se observa como disfruta de que le lean en voz alta, observar láminas y fotografías de decoración, de cocina, escuchar música. Al hacer esto, tiene muy buena predisposición para las actividades en mesa, sean ejercicios cognitivos, de observación, registro y evocación, o dibujar sobre líneas punteadas. Disfruta de pintar con colores, crayones o marcadores suele ser muy prolija al hacerlo. Disfruta mucho de caminatas en las cuales suele leer carteles, nombres de las calles, saludar al guardia de seguridad de su cuadra.

Autonomía.

En relación a su autonomía en la vida diaria la paciente utiliza pañales, debe ser asistida por enfermera; en relación a las comidas come sola mostrando una sustancial mejoría en el manejo de utensilios; en la vía pública tiene movilidad óptima, independencia en sus miembros y registro en el aquí y el ahora del andar.

Área cognitiva:

- **Memoria:**
- **Memoria a corto plazo**, o inmediata, o memoria de trabajo se encuentra afectada en la paciente.
- **Memoria a largo plazo** o secundaria se la considera permanente y su duración puede ser de días, se encuentra afectada en la paciente.
- **Memoria explícita** o declarativa, la que tiene que ver con conocimientos, (por ejemplo, idiomas, de ubicación de las cosas en el espacio). Dependiendo de la ejercitación diaria se logra reactivar. En ella coexisten dos sistemas diferentes de almacenamiento: memoria episódica, que permite el registro y el recuerdo de hechos o datos autobiográficos muchas veces se reactiva dependiendo su descanso y ejercicios cognitivos.
- **Memoria procedural**, implícita o de procedimiento: sería una memoria de aprendizaje de habilidades motoras, de acción. Implica la facilitación de evocar un recuerdo por medio de un estímulo igual, semejante o estrechamente relacionado con él. Se ha comprobado que este tipo de memoria se conserva en pacientes como la que estamos tratando con grave deterioro cognitivo, por ejemplo, en este caso se trabaja con las artes manuales debido a que la paciente solía realizar bordados, collages de flores, pintar cuadros.
- **Atención:** conservada, dispersa y disminuida dependiendo siempre de su descanso y fin de semana.
- **Lenguaje:** Lenguaje con afasias desde hace más de cinco años. Al estimular con nombres y letras claras suele replicarlas con claridad.

Otras Áreas:

- **Área conductual:** Conducta moderada y siempre supeditada al ejercicio planteado.
- **Área emocional:** Timia (estado afectivo normal)

- **Dinámica familiar:** Paciente convive con su marido de más de cincuenta años de casados, vínculo óptimo y positivo diariamente el esposo cocina para la paciente, esto provoca un lapsus de alegría al verlo traerle su comida (expresan con contacto físico su afecto)
- **Vínculo con pares:** Óptimo. Su hijo los visita una vez por semana y la paciente presenta una actitud positiva y cariñosa ante él.
- **Vínculo con la acompañante:** Presenta una actitud positiva durante todos los encuentros manteniendo una conducta adecuada. Manifiesta mucha estabilidad emocional y muy buen estado de ánimo, con muy buena voluntad.

Rutina y actividades diarias.

La paciente se encuentra en su casa debido a la pandemia mundial que atravesamos por el virus covid19, la institución a la que asistía diariamente durante las mañanas hasta la tarde ha cerrado. Debido a esto el acompañamiento terapéutico se desarrolla de lunes a viernes desde la mañana hasta la tarde con un total de veinticinco horas semanales.

Las actividades que se realizan están divididas en dos bloques,

- **Bloque 1 (mañana),** se escucha música, la paciente baila, luego se trabaja sobre la mesa, aquí se realiza ejercicios cognitivos trabajando la observación, registro y evocación mediante láminas, dibujos, fotografías con frutas y hortalizas, animales, objetos, prendas de vestir, elementos domésticos, como escoba, cocina (la paciente era una muy buena cocinera, tiene muchos libros de cocina que utilizamos para los ejercicios) utensilios de cocina, personajes, etc. Luego se vuelve a escuchar música, pero en este bloque pintamos (disfruta mucho de esta actividad, utiliza crayones gruesos, lápices, marcadores).
- **Bloque 2 (Tarde)** Como se observa en el video 2. Luego almuerza junto a su At (video 5). Comparten ese momento; la paciente es independiente en el manejo de utensilios, pincha y corta y toma agua sola, siempre observa atentamente que lleva el At de comida; esto se utiliza como disparador para entablar un intercambio pequeño de palabras, de esta manera conecta con la verbalización.

Luego al salir a caminar, durante estas, la paciente intenta comunicarse con la At, expresa claramente “que sol hoy” “me gusta esta hoja” seguido a esto se agacha y la toma. Luego de unos meses la paciente tiene una pequeña infección que la debilita en su andar. Como se observa en el video 3, se trabaja con andador. Se suma el médico

Kinesiólogo, quien trabaja en conjunto con el At y direcciona el cómo y cuándo se utiliza el andador. De esta manera el dispositivo modifica las actividades. Como vemos en el video 4, en silla intentamos trabajar movilidad, motricidad gruesa.

Equipo Interdisciplinario Tratante.

- **Terapeuta ocupacional** asiste dos veces por semana por la tarde.
- **Médico Psiquiatra** quien controla su plan de medicación a la fecha. Cabe aclarar que la medicación siempre fue manejada por su conviviente.
- **Kinesiólogo** comienza a asistir tres veces por semana.

Debido al deterioro en el andar, caminar independientemente se ve afectado al cien por ciento; a los meses se sumará la silla de ruedas para mejorar la dinámica en su hogar y en el exterior.

Los objetivos evaluados de manera positiva están relacionados con la **memoria procedural**, relacionada con el aprendizaje de habilidades motoras, de acción. El At le ha facilitado por medio de acciones, ejercitaciones diarias, un estímulo semejante como por ejemplo totoras entretrejidas, líneas punteadas por las que la paciente repasa sobre ellas con un lápiz y dedo; prácticas de manejo dos utensilios para empujar y tomar su comida que ayudó a incrementar su independencia en el momento de la comida.

Objetivos del dispositivo (Año de funcionamiento)

- Reforzar la identidad, por medio de fotos, nombres escritos.
- Estimular la motivación por medio de figuras y material que aumente este objetivo.
- Estimular la comunicación, por medio de lectura, música, figuras.
- Superar el repliegue sobre sí mismo, por medio del estímulo externo.
- Ganar confianza en sí mismo seguridad, en la vía diaria y en la vía pública
- Reducir la ansiedad y el estrés al aparecer trastornos mnémicos y/o cognitivos.

Durante el año que se acompañó a esta paciente se pudo, sobre todo, brindar calidad de vida, en un contexto muy duro, como fue el aislamiento por la pandemia. El dispositivo deja de estar activo ante el deterioro que fue presentando la paciente, y la necesidad de que otro tipo de profesional la asista. Al finalizar el abordaje se sumó una cuidadora, a quien el At conoce y con el cual la paciente pasó junto a su familia, sus últimos meses de vida.

Conclusión.

Es fundamental como futuros profesionales, tener presente que al trabajar con este tipo de pacientes implica, en primer lugar, una adecuada planificación para la actuación concreta. Esto refiere que, desde la labor, se pueda identificar las necesidades específicas de cada paciente, así como también conocer su entorno, ya sea que el paciente ingrese a una institución de cualquier índole o que aún permanezca en su domicilio o residencia actual. Además, esta planificación a su vez debe contemplar las características de la personalidad del paciente, otras patologías que padece y todas las indicaciones de los profesionales médicos para su atención personalizada.

Por otra parte, es importante fomentar el trabajo interdisciplinario. Esto garantiza que la atención del paciente se realice de forma integral y que cada profesional desde su área aporte para mejorar la calidad de vida de la persona enferma, de sus familiares y del vínculo entre paciente y el acompañante.

El acompañante terapéutico es un dispositivo de abordaje integral en la atención de personas con Alzheimer. Su presencia constante y su apoyo emocional contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente y a brindar tranquilidad a sus familias. El abordaje de la enfermedad requiere una atención multidisciplinaria que considere las necesidades emocionales, cognitivas y físicas de la persona afectada.

En este trabajo se intentó abordar el rol del acompañante en un contexto complejo como fue la pandemia, funcionando, así como articulador, condensador entre esa realidad que se atravesaba y las diferentes disciplinas tradicionales, posibilitando así un abordaje sostenido interdisciplinariamente.

Reconocemos exponer un caso específico de una paciente, en este TIF, como un trabajo performativo, incitando a la reflexión para discernir la injerencia que tiene el rol del acompañante en la atención de la salud; así como también poder asumir la responsabilidad y el compromiso que implica la atención a personas mayores y todo lo que conlleva. Desde lo profesional pienso que abordando el optimismo como factor protector en todas las etapas de la vida e imprescindible en la vejez.

El optimismo nos predispone, nos posiciona en un lugar más adecuado, más fortalecido, respecto a los avatares del presente, pero esencialmente, frente a las incertidumbres del futuro. Ser optimista representa indudablemente una fortaleza, que nos permite tener beneficios concretos en salud y bienestar.

Considerando lo anterior mencionado, pensando en futuros trabajos y debido a algunos interrogantes que surgieron como, por ejemplo; pensar en un enfoque global para entender y tratar ciertas enfermedades degenerativas que se presentan en la vejez. Preguntas que surgen son: ¿cómo vemos nuestra propia vejez?, ¿cómo y a quienes psico educar en relación a la vejez? Interrogantes que no se han desarrollado aquí por una cuestión de coherencia interna.

Por último, lo que se ha descrito a lo largo de este trabajo, se podría avistar como un sendero en el cual la pieza clave reside en el vínculo entre la atención de la salud, la psicoeducación y la mejora de la calidad de vida en la ancianidad. Equilibrando ese espacio en común nos topamos a los acompañantes terapéuticos y su rol de agentes de salud.

Referencias Bibliográficas.

- **Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones semejantes de la República Argentina (A.L.M.A.).** (s.f.). Alzheimer y demencia. Recuperado de <https://www.alma-alzheimer.org.ar/es/alzheimer-y-demencia>
- **Alzheimer's Disease International (ADI).** (s.f.). Every Three Second [Informe]. Recuperado: <https://www.alz.co.uk/media/171128>
- **Bagnati, P.** (2023): *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Manual para la familia. Editorial Polemos.
- **Birren, J.** (1996). History of Gerontology. En J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology*. Academia Press.
- **Díez Santiuste, M. S., Alonso Rodríguez, A. M., & González Díaz, M. I.** (1993). El arte de saber envejecer. *ECOS*, 4 (7), 3-7.
- **Dosel Maceira, A.** (1996). La Psicogerontología como disciplina científica: visión diacrónica y situación actual. En N. Sáez Narro, R. Rubio Herrera, & A. Dosil Maceira (Coords.), *Tratado de Psicogerontología*. Promolibro.
- **FLENI.** (s.f.). *Demencia Fronto Temporal - GBHI Programa de diagnóstico y tratamiento de pacientes con Demencia Fronto Tempo*. Recuperado de <https://www.fleni.org.ar/especialidades/neurologia/neurologia-cognitiva-neuropsicologia-y-neuropsiquiatria/demencia-fronto-temporal-gbhi-programa-de-diagnostico-y-tratamiento-de-pacientes-con-demencia-fronto-tempo>
- **Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S.** (2005). *Territorios del Acompañamiento terapéutico*. Ed. Letra Viva.
- **Laforest, J.** (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Ed. Herder.
- **Martínez Fuentes, A. J., & Fernández Díaz, I. E.** (2008). Ancianos y salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi10408.pdf>
- **Moragas, R.** (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27(2), 57–59.
- **Motta, I., Risueño, A., & Colombo, E.** (2008). *Introducción a la Biopsicología. De la célula a la conducta*. Erre-Eme ediciones.

- **Oblitas, L.** (2006). *Psicología de la salud (2ª ed.)*. Plaza y Valdés.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004*.
- **Pulice, G., & Rossi, G.** (1997). *Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización*. Editorial Polemos.
- **Rivera, J. & Munafo, A.** (1993). Conocimientos gerontológicos necesarios para una adecuada asistencia psicogeriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28(2), 89–95.
- **Saliche, S. F.** (2017). *Introducción al Acompañamiento Terapéutico (5ª ed.)*. Letra Viva.
- **Salomon, R.** (1982). Social group work with the elderly. *En Proceeding: Social work clinic day 1982*. Centre for Geriatric Care, Toronto.
- **Weisz, E.** (2017, 22 de agosto). *Qué es el Alzheimer y cómo afecta al cerebro: Todo sobre esta enfermedad*. CogniFit. <https://blog.cognifit.com/es/que-es-el-alzheimer/>

Anexo.

Videografía.

@cintiaquintana9266.V#1ele

<https://youtube.com/shorts/hSsLmjjNWf4?feature=share>

@cintiaquintana9266.V#2ele

<https://youtube.com/shorts/G6ZYyFfTIRQ?feature=share>

@cintiaquintana9266.V#3ele

<https://youtube.com/shorts/0UEUleQcows?feature=share>

@cintiaquintana9266.V#4ele

<https://youtube.com/shorts/0UEUleQcows?si=Z4ICR23QnVnLYmVb>

@cintiaquintana9266.VIDEO#5

<https://youtube.com/shorts/w211zXqBshM?si=Yj1Jddc8nl10p-SK>