



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“Impacto de la Estimulación Cognitiva en las
Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores
con Deterioro Cognitivo leve y moderado”**

Tesis

**Que para obtener el Título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

P r e s e n t a:

Irma Noemi Martínez Cruz

Número de cuenta

09511785-6

M. C. E. Araceli Jiménez Mendoza

Directora de Tesis

México, D.F.

2012





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis Padres: Por brindarme un hogar lleno de amor, comprensión y apoyo. Por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles; por llorar y sufrir conmigo, pero enseñarme que no estamos diseñados para ser vencidos; sino para vencer. Por instruirme, por hacerme descubrir el valor de la familia y por darme la más grande herencia que un ser humano pueda disfrutar. Gracias por superar decepciones y renovar cada vez su confianza en mí. Comprendo que Dios me amó mucho al darme unos padres insuperables. Los amo.

A mis hermanos: Son la más grande bendición de mi vida. Merry: Mi amiga y protectora, cómo poder agradecer tanto... mi corazón está contigo. Kika: Nos basta una mirada que encierra el brillo intenso de la eternidad. Héctor: Mi hermano siempre deseado. Amigo, consejero, protector, divertido, amante de la rectitud, digno de toda confianza... eres el mejor. Faby: Mi "pequeña" lucha constante; pero siempre batalla ganada. Lo que más cuesta, se valora más. Gracias por ser mis manos y pies infinidad de veces. Las palabras no alcanzan a describir cuánto los amo y cuánto agradezco a Dios por regalármelos.

A mis Sobrinos: Dafne, Kina, Yohanán y Gadiel. Nada se compara con su cariño y afecto. Son la luz y alegría de mi alma. Han sido muchas veces mi motivo de seguir adelante y ser mejor; otras ocasiones han sido mi gran consuelo. Su tierno e ingenuo amor ha cambiado mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia: Abuelita; gracias por tu ternura, cariño y preocupación por mí. Tío Ciri; gracias por tu apoyo incondicional, por tener un corazón sensible y lleno de amor. Tía Carmen; gracias por sembrar la semilla para que este sueño se realizara, por enseñarme que es mejor dar que recibir. Los quiero. A todos mis primos, tíos y tías que se interesaron por mí; muchas gracias, lo valoro mucho.

A mis Compañeros y Amigos: Soy afortunada al contar con ustedes. Karla, Karen, Yuri, Daniela, Eduardo: Gracias por todo su apoyo. Segura estoy que sin ustedes no lo habría logrado. Elthon y Lupita: Sé que no hay forma de retribuir todo lo que han hecho por mí. Sólo puedo decir: GRACIAS. Siempre tendrán su lugar en mi corazón.

A mi Profesora: Araceli Jiménez Mendoza gracias por su apoyo, por compartir conmigo su conocimiento y experiencia, y por su interés en que esta investigación se lograra con éxito.

A Dios: Qué decirte que no conozcas ya, conoces profundamente mi corazón; sabes que te amo. Toda mi existencia la abarcas tú, has sido la constante en mi vida. Todo es por ti y para ti. Eres la roca firme donde he construído mis sueños. No encuentro otra forma de agradecerte que ofrendarte mi vida y mis logros: Haz de mí una enfermera que lleve tu amor y compasión a la gente, pues he comprendido que la mayor necesidad del ser humano... eres tú, y que el cuidado excelente que todo necesitado requiere, se logra a través de tu amor.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
4. OBJETIVOS	3
4.1 Objetivo General	3
4.2 Objetivos Específicos	4
5. MARCO TEÓRICO	4
5.1 Adulto Mayor	4
5.1.1 Características físicas	4
5.1.2 Características Psicológicas	11
5.1.3 Características Socio – Demográficas	13
5.1.4 Entorno Familiar	17
5.2 Demencia tipo Alzheimer	28
5.2.1 Definición de demencia.	28
5.2.2 Demencia tipo Alzheimer	32
5.2.3 Fisiopatología del Alzheimer	34
5.2.4 Inicio de la enfermedad	38
5.2.5 Evolución de la enfermedad de Alzheimer	41
5.3 Estimulación Cognitiva y Enfermería	43
5.3.1 Deterioro Cognitivo	43
5.3.2 Retrogénesis o Involución	46
5.3.3 Neuroplasticidad y Estimulación Cognitiva	47
5.3.4 Programas de Psicoestimulación	48
5.3.5 Enfermería	54
6. METODOLOGÍA	
6.1 Tipo y Diseño de estudio	58

6.2 Universo, Población y Muestra	59
6.3 Criterios	59
6.3.1 Inclusión	59
6.3.2 Exclusión	60
6.3.3 Eliminación	60
6.4 Periodo y Lugar	60
6.5 Técnica de Muestreo	60
6.6 Intervención	61
6.6.1 Descripción del programa	61
6.6.2 Instrumentos de recolección de datos	64
6.7 Aspectos Bioéticos	66
7. RESULTADOS	69
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	76
9. DISCUSIÓN	77
10. CONCLUSIÓN	79
REFERENCIAS	81
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	104
Anexo 1 Esquema de una sesión de Estimulación Cognitiva	104
Anexo 2 Mini Examen del Estado Mental	105
Anexo 3 Escala de Katz	108

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población de adultos Mayores se ha incrementado considerablemente, es de llamar la atención puesto que este grupo de personas, necesitan atención especializada en lo que supone su entorno, vida, sus relaciones interpersonales, familiares, etc. Es importante mencionar que en esta etapa de la vida, surgen los conocidos “achaques”, que son cambios normales por la edad y algunos por patologías ya de años de evolución, aunque muchos de los adultos mayores envejecen de una forma sana; una cantidad considerable, lo hace de manera patológica.

Una de las patologías más importantes es el Deterioro Cognitivo. Se vuelve bastante difícil identificar a tiempo los pequeños avances de esta patología, pues las personas consideran que son normales los “olvidos” en esta edad, sin embargo, son muestras de que algo está pasando en el adulto mayor y que necesita rápida atención y tratamiento oportuno para detener o limitar la evolución del deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es silencioso y generalmente evoluciona a demencia. La demencia tipo Alzheimer es la más común entre los adultos mayores, aunque no es de fácil diagnóstico; hay pruebas cognitivas que indican un daño cognitivo, aunque no precisamente la franca demencia. La enfermedad de Alzheimer se presenta en adultos mayores, aunque en las últimas décadas las personas con Alzheimer inician en una edad más temprana con síntomas. El primer síntoma de la demencia es la pérdida de memoria a corto plazo, después se pierden las conexiones neuronales y la persona comienza a olvidar los nombres de las cosas o para qué se usan dichos objetos. Finalmente el Alzheimer afecta de tal manera, que la persona queda “perdida”, sin saber quién es, qué es lo que está a su alrededor, no reconoce a su familia, y las funciones más simples y normales como comer, vestirse o hablar se vuelven imposibles.

En los últimos años, se han implementado tratamientos no farmacológicos que puedan intervenir en el progreso evolutivo de la enfermedad, tales como terapia

ocupacional, musicoterapia, reminiscencia, etc. Estos programas son implementados, generalmente en centros de día.

La enfermería como parte del equipo multidisciplinar de salud, debe tomar su lugar y participar en el apoyo asistencial, en cuidado en casa y también en investigaciones que promuevan una mejor calidad de vida para el adulto mayor y para el cuidador principal. El campo de las demencias es una puerta abierta a la profesión para mejorar el cuidado, desarrollar planes y proyectos que impacten en la situación actual de las demencias como el Alzheimer.

La presente Tesis es un proyecto de investigación que pretende identificar cómo impacta la estimulación cognitiva en los pacientes y en sus actividades de la vida diaria. La metodología del estudio incluye el tipo y diseño de estudio, universo, población y muestra. También se abordan criterios de inclusión, exclusión y eliminación, los instrumentos utilizados para la obtención y recolección de datos. Además, se describe el programa de intervención utilizado bajo los lineamientos bioéticos adecuados para el tipo de investigación.

Se presentan resultados y el análisis que de ellos se genera dando lugar a la discusión de los mismos con la respectiva conclusión.

Impacto de la Estimulación Cognitiva en las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo leve y moderado

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la problemática que supone el envejecimiento, ha llamado la atención de los medios de comunicación, de los sistemas de salud y de la comunidad misma, pues en nuestro país, la pirámide de la población tiene la tendencia a invertirse y la esperanza de vida va en aumento; uno de los aspectos realmente preocupante es la calidad de vida que puedan enfrentar los adultos mayores; puesto que, gran parte de la población no tiene un envejecimiento normal, sino patológico.

Dentro de las principales patologías que aquejan a los adultos mayores está el deterioro cognitivo manifestado en las demencias, de las cuales, la primordial es la demencia tipo Alzheimer; por todas estas razones, es de vital importancia que el personal de salud, incluida la enfermería, haga efectiva su participación en los asuntos de salud mental de los pacientes, que conlleven a una mejor calidad de vida.

Actualmente, se está dando importancia a todo tipo de tratamientos no farmacológicos que sean útiles para paliar el grave curso de la enfermedad.

Es en fases tempranas de la enfermedad de Alzheimer, cuando estas personas pueden todavía aprovechar los beneficios de la estimulación cognitiva debido a que en fases más avanzadas, el tipo de intervención necesaria es más asistencial con mayor o total supervisión en las actividades funcionales de la vida diaria.

En los enfermos de Alzheimer la capacidad cognitiva de la memoria es la que se altera primero, habiendo un deterioro progresivo de la misma, que afecta a la persona en todas las esferas y provoca una serie de cambios.

En resumen, es en fases tempranas de la enfermedad cuando se debe estimular a estos pacientes en el entrenamiento de sus capacidades cognitivas. Además, el

trastorno de la memoria y la alteración de otras funciones cognitivas, produce un cambio de la personalidad del individuo a partir de un grado previo de funcionalidad.

De esta manera, el Programa de Estimulación Cognitiva desde, pretende resultar eficaz para el mantenimiento de las capacidades residuales de los enfermos de Alzheimer en fase leve y moderada, insidiendo en las Actividades de la Vida Diaria de estas personas, proveyendo así, una mejor calidad de vida.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más habitual de demencia en los adultos. Aunque esta forma de demencia se expresa más frecuentemente a partir de los 80 años, puede presentarse en personas con edades comprendidas entre los 65 y 75 años y, excepcionalmente, en adultos jóvenes a partir de los 30 años. Se considera una demencia neurodegenerativa primaria, actualmente irreversible y progresiva, cuyo origen no es atribuible a una sola causa, sino que en ella concurren múltiples factores de riesgo que interactúan, activando una cascada de acontecimientos, aunque, sin lugar a dudas, el factor de riesgo por excelencia es la edad.

Su complejidad etiológica y los diferentes factores de riesgo que entran en juego hacen que sea una de las enfermedades más investigadas en la actualidad.

Clínicamente la EA se manifiesta con la presencia de síntomas imperceptibles, tan discretos que no se les presta atención, son de forma silenciosa y progresiva.

La “casi normalidad” de su existencia dificulta su detección al inicio, y por lo tanto, su diagnóstico precoz. La importancia del diagnóstico en esta fase es la constatación científica de su presencia, ya que si se interviene farmacológicamente en las fases iniciales, puede modificarse su curso o historia natural, lo que favorece en gran medida que la persona mantenga la autonomía durante el mayor tiempo posible y se demore la dependencia.

Las alteraciones cognitivas de la EA son consecuencia de anomalías en los circuitos neuronales del cerebro normal. Los circuitos de memoria son los más vulnerables en la patología de la EA y, por lo tanto, los primeros en estar afectados.

La pérdida de las capacidades intelectuales puede compensarse por la experiencia y los conocimientos adquiridos. Practicar y mantener éstos es necesario, porque motivan y reafirman la confianza y autoestima en contra del aislamiento, la soledad y la depresión. La actividad social e intelectual mejora de forma global el proyecto de vida favoreciendo un envejecimiento “exitoso”.

Las actividades cognitivas, metodológicamente administradas a los enfermos de EA, mejoran su capacidad intelectual, autonomía y bienestar si se aplican desde el inicio de la enfermedad en combinación con los tratamientos farmacológicos, siendo un valor añadido a su eficacia. Más tarde será más difícil integrar esta terapia y los resultados serán escasos.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Impacto de la Estimulación Cognitiva en las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo leve y moderado?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el impacto de la Estimulación Cognitiva en las Actividades de la Vida Diaria de los pacientes con Deterioro Cognitivo leve y moderado, en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una Esperanza de Vida”.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar la limitación de la evolución del deterioro cognitivo a través de la Estimulación Cognitiva.

Conservar las capacidades cognitivas y funcionales de los pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado a través de la Estimulación Cognitiva.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Adulto Mayor

5.1.1 Características físicas

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico – dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiforme y asincrónico, no sigue una ley única que lo explique, y su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales.

El envejecimiento es un proceso normal que se acompaña de la alteración progresiva de las respuestas adaptativas homeostáticas del organismo. Produce cambios observables en la estructura y la función corporales y aumenta la vulnerabilidad al estrés ambiental y a las enfermedades. (1)

A continuación se describirán algunos cambios que produce el envejecimiento en la estructura y la función de diversos órganos y sistemas. Comenzaremos con los cinco sentidos.

Vista: La visión es la consecuencia de la estimulación del sentido de la vista por patrones de luz externos. La vista humana está limitada por un campo de visión que excluye aproximadamente al 40% del entorno: las personas no pueden ver lo que está detrás al mismo tiempo que lo que está adelante. La luz penetra en el ojo

y atraviesa primero la córnea, la principal superficie refractaria del ojo, responsable de casi todo el poder de enfoque. La luz viaja a través de la cámara anterior, hasta la pupila. Esta regula la cantidad de luz que penetra en el ojo mediante los procesos de constricción y dilatación. Los rayos de luz procedentes del estímulo visual encuentran la lente del cristalino, por medio del proceso de acomodación el cristalino es capaz de cambiar de forma, alterando su capacidad de enfoque y aumentando el poder de representación de las imágenes del ojo y permitiendo así la visión de los objetos cercanos.

Cambios relacionados con la edad: Los cambios externos son la prueba del paso de los años y se deben a numerosas variaciones normales, por ejemplo, la pérdida de grasa orbitaria, la pérdida del tejido elástico y la disminución del tono muscular. La piel que rodea el ojo se oscurece y arruga. Algunos adultos mayores pierden la cara lateral de sus cejas, lo cual no es un signo claro de enfermedad, sino una consecuencia normal del envejecimiento.

En ocasiones aparecen xantomas (depósitos cutáneos de material lipídico) en la parte más interna del párpado, lo que puede indicar elevación de los niveles de lípidos sanguíneos. Estos cambios pueden dar lugar a otros trastornos, aunque no pone en peligro la visión.

La córnea tiende a aplanarse, lo que reduce su poder de refracción. También disminuye su sensibilidad. La esclerótica se vuelve más transparente y amarillenta debido a la deshidratación. La pupila se torna más pequeña. La retina de una persona mayor se adelgaza debido al menor número de células nerviales y solo recibe una tercera parte de la cantidad de luz. Este cambio obliga a un mayor nivel de iluminación para la lectura. La adaptación a la oscuridad es más lenta. También tienen dificultad para percibir los colores, en especial para diferenciar el azul del verde.

El cristalino de un ojo que envejece pierde su elasticidad y aumenta su densidad. Disminuye la capacidad para enfocar objetos cercanos, este frecuente trastorno, recibe el nombre de presbiopía. Debido a los cambios del cristalino el deslumbramiento se convierte en un problema de adaptación más grave.

La percepción profunda también se afecta por la mayor sensibilidad al deslumbramiento y la menor sensibilidad al contraste.

El cambio clínico más frecuente en la córnea es “el arco senil” en el que se forma un anillo amarillo grisáceo alrededor del iris. Habitualmente, comienza en la parte superior del ojo, hasta rodear todo el iris. Su origen es una invasión grasa del margen corneal, que hace más borrosa la separación entre la córnea y la esclerótica. El arco senil es frecuente en mayores de 65 años, no tiene consecuencias patológicas ni genera problemas visuales.

Un cambio acompañante relacionado con la edad que afecta a numerosos problemas oculares menores es la reducción de la secreción lagrimal. El lagrimeo, un sistema de protección natural del ojo, pierde parte de su capacidad para defenderlo frente a la contaminación del entorno.

Oído: El término presbiacusia es utilizado para describir la pérdida auditiva con el envejecimiento normal. La pérdida de audición incluye la disminución de la sensibilidad auditiva provocada por defectos cocleares periféricos. Una característica secundaria de la pérdida auditiva es un defecto de procesamiento auditivo central.

La presbiacusia sensorial suele comenzar en la edad madura y progresa lentamente caracterizándose por una pérdida de la capacidad para escuchar sonidos de alta frecuencia.

Olfato y Gusto: Esa sensación de conocimiento y de anticipación del gusto están negadas para los adultos mayores con disminución del sentido del olfato. El envejecimiento reduce por lo general el sentido del olfato, aunque no lo anula del todo, de tal forma que la asociación del olfato no les podría traer a la memoria recuerdos, por ejemplo, el olor del café caliente por la mañana trae una anticipación conciente del sabor del café caliente.

La bibliografía que trata de los cambios del gusto en relación con la edad no es tan clara como la que analiza el sentido del olfato. Hay factores psicológicos, sociales y culturales que se involucran en la percepción del sabor. Las investigaciones actuales sugieren que el adulto mayor tiene un umbral más elevado para sentir los

sabores agrios, amargos y salados y que el sabor de lo dulce no parece experimentar cambios relacionados con la edad. Por ello, en el caso de la ingesta de sal los adultos mayores necesitan mayor cantidad de sal que cuando eran más jóvenes para experimentar el mismo nivel de sabor salado.

Tacto: La importancia de tocar y ser tocado se establece en el ser humano desde la infancia. Sin una forma de contacto, un recién nacido es incapaz de sobrevivir, y lo mismo sucede en todas las etapas de la vida. El tacto permite el establecimiento de contacto físico entre las personas. La importancia que atribuyen los adultos mayores al contacto físico no siempre se puede asumir como positiva, y el tacto puede a veces provocar daño en vez de consuelo. En la percepción y la interpretación de contacto, no solo influyen propiedades físicas, sino también aspectos socioculturales y psicológicos. Las personas que viven y conviven con un adulto mayor deben respetar su necesidad de contacto y el nivel de contacto adecuado para el adulto mayor.

Aparato Respiratorio: Con el progreso de la edad las vías aéreas y los tejidos del tracto respiratorio, como los alveolos, se vuelven menos elásticos y más rígidos; la pared del tórax también se torna más rígida. El resultado es una disminución de la capacidad pulmonar. En efecto, la capacidad vital (la cantidad máxima de aire que puede ser espirada después de una inspiración máxima) puede disminuir hasta un 35% a la edad de 70 años. Se produce una disminución de la concentración sanguínea de oxígeno de la actividad de los macrófagos alveolares y de la actividad ciliar del revestimiento epitelial de tracto respiratorio. Como consecuencia de todos estos factores relacionados con la edad, las personas mayores son más susceptibles a la neumonía, la bronquitis, el enfisema y otras afecciones pulmonares. Los cambios que la edad ocasiona en la estructura y las funciones del pulmón pueden contribuir también a la reducción de la capacidad de practicar ejercicio intenso, como correr. (2)

Aparato Digestivo: Entre los cambios del aparato digestivo asociados con el envejecimiento se hallan la disminución de los mecanismos de secreción y de la

motilidad de los órganos digestivos, la pérdida de la fuerza y del tono del tejido muscular y de las estructuras que soporta, cambios en la retroalimentación neurosensitiva en lo que atañe a las enzimas y la secreción hormonal, y disminución de la respuesta al dolor y a las sensaciones internas. En la porción superior del tracto gastrointestinal, los cambios comunes consisten en la reducción a la sensibilidad de las irritaciones y úlceras bucales, la pérdida del gusto, enfermedad periodóntica, trastornos de la deglución, hernia hiatal, gastritis y úlcera péptica. El intestino delgado puede ser asiento de úlceras duodenales, malabsorción y trastornos digestivos. Con la edad aumenta la incidencia de apendicitis, enfermedades de la vesícula biliar, ictericia, cirrosis y pancreatitis aguda. También pueden afectar el intestino grueso, como estreñimiento, hemorroides y enfermedad diverticular. Los cánceres de colon y recto son bastante comunes.

Aparato Urinario: Con el envejecimiento los riñones disminuyen de tamaño, el flujo sanguíneo se reduce, y se filtra menor cantidad de sangre. Estos cambios en el tamaño y la función renales que se observan parecen relacionarse con una merma progresiva del flujo sanguíneo hacia los riñones; por ejemplo, los vasos sanguíneos como los del glomérulo se dañan o decrecen en número. El peso de los dos riñones disminuye de un promedio de 300g en la segunda década de la vida a menos de 200g a los 80 años, es decir, alrededor de la tercera parte. De la misma manera, el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular declinan al 50% entre los 40 y los 70 años. A los 80 años de edad, cerca del 40% de los glomérulos no son funcionales y la filtración, la reabsorción y la secreción se reducen. Las enfermedades renales más frecuentes con el avance de la edad son las inflamaciones renales crónicas y los cálculos renales. Como la sensación de sed disminuye en los ancianos, éstos son más susceptibles a la deshidratación. Los cambios en la vejiga urinaria con el envejecimiento son la reducción de tamaño y la capacidad, y el debilitamiento de los músculos. Las infecciones urinarias son más comunes en las personas de edad, así como la poliuria y la nocturia.

Sistema Endócrino: A pesar de que algunas glándulas endócrinas se reducen de tamaño a medida que envejecemos, su función puede estar comprometida o no. La producción de hormona del crecimiento humano disminuye, lo cual es una causa de atrofia muscular a medida que el envejecimiento progresa. La glándula tiroides a menudo disminuye la secreción de hormonas tiroideas con la edad, provocando un aumento en la grasa corporal e hipotiroidismo, que es visto con más frecuencia en los ancianos.

Sistema Inmunitario: El adulto mayor tiene disminuido el sistema de defensa inmunitario para luchar contra las infecciones, su respuesta a las vacunas disminuye y tiende a producir más anticuerpos, lo que su riesgo de padecer neumonías y gripe es mayor, en tanto que su oportunidad de recuperación es menor debido a la producción insuficiente de anticuerpos. Por tanto, estas personas pierden el “margen de reserva” que permite al organismo luchar contra los factores estresantes. Si existen varios procesos patológicos esta pérdida de reserva desempeña un papel significativo. Por eso, a los adultos mayores se les recomienda la aplicación anual de la vacuna contra la influenza.

Sistema Nervioso: Desde la edad adulta temprana la masa encefálica comienza a decrecer. Cuando una persona llega a los 80 años, la masa encefálica pesa 7% menos de lo que pesaba cuando era un adulto joven. Aunque el número de las células cerebrales (neuronas) no experimenta un descenso significativo, el número de conexiones entre neuronas (sinapsis) disminuye. Junto con la disminución de la masa encefálica, hay una disminución de la capacidad para generar impulsos nerviosos, como resultado, el procesamiento de la información disminuye, los movimientos motores se vuelven más lentos y los reflejos también.

Sistema Tegumentario: Los efectos del envejecimiento de la piel no se manifiestan hasta pasados los 40 años de edad. La mayoría de los cambios relacionados con la edad se producen en una capa llamada “dermis”; el colágeno disminuye, se pierde elasticidad; como resultado, se forman en la piel las características grietas y surcos conocidos como arrugas.

La reducción del tamaño de las glándulas sebáceas lleva a una piel seca y quebradiza, más susceptible a las infecciones. La producción de sudor disminuye, lo cual probablemente contribuye a que sufran más calor. Hay una disminución de melanocitos, que da como resultado el color gris del pelo y la falta de pigmentación en la piel. El incremento de tamaño de algunos melanocitos produce manchas pigmentadas conocidas como “manchas seniles”.

El crecimiento de vello y uñas disminuye durante la segunda y tercer década de la vida. Las uñas también pueden volverse más quebradizas con la edad, en general por deshidratación o el uso repetido de removedor de cutícula o de esmaltes.

Tejido Muscular: Con el envejecimiento, los seres humanos sufren una lenta y progresiva pérdida de masa muscular esquelética, en parte esta disminución se debe a los menores niveles de actividad física. Junto con la pérdida de masa muscular, hay una disminución de la máxima fuerza alcanzable, de los reflejos y de la flexibilidad. La fuerza muscular a los 85 años es alrededor de la mitad de la presente a los 25 años.

Tejido Óseo: Entre el nacimiento y la adolescencia se produce mayor cantidad de hueso de la que se pierde en el proceso de remodelación ósea. A medida que disminuye el nivel de hormonas sexuales durante la edad media de la vida, especialmente en mujeres posmenopáusicas, se reduce la masa ósea. Como los huesos de la mujer suelen ser más pequeños y de menor volumen que los del varón, la pérdida de masa ósea en la vejez afecta mucho más a la población de sexo femenino. Estos factores contribuyen a la mayor incidencia de osteoporosis en las mujeres.

Hay dos efectos principales del envejecimiento en el tejido óseo: la pérdida de masa y la fragilidad. La pérdida de masa es el resultado de la desmineralización, la pérdida de calcio y otros minerales; comienza habitualmente después de los 30 años en las mujeres, se acelera mucho cerca de los 45 años (a medida que disminuyen los niveles de estrógenos) y continúa hasta llegar a una pérdida de 3% cada 10 años.

El segundo efecto principal es la fragilidad; la pérdida de la fuerza tensil de los huesos los deja frágiles y con susceptibilidad a fracturas, la pérdida de masa ósea también lleva a deformidades, dolor, disminución de la estatura y pérdida de piezas dentales.

5.1.2 Características Psicológicas

La adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento. (3)

A nivel psicológico la persona en esta etapa de desarrollo atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida. (4)

A través de la vida en el desarrollo de la personalidad de todo individuo, surgen una serie de cambios que proporcionarán características especiales en el funcionamiento psíquico de cada una de las etapas que pasará. El adulto mayor, que presenta rasgos específicos de acuerdo a ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, necesita y debe ser comprendido. Esto, nos permite observar que, resulta imposible intentar comprender los aspectos psicológicos del adulto mayor, si lo hacemos tomando a la persona aislada de su contexto social, con el que existe una constante interacción.

La llamada “tercera edad” es una fase de la vida de la que a menudo se piensa que una persona que se halla en esta etapa está destinada solamente a descansar no ha interactuar con su contexto social, o a participar en el sector laboral, por lo que muchas de estas personas se conciben como rechazadas o inútiles, incluso en el ámbito familiar suele describirse a estas personas como insuficientes y dependientes, dando como resultado una baja autoestima en ellos.(5)

En realidad, las causas que motivarían el modo de sentir y el modo de ser del adulto mayor estarían fundamentalmente determinadas por las nuevas

condiciones de vida que, inevitablemente influyen para la presencia de alteración de las capacidades, déficit de las actitudes, la confrontación de los hábitos y las experiencias; adaptándose al establecer automáticamente un nuevo modo de sentir y actuar, una nueva personalidad que les permita adecuarse a estas situaciones, evitando de alguna forma las frustraciones que la relación con el medio ambiente y el declinar de su propio organismo crearía.

Según la Teoría de Erikson todos los seres humanos en las diversas etapas del ciclo vital atravesamos por una serie de crisis que permiten o no superar los cambios que se presenten en cada una de ellas, pero específicamente en la adultez mayor la crisis se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida, en donde por un lado, puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad, desarrollando lo que denomina el autor "sabiduría", que le permite tener una mayor aceptación de su vida y muerte. En el caso contrario el adulto mayor puede desarrollar la "desesperanza" en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual le dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo. (6)

La llegada a la adultez mayor pone a la persona ante un sinnúmero de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, su estabilidad emocional, y trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca.

Otro aspecto digno de mención, corresponde al de la higiene mental, la cual debe acompañar al individuo a lo largo de su vida, como una serie de hábitos cuyo objetivo es mantener su equilibrio psíquico. Por lo tanto, el modo de prevenir la aparición de trastornos psicológicos importantes en el adulto mayor es la existencia de una buena salud mental, aparente y real.

"El proceso de adaptación a la vejez dependerá de la persona y del medio en el cual se desenvuelve, en el que vive". Esto significa que para poder superar la

crisis que provoca esta nueva etapa de la vida de todo ser humano, éste debe prepararse anímica, emocional y físicamente”.

5.1.3 Características Socio – Demográficas

El envejecimiento poblacional ha originado cambios no sólo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, sino que también ha afectado las distintas áreas del adulto mayor (familia, economía, salud, sociedad).

A nivel social algunos de los hechos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión social, la falta de actividades físico – recreativas y la disminución de la interacción social.

Frecuentemente los adultos mayores son caracterizados socialmente en base a su edad, determinándola así como uno de los parámetros más distintivos. Esto genera una actitud desfavorable hacia ellos que se manifiesta en actitudes de discriminación y estereotipos negativos preconcebidos sobre las personas mayores, solamente por su edad. (7)

Durante los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias; lo que dio como resultado que en México se redujeran los niveles de mortalidad y también se creara una ganancia en la expectativa de vida, sobre todo en niños y adultos mayores. (8)

A nivel mundial, la población de adulto mayor ha aumentado significativamente, debido, principalmente, al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad. En América Latina y el Caribe el promedio de vida del 2005 era de 72.4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14.24%. (9)

Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 41 millones existentes en América Latina y el Caribe, y entre 2020 y 2025 ese

incremento será de 86 millones de personas. Entre los años 2020 y 2025 la tasa de crecimiento será de 3.5%, o sea, que el cambio se producirá tres veces más rápidamente que en la población total. (10)

El aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en los países América Latina y el Caribe. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de un 6,5% a un 8,3%. Para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15,1%, lo que sin duda hará que este grupo adquiera una mayor notoriedad al interior de la población. Ya para 2050 las personas de edad representarán aproximadamente el 25,5% de la población, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más. (11)

América Latina y el Caribe (países seleccionados): población de 60 años y más, 1975-2050
(En porcentajes)

Países	1975	2000	2025	2050
Argentina	11.4	13.5	17.1	24.8
Bolivia	5.5	6.5	9.5	17.5
Brasil	6.0	8.1	16.6	29.4
Chile	7.8	10.2	20.1	28.2
Cuba	9.8	14.3	26.1	37.1
Nicaragua	4.4	5.3	9.8	19.6
México	5.5	7.5	15.1	27.4
Paraguay	5.6	6.5	10.8	18.3
Uruguay	14.1	17.3	21.2	26.4
Barbados	13.8	12.6	26.7	36.4
Jamaica	8.4	9.9	14.5	22.5
América Latina y el Caribe	6.5	8.3	15.1	25.5

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

La proporción de población de 60 años aumentará desde un 8.1% en el año 2000 a 14.1% en 2025 y a 22.6% en 2050. Este porcentaje será más alto en hombres que en mujeres, en especial en el área urbana, pues para el 2025, el 15.4% de las mujeres de la región tendrán 60 años o más, contra 12.6% de los hombres, y la diferencia en el área urbana de 15.8% contra 12.5% será mayor que el área rural (13.6% contra 12.9%) (12)

En América Latina y el Caribe hay actualmente 121,7 mujeres de 60 años y más cada 100 hombres de la misma edad. Entre las personas mayores hay un predominio femenino, que es más acentuado en los países con una esperanza de vida superior a los 60 años. Además, se ensancha la brecha de sobrevivencia entre mujeres y hombres a medida que la población envejece. En las personas mayores de 75 años de la región el índice de feminidad es de 142 mujeres cada 100 hombres. En las próximas décadas estas cifras continuarán en alza. (13)

Al igual que sucede con la población total, las personas de 60 años y más residen mayoritariamente en áreas urbanas. Según las estimaciones de población del año 2000, el 77% de las personas de edad se ubicaban en áreas urbanas. En las próximas décadas este porcentaje continuará aumentando y a mediados de este siglo sobrepasará el 85%, sin embargo, aunque la mayoría de los adultos mayores reside en áreas urbanas, las zonas rurales están más envejecidas. Este envejecimiento prematuro del campo se debe principalmente al efecto de la migración interna, en particular la corriente migratoria del campo a la ciudad. (14) Conforme avanza la edad de los adultos mayores es más frecuente que formen un hogar unipersonal; después de los 70 años de edad, más de 10% de la población vive sola. (15)

En América Latina y el Caribe, uno de cada cuatro hogares incluye a una persona mayor. En diez de los 14 países analizados es más frecuente encontrar hogares con al menos una persona de edad en las áreas rurales que en las urbanas. En América Latina y el Caribe, la proporción de personas mayores que viven solas no es tan elevada como en otras regiones del mundo, y en la mayoría de los países

no supera el 17%. Sin embargo, la comparación de las tendencias observadas para las rondas de censos de 1990 y 2000 advierte acerca de un importante incremento en el porcentaje de personas mayores que viven solas.(16)

Se observa que en sólo ocho de cada diez viviendas donde residen los hogares unipersonales conformados por adultos de 60 años o más se dispone de agua potable conectada a la vivienda; siete de cada diez dispone de drenaje; 82.6% dispone de excusado y 90.8% cuenta con electricidad. (17)

La situación particular de México abarca tres puntos importantes por los cuales se ha ido invirtiendo la pirámide de población: El primero es el desarrollo tecnológico y los avances científicos en la medicina, aunado al sistema mejorado de apoyo a la salud.

El descenso de la fecundidad ha sido otro de los principales motivos de la reducción del crecimiento de la población de nuestro país. Entre 1970 y 1990 la tasa global de fecundidad se redujo a la mitad (promedio de 6.8 hijos por mujer a 3.4). En el año 1999, se estima que la fecundidad es de alrededor de 2.9 hijos por mujer. Esta caída de la fecundidad trajo consigo un estrechamiento gradual de la base de la pirámide de población. (18)

Otro de los motivos importantes que han producido este cambio en el envejecimiento poblacional es la migración, con una mayor afectación en el área rural, pues enormes cantidades de personas se desplazan de sus comunidades en busca de actividades económicas más rentables y con mayores remuneraciones a la mano de obra; esto provoca la pérdida de población en edad productiva, combinada con la disminución de la fecundidad y mortalidad, propicia que en zonas con menos de 2 500 habitantes existan, por cada 100 habitantes en edades productivas, 16 adultos de 60 años o más, en contraste con las comunidades de 100 mil habitantes; la proporción es de 11 por cada 100. (19)

En 1970, en México, el grupo de adultos mayores contaba con 2.7 millones de individuos, para el año 2000 aumentó a casi 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso. Según las

previsiones del Consejo Nacional de Población se espera que para el año 2025 la proporción de personas de 60 años o más sea cerca de 15% y para el 2050 de alrededor de 28%. (20)

Para el año 2005, en México habitaban 97.5 millones de personas, de las cuales 3.3 millones eran adultos mayores hombres y 3.7 millones eran mujeres adultas mayores. (21)

En los años 1930 y 2000, en México, la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años. (22)

En México, las mujeres mayores viven en promedio 1.9 años más que los hombres. Esta generalizada ganancia en años de vida de las mujeres no siempre está asociada a su calidad. Los cálculos de la Organización Mundial de la Salud sobre 31 países de América Latina y el Caribe advierten que en 2010 los hombres vivían en promedio más años libres de discapacidad que las mujeres, quienes tenían una esperanza de vida carente de buena salud de 10 años, mientras que en ellos era de ocho. (23)

5.1.4Entorno Familiar

La mayor esperanza de vida, el acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria, el retraso en la entrada al mundo laboral de los jóvenes, la reducción del tamaño familiar, las mejoras en las comunicaciones y el consiguiente desplazamiento del centro de gravedad demográfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, las sucesivas crisis económicas, etc., han sido algunos de los responsables del cambio demográfico contribuyendo a la inversión de la pirámide poblacional. (24)

La población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que presentó en cualquier otra etapa. Las diferencias principales residen en la

situación económica, el marco social y familiar, la salud, la historia personal y profesional de cada individuo, su relación pasada y presente con la educación y la cultura. (25)

La relación entre el anciano y su familia, así como el rol de uno y otra en la sociedad han evolucionado en los últimos años. De igual forma el concepto de anciano o las estructuras familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable.

El envejecimiento o proceso normal relacionado con el paso del tiempo se inicia con el nacimiento y continuará a lo largo de la vida. (26, 27)

Es el resultado de la interrelación muy compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. Y puede ser visto desde dos enfoques: uno biológico y uno social.

Ya hablamos en capítulos anteriores del envejecimiento biológico, pero la concepción de la vejez en la sociedad es muy diferente, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. (28)

Los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, pero son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el anciano se mantenga activo y autovalente. (29)

Al no existir una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos (rol del anciano) les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de este rol conlleva la dificultad para saber en qué concentrar sus fuerzas y en qué volcarse de modo de actualizar y desarrollar las propias potencialidades.

Esto implica para la sociedad la necesidad de realizar arreglos que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un

envejecimiento exitoso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades.

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia.

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Numerosos estudios han descrito la importancia de las relaciones familiares en la salud de los individuos y en particular de los ancianos. (30, 31)

La familia como unidad social media entre el individuo y la comunidad convirtiéndose en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. (32, 33)

Las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia. (34)

La OMS expresa que si los ancianos o pacientes en muchos países representan una carga creciente para los hospitales y los servicios de asistencia social, es consecuencia, en gran parte, de un relajamiento de los vínculos de afecto familiar. (35)

La forma y el significado de las relaciones familiares varían de una sociedad a otra, de acuerdo a los antecedentes culturales, sociales y económicos, pero siguen siendo esenciales para el mantenimiento de la asistencia, la comunicación y la prestación de servicios en diferentes generaciones. Estos intercambios funcionan en ambos sentidos: el contacto personal entre los hijos y sus mayores son para unos y otros un medio de realización individual de educación y actividad creadora. (36) El respeto mutuo entre las generaciones, necesario para reafirmar la solidaridad familiar, se basa en los valores morales y filosóficos de las sociedades y las culturas del mundo.(37)

Las relaciones interfamiliares están determinadas por múltiples factores: unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia y el bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Entre el adulto mayor y su familia se establece casi siempre una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana que le permite seguir sintiéndose útil. (38)

La concepción de la familia va mas allá de la definición tradicional en la que solo se la considera como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, para trasladarla a un plano social donde, tanto en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos.

La familia es el grupo natural del ser humano, es único y particular (39) es un conglomerado social y existe universalmente, abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad; en la familia se cumplen las principales funciones de socialización, en donde el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red Intergeneracional. (40) Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos.

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, necesita de su familia. De ahí la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor y el papel que juega el anciano como parte integrante de ella. (41) La familia transmite conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el adulto mayor juega un papel fundamental como el abuelo.

También la familia provee seguridad, protección y apoyo a sus integrantes. Y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional.

No existe un único tipo de familia, existen tres dimensiones fundamentales:

- a) El parentesco, que involucra los vínculos consanguíneos entre los miembros
- b) La convivencia, es la unión de miembros de la familia en un hogar común
- c) La solidaridad, son las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo (42)

De estos tres ejes, se han establecido los diferentes tipos de familia:

- ❖ Elemental (familia nuclear): formada por la pareja y los hijos. Esta puede ser nuclear sola o con agregado (habitualmente un abuelo) y completa o incompleta (con un solo padre/madre).
- ❖ Familia extensa: varias generaciones de la misma familia conviven en el mismo domicilio.
- ❖ Otros tipos: personas solteras o sin familia, equivalentes familiares, etc.

Al igual que ha cambiado la idea del anciano, también ha cambiado la estructura de la familia durante los últimos siglos. La sociedad industrial ha impulsado el cambio de las formas de vida. Antes habitualmente se vivía en la zona rural y la principal fuente de ingresos era la que provenía del campo, o de oficios que se trabajaban en familia y que se enseñaban de padres a hijos, había una unidad de trabajo familiar siendo más frecuentes las familias extensas en las que varias generaciones habitaban un mismo hogar. En la actualidad la población vive en la ciudad y en lo que se llama una familia nuclear (compuesta por los padres y los hijos).

El desarrollo social y la llamada modernidad, han traído nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares y al mismo tiempo se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a escala mundial, que han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia. Problemas como el desempleo, la pobreza, la guerra, el crimen, las

variadas formas de violencia, las adicciones, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades, conforman el dramático panorama de la familia en la actualidad. (43) Así también las funciones de la familia, aunque permanecen, están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa. Las correspondientes a la etapa de los hijos pequeños son diferentes a las que se ejercen con los hijos adultos o en el hogar de adultos mayores. En la literatura se describen tres funciones: biosocial, económica y educativo-cultural, aunque otros incluyen la afectiva. Las funciones psicosociales de la familia son las siguientes:

- ❖ Reproducción
- ❖ Cubrir las necesidades de subsistencia y convivencia a través del mantenimiento económico y material de sus miembros
- ❖ Formación y desarrollo de la personalidad individual.
- ❖ Transmisión de experiencia histórico-social y de los valores de la cultura.
- ❖ Compartir los deberes y derechos de la familia.
- ❖ Educar a los hijos en los valores de la sociedad; como el amor a la familia, al estudio, a la patria y sus símbolos, y al trabajo; en las normas de convivencia; administración y cuidado de los bienes; la moral y el respeto.
- ❖ Brindar afecto de diferente manera entre sus integrantes, que incluya aprecio, respeto y valoración (44, 45)

El proceso de envejecimiento depende, en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital. Durante esta etapa los sentimientos predominantes son la decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así como el de soledad especialmente cuando muere el cónyuge.

Independientemente de la familia y su evolución, el adulto mayor se enfrenta a nuevas situaciones y roles:

- ❖ Ser padres de hijos adultos.
- ❖ Ser abuelo(a).
- ❖ Eventualmente ser viudo(a).
- ❖ Ser suegro(a)
- ❖ Principales funciones de ser abuelos:

- ❖ La función gratificadora que surge de una relación afectiva con el nieto.
- ❖ El abuelo se perpetúa en el nieto.
- ❖ Reparación de relaciones anteriores con los hijos.
- ❖ Trasmisión de valores y cultura familiar.
- ❖ Ser imagen de identificación para los nietos.
- ❖ Recuperación del patrimonio consanguíneo y perpetuación de la descendencia (46)

La familia con ancianos es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. La figura del abuelo como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma, de la abuelidad, dando un aire de nostalgia a su falta. El valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vida.

Curiosamente la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al anciano amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

Relación de ayuda:

La desaparición de la familia extensa tradicional ha dado paso a un equivalente, la familia extensa modificada, que viene a confirmar la fuerza de la necesidad que tienen entre sí las tres generaciones (o más dada la longevidad que se alcanza actualmente) que la constituyen y puede verse incrementada. La ayuda y la cooperación entre las generaciones se basa en dos mecanismos: La coresidencia (por ejemplo, vivir en el mismo techo) y las transferencias informales de dinero,

bienes y servicios de miembros no corresidentes, en particular de hijos adultos. (47) Ambos mecanismos suponen que además de la familia nuclear, los sistemas de parentesco extendido y las redes sociales constituyen la base de un sistema cotidiano de apoyo y recursos compartidos entre los adultos mayores y sus hijos. (48)

La familia sigue siendo el principal soporte social del anciano. Habitualmente el cuidador más inmediato suele ser el cónyuge y en un segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares o personas allegadas, ello es tan válido para el anciano que precisa una atención como para el hijo-hija que se pueden beneficiar de que los abuelos cuiden a los nietos.

Estas relaciones sociales juegan un papel primordial en el anciano y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima. La asunción de tareas en la familia va a disminuir también el sentimiento de inutilidad. Por otra parte el hecho de compartir situaciones estresantes hace que estas se relativicen.

Un problema que se puede plantear en esta época con la familia es la toma de decisiones ocurriendo en ocasiones que se le impide al anciano tomar decisiones que tienen que ver su patrimonio, con su salud o con su futuro. Los hijos pueden tener la impresión de que el abuelo no está capacitado para tomar sus decisiones y entre todos le excluyen de ellas dándole las decisiones ya tomadas. Esta toma de decisiones puede ser traumática también para la familia ocasionando problemas importantes entre los hermanos.

Conforme una población envejece, las relaciones familiares y la composición de los hogares se diversifican y se vuelven más complejas. (49)

La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones,

probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad. (50)

En la mayoría de los casos los cuidados al anciano provienen de la familia, aunque cada día aumenta la importancia del apoyo formal, en lo relativo al apoyo material el apoyo psicoafectivo o emocional sigue desempeñándolo la familia. No obstante se pueden prever algunas modificaciones debido al aumento de la esperanza de vida (cada vez los ancianos viven más años, y además lo que ha aumentado son los años de dependencia), la disminución de la natalidad (cada vez hay menos cuidadores), y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo. ¿Quién cuidará al anciano? En términos generales, las opciones de residencia para los adultos mayores son: vivir solos si no tienen pareja, con su cónyuge si están casados o unidos, con hijos adultos o con otros parientes, si bien en América Latina y el Caribe la tendencia es de coresidencia multigeneracional. (51)

Esta tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivaciones individuales entre las que se pueden apuntar: el sentimiento de corresponder de forma recíproca, la creencia de que los cuidados que se ofrecen en la familia son los mejores y también el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales, y cumplir con sus deberes.

En este intercambio de "servicios" cuando el anciano/a pasa a convivir con sus hijos/as la calidad y cantidad de "prestaciones" no es la misma para el varón que para la mujer. El primero puede verse más como una carga, aunque su nivel económico sea superior, mientras que en la anciana (habitualmente perceptora de

bajas pensiones de viudedad o no contributivas) puede verse un ayuda en las tareas domesticas, crianza de los niños, etc.

Tradicionalmente la familia como proveedora de bienestar era especialmente importante en el mantenimiento de la renta de las personas mayores, aspecto que en la actualidad parece invertirse. La crisis económica y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo provocan un incremento de hogares cuyo sustentador principal ronda la edad de la jubilación.

Cuando el anciano se traslada a vivir al domicilio de su hijo/a aporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar (enfermedad, pérdida,...) a los de la familia de hijo/a que lo acoge, que a su vez puede estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, salido de los hijos del hogar...) o individuales (paro, jubilación, menopausia, ancianidad, pérdidas...) (52)

Cuando la familia incorpora un nuevo miembro este debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones modificar alguna de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas lo cual puede crear estrés en el anciano, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del anciano y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el anciano, como para la familia que lo acoge; Independientemente de que esta incorporación puede ser o no voluntaria, y aún siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelvan esta situación dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y quizás en enfermedad.

Una incorporación no solo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer nuevos subsistemas: alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y padre o madre, perturbando el sistema parental.

Tenemos que pensar que el anciano no solo se incorpora a una nueva familia (aunque sea la suya), sino que para ello ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su pueblo, trasladándose a una ciudad, desconocida en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas. La pérdida de estatus de los adultos mayores cuando los hijos administran los recursos económicos, así como conflictos asociados a la toma de decisiones, representan otro tipo de costos asociados a la coresidencia que los padres con recursos suficientes tienden a evitar. (53)

Cuando este cuidado se da a una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia se pueden presentar problemas adicionales como dificultades en la vivienda, pequeñas en la actualidad, (y el abuelo generalmente llega a un hogar con hijos adolescentes o jóvenes con necesidad de "su" espacio), y no están adaptadas a las necesidades de un anciano dependiente (camas, baños, puertas, etc.); cambios en los hábitos de vida, inseguridades en el cuidado, alteraciones en la comunicación entre los miembros de la familia, agotamiento, autculpabilización en los cuidadores, cambio en los roles familiares, responsabilidades, desigualdades en la atención, reducción de los contactos sociales de los cuidadores. Conforme a esta perspectiva, entre los adultos mayores de bajos ingresos el compartir el techo con otros parientes obedece más a una necesidad, consecuencia de sus recursos financieros limitados, que a su preferencia por vivir en hogares extendidos. (54) Independientemente de su estado conyugal y del tamaño del lugar de residencia. Cuando el anciano requiere muchos cuidados su atención llega a convertirse en el elemento central de la vida del cuidador (habitualmente cuidadora) y lo supedita al resto de sus facetas personales.

En ocasiones el anciano no se traslada al domicilio de un hijo sino a todos los domicilios de forma rotatoria. Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos motivos, siendo en ocasiones inevitable. Esto puede dificultar la adaptación tanto del anciano como de sus familiares ocasionando un estrés continuo, por el continuo cambio, que en ocasiones puede agravar una demencia ya existente. El

abuelo tiene que adaptarse a una nueva casa, a un nuevo barrio, a un nuevo centro de salud y en ocasiones a una nueva ciudad, que le va a impedir o dificultar el crear una red social más amplia que la de la familia.

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices. (55)

5.2 Demencia tipo Alzheimer

5.2.1 Definición de Demencia

El diccionario básico de la lengua española define la demencia como locura y a la locura como una alienación de la razón. Cualquier enfermedad mental considerada con independencia de su causa (conocida o desconocida) o de sus efectos (delirio, excitación o abatimiento, perversión, etc). (56) La palabra demencia, etimológicamente deriva del latín demens (de: fuera, mens: espíritu, mente), es decir, algo que está más allá de la mente o algo que está fuera de la razón.

La demencia no es un tema nuevo ni poco estudiado, desde hace ya muchos años los científicos dieron sus primeras definiciones, Esquirol, diferenció la idiocia de la demencia, considerando a ésta como un trastorno general de la actividad intelectual no congénita sino adquirida (57)

"Demencia es una afección ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por un debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad, con incoherencia de ideas, defecto de la espontaneidad intelectual y moral y tales son los signos de esta afección. El hombre que está en la demencia ha perdido la facultad de percibir espontáneamente los objetos, captar sus relaciones, comparar, preservar el recuerdo por completo, de lo que resulta la imposibilidad de razonar con éxito."

Bajo los primeros intentos de lograr una definición de demencia, se incluyen los trastornos afectivos y conductuales y no solamente el aspecto cognitivo.

A principios del siglo XX, ya se definía la demencia como un estado de deterioro intelectual crónico debido a lesiones específicas cerebrales, también se logró la diferenciación de algunas demencias, además de la detección de las edades de inicio de procesos demenciales.

En 1963 Weitbrecht propone llamar pseudodemencias a los estados demenciales reversibles, diferenciándolos clínicamente irreversibles de los clínicamente reversibles; a su vez, al cuestionar el término demencia, sugiere sustituirlo por el de defekt (defecto). (58)

A principio de los ochentas McKlan, dice que "La demencia es el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo del funcionamiento del paciente, determinado por la historia de declive y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante tests neuropsicológicos."

Para la OMS la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores y entre ellas: la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El déficit cognoscitivo se acompaña generalmente, y a veces es precedido de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. (59)

En los últimos años, se define demencia como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica que provoca un deterioro persistente de las funciones mentales superiores, que conlleva a una incapacidad funcional, tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones de conciencia.

En esencia, actualmente la demencia se asocia conceptualmente con un complejo sindrómico, de etiología multifactorial y con una amplia constelación de síntomas y signos.

Según su etiología, las demencias pueden dividirse en dos grandes grupos: 1. Las demencias cerebrales o primarias y 2. Las demencias sistémicas o secundarias.

1. Las demencias cerebrales o primarias son degenerativas, presentando procesos atrofiantes del encéfalo: disminución del tamaño y destrucción de las células nerviosas. Son demencias degenerativas las enfermedades de Pick, Alzheimer, Huntington, Parkinson, Fahr, Wilson, la parálisis supranuclear, la leucodistrofia metacromática, la esclerosis múltiple.

2. Las demencias secundarias o sistémicas se dividen, según su etiología, en: vasculares, tóxicas, avitaminósicas, medicamentosas, traumáticas, tumorales, infecciosas, epilépticas, por hidrocefalias normotensivas, por enfermedades generales o por endocrinopatías.

Tabla 1. Clasificación etiológica de las demencias

Demencia: diagnóstico etiológico	
1. Degenerativas	Enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad de Pick (atrofia lobar) y demencia frontotemporal. Otras: corea de Huntington, hidrocefalia normotensa (PC) enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva, esclerosis múltiple, enfermedad de Schilder, epilepsia mioclónica progresiva, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Wilson.
2. Vasculares	Demencia multiinfarto, por infarto único, encefalopatía subcortical de Binswanger, estado lacunar, CADASIL, hipoxia-isquemia, Vasculitis (PC) angeitis primaria del SNC, lupus eritematoso, periarteritis nudosa, otras.
3. Tumorales (PC)	Tumores frontales o temporales, meningiomas y los síndromes paraneoplásicos.
4. Traumáticas	Localizada: hematoma subdural crónico (PC). Difusa: encefalopatía traumática crónica progresiva (<i>punch drunk syndrome</i>). Sífilis: parálisis general progresiva (PC). Virus lentos: panencefalitis esclerosante subaguda.
5. Infecciosas	Panencefalopatía multifocal progresiva. Prion: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Virus HTLV-III: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Meningitis por <i>Cryptococcus</i> .
6. Nutricionales (PC)	Pelagra. Déficit de vitamina B12.
7. Endocrino metabólicas (PC)	Enfermedad de Cushing, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipercalcemia e hipoglicemia.
8. Tóxica (PC)	Alcohol, otras.

Nota: PC potencialmente curables. Fuente: Libro Rodríguez Juan de J., Guerra Hernández Milagros. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Ago [citado 2011 Jul 12]; 18(4): 264-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400007&lng=es.

5.2.2 Demencia Tipo Alzheimer

En el año 2006 se cumplieron 100 años de la descripción del primer caso reconocido con Enfermedad de Alzheimer. El 25 de noviembre de 1901 se atendió, por primera vez, en el Sanatorio Municipal de Dementes y Epilépticos de Frankfurt, Auguste Deter, mujer de 51 años de edad cuyos síntomas habían comenzado meses antes de su ingreso a este hospital. Estaba casada con Karl Deter con quien procreó una hija y estaba completamente sana hasta los últimos meses del siglo XIX en que inició con problemas para dormir. Sin razón alguna, aseveraba su marido “se iba de paseo con una vecina”, poco después apareció la dificultad para recordar cosas, luego cometió errores al cocinar que cada vez fueron mayores. Paseaba sin motivo y de manera constante por su casa. Empeoró progresivamente, arrastraba las sábanas y gritaba durante horas a media noche.

Auguste fue evaluada por el Dr. Alois Alzheimer, quien le realizó varias preguntas, las mismas que repitió tiempo después y la enferma fue capaz de recordarlas, respondía a su nombre, pero no recordaba su apellido ni el nombre de su marido, le pidió que escribiera su nombre, ella lo intentó, y al no poder hacerlo repetía constantemente: “Ich hab mich verloren”... (Me he perdido). Finalmente, un grave proceso febril la condujo a la muerte el 8 de abril de 1906. El cerebro de esta paciente fue donado y se trasladó a Múnich, donde entonces trabajaba el Dr. Alzheimer, quien estudió afanosamente este espécimen cuyos resultados fueron dados a conocer el 13 de noviembre de 1906; Alois Alzheimer presentó sus hallazgos acerca de una “seria enfermedad peculiar de la corteza cerebral”, exposición que se publicó junto con las actas del congreso, al año siguiente, donde describió la enfermedad que actualmente lleva su nombre.

Las transformaciones que ha sufrido la demencia en estos años ha cambiado muchas viejas ideas, los nuevos descubrimientos han modificado incluso conceptos de la propia neurología y de las enfermedades infecciosas. (60)

En países desarrollados la Enfermedad de Alzheimer constituye la principal manifestación de demencia. Estados Unidos, por ejemplo, registra la EA como la 4ª causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva que afecta aproximadamente el 8 % de la población mayor de 65 años y el 30 % de la población mayor de 80 años, en los países con una alta expectativa de vida.

Dentro del complejo terreno de las neurociencias las investigaciones y proyectos en relación con la Enfermedad de Alzheimer pueden resumirse, de modo muy global, en dos grandes apartados:

- ❖ Desde el punto de vista preventivo se intenta descubrir la bases biomoleculares responsables del proceso neurodegenerativo, así como el establecimiento de posibles marcadores neurológicos, neuroradiológicos, neuropsicológicos, que posibiliten el diagnóstico precoz.

- ❖ Desde la perspectiva tratamiento – asistencial se persiguen distintos objetivos, entre ellos la búsqueda de nuevas moléculas que permitan retrasar o detener el proceso de envejecimiento patológico, la identificación de déficits y recursos cognitivos y conductuales que permitan mantener el mayor número posible de actividades de vida diaria, y el establecimiento de centros especializados y redes asistenciales comunitarias más adaptadas a las necesidades de la sociedad geriátrica. (61, 62)

Este trastorno neurodegenerativo produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Es la forma más frecuente de demencia. El síntoma inicial es la pérdida de memoria en la mayoría de los casos. El paciente suele desarrollar una insidiosa pérdida de memoria durante meses y años, a la que sigue una progresiva desaparición de otras funciones cognitivas y alteraciones de la conducta. A medida que la enfermedad progresa, se ven involucrados otros dominios cognitivos además de la memoria. Ocasionalmente,

pueden aparecer alteraciones de la conducta tales como ansiedad, depresión, apatía y alucinaciones.

Así pues, la enfermedad de Alzheimer es de comienzo insidioso y de curso gradual y progresivo. Se caracteriza por lentas y constantes pérdidas de las funciones cognitivas superiores (memoria, funciones motoras y velocidad, funciones visoperceptivas, funciones ejecutivas, lenguaje y razonamiento verbal) y cambios afectivos que interfieren en la independencia y autonomía del enfermo, al principio se pierden primero las actividades instrumentales de la vida diaria (el uso del teléfono, el dinero, ir de compras, preparar la comida, limpiar, desplazarse, viajar) y posteriormente, las actividades básicas de la vida diaria (que son las habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado: comer, lavarse, vestirse, arreglo personal, movilidad, usar el servicio y control de esfínteres) .

5.2.3 Fisiopatología del Alzheimer

Para hablar de los daños físicos ocasionados por la EA en el cerebro y otras regiones anatómicas, es necesario dar un por menor de la anatomía y fisiología de las estructuras que intervienen en esta patología.

Primeramente está el Sistema Nervioso, que tiene dos divisiones, el Sistema Nervioso Central (SNC) y el Sistema Nervioso Periférico (SNP). El primero es llamado también Neuroeje, está compuesto por el encéfalo (Tronco encefálico, cerebelo, diencefalo y cerebro) y por la médula espinal.

Tabla 2. Funciones de las Principales Porciones del Encéfalo

PARTE	FUNCIÓN
TRONCO ENCEFÁLICO Bulbo Raquídeo Protuberancia Mesencéfalo	Impulsos nerviosos, estado de conciencia, FC, reflejos de deglución: vómito, hipo, tos y estornudo. Impulsos nerviosos, control de respiración Recibe aferencias motoras de la corteza cerebral, coordina movimientos oculares, de la cabeza y el tronco
CEREBELO	Regula postura y equilibrio, participa en procesos cognitivos y procesamiento del lenguaje
DIENCEFALO Tálamo Hipotálamo Epitálamo	Envía la mayor parte de información sensorial a la corteza cerebral, percepción del tacto grueso presión, dolor y temperatura. Controla e integra la actividad del SNA y la hipófisis Formado por la glándula pineal, que secreta melatonina
CEREBRO	Percepción de información sensitiva, las áreas motoras controlan los movimientos musculares y las áreas de asociación modulan las funciones de memoria, personalidad e inteligencia. Los ganglios basales coordinan movimientos musculares automáticos y regulan el tono muscular. El sistema límbico funciona en los aspectos emocionales del comportamiento relacionados con la supervivencia.

Fuente: Tórtora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11 ed. México: Editorial Medica Panamericana;2006.p.489

En el cerebro humano se distinguen dos partes: los hemisferios cerebrales y los ganglios basales. Los primeros, catalogados como las dos grandes mitades del cerebro y conectados por una masa de sustancia blanca llamada cuerpo calloso, son fundamentales en lo que respecta a la comunicación y el lenguaje. Los hemisferios se dividen en cuatro lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital.

Tabla 3. FUNCIONES DE LOS LÓBULOS CEREBRALES

LÓBULO	GENERAL	IZQUIERDO	DERECHO
FRONTAL	Control voluntario de la atención	Representación sintáctica Regulación de actos formulados por el lenguaje Dirección y control de conducta a través del lenguaje Operaciones seriadas	Atención, regulación e inhibición de respuestas
PARIETAL	Control de movimientos finos Integración de impulsos motores	Escritura Articulación del lenguaje	Relaciones espaciales
TEMPORAL	Secuenciación auditiva Memoria verbal de corto plazo	Representación auditiva Denominación de objetos Evocación de palabras Representación de imágenes visuales evocadas por estimulación auditiva	Memoria no verbal Orientación en el espacio Percepción holística o gestáltica
OCCIPITAL	Agudeza visual Visión de formas simples Patrones complejos de percepción	Percepción de letras y palabras Representación de formas verbales abstractas Percepción de relaciones complejas	Percepción de relaciones espaciales Representación de figuras geométricas

Fuente: Hernández J, Malagón AC, Rodríguez LJ. Demencia tipo Alzheimer y lenguaje. Bogotá (Colombia): Centro Editorial Universidad del Rosario; 2006. P. 21

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia incapacitante, que provoca la pérdida de la capacidad de autocuidado y afecta al 11% de la población de más de 65 años. En Estados Unidos, alrededor de unas 4 millones de personas sufren EA. Con unas 100 000 muertes por año, la EA es la cuarta causa de muerte entre los ancianos, después del infarto de miocardio, el cáncer y los EVC. Las causas de la mayoría de los casos de EA son desconocidas, pero los datos sugieren que se debe a una combinación de factores genéticos, factores ambientales o de estilo de vida y envejecimiento. (63)

La presencia de mutaciones en tres genes (los que codifican las proteínas presenilina 1, presenilina 2 y el precursor de la proteína amiloide) llevan a la aparición temprana de formas de EA en familias afectadas, aunque representan menos del 1% de todos los casos. Un factor ambiental de riesgo para el desarrollo de EA es el antecedente de traumatismos craneales. Un tipo de demencia similar se observa en boxeadores, probablemente por los golpes reiterados en la cabeza.

Los pacientes con EA comienzan a tener problemas para recordar hechos recientes. Luego se confunden y se tornan olvidadizos, repiten preguntas o se extravían en trayectos conocidos. La desorientación crece y comienzan a olvidar recuerdos antiguos, sufren episodios de paranoia, alucinaciones o cambios violentos de humor. A medida que progresa el deterioro del encéfalo, el paciente pierde la capacidad de leer, escribir, hablar, comer o caminar. La enfermedad culmina con la demencia. El paciente generalmente muere por alguna complicación resultante de la permanencia en cama, como una neumonía. Cuando se realiza la autopsia, el encéfalo de los pacientes con EA presenta tres anormalidades características:

- 1.- Pérdida de las neuronas liberadoras de acetilcolina. Un importante centro de neuronas colinérgicas en el núcleo basal (Meynert), que se encuentra por debajo del globo pálido. Los axones de este núcleo se proyectan ampliamente a través de la corteza cerebral y el sistema límbico. Su destrucción es la de redes de neurofibrillas por inhibición de las enzimas que hiperfosforilan la tau. Característica distintiva de la EA.
- 2.- Placas de B-amiloide, grupos anormales de depósitos extraneuronales.
- 3.- Redes de neurofibrillas, haces anormales de filamentos dentro de las neuronas, en las regiones afectadas del encéfalo. Estos filamentos están formados por una proteína conocida como tau que es hiperfosforilada (que se han agregado a ella muchos grupos de fosfato).

Los fármacos que inhiben a la acetilcolinesterasa (AChE), la enzima que inactiva a la Ach, mejoran el grado de alerta y el comportamiento en un 5% de los pacientes con EA. El Tacrine, el primer inhibidor de la acetilcolinesterasa aprobado para el tratamiento de la EA en los Estados Unidos, tiene efectos adversos importantes y requiere cuatro dosis diarias. El Donepezil, aprobado en 1998, es menos hepatotóxico y requiere la administración de una única dosis diaria. Hay evidencia de que la vitamina E (antioxidante), los estrógenos, el ibuprofeno y los extractos de Ginko biloba pueden presentar efectos benéficos en los pacientes con EA. Además, los investigadores están desarrollando fármacos que bloqueen la

formación de las placas de B-amiloide y que aumenten la actividad de las enzimas que catalizan la degradación del B-amiloide. También están tratando de desarrollar fármacos que reduzcan la formación emocional, mecanismo de negación que domina el cuadro, conservando la orientación en espacio y en persona, el reconocimiento de caras familiares y la capacidad de viajar.

Las características clínicas van ligadas a la afectación neuropatológica, siendo habitual en demencias de predominio cortical, como la EA, la presencia del denominado síndrome afaso - apraxo – agnómico. (64)

Las pérdidas de memoria así como los trastornos afectivos y alteraciones sensorceptivas están relacionadas con la afectación límbica. Las pérdidas del lenguaje lo están con la afectación temporo – parietal izquierda, los déficits en orientación espacial, las apraxias del vestido, y las de tipo constructiva son símbolos de afectación temporo – parietal derecha, y el fallo en tareas de memoria visual con daño a nivel occipital.

En la EA también se presenta el síndrome disjectivo o la alteración de la ejecución; se relaciona con daño de los lóbulos frontales, lo que se traduce en deterioro en la ejecución de tareas que requieren planificación, organización, secuenciación o abstracción.

5.2.4 Inicio de la enfermedad

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una pérdida progresiva de funciones cognitivas, siendo rasgo necesario la alteración de la memoria, así como cambios a nivel afectivo. Estas alteraciones tienen una instauración de tipo insidiosa y una evolución habitualmente lenta y continua, aunque se pueda pasar por periodos de relativa estabilización y otros de avance. (65)

El inicio de la enfermedad, se caracteriza por pequeños cambios de personalidad y olvidos frecuentes, existiendo una reducción progresiva de la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar, que con el paso del tiempo conduce a una

incapacidad para cuidar de sí mismo y tomar decisiones. Estas personas, se caracterizan por un cambio sutil de humor, pérdida de interés y deterioro de memoria.

Es muy frecuente que el enfermo en fase primaria muestre alteraciones del ánimo y una perturbación de su personalidad premórbida, siendo con relativa frecuencia confundido el diagnóstico con el de depresión. Los trastornos depresivos y las alteraciones de la memoria son las patologías con las que se hace más frecuente la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial.

La enfermedad de Alzheimer presenta como síntoma principal en sus primeros estadios, disminución de memoria, inmediata y de fijación. Típicamente en los estadios iniciales, la memoria es la capacidad cognitiva que tienen más alterada, aunque no es la única y no se altera de manera uniforme.

La fase inicial de la enfermedad puede durar unos dos años y en ella suelen aparecer fallos en la memoria reciente, desinterés, humor deprimido, cambios en la personalidad, episodios leves de desorientación y falta de adaptación a situaciones nuevas. (66)

Las personas que presentan una demencia leve, que equivale a un GDS 4 en la Escala de Deterioro Global de Reisberg (1982), presentan las siguientes características: olvido de hechos cotidianos y recientes, evidente dificultad de concentración en operaciones de resta, déficits en la memoria de su historia personal, incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas, labilidad conocidos.

Se observa una disminución de afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes.

Desde una perspectiva cognitiva, estos enfermos empiezan a tener desorientación temporal, sobretodo en el día de la semana y en la fecha, preservando la orientación espacial y en persona. Preservan la lectura y escritura, así como el lenguaje y las operaciones de cálculo, con mayor afectación de la memoria inmediata y reciente. La capacidad para aprender y retener nueva información se

ve trastocada precozmente en la enfermedad. Más adelante, la afectación cognitiva implica el lenguaje, la atención, la resolución de problemas y las habilidades visoespaciales.

Conductualmente, la personalidad comienza a cambiar y pueden mostrarse más irritables, malpensados y con cambios emocionales y de personalidad. Los pacientes suelen estar desconcertados, porque saben que algo no marcha bien, pero no pueden comprender completamente su situación. A menudo están ansiosos y deprimidos.

Funcionalmente, se alteran las capacidades para desarrollar las actividades normales de la vida diaria, alterándose primero las actividades instrumentales de la vida diaria, que son aquellas más complejas necesarias para llevar a cabo una vida independiente. Estas personas ya no son capaces de manejar el dinero y realizar gestiones en el banco, planificar un viaje, realizar la compra o elaborar una receta compleja que antes realizaban perfectamente.

Las personas con EA en fase leve suelen ser capaces de trasladarse solas con transporte público (siempre que realicen recorridos rutinarios), de realizar pequeñas compras (así como el periódico o la barra de pan diaria), de realizar tareas domésticas no demasiado complejas, de lavarse y arreglarse correctamente y no suelen tener problemas de movilidad o de incontinencia. Sin embargo, es aconsejable una supervisión indirecta del familiar cuidador en la realización de sus tareas.

Así pues, se trata de personas que aún poseen una cierta autonomía, aunque con necesaria supervisión. Deben mantenerse activos "mentalmente" y físicamente, para prevenir un peor pronóstico de la enfermedad y realizar todas las actividades posibles, ya sea habilidades cotidianas o actividades que estimulen sus capacidades cognitivas (juegos de cartas, lectura...) a pesar de que no las realicen tan correctamente como cuando estaban sanos.

5.2.5 Evolución de la enfermedad de Alzheimer

Como toda demencia, las manifestaciones clínicas dependerán de la magnitud y extensión de la región afectada, de la localización de la lesión, y además del nivel intelectual del paciente, la ocupación, las características de la personalidad premórbida, las motivaciones y el grado de integración social.

Del 20 al 40 % de los pacientes presentan un síndrome depresivo, síntomas psicóticos (del 30 al 50 %) que no suelen correlacionarse con la gravedad de la demencia, la agresividad y la agitación psicomotora está presente en el 20 % de los casos, y las alteraciones del sueño en alrededor del 40 al 70 %. También aparecen con frecuencia *delirium*, deterioro progresivo de la memoria reciente, conductas desinhibidas o socialmente inadecuadas, cambios de personalidad y labilidad emocional. (67) Presentan también el cuadro afaso-apraxo-agnósico.

En la evolución de la enfermedad de Alzheimer, el deterioro progresivo de la función mental característica de la EA produce un extraordinario sufrimiento en las personas que padecen la enfermedad, a sus familiares y cuidadores.

La fase intermedia de la Enfermedad de Alzheimer puede desarrollarse durante 3 – 5 años. El detrimento de la memoria es más comprometido y afecta no solo a la memoria reciente, sino también a la remota. Surgen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida. En esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.

La evolución progresiva de la EA, tiene efectos devastadores en tres campos sintomáticos esenciales: en la función cognitiva, en la conducta y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD).

En estadios posteriores de la enfermedad, estas personas disminuyen sus facultades (mayores problemas de orientación, déficits en el lenguaje, dificultades en el cálculo, peor capacidad atencional, etc.) necesitando cada vez una mayor

supervisión para la realización de las actividades cotidianas, siendo totalmente incapaces de llevar una vida independiente.

Con el curso de la EA, los enfermos se alteran emocionalmente, pueden presentarse conductas delirantes (acusar al cónyuge de ser un impostor...), síntomas obsesivos (repiten sencillas actividades de limpieza...), síntomas de ansiedad, agitación e incluso conductas violentas que no existían hasta entonces.

A medida que la demencia va progresando, el enfermo se vuelve más inseguro de lo que le rodea y de los que le rodean o lo que los demás quieren de él. Muchos de ellos se refugian en las personas que transmiten mejor la seguridad. Hay una gran cantidad de comportamientos que aparecen a medida que la EA o el nivel de deterioro cognitivo avanza. La presencia o ausencia de estos comportamientos varía mucho de una persona a otra y está muy determinada por la progresión de la enfermedad.

Estos enfermos acaban por no reconocer caras familiares ni a ellos mismos, no son conscientes de acontecimientos y experiencias pasadas, sufren alteración del ritmo diurno, pérdida de las habilidades verbales, llegando solamente a verbalizar palabras y frases muy concretas, perdiendo el lenguaje y llegando al final a emitir sólo gruñidos o presentar mutismo.

Sufren incontinencia urinaria (requiriendo asistencia para el aseo), problemas de alimentación (problemas de deglución de alimentos), pérdida de las habilidades motoras básicas, como por ejemplo la capacidad para andar, terminando el paciente encamado y preservando únicamente los reflejos más primitivos, llegando a posición fetal cuyo trágico fin es la muerte.

Se presentan riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y generalmente mueren de una neumonía u otra infección.

5.3 Estimulación Cognitiva y Enfermería

5.3.1 Deterioro Cognitivo

En una revisión histórica del defecto mnésico asociado a la edad, Kral acuñó el término "amnesia senil benigna", en un intento de diferenciar los ancianos con defectos de memoria que llegaban a la EA y los que tenían un curso más benigno. (68) Un grupo de trabajo usó en 1986 el término "deterioro mnésico asociado a la edad"; en cambio, en el DSM-IV se usa el término "deterioro cognitivo relacionado con la edad", para señalar que se comprometen otras funciones y no sólo la memoria. (69) Ebly acuñó el término "deterioro cognitivo sin demencia" y Petersen ha usado "deterioro cognitivo leve." (70)

Linn usó el término "fase preclínica" de la enfermedad de Alzheimer para referirse a los mismos sujetos. Debe excluirse la existencia de otras patologías cerebrales tales como lesiones vasculares, neoplasias, infecciones; y especialmente el efecto de fármacos y de patologías psiquiátricas. La prevalencia de estos trastornos aumenta con la edad y puede llegar hasta 85% en sujetos sobre 80 años.

La senectud deberá ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. (71)

Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre "fisiológico y patológico", dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales. (72)

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población (73)

La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Es pues, una condición necesaria para

desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes. (74)

Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo simular una demencia.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. (75)

El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.

La alteración cognitiva del anciano que no alcanza demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas, ocupacionales y sociales, o con una muy discreta repercusión (solo para actividades complejas) incluye 2 conceptos de gran operatividad práctica y utilidad en la clínica diaria: el deterioro cognitivo muy leve o sin demencia, y el deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa.

En el primer caso se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen

afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor, no interfiere en las actividades de la vida diaria y se constata la normalidad de los *tests* cognitivos breves (puntuaciones superiores a 24). El seguimiento clínico del paciente cada 6 meses no evidencia el empeoramiento del déficit. El aumento de la incidencia de este trastorno en el anciano con respecto a otros grupos de edades, se debe a factores sociales que limitan los estímulos vitales de estas personas y a su mayor preocupación por los problemas relacionados con su salud. Este criterio abarcaría a la definición de *alteración de la memoria asociada a la edad*, o se correspondería con los anteriores (olvido senil benigno y amnesia benigna de la vejez).

En el segundo caso existe un trastorno más pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas solo para las tareas complejas previamente bien desarrolladas, pero el déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, es decir, no afectará su vida de relación, por lo que la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia. Los *tests* cognitivos breves aplicados puntuarían alrededor de 24. El seguimiento clínico del paciente cada 3 ó 6 meses nos indicará si el déficit regresa, se estabiliza o progresa hacia la demencia, es decir, nos aclarará el diagnóstico. Este criterio es el más próximo a la definición de *deterioro cognitivo asociado con la edad*.

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida). Solo una correcta valoración clínica nos indicará en qué lugar del *continuum* cognitivo- funcional: normalidad - deterioro o trastorno cognitivo leve - demencia se sitúa un paciente. (76)

A menudo, solo el seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable o, por el contrario, progresa a demencia.

5.3.2 Retrogénesis o Involución

Algunos autores hacen referencia a la involución de las capacidades intelectuales de estos enfermos, relacionando los síntomas del curso evolutivo de la EA inversamente con el desarrollo infantil, utilizando el modelo de desarrollo de las capacidades mentales en el niño elaborado por Jean Piaget. (77) En los enfermos de Alzheimer se va produciendo una desintegración de las funciones cognitivas superiores, primeramente de las operaciones formales de la inteligencia (que los niños adquieren a los 11-15 años), seguida de las operaciones concretas (que los niños adquieren de los 7-11 años) para llegar a una desintegración del periodo preoperatorio (adquirido de los 3-7 años) y de la inteligencia sensoriomotora. Mientras el niño va adquiriendo capacidades de forma progresiva y ordenada, el enfermo con demencia las va perdiendo, también de forma más o menos ordenada.(78)

Un ejemplo explicativo de esta retrogénesis sería el siguiente: los niños para hablar empiezan a emitir sonidos, luego aprenden letras, sílabas, frases, son capaces de repetir, denominar, abstraer, inducir, deducir, etcétera. En las personas con EA ocurre lo contrario: pierden la capacidad de deducción, inducción y abstracción, luego de denominación, etc. siendo su vocabulario cada vez más escaso, para pasar sólo a emitir sonidos en forma de gruñidos en la fase terminal. (79)

Este paradigma sería aplicable a todas las capacidades cognitivas. Otros autores han explicado esta retrogénesis. (80)

Así pues, parece importante intervenir en los estadios incipientes y leves de esta enfermedad, en los tres campos sintomáticos:

- ❖ Cognitivo: manteniendo y optimizando las capacidades preservadas del paciente.
- ❖ Conductual: evitando alteraciones emocionales y estados depresivos, puesto que a menudo los enfermos son conscientes de estos déficits, y les cuesta adaptarse a los cambios que sufren con el inicio de esta enfermedad.

- ❖ Funcional: ayudando al mantenimiento de las actividades cotidianas, para conseguir una mayor autonomía en la vida del enfermo, con el fin de tener una vida digna como persona, la mínima supervisión posible y una mayor calidad de vida.

5.3.4 Neuroplasticidad y Estimulación Cognitiva

Los conceptos sobre los que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica, que actúa sobre las capacidades cognitivas que presentan una alteración significativa son: el de neuroplasticidad y el de psicoestimulación.

Ramón y Cajal (81) postuló que el cerebro cambia de forma permanente, lo que le da la oportunidad de adquirir y eliminar datos de manera continua, desde la concepción hasta la muerte.

Lugano, en 1906, acuñó el término “plasticidad cortical” para referirse a la capacidad que tiene el sistema nervioso de adaptarse a los daños (82) El cerebro humano es increíblemente moldeable y las células pueden modificar su especialización después de un trauma, pueden “aprender” funciones nuevas.

La neuroplasticidad también se considera "la respuesta del cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y así restablecer el equilibrio alterado" (83)

La neuroplasticidad, entonces, es la capacidad que tiene el tejido neuronal de reorganizar, asimilar y modificar los mecanismos biológicos, bioquímicos y fisiológicos, implicados en la comunicación intercelular, para adaptarse a los estímulos recibidos (84, 85)

Cabe resaltar que la plasticidad neural permite cambios de adaptación y/o reorganización, en condiciones normales o patológicas (86, 87, 88)

Los tratamientos no farmacológicos se basan también en la psicoestimulación. La psicoestimulación se entiende "como un conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad rehabilitadora. (89)

El objetivo básico de la psicoestimulación es el de favorecer la neuroplasticidad, se utilizan estímulos que promuevan las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas, de manera integral. Así, el deterioro puede paliarse y compensarse o también retardarse. (90)

De aquí la importancia de una exploración neuropsicológica previa, para poder realizar una psicoestimulación individualizada a partir de las capacidades cognitivas preservadas de cada paciente

Existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos programas de intervención, a pesar del trabajo que se está realizando en este campo y la actividad clínica habitual en la que se desarrollan diferentes programas de intervención (psicosociales, cognitivos...). En el siguiente apartado, se presentan algunas de las intervenciones cognitivas más estudiadas y desarrolladas, sobre las que se basa esta investigación.

5.3.3 Programas de Psicoestimulación

Actualmente, se han modificado en parte los planteamientos terapéuticos de la EA y las actitudes frente a esta enfermedad. Así sigue siendo de importancia la introducción de psicofármacos eficaces en el trastorno cognitivo, se aceptan nuevas propuestas terapéuticas basadas en la noción de "plasticidad del sistema nervioso", a la vez que se presta cada vez más atención al estudio de los síntomas no cognitivos y la calidad de vida de estos pacientes.

En la última década se han revelado dos hechos significativos: la eficacia cada vez mayor de algunos fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa, específicos en el tratamiento de los enfermos de Alzheimer, que han demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de los mismos, y las intervenciones no farmacológicas, dirigidas a optimizar la cognición, la conducta y la función de los sujetos con demencia.

Por un lado, los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHÉ) son los únicos agentes que han demostrado una actividad terapéutica eficaz de manera

constante y repetida en numerosos ensayos multicéntricos, representando la primera fase de enfoque farmacológico activo contra la EA, cuya aprobación es inminente. Los IChE son tratamientos sintomáticos de eficacia probada para paliar ciertos aspectos de la EA. No obstante, los resultados terapéuticos suelen ser modestos y ayudan solamente a una minoría de pacientes.

Se desconoce la duración del efecto más allá de un año y su seguridad a largo plazo. (donepezilo, la rivastigmina y la galantamina.)

Como no hay un fármaco curativo, se han ido incrementando nuevas formas de enfrentar el deterioro progresivo de la enfermedad, tal es el caso de las intervenciones psicosociales dirigidas a optimizar la función del enfermo, existen técnicas muy diversas en cada uno de los ámbitos de intervención.

Las intervenciones no farmacológicas están basadas en la teoría de Kitwood, él dice que el entorno social interacciona con la fisiopatología para producir la función en los pacientes con demencia, su teoría asegura que este entorno puede incrementar la progresión del daño producido el declinar y la degeneración en el cerebro y el paciente. (91)

Con base en lo anterior, todas las intervenciones no farmacológicas tienen el fin de mantener y estimular las capacidades preservadas de la persona, conseguir el mejor estado funcional en cada etapa de la enfermedad y relentizar el deterioro.

Clasificación de los tratamientos NO farmacológicos en las demencias	
1	Programas de Estimulación y actividad
	Terapia de Orientación a la Realidad
	Reminiscencia
	Musicoterapia
	Actividad Física
	Programa de Psicoestimulación Integral
2	Reestructuración Ambiental
3	Técnicas de Modificación de Conducta
4	Programas para familiares
5	Entrenamiento de capacidades cognitivas específicas
6	Nuevas Intervenciones
	Programas Interactivos con Ordenadores
	Programa Intergeneracional (Metodología Montessori)

Fuente: Barandiaran M. Programas de psicoestimulación cognitiva en las demencias En: Manubes JM, Berthier M, Barqueros. Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos, Ed Pulso S.L. Barcelona 2002:307 - 319

Estos programas son tomados en cuenta como terapias no farmacológicas y que ayudan en distintas formas a los pacientes con demencia, solo detallaremos algunas que sirven como base y fundamento de la estimulación cognitiva.

a) Terapia de orientación a la realidad (ROT)

La terapia de orientación a la realidad fue desarrollada por Folsom (92) Es una técnica psicoterapéutica grupal para asistir a personas confusas y desorientadas, para aprender y practicar técnicas que los ayuden a afrontar los problemas causados por su confusión y desorientación, mediante la estimulación y la provisión estructurada de información sobre sí mismos y su entorno. Se proporciona estructurada y repetidamente la información básica respecto a orientación temporal, espacial y personal favoreciendo la orientación de las personas con demencia, reforzando la percepción de las cosas familiares y de su entorno.

Así pues, la ROT es entendida como un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma consciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal) en el espacio (orientación espacial) y en la persona (orientación temporal), como terapia imprescindible en un programa terapéutico de demencias. Es un método de tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes, para que preserven datos sobre ellos mismos y sobre su entorno.

Se ha valorado la eficacia de la ROT en diversos estudios, siendo una de las terapias más ampliamente evaluada. Brook y cols. (93) realizaron el primer ensayo con resultados positivos sobre la función de los pacientes que asistían a sesiones de orientación a la realidad.

Una revisión sistemática realizada por Spector (94) examinó la efectividad de las sesiones de Orientación a la Realidad en personas con demencia. Los resultados mostraron un efecto positivo a favor del tratamiento cognitivo y conductual, aunque sólo el estudio de Breuil (95) mostró diferencias significativas en el área cognitiva, por lo que la ROT ha sido bastante criticada. Éste fue el único estudio que incluyó sujetos que vivían en la comunidad (realizaban las sesiones de orientación dos veces por semana). Los otros estudios, se realizaron en residencias u hospitales psiquiátricos.

Más recientemente, Zanetti y cols (96) demostraron en un estudio que enfermos de Alzheimer en fase moderada sometidos a ciclos repetidos de OR (media de 15 semanas aproximadamente), mostraban menor declinar cognitivo al año que aquellos que solamente habían asistido a sesiones durante cuatro semanas, mostrando cómo el mantenimiento de la intervención en el tiempo, puede mostrar más beneficios.

En la práctica clínica, se utiliza la ROT, pero no como programa terapéutico exclusivo. Suele formar parte de las sesiones de psicoestimulación.

b) Terapia de Reminiscencia

La terapia de reminiscencia se define como respuesta adaptativa caracterizada por el acto de pensar en las propias experiencias y relatarlas, de hacer consciente la historia personal, en especial las experiencias que se consideran especialmente significativas.

La reminiscencia provocada y controlada, ayuda a conocer, como forma de activar el pasado personal. Constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales, emociones, imágenes, etc. Se trata de centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos, más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final, es mejorar la memoria, dar oportunidades de creatividad y aumentar la resocialización de los pacientes estimulando la conversación, así como también el incremento de la autoestima, la satisfacción personal, el bienestar y la satisfacción por la vida.

En un principio se desarrolló para personas mayores con envejecimiento normal, con el fin de ofrecerles una ocasión para recordar y organizar los hechos más significativos de su vida.

Más tarde, Kiernat (97) introdujo la idea de utilizar la terapia de reminiscencia en personas con demencia. Se han realizado solamente tres estudios controlados aleatorios. De ellos, sólo el estudio de Baines y cols. (98) mostró una leve mejoría a nivel conductual a favor del tratamiento, con resultados muy modestos.

Se distingue una terapia de revisión de vida individual, evaluando la memoria personal con un terapeuta como oyente, de una reminiscencia más general de forma grupal, realizando discusiones cuyo objetivo es mejorar la interacción en un ambiente agradable y de manera atractiva.

Cabe destacar que las anteriores intervenciones (Terapia de Orientación a la Realidad y Terapia de Reminiscencia, surgieron y fueron aplicadas en contextos como residencias de ancianos y centros psicogeriátricos.

c) Programas de Psicoestimulación

Conforme se ha ido avanzando en el conocimiento de la enfermedad y en el diagnóstico precoz, las terapias no farmacológicas salen de las instituciones y surge la necesidad de su aplicación en pacientes que viven en la comunidad, con menor grado de deterioro y con otras necesidades de cuidados.

De ahí la aparición de programas más específicos de estimulación, que combinan actividades más grupales con otras más individualizadas diseñadas en función de los déficits que presente el paciente. Estos programas se aplican generalmente en centros geriátricos de día o residenciales.

Uno de los estudios más destacados es el desarrollado por Tárrega (99) denominado Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) y tiene como base el modelo teórico de retrogénesis de Reisberg (descrito en el punto 5.3.2), la neuroplasticidad cerebral (descrita en el apartado anterior), la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y las técnicas de modificación de la conducta, su finalidad es mejorar y/o enlentecer el proceso evolutivo del enfermo con demencia. Los primeros resultados confirman una mejoría de las funciones cognitivas de los pacientes durante los primeros 6 meses de aplicación del programa y una conservación de las actividades de la vida diaria a lo largo de un año.

Los pacientes mejoran su puntuación en el Mini Mental State (MMSE) a los dos meses de iniciada la intervención, al año la media de puntuación de MMSE todavía se mantiene por encima de la basal. La situación funcional medida a través de la escala de Barthel sólo muestra una muy discreta caída de las puntuaciones al año de la intervención. (100)

Existen pocos estudios experimentales acerca de la efectividad de los programas de estimulación cognitiva similares al PPI. Algunos de ellos indican cambios modestos en algún área cognitiva mientras que otros notifican diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo que recibe tratamiento de psicoestimulación cognitiva global. (101)

Asimismo, se suele observar una disminución del grado de carga en el cuidador principal del grupo experimental en la mayoría de estudios, sobre todo si recibe atención en grupos de apoyo y de orientación.

Otro de los programas es el aplicado por Ermini – Füngschilling y col. (102) Donde, al término de un año, el grupo control mantuvo estables sus puntuaciones en el MMS y el grupo control presentó un deterioro, también mejoró el grupo con la intervención cognitiva en la escala GDS de depresión.

5.3.5 Enfermería

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. (103) Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Según Colliere, (104) los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso,

en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer. (105)

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral.

Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Así presentado el gran desafío fue en años posteriores, al establecerse en una profesión de formación formal y por lo tanto esto se debía también traducir en una compensación económica y reconocimiento social.

Podemos establecer que enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, presentando las características definidas de lo que es una profesión en la sociedad actual.

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la enfermera(o) ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos. Con el tiempo la enfermería ha ido consolidando el objeto *su hacer* - el cuidado - a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología, pues como lo expresaba metafóricamente Dock- Stewart en 1925: “corazón, manos y cabeza - alma, habilidad y ciencia - se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”, (106) cimientos que hoy la profesión concibe como aspectos ético - legales, científico- técnicos y prácticos. “Todas las

profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para 'algo', pero no todas sirven a 'alguien', entendiendo siempre que ese alguien se refiere al ser como individuo”, (107) con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero (a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias.

Al hablar de enfermería como servicio al ser humano, sano o enfermo, la práctica cotidiana dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, en los diferentes escenarios en los que se desarrolla. Para lograrlo, la enfermería debe apoyarse en las ciencias biológicas, sociales, humanas y la disciplina de la ética, para favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer y reformar sus capacidades y potencialidades del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar. (108)

Así mismo, la enfermería define sus actividades y realiza investigación desde la práctica, apoyada en la base teórica, y la relación práctica – teórica debe retroalimentarse en el día a día. El poseer un cuerpo de conocimientos especializado, permite ser aplicado a la resolución de los problemas del paciente, a través de la utilización del Proceso de Atención de Enfermería o de teorías y modelos conceptuales existentes, que le dan autonomía al profesional para orientar sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas.

En respuesta a las necesidades de cuidado y políticas de salud cambiantes, el perfil de formación del profesional de enfermería debe ajustarse a la realidad, para poder satisfacer las necesidades de los individuos y las comunidades. Para ello, el Consejo Interna Internacional de Enfermería (CIE) ha clasificado las funciones de

la enfermería en cuatro áreas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y mantenimiento de la salud y alivio del sufrimiento. (109)

A la Enfermería, como profesión de servicio a las personas, le corresponde el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. Para llevar a cabo estas actividades se ha apoyado en el proceso de atención de enfermería, ya que es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensión biológica, psicológica, socio – cultural y espiritual. Lo anteriormente planteado, constituye el ideal del cuidado de enfermería.

La enfermería como profesión al servicio de las personas, debe desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades comunicativas para ofrecer a los sujetos de atención, un cuidado integral e integrador que los conduzca al alcance del más alto nivel de armonía y bienestar; y debe reconocer que el cuidado es su deber y es el derecho de las personas que demandan sus servicios.

La mayoría de los cuidadores de pacientes con demencia han de enfrentarse al estrés emocional que supone la lenta pérdida de un ser querido y a la enorme carga que su cuidado conlleva. Son cuidadores “informales”, habitualmente un familiar cercano, para quienes la demencia es algo desconocido y destructivo.

Además, no es raro que se formen complejos lazos y mecanismos psicológicos que agravan aún más la carga y el sufrimiento. (110) Dada su cercanía y accesibilidad, la enfermería especializada extrahospitalaria se encuentra en una situación privilegiada para implementar programas de formación dirigidos a cuidadores con demencia. (111)

El objetivo es suavizar la carga e incrementar la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. (112)

Cuidar muchas veces implica un gran esfuerzo físico y psíquico. El cansancio dificulta esta tarea y afecta al propio bienestar y a la relación con la persona que se cuida. Pueden aparecer alteraciones en la salud física y emocional (claudicación), manifestadas por signos de irritabilidad, apatía, tristeza, etc. Por todo esto, es fundamental la promoción del CI como eje de los cuidados prestados en el domicilio del paciente. (113)

Desde el punto de vista de la enfermería, debe abordarse el soporte y el apoyo a los CI, ya que no es posible mantener el personal sanitario las 24 h en el domicilio del paciente. (114)

El papel de enfermería es básico para proporcionar un soporte integral a las personas con demencia procurando el mantenimiento de su autonomía, así como prestar ayuda a la familia y al cuidador principal. También es conveniente mejorar la eficacia de los recursos asistenciales destinados a la atención de personas con dependencias (incluyendo las demencias) y establecer conexiones entre recursos formales e informales.

Cabe mencionar que, en la actualidad, no hay estudios, investigaciones o programas diseñados ni realizados por los profesionales de enfermería en el área de demencias, y mucho menos en aplicación de estimulación cognitiva.

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Tipo y Diseño de Estudio

Tipo

El tipo de estudio fue Cuasiexperimental, longitudinal, Pretest y posttest, se elaboró un programa de sesiones de Estimulación Cognitiva, que se aplicó a adultos mayores con Deterioro Cognitivo en fase leve y moderada.

Diseño de Estudio

El diseño de la investigación se realizó de la siguiente manera:

- Búsqueda del problema
- Determinación del universo de trabajo
- Elaboración de los objetivos
- Planeación de la metodología
- Búsqueda de referencias bibliográficas que sirvan como sustento teórico
- Aplicación del programa de Estimulación Cognitiva
- Captura, clasificación y análisis de datos para concentración y presentación de datos
- Elaboración y presentación final

6.2 Universo, Población y Muestra

Universo: Se aplicaron los instrumentos de valoración y la Estimulación Cognitiva a los Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo de la Fundación Alzheimer México. “Alguien con Quien contar” y de la “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una esperanza de Vida.”

Población: Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo en fase leve y moderado de la Fundación Alzheimer México. “Alguien con Quien contar” y de la “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una esperanza de Vida.”

Muestra: Fue integrada por 30 pacientes. 15 Adultos Mayores de la “Fundación Alzheimer México. “Alguien con Quien Contar” y 15 adultos Mayores de la “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una esperanza de Vida.” y se determinó por conveniencia.

6.3 Criterios de Selección

6.3.1 Inclusión

Adultos Mayores de la Fundación Alzheimer México. “Alguien con Quien contar” y “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una

esperanza de Vida.”, con Deterioro Cognitivo en fase leve y moderado que deseen colaborar con la investigación.

6.3.2 Exclusión

Adultos Mayores de la Fundación Alzheimer México. “Alguien con Quien contar” y “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una esperanza de Vida.” con Deterioro Cognitivo en fase grave, y Adultos Mayores Con Deterioro Cognitivo en fase leve y moderado que no deseen colaborar en la investigación.

6.3.3 Eliminación

Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo, que dejen de participar en la investigación.

6.4 Periodo y Lugar

Las actividades implicadas en esta investigación se realizaron en el periodo de Febrero a Junio de 2011 en las instituciones: “Fundación Alzheimer México. Alguien con Quien Contar” y “Asociación Alzheimer México I.A.P. Una esperanza de Vida.”

6.5 Técnica de Muestreo

Se realizó una visita principal a las instalaciones para conocer a los pacientes, y ponernos en contacto con los responsables de las instalaciones.

Después, en una sesión especial con las autoridades de las respectivas instituciones, se presentó el proyecto, explicando la finalidad de la investigación.

Para la selección de los participantes se aplicó el Minimental, y se tomó como muestra a los pacientes que cursaran con Deterioro Cognitivo en fase leve y moderado, finalmente se tomó un grupo control de los pacientes seleccionados a conveniencia, y al grupo experimental se le aplicó el programa de Estimulación Cognitiva Previamente diseñado.

6.6 Intervención

6.6.1 Descripción del programa

Programa aplicado: Estimulación Cognitiva

Presentación

El programa de Estimulación Cognitiva, se trata de un tratamiento no farmacológico, aplicado a enfermos de Alzheimer con un grado de deterioro Cognitivo leve y moderado.

Está dirigido a personas que cursan la etapa inicial de la enfermedad, y presentan una pérdida de memoria que les incapacita en su entorno. Este entrenamiento de Estimulación Cognitiva es una posibilidad de mantener durante el mayor tiempo posible la autonomía funcional en la vida diaria de los pacientes ayudándoles a adaptarse a los cambios.

Se realizó un programa terapéutico estructurado de intervención de las funciones cognitivas utilizando distintos paradigmas (Terapias de Orientación de la Realidad, terapia ocupacional, teorías de aprendizaje aplicadas al deterioro cognitivo leve y moderado) dentro de un contexto en el cuál las personas participantes acudieron cuatro horas semanales en sesiones de dos días en un horario fijo, con un planteamiento en la atención a los enfermos de Alzheimer con grado de deterioro leve y moderado.

El entrenamiento de la capacidad cognitiva, se realiza en grupo, por que provee un estado de bienestar, y se promueve la interacción social de los pacientes formando un grupo de soporte y autoayuda.

En las sesiones de estimulación cognitiva, las personas asisten en pequeños grupos de 8 personas, en dos sesiones semanales de dos horas. Los grupos son homogéneos en cuanto al diagnóstico, el grado de deterioro del paciente son de leve y moderado y el grado de escolaridad es mixto.

En cuanto a la eficacia, se realizó un pretest y postest.

Procedimiento

El tratamiento aplicado no es progresivo, pues los ejercicios varían en cada sesión.

Las sesiones se estructuran previamente.

Estructuración de una sesión:

Se realiza de manera grupal (utilizando una carpeta personal donde están incluidos los ejercicios de cada sesión).

La estimulación de la orientación (temporal, espacial y en persona) tiene lugar al inicio de la sesión. A continuación, se desarrolla el aprendizaje de los nombres de los miembros del grupo (recuerdo de asociación cara-nombre). Para potenciar este aprendizaje, cada uno de los sujetos, se sentará siempre en el mismo sitio, con el fin de favorecer el recuerdo. Los otros ejercicios, varían para cada sesión.

Protocolo de sesiones de la Estimulación Cognitiva

Duración de cada sesión: 120 minutos

Formato: Dos grupos reducidos de 8 personas.

Intervención: Ejercicios grupales. Todos los asistentes realizarán las mismas actividades para no aumentar la variabilidad de los resultados.

Material: Carpeta para cada asistente y material para los diferentes ejercicios.

Sesión 1 Taller de Memoria (Anexo 1)

- Dar la bienvenida a los miembros del grupo. Presentación de la estimulación cognitiva y presentación del grupo (20 minutos).
- Orientación temporal: día, fecha, mes, año, estación, hora del día aproximada, días y horas que venimos al taller de memoria (20 minutos).
- Orientación espacial: lugar dónde estamos (nombre del centro), calle, número, colonia, delegación, país (20 minutos).
- Orientación en persona: nombre y apellidos, edad, estudios realizados, profesión realizada, estado civil, nombre cónyuge, nº hijos/as, nombre hijos/as, nº nietos/as,

nombre nietos/as, domicilio, medio de transporte utilizado para acudir al taller de Estimulación Cognitiva (20 minutos).

- Memoria de aprendizaje de asociación cara-nombre de los miembros del grupo. Todos se sentarán siempre en el mismo sitio, con el fin de facilitar el recuerdo (20 minutos).

- Memoria reciente con material visual, a partir del ejercicio de memoria visual inmediata (20 minutos).

Sesión 2 Estimulación Cognitiva

- Dar la bienvenida a los miembros del grupo. Presentación de la estimulación cognitiva y presentación del grupo (20 minutos).

- Orientación temporal: día, fecha, mes, año, estación, hora del día aproximada, días y horas que venimos al taller de memoria (20 minutos).

- Orientación espacial: lugar dónde estamos (nombre del centro), calle, número, colonia, delegación, país (20 minutos).

- Orientación en persona: nombre y apellidos, edad, fecha de nacimiento, estudios realizados, profesión realizada, estado civil, nombre cónyuge, nº hijos/as, nombre hijos/as, nº nietos/as, nombre nietos/as, domicilio, nº teléfono, medio de transporte utilizado para acudir a la institución (20 minutos).

- Memoria de aprendizaje de asociación cara-nombre de los miembros del grupo (20 minutos).

- Praxia constructiva. Completar un dibujo (20 minutos).

Sesión 3 Estimulación Cognitiva

- Dar la bienvenida a los miembros del grupo. Presentación de la estimulación cognitiva y presentación del grupo (20 minutos).

- Orientación temporal: día, fecha, mes, año, estación, días y horas que venimos al taller (20 minutos).

- Orientación espacial: lugar dónde estamos (nombre del centro), calle, número, colonia, delegación, país (20 minutos).

- Ejercicio de memoria visual inmediata, a partir de láminas con un determinado contenido (6 láminas para cada participante) (20 minutos).
- Ejercicio de atención que actúa como distractor: nombre de los meses del año en orden directo (10 minutos)
- orden inverso (10 minutos)
- Memoria de aprendizaje de asociación cara-nombre de los miembros del grupo (20 minutos).

Esta es la temática llevada a cabo en las sesiones de Estimulación Cognitiva y se llevaron a cabo más ejercicios que complementaron cada sesión, tomando en cuenta la memoria, concentración, atención, gnosias, y praxias.

Todos estos ejercicios se fueron intercalando en las sesiones de Estimulación Cognitiva, diferentes ejercicios para cada sesión y se repitió el orden de las sesiones hasta cubrir el lapso de tiempo señalado.

6.6.2 Instrumentos de recolección de datos

Valoración Cognitiva: Mini Mental State Examination. MMSE (Folstein, 1975) (Anexo 2)

Este instrumento de evaluación fue diseñado por Folstein y cols, de Baltimore y actualmente es muy utilizado para valorar alteraciones cognitivas. Constituye el test breve de cribado (screening cognitivo) más difundido en clínica e investigación.

Evalúa una serie de aspectos fundamentales de las capacidades cognitivas como la orientación (espacio y tiempo), registro mnésico, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje (comprensión, denominación, lectura, escritura) y praxis constructiva. La puntuación va de 0 a 30. Las puntuaciones sucesivamente menores, indican grados progresivos de alteración cognitiva. Los rendimientos en el MMSE están influenciados por la escolaridad y la edad.

Tiene la ventaja de su brevedad, fácil administración y baja variabilidad. El tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos. Permite una valoración

grosso modo y rápida de los pacientes con demencia y también es útil para controlar la progresión de los trastornos cognitivos.

Se acepta un punto de corte de 24 en las personas escolarizadas. En sujetos no escolarizados el punto de corte es de 18. Así pues, una puntuación de entre 24 a 30 estaría dentro de los límites normales, de entre 21 a 23 se considera deterioro cognitivo leve, de entre 11 a 20 se considera deterioro cognitivo moderado y menor de 20 se considera deterioro cognitivo severo.

Valoración de funcionalidad: Escala de Katz (Anexo 3)

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica para el índice al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos.

Hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen. El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la

realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas (115)

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

El test lo pueden utilizar los médicos, las enfermeras y el personal sanitario entrenado. También se puede utilizar en encuestas telefónicas.

Es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo, con buena consistencia interna y validez.

Su concordancia con otros test de AVD (Actividades de la Vida Diaria) básica es alta. Además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos (116) Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo, es poco sensible ante cambios pequeños de la capacidad funcional.

El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

6.7 Aspectos Bioéticos

Los aspectos Bioéticos de esta investigación están basados en los acuerdos y en base al Informe Belmont, documento que manifiesta su intención de elaborar

principios más generales que las normas establecidas en los anteriores códigos, de tal modo que estos puedan ser aplicados a las situaciones cambiantes que se dan en el progreso científico. Se establece la necesidad de procurar que todo lo que es investigación vaya precedido de la elaboración de un proyecto en el que se pueda evaluar la seguridad y la posible eficacia de esa terapia.

Hay tres principios básicos apropiados a la ética de investigaciones que incluyen seres humanos: Los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

Respeto a las personas (Principio de Autonomía)

Este principio alberga dos convicciones éticas: los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

Algunos individuos la pierden la autodeterminación total o parcialmente debido a una enfermedad, una perturbación mental o a circunstancias severamente restrictivas de la libertad. En el caso de las personas con Deterioro Cognitivo, el respeto por el incapacitado puede requerir protegerlos.

En la mayoría de investigaciones con humanos, el respeto por las personas exige que los sujetos ingresen al estudio voluntariamente y con información adecuada para la investigación.

Beneficencia

Este principio establece que tratar a las personas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlas de daños, sino también procurar su bienestar. El término beneficencia hay que entenderlo en un sentido fuerte y comprometido: obligación. Dos exigencias complementarias explican este principio en la práctica: no hacer daño a las personas, y procurarles el máximo de beneficios y el mínimo posible de daños. En esta investigación y bajo la terapia de Estimulación Cognitiva; los pacientes recibirán sólo beneficios que contribuyan al

mejoramiento del Deterioro Cognitivo y, se espera que en las Actividades de la Vida Diaria.

Justicia

Este concepto, aplicado a la bioética, exige que haya equidad en la distribución de los esfuerzos y de los beneficios en la investigación. Los iguales deben ser igualmente tratados. “Este principio general no se debe aplicar solo a temas de distribución de riquezas y participación políticas sino también a los casos de investigación médica. Cuando la investigación es financiada con fondos públicos, la justicia exige que sus beneficios no se empleen sólo en quien pueda pagarlos y también que la investigación no implique a personas que muy difícilmente estarán entre los beneficiarios.

El documento también incluye el análisis de los riesgos y beneficios de las investigaciones. El concepto “riesgos” se refiere a la probabilidad de que se produzcan daños de cualquier tipo en las personas que participan en la investigación médica. Por tanto, los “beneficios” de salud previstos deberán compensar el riesgo que corren esas personas. En la presente investigación, ningún participante corría riesgos de cualquier índole, pues se aplicó Estimulación Cognitiva, la cual no repercute desfavorablemente en las personas, sino ayuda al mantenimiento y/o mejora de sus capacidades cognitivas.

Selección de Sujetos

La selección individual de sujetos para la investigación no debe fundamentarse en un trato de favor a algunos de ellos, ni, por el contrario, en la elección de “indeseables” para las situaciones de alto riesgo. De otra parte, en un ámbito social, la determinación de grupos que deben participar en la investigación y grupos que no deben hacerlo, debe hacerse en función, respectivamente, de su capacidad o incapacidad para soportar las cargas que esta supone, y no por la facilidad de lograr su consentimiento debido a su fragilidad de salud, o a su marginalidad.

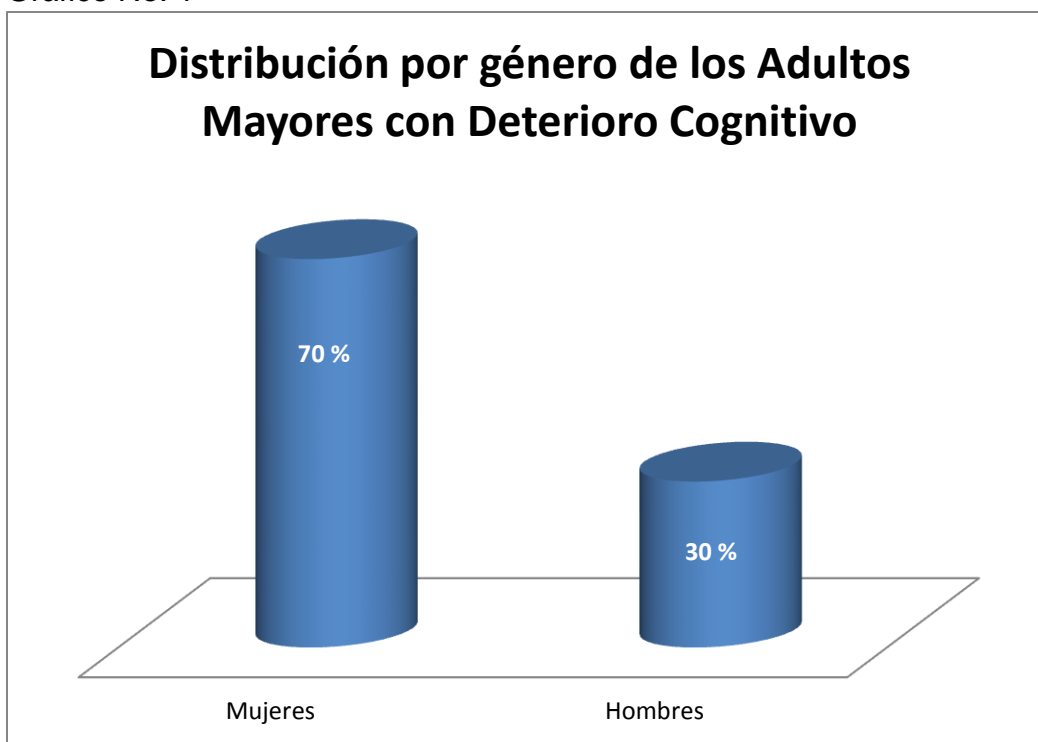
7. RESULTADOS

Cuadro No. 1

Distribución por género de los Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo		
Género	Porcentaje %	No.
Masculino	30 %	9
Femenino	70 %	21
Total	100 %	30

Fuente: Recolección y procesamiento de datos por Irma Noemi Martínez Cruz, en la "Fundación Alzheimer México. Alguien Con Quien Contar" y en "Alzheimer México, I.A.P. Una Esperanza De Vida". 2011

Gráfico No. 1



Fuente: Recolección y procesamiento de datos por Irma Noemi Martínez Cruz, en la "Fundación Alzheimer México. Alguien Con Quien Contar" y en "Alzheimer México, I.A.P. Una Esperanza De Vida". 2011

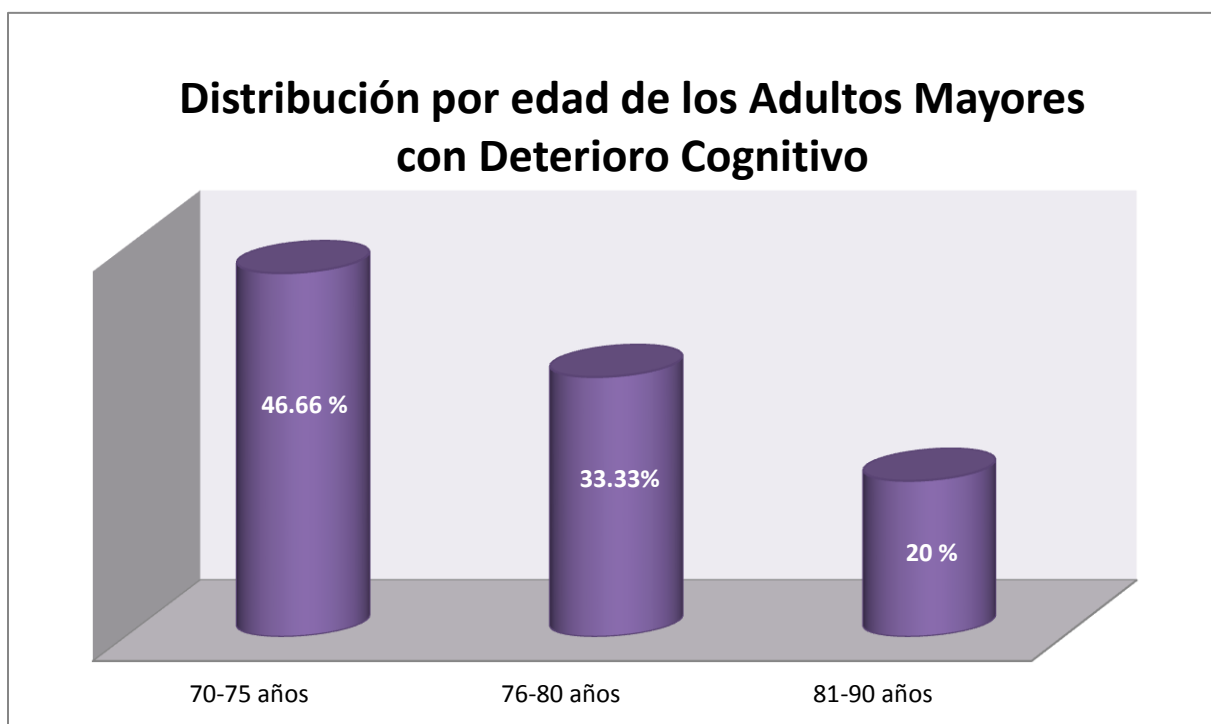
Descripción: Las personas afectadas con Deterioro Cognitivo son de género femenino en un 70%.

Cuadro No. 2

Distribución por edad de los Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo		
Edades	Porcentaje %	Frecuencia
70-75	46.66 %	14
76-80	33.33 %	10
81-90	20 %	6

Fuente: Misma Cuadro 1

Gráfico No. 2



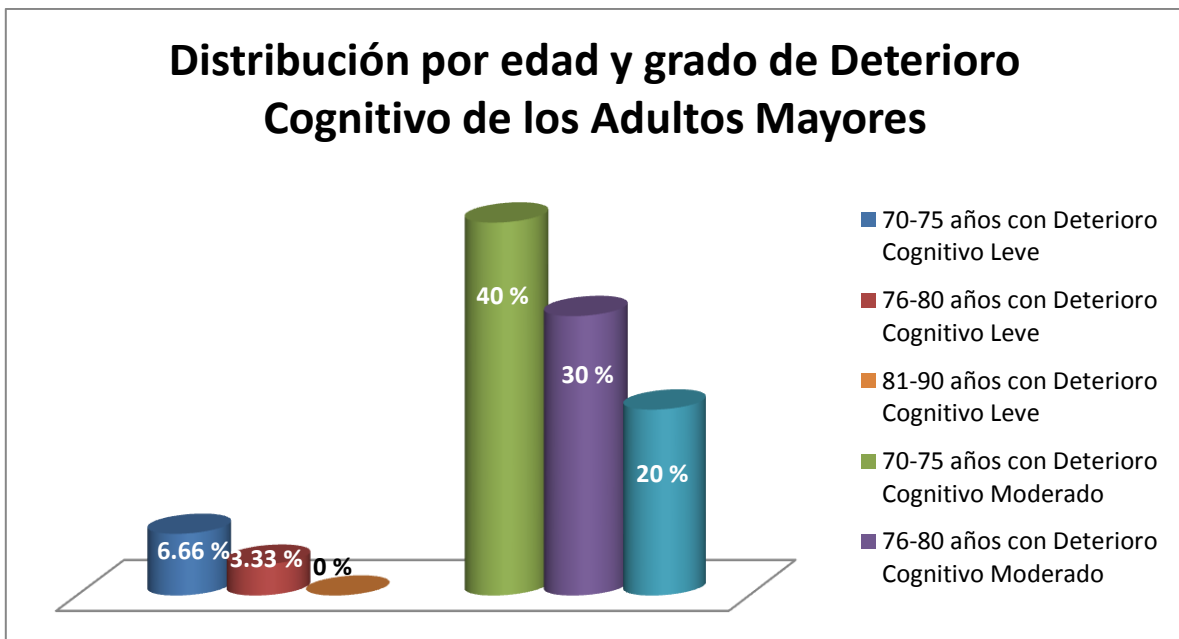
Fuente: Misma Gráfico 1

Descripción: El rango de edad de 70-75 años concentra la mayor cantidad de Adultos Mayores con deterioro cognitivo en fase leve y moderado.

Cuadro No. 3

Distribución por edad y grado de Deterioro Cognitivo de los Adultos Mayores				
Edades	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado	
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia
70-75	6.66 %	2	40 %	12
76-80	3.33 %	1	30 %	9
81-90	0 %	0	20 %	6
Totales	100 %	3	100 %	27

Gráfico No. 3



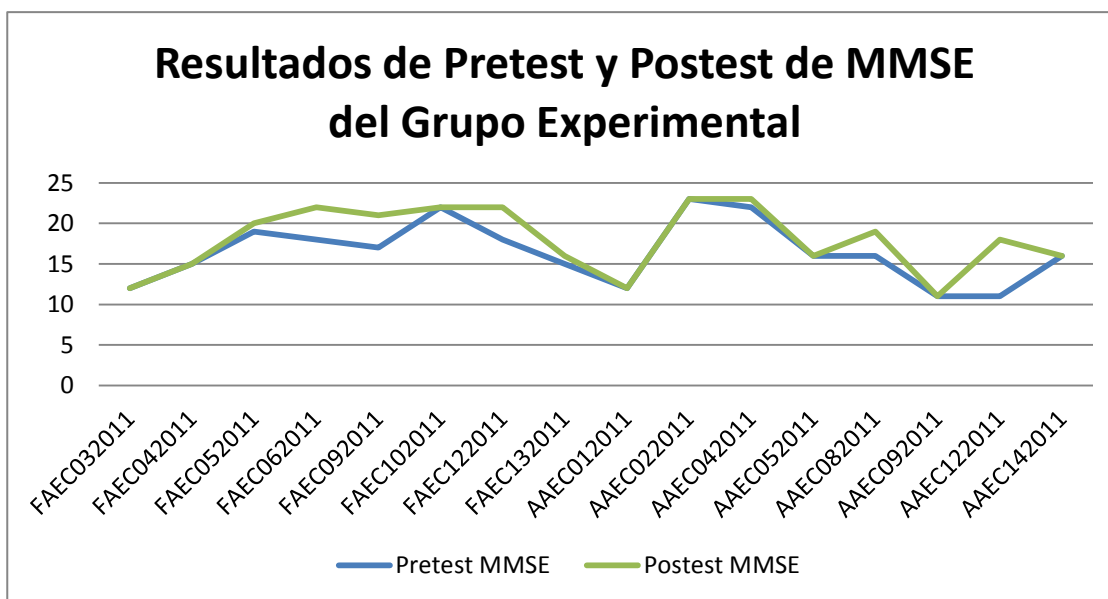
Fuente: Misma gráfico 1

Descripción: La gráfica nos muestra que existe una mayor cantidad de personas con Deterioro Cognitivo Moderado, y que además, se encuentran en el rango de edad de 70 a 75 años.

Cuadro No. 4

Grupo Experimental		
Código	Pretest MMSE	Postest MMSE
FAEC032011	12	12
FAEC042011	15	15
FAEC052011	19	20
FAEC062011	18	22
FAEC092011	17	21
FAEC102011	22	22
FAEC122011	18	22
FAEC132011	15	16
AAEC012011	12	12
AAEC022011	23	23
AAEC042011	22	23
AAEC052011	16	16
AAEC082011	16	19
AAEC092011	11	11
AAEC122011	11	18
AAEC142011	16	16

Fuente: Misma Cuadro 1
Gráfico No. 4



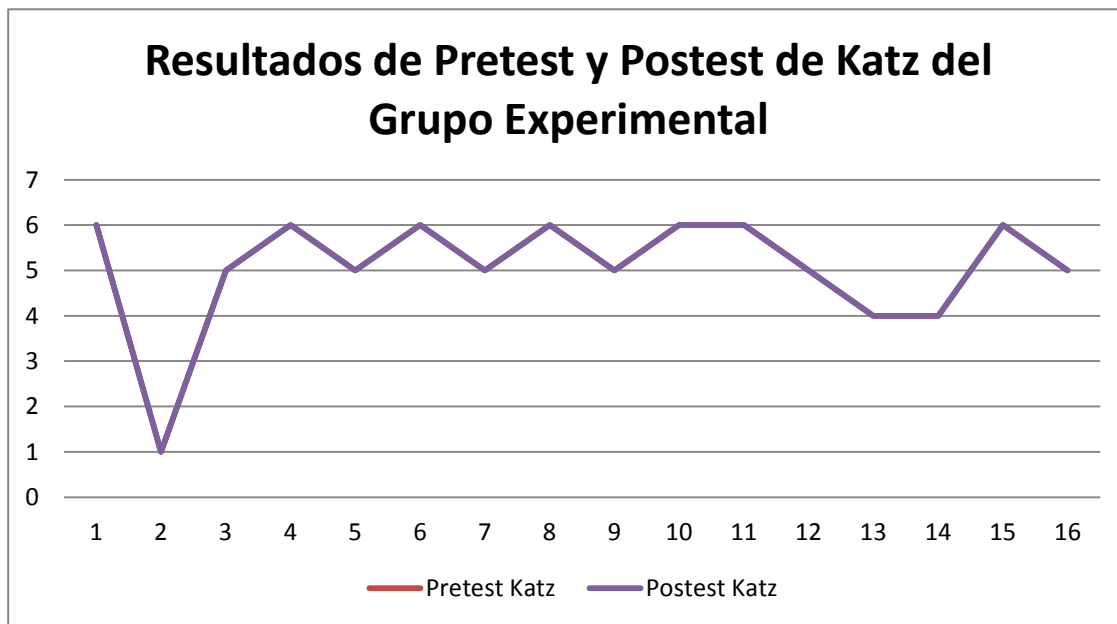
Fuente: Misma fuente de gráfico No. 1

Descripción: La gráfica muestra un puntaje mayor de MMSE, en los pacientes con deterioro cognitivo que participaron en la intervención.

Cuadro No. 5

Grupo Experimental		
Código	Pretest Katz	Postest Katz
FAEC032011	6	6
FAEC042011	1	1
FAEC052011	5	5
FAEC062011	6	6
FAEC092011	5	5
FAEC102011	6	6
FAEC122011	5	5
FAEC132011	6	6
AAEC012011	5	5
AAEC022011	6	6
AAEC042011	6	6
AAEC052011	5	5
AAEC082011	4	4
AAEC092011	4	4
AAEC122011	6	6
AAEC142011	5	5

Fuente: Misma Cuadro 1
Gráfico No. 5



Fuente: Misma fuente de gráfico No. 1

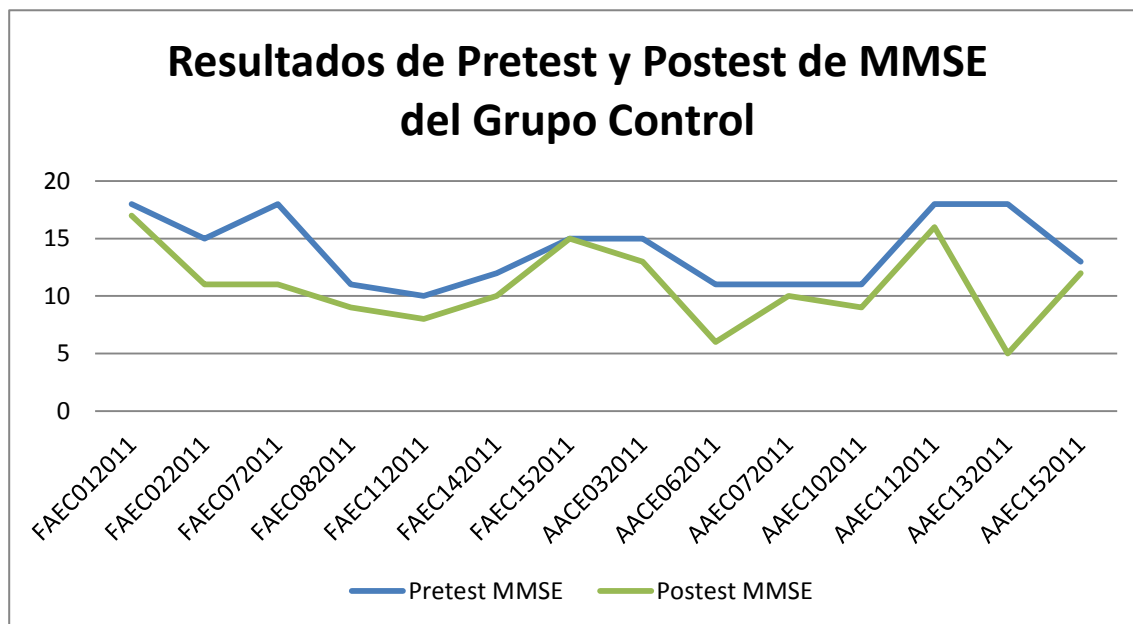
Descripción: No se muestran variaciones ni modificaciones en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores que participaron en la investigación.

Cuadro No. 6

Grupo Control		
Código	Pretest MMSE	Postest MMSE
FAEC012011	18	17
FAEC022011	15	11
FAEC072011	18	11
FAEC082011	11	9
FAEC112011	10	8
FAEC142011	12	10
FAEC152011	15	15
AACE032011	15	13
AACE062011	11	6
AAEC072011	11	10
AAEC102011	11	9
AAEC112011	18	16
AAEC132011	18	5
AAEC152011	13	12

Fuente: Misma Cuadro 1

Gráfico No. 6



Fuente: Misma fuente de gráfico No. 1

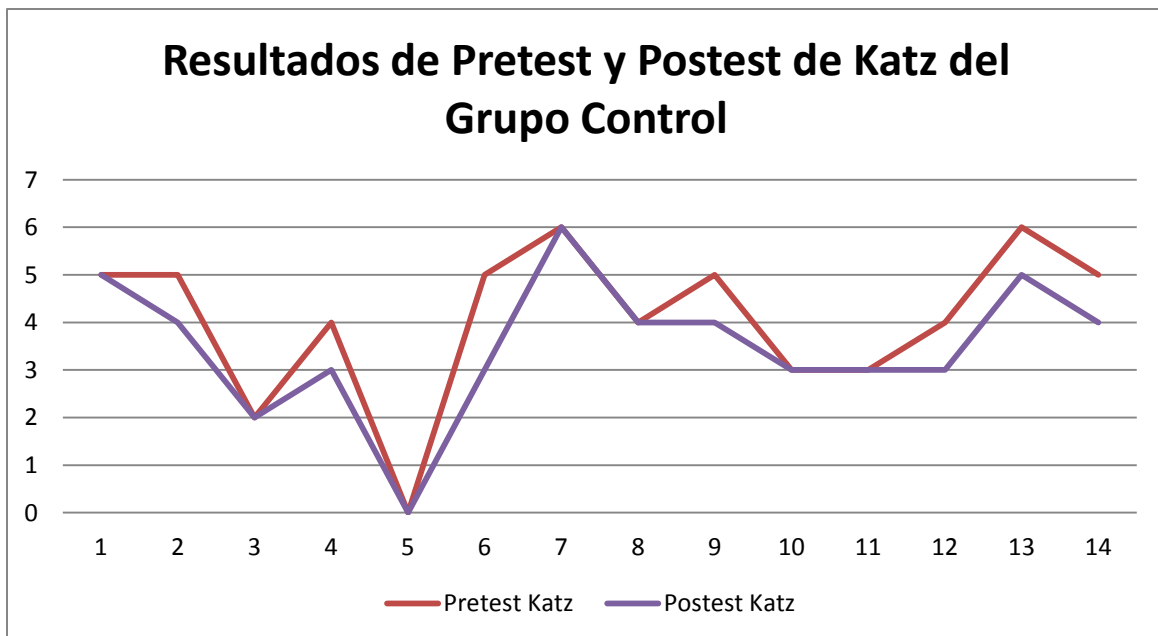
Descripción: El grupo que no recibió intervención, disminuyó en el puntaje del MMSE.

Cuadro No. 7

Grupo Control		
Código	Pretest Katz	Postest Katz
FAEC012011	5	5
FAEC022011	5	4
FAEC072011	2	2
FAEC082011	4	3
FAEC112011	0	0
FAEC142011	5	3
FAEC152011	6	6
AACE032011	4	4
AACE062011	5	4
AAEC072011	3	3
AAEC102011	3	3
AAEC112011	4	3
AAEC132011	6	5
AAEC152011	5	4

Fuente: Misma Cuadro 1

Gráfico No. 7



Fuente: Misma fuente de gráfico No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra un descenso en las actividades de la vida diaria de los pacientes que no recibieron intervención.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se dan a conocer los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de valoración; Mini mental de Folstein, de tamizaje en deterioro cognitivo y Escala de Katz, que valora las actividades de la vida diaria.

Estos resultados nos permitirán conocer el impacto de la Estimulación Cognitiva que se llevó a cabo como intervención en pacientes de las instituciones: “Fundación Alzheimer. Alguien con Quien Contar” y de la asociación “Alzheimer México, I.A.P. Una Esperanza de Vida.” Impacto valorado tanto en el deterioro cognitivo, como en las actividades de la vida diaria de los pacientes con deterioro cognitivo en fase leve y moderada.

La muestra, por conveniencia, fue de 30 pacientes en fase leve y moderada de deterioro cognitivo, divididos en un grupo experimental de 16 personas y un grupo control de 14 personas.

Del 100% de los adultos mayores que conforman la muestra; el 70% son mujeres y el 30% son hombres.

La edad de los adultos mayores va desde los 70 años hasta los 90. Los rangos abarcan 70 – 75 el 46.66%, de 76 – 80 el 33.33% y de 81 – 90 20%. Dando a notar que el rango de edad más concentrado es el de 70 – 75 años.

La distribución por edad y grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores abarca: de 70 – 75 años el 6.66% padece deterioro cognitivo en fase leve, de 76 – 80 años el 3.33% cursa con deterioro cognitivo en fase leve y en el rango de edad de 81 – 90 no hay pacientes con deterioro cognitivo en fase leve.

Hablando de deterioro cognitivo moderado; en el rango de 70 - 75 años el 40% lo padece, de 76 – 80 años el 30% tiene deterioro cognitivo en fase moderada y de 81 – 90 años el 20% tiene deterioro cognitivo moderado.

Al evaluar los resultados del pretest y posttest del Mini Mental de Folstein, se demuestra una mejoría en los resultados de los pacientes que conforman el grupo experimental.

Por el contrario, el registro de datos de la evaluación de resultados de la Escala de Katz no se observa disminución o mejora de las actividades de la vida diaria de los pacientes tratados con intervención cognitiva.

En el grupo control se observaron cambios en el puntaje posttest del Mini Mental, se registran puntajes menores a los recolectados antes de la intervención con estimulación cognitiva a los pacientes del grupo experimental

De igual forma en los resultados de la Escala de Katz se registra una notable disminución de los puntajes de las actividades de la vida diaria de los pacientes a quienes no se les aplicó el programa de intervención.

9. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio precisan datos relevantes que permiten conocer la rapidez de la evolución del deterioro cognitivo y el impacto que puede tener una intervención sistemática y propia para este tipo de pacientes.

El género en su mayoría de los pacientes es femenino. En nuestro país, como en América Latina, el género femenino tiene una expectativa de vida mayor que el género masculino. Por tanto, si uno de los riesgos de padecer Alzheimer es la edad, va implícita la idea de que las mujeres presentarán con más frecuencia EA que los hombres, puesto que viven más años. El riesgo es la edad, y como las mujeres viven más años, pues son mayormente el género femenino quién conforma la sociedad de adulto mayor con algún grado de deterioro cognitivo. (117, 118)

Respecto a la edad, es bastante notorio que el rango de edad más afectado es el de 70 – 75 años. La literatura dice que se considera a las personas adultos mayores a partir de los 60 años, y es bien sabido que el Alzheimer afecta a los adultos mayores. (119, 120)

Al ser la edad un riesgo de la EA, se pensaría que mientras más edad tenga el adulto mayor, más grado de afectación; sin embargo, aquí vemos que el grupo de edad más joven de adultos mayores padece un deterioro cognitivo moderado y no leve. Además, se han registrado casos aislados de personas adultas jóvenes (40 años aprox.) diagnosticadas con deterioro cognitivo severo, y se observa que a menor edad de padecer deterioro cognitivo, más rapidez de la evolución.

Los resultados del MMSE de pretest y postest del grupo experimental, muestran un cambio significativo; los adultos mayores aumentaron sus puntajes después de la intervención con estimulación cognitiva. Lo cual sustenta, más todavía, los resultados de investigaciones previas, donde se establece que todo paciente con deterioro cognitivo en fase leve o moderada, sometido a estimulación cognitiva, puede postergar, disminuir o limitar el curso evolutivo del deterioro. (121, 122)

La valoración de las actividades de la vida diaria de la escala de Katz no muestra variación alguna, es decir, los adultos mayores no modificaron o generaron cambio alguno. Esta investigación confirma lo descrito en otras investigaciones donde se establece que la estimulación cognitiva es un sustento muy útil para el mantenimiento de las funciones residuales de los pacientes con deterioro cognitivo. (123, 124)

Es importante tomar en cuenta que las intervenciones muestran mayor resultado con pacientes que cursan con deterioro cognitivo leve y, además, con un tiempo de un año como mínimo para poder ver resultados de mejora en las AVD. Sin embargo, en la presente investigación, se trabajó con pacientes que padecen deterioro cognitivo en grado moderado y con un periodo de intervención relativamente corto, por tal motivo, se considera relevante el hecho de que las

AVD de los pacientes se hayan mantenido estables y no hayan mostrado descensos en el puntaje de la Escala de Katz.

El Grupo Control, mostró un descenso marcado en el puntaje de MMSE en el posttest, lo cual hace evidente que una persona que manifiesta deterioro cognitivo en fase moderada, sin intervención de algún tipo de estimulación, es muy probable que empeore fácil y rápidamente, conduciendo a la persona a un grado de deterioro cognitivo grave, afectado su calidad de vida y la del cuidador principal.

En la Escala de Katz, el grupo control, también disminuyó en sus puntuaciones, haciendo notar la pérdida de funcionalidad más rápidamente que el grupo experimental, al no haber algún tipo de estimulación cognitiva, que limite, detenga o enlentezca el proceso evolutivo del deterioro cognitivo, la demencia sigue su curso y los pacientes llegan al estado grave más rápidamente que aquellos pacientes que tuvieron como respaldo algún tipo de terapia o estimulación cognitiva.

10. CONCLUSIÓN

Podemos concluir que sí existe un impacto de la Estimulación Cognitiva en las Actividades de la Vida Diaria de los pacientes con deterioro cognitivo. En los meses que se intervino en los centros geriátricos antes mencionados, se mostró el mantenimiento de la funcionalidad residual del grupo experimental. Y se da a conocer que con mayor tiempo de aplicación de estimulación cognitiva, los pacientes pueden llegar a modificar las AVD.

También se demuestra que existe una limitación de la evolución del deterioro cognitivo, los adultos mayores con estimulación cognitiva, tienen la esperanza de aplazar, detener o delimitar el curso degenerativo de la enfermedad.

La estimulación cognitiva, aplicada sistemáticamente, puede conservar las capacidades cognitivas y funcionales de los pacientes con deterioro cognitivo.

Podemos decir que la Estimulación Cognitiva es una herramienta eficaz para enfrentar el Deterioro Cognitivo que se presenta en la EA, a través de ésta los pacientes tienen la posibilidad de mejorar la calidad de vida.

México se encuentra atravesando un cambio demográfico, y es necesario que el país se prepare para enfrentar los nuevos desafíos que este cambio traerá consigo. Las demencias y/o el deterioro cognitivo serán padecimientos recurrentes. Es ahora cuando podemos comenzar a diseñar un futuro digno para los adultos mayores, proveyendo las herramientas necesarias para dar soluciones eficaces y eficientes a los trastornos que se tendrán que enfrentar.

Si bien, es cierto que la estimulación cognitiva es funcional, también es cierto que está fuera de la realidad actual de los centros geriátricos, hospitales y centros de día. Es de suma importancia que el personal profesional de enfermería se enfoque en estas áreas de deterioro cognitivo, demencias, salud mental, etc. Para que puedan promover, diseñar y aplicar programas, que conduzcan a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores con deterioro cognitivo.

Es necesario concientizar al gremio de la salud acerca de la apremiante necesidad de apoyar, intervenir, de invertir tiempo, fuerza y voluntad al mejoramiento del estado de los pacientes demenciados.

REFERENCIAS

- 1.- Tórtora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11 ed. México: Editorial Medica Panamericana; p 100
- 2.- Tórtora GJ, Derrickson B. *op. cit.* p. 100
- 3.- Organización Mundial de la Salud (2006). Genero y envejecimiento. <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF> accedido el 20 de mayo de 20011
- 4.- Uribe – Rodriguez, A. F.&buela – casal, G. (2008). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en perosnas mayores. Granada: universidad de granada.
- 5.- Pando M., M., Aranda B., C., Salazar E.,J. G., Aldrete R., G., Morales., R. y Balzazar P., N. (1998) redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor de Guadalajara. *Psicología y Salud*, 12,67 – 74
- 6.- Barraza, M., y Uranga, r. (s.f.) Reflecciones de una vida: guia de orientacion para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Recuperado en abril 11, 2010 de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/revista> blazar,d., y Palmore, E.(1976). Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist*, 16, 82 – 85)
7. - Barrantes – Monge, M., Rodríguez, E. & Lama., A. (2009). Relación médico paciente: Derechos del adulto mayor. *Acta Bioethica*, 15 (2), 216 – 221
- 8.- Cárdenas, Rosario (1998). “La disminución de la mortalidad y las causas de muerte”. En Demoa. Carta Demográfica sobre México 11. México. IISUNAM
- 9.- Consejo Nacional de Política Económica Social (CONAPES)(2004) Limeamientos para la operación del programa nacional de alimentaciona para el aduloto mayor “ uan luis londoño de la cuensta” y la seleccciona y priorizacion de sus beneficiarios. Documento conpes social, 86.
- 10.- Serie población y Desarrollo. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. José Miguel Guzmán. Proyecto Regional de Población CELADE –

FNUAP (fondo de población de las Naciones Unidas). Ed. Naciones Unidas
CEPAL ECLAC No. 28 p 7

11.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL en el marco del Programa Conjunto CEPAL – ASDI 2010 – 2011 “Protección e Inclusión Social en América Latina y el Caribe, Componente 3. Estrategias de Protección Social para una Población que envejece”. Boletín, El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Separata, p1

12.- Serie población y Desarrollo. *Op.cit.* p 9

13.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores Sociodemográficos para América Latina y el Caribe. P 21

14.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).*op.cit.* P 22

15.- De Vos, Susan, Patricio Solís, Verónica Montes de Oca (2001). Receipt of Instrumental Assistance and Extended Family Residence among Elderly Men in Mexico, International Journal of Aging and Human Development, vol. 58, núm. 1, pp 1 – 27

16.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL en el marco del Programa Conjunto CEPAL – ASDI 2010 – 2011. *op.cit.* p3

17.- Adultos mayores en México perfil sociodemográfico INEGI 2005

18.- INEGI. Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del Siglo XXI, 2005; p4

19.- INEGI. Los Adultos Mayores en México. *Op.cit.*p7

20.- Consejo Nacional de Población (2002). Proyecciones de la Población en México 2000 – 2050. México, CONAPO.

- 21.- INEGI. Adultos mayores en México. *Op.cit.* p3
- 22.- *ibidem*
- 23.- Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, Ginebra, 2010
- 24.- Montes de Oca, Verónica, Mirna Hebrero (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. Papeles de Población, núm. 50, pp 47 – 116
- 25.- Whitcomb PW. Esa magnífica legión de los viejos. Correo UNESCO 1982; (Oct. 21):35.
- 26.- Gmeltzaer SC, Bore B. Enfermería Médico Quirúrgica. España: Editorial Mc Graw -Hill; 1994. p. 177-202.
- 27.- González Sánchez RL, Fernández Torrente E. Características biopsicosociales de los ancianos en dos consultorios del policlínico “California”. Rev Cubana Med Gen Integr.1998;14(1):38-42.)
- 28.- Thomae H. (1982). New Perspectives on Old Age. New York: Springer Publishing Co.
- 29.- Chawla, T. (1998). The Participation of the Elderly in Development. United Nations, CSDHA, International Seminar Expert Group.
- 30.- Pérez Cárdenas C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr.1999;15(3):237-40.
- 31.- Pérez Rojo M. Características sociodemográficas de la familia cubana. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1997.p.1-20.
- 32.- Díaz Tabares O, Soles Quintana ML, García Capote M. El apgar familiar en ancianos conscientes. Rev Cubana Med Gen Integr.1998;14(6):548-53.
- 33.- Walsch TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1987.p.1-3.

- 34.- Ortiz Gómez MT, Lourre Bernal I , Jiménez Cangas L, Silva Ayçaguer LC. La salud familiar. Características de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr.1999;15(3):303-9.
- 35.- Chang Manchoands A. Psicogeriatría. En: Devesa Colina E, editor. Geriatría y Gerontología: La Habana: Editorial Científico Técnica;1995.p.15.
- 36.- Whitcomb PW. *Op.cit.* p.35.
- 37.- *ibidem*
- 38.- Rocabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Ciencias Médicas, 1992;vol 1:311.
- 39.- Arés Muzio P. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico–Técnica; 2010.
- 40.- Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Capítulo 43. Parte IX. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y medicina. Tomo I. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- 41.- Selman-Housein Abdo E. El hombre un ser social en: Cómo vivir 120 años. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
- 42.- Forttes BA. Diplomado de Gerontología a distancia. Programa para el Adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.
- 43.- Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2003. p. 41-6.
- 44.- Louro Bernal I. *op.cit.*
- 45.- Zaldívar Pérez DF. Funcionamiento familiar saludable [citado 8 Feb 2012]. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=238>)
- 46.- Forttes BA. *Op.cit.*

- 47.- Palluni, Alberto. (201). Living Arrangements of older persons. Population Bolletin of the United Nations, núm. 42 -43, pp 54 – 110
- 48.- Gomes, C., Montes de Oca, V. (2004). Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity, en Peter Lloyd – Sherlock (Comp.), Living Longer: Ageing, Development and Social Protection, Londres – Nueva York, Zed Books, pp. 230 – 248
- 49.- Hagestad, G:O: (1998). Demographic Change and the Life Course:Some Emerging Trends inthe Family Realm, Family Ralations. Vol. 37, núm 4, pp 405 – 410)
- 50.- Da Vanzo, Julie y Angelique Chan (1994). Living Arrangements of older Malaysiasns: Who Coresides with their Adult Children?, Demography, Vol. 31, núm 1, pp 95 – 113)
- 51.- Puga, D., Rosero, L., Glaser, K., Castro T. (2007) Red social y Salud del adulto mayor en Perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra, Población y Salud en Mesoamérica, vol. 5, núm 1 (revista electrónica semestral)
- 52.- De Vos, Susan, et.al. *op.cit.*
- 53.- Ham – Chande, R., Ybáñez, E., Torres, A. L. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México., Notas de Población, núm 77, pp 71 – 102
- 54.- Ramos, Liz. (1994). Family Suuport for the Elderly in Latin America: The Role of the Multigenerational Household, en Ageing and the Family, Nueva York, Naciones Unidas, pp 66 – 72
- 55.- Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 Oct-Dic; 24(4).
- 56.- Diccionario Básico de la Lengua Española LAROUSSE. México: Editorial Ultra; 1999. Locura; p. 342

57.- Bergeron M. Les Demences. En: Ey H, editor. Encyclopédie Medico – Chirurgicale: Psychiatrie. Vol II. París: 18 rue Seguiet; 1965. P. 37280 (A10). P. 1 – 14

58.- Weitbrecht HJ. Psychiatrie in Grunriss. Berlín: Springer – Verlag; 1963.

59.- Guía de bolsillo de la CIE- 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana2000

60.- Larragoiti Alonso R. Las Demencias en las edades avanzadas. Rev Hosp Psiquiatr Habana 1978; 28(3):31).

61.- Asociados a la enfermedad de Alzheimer Psicothema [en línea] 1995, 7 [fecha de consulta: 12 de julio de 2011] Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72707301>

62.- Muñoz Céspedes, Juan Manuellruarrizaga Díez, Iciar, Miguel Tobal, Juan José, Cano Vindel, Antonio. Deficits neuropsicologicos 0214-9915

63.- Tórtora GJ, Derrickson B. *op.cit.*

64.- León Carrión J. y Ruiz- Adame reina, m. (1994) introducción a las demencias: apuntes neuropsicológicos. Sevilla: Padilla

65.- Ruiz M. El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. Papeles del Psicólogo2000; Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77807602>.

Consultado el 12 de junio de 2011.

66.- Dono Castro C., Bardaza González S. Sudupe Alberdi J. González Louro A. Demencia tipo Alzheimer. Guías clínicas. 2004;4 (6). Disponible en <http://www.fisterna.com>

67.- García M, González A. Psicopatologái y Agentes biológicos. Barcelona: Masson; 1998

- 68.- Whitehouse PJ, Geldmacher CR, Esteban Santillana C. Ageing associated cognitive decline. En: Neurobase, S Gilman, GW Goldstein y SG Waxman eds. Arbor Publishing Corp, San Diego, Fourth ed., 1999
- 69.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- 70.- Eibly EM, Hogan DB, Parhad IM. Cognitive impairment in the Nondemented elderly, Arch Neurol 1995; 52:512-9 y tbn Petersen R, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment, clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56:303-8.
- 71.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Atención Primaria (DSM-IVAP)
- 72.- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona : Masson; 1995.
- 73.- First MB, Frances A, Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
- 74.- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC). Demencias. Barcelona: Casanova; 1999.
- 75.- Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994.
- 76.- Costa M. Trastornos cognitivos en psicopatología. Barcelona: J.R. Prous; 1995.
- 77.- Piaget, J. (1952). The Origins of intelligence in children (M. Cook, trans.). New York: International University Press.
- 78.- Auer, S.R., Sclan, S.G., Yaffee, R.A., & Reisberg, B. (1994). The neglected half of Alzheimer disease: Cognitive and functional concomitants of severe dementia. Journal of the American Geriatric Society, 42(12), 1266-1272

- 79.- Scian, S.G. & Reisberg, B. (1992). Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: Reliability, validity, and ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4, 55-69.
- 80.- Reisberg, B., Franssen, E.H., Souren, L.E., Auer, S.R., Akram, I., & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(4), 202-212.
- 81.- Portera A. Cajal y el cerebro plástico. *Rev Esp Patol* 2002; 35: 367-72.
- 82.- Dobkin BH. The clinical science of neurologic rehabilitation. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2003.
- 83.- Geschwind N. Mechanism of change after brain after brain lesions. In Nottebohm E, ed. Hope for a new neurology. *Ann Acad N Y* 1985; 457: 111.
- 84.- Gómez-Fernández L. Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Rev Neurol (Barcelona)* 2000; 31: 749-56.
- 85.- Bayona-Prieto J, Leon-Sarmiento FE, Bayona EA. Neurorehabilitation. En: Uribe CS, Arana A, Lorenzana P, editores. *Neurología*. 7^a ed. Medellín: CIB; 2009.
- 86.- Gollin BS. Developmental plasticity: behavioral and biological aspects of variation in developepmental. Nueva York: Academic Press; 1981
- 87.- León-Sarmiento FE, Gutiérrez CI, Bayona-Prieto J. Neurología funcional del blefaroespasmo. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 318-24.
- 88.- León-Sarmiento FE, Bayona-Prieto J, Bayona EA. Plasticidad neuronal, neurorrehabilitación y trastornos del movimiento: el cambio es ahora. *Acta Neurol Col* 2008; 24: 40-2.)
- 89.- Uzzell BP, Gross T. Clinical neuropsychology of intervention. Boston: Martinus Nijhoff; 1986.

- 90.- Tárraga L. Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. 6 ed. Medicine 1994; Número extraordinario : 4453.
- 91.- Kitwood T. Dementia Reconsidered: The person comes first. Open University Press, Buckingjam, 1997
- 92.- Folsom JC. Reality Orientation for elderly patient. J Geriatr Psychiatry 1996; 1:291 – 307
- 93.- Brook P, Degun G, Mather M. reality orientation, a therapy for psychogeratric patients: a controlled study. Br J Psychiatry 1975; 127: 42 – 45
- 94.- Spector A, Orrel M, Davies S, Woods B. Orientación a la realidad para la demencia. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Update Software. Oxford 2000
- 95.- Breuil V, De Rotrou J, Forette F, Tortriat D, Ganancia – Ganem A, Frambourt A eta la. Cognitive Stimulation of Patients with dementia: preliminary results. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9: 211 - 217)
- 96.- Zanetti O, Metitieri M, Bianchetti A, Frabucchi M. Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study. Neurobid Aging 1998; 19 (Sppl 4): 102 – 103
- 97.- Kiernat JM. The use of live review activity with confused nursing homes residents. Am J occupational Therapy 1979; 33: 306 – 10
- 98.- Baines S, Saxby P, Ehlert K. Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A controlled cross – over study of elderly confused people. Br J Psychiatry 1987; 151: 222 – 231
- 99.- Tarraga L. Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1998;27(Suppl 1):51-62.)
- 100.- Tárraga L. *op.cit.* pp.51 – 64

- 101.- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
- 102.- (Ermini – Füngschilling D, Hendriksen C, Mejer P, Regard M, Stähelin H. Entrenamiento cognitivo en pacientes externos con demencia leve: efectos sobre el estado de ánimo y las funciones cognitivas. En: Fitten J, Frisoni G, Vllas B. Investigación y práctica en la enfermedad de Alzheimer. Glosa Ediciones. Barcelona 1998: 221 – 239)
- 103.- Leddy S. y Peppler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Professional. 1ª ed. México: OPS; 1989
- 104.- Colliere M. Promover la vida. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993
- 105.- Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21.
- 106.- Restrepo de A. CM. Simbolismo de la profesión. En: Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín; 1997. p. 162-98.
- 107.- Ballesteros MM, Jiménez L. La enfermería, una profesión de servicio a las personas. Metas de enfermería 2003; 6(59):65-7.
- 108.- Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En: Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería. Inv Edu Enfer 2000; 10(2):53-6.
- 109.- CIE. La definición de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>. Consultado en marzo de 2005.)
- 110.- (Bermejo F, rivera J, Trincado R, Olzarán J, Morales JM. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos; 1998).

- 111.- Schweiger JL, Huey RA, Enfermedad de Alzheimer. Papel de la enfermera en el equipo asistencial. Nursing (Ed. Española) 1994; 17: 8 – 14.
- 112.- Garré – Olmo J, Hernández – Fernández M, Lozano – Gallego M, Vilalta – Franch J, Turón – Estrada A, Cruz – Reina MM, et al. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Rev Neurol 2000; 31:522 – 7.
- 113.- Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales: necesidades y ayudas. Rev Rol Enferm. 2001;3:183-9.
- 114.- Darías S. Los cuidadores de los ancianos ¿necesitan cuidados de enfermería? Gerokomos. 1999;10(3):125-30. Y también Caballé E, Megido M, Esquínez J, Carrasco R, Capetti S. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. Aten Primaria. 1999; 23:493-5.
- 115.- Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al.2006, Prous Science SA.)
- 116.- Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. E Valderrama et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 32 (5): 297-306 1997).
- 117.- INEGI. *Op.cit.*p3
- 118.- Consejo Nacional de Población (2002). *Op.cit.*
- 119.- Tórtora GJ, Derrickson B. *op.cit.*
- 120.- First MB, Frances A, Alan. *op.cit.*
- 121.- Zanetti O.et.al. *op.cit.*
- 122.- Tárraga L. El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2000;35 (Supl. 2): 51 – 64)
- 123.- Tarraga L. Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral. *Op.cit.*

124.- Tárraga L. El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Op.cit.*

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Adultos mayores en México perfil sociodemográfico INEGI 2005
- 2.- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona : Masson; 1995.
- 3.- Arés Muzio P. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.
- 4.- Asociados a la enfermedad de Alzheimer Psicothema [en línea] 1995, 7 [fecha de consulta: 12 de julio de 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72707301>
- 5.- Auer, S.R., Sclan, S.G., Yaffee, R.A., & Reisberg, B. (1994). The neglected half of Alzheimer disease: Cognitive and functional concomitants of severe dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 42(12), 1266-1272
6. - Baines S, Saxby P, Ehlert K. Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A controlled cross – over study of elderly confused people. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 222 – 231
- 7.- Ballesteros MM, Jiménez L. La enfermería, una profesión de servicio a las personas. *Metas de enfermería* 2003; 6(59):65-7.
8. - Barrantes – Monge, M., Rodríguez, E. & Lama., A. (2009). Relación médico paciente: Derechos del adulto mayor. *Acta Bioethica*, 15 (2), 216 – 221
- 9.- Barraza, M., y Uranga, r. (s.f.) Reflecciones de una vida: guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Recuperado en abril

11, 2010 de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/revista> blazar,d., y Palmore, E.(1976). Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist*, 16, 82 – 85)

10.- Bayona-Prieto J, Leon-Sarmiento FE, Bayona EA. Neurorehabilitation. En: Uribe CS, Arana A, Lorenzana P, editores. *Neurología*. 7ª ed. Medellín: CIB; 2009.

11.- Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2003. p. 41-6.

12.- Bergeron M. Les Demences. En: Ey H, editor. *Encyclopédie Médico – Chirurgicale: Psychiatrie*. Vol II. París: 18 rue Segulier; 1965. P. 37280 (A10). P. 1 – 14

13.- Bermejo F, rivera J, Trincado R, Olzarán J, Morales JM. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos; 1998

14.- Breuil V, De Rotrou J, Forette F, Tortriat D, Ganancia – Ganem A, Frambourt A eta la. Cognitive Stimulation of Patients with dementia: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9: 211 - 217)

15. - Brook P, Degun G, Mather M. reality orientation, a therapy for psychogeratric patients: a controlled study. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 42 – 45

16.- Cacho, J; García R; Arcaya J; Vicente;LV;Cantada N. Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Neurol* 1999;28 (7): 648 - 655

17.- Cárdenas, Rosario (1998). “La disminución de la mortalidad y las causas de muerte”. En Demoa. Carta Demográfica sobre México 11. México. IISUNAM

18.- Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En: *Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería*. *Inv Edu Enfer* 2000; 10(2):53-6.

19.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL en el marco del Programa Conjunto CEPAL – ASDI 2010 – 2011 “Protección e Inclusión Social en América Latina y el Caribe, Componente 3. Estrategias de Protección Social para una Población que envejece”. Boletín, El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Separata, p1

20.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores Sociodemográficos para América Latina y el Caribe. P 21

21.- Chang Manchoands A. Psicogeriatría. En: Devesa Colina E, editor. Geriatría y Gerontología: La Habana: Editorial Científico Técnica;1995.p.15.

22.- Chawla, T. (1998). The Participation of the Elderly in Development. United Nations, CSDHA, International Seminar Expert Group.

23.- CIE. La definición de enfermería. *Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>*. Consultado en marzo de 2012.

24.- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer’s disease and vascular dementia (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.

25.- Colliere M. Promover la vida. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993

26.- Consejo Nacional de Política Económica Social (CONAPES)(2004) Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor “ Juan Luis Londoño de la Cuensta” y la selección y priorización de sus beneficiarios. Documento conpes social, 86.

- 27.- Consejo Nacional de Población (2002). Proyecciones de la Población en México 2000 – 2050. México, CONAPO.
- 28.- Costa M. Trastornos cognitivos en psicopatología. Barcelona: J.R. Prous; 1995.
- 29.- Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al.2006, Prous Science SA.
- 30.- Da Vanzo, Julie y Angelique Chan (1994). Living Arrangements of older Malaysians: Who Coresides with their Adult Children?, Demography, Vol. 31, núm 1, pp 95 – 113)
- 31.- Darias S. Los cuidadores de los ancianos ¿necesitan cuidados de enfermería? Gerokomos. 1999;10(3):125-30. Y también Caballé E, Megido M, Esquínez J, Carrasco R, Capetti S. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. Aten Primaria. 1999; 23:493-5.
- 32.- De Vos, Susan, Patricio Solís, Verónica Montes de Oca (2001). Receipt of Instrumental Assistance and Extended Family Residence among Elderly Men in Mexico, International Journal of Aging and Human Development, vol. 58, núm. 1, pp 1 – 27
- 33.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- 34.- Díaz Tabares O, Soles Quintana ML, García Capote M. El apgar familiar en ancianos conscientes. Rev Cubana Med Gen Integr.1998;14(6):548-53.
- 35.- Diccionario Básico de la Lengua Española LAROUSSE. México: Editorial Ultra; 1999. Locura; p. 342
- 36.- Dobkin BH. The clinical science of neurologic rehabilitation. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2003.

- 37.- Dono Castro C., Bardaza González S. Sudupe Alberdi J. González Louro A. Demencia tipo Alzheimer. Guías clínicas. 2004;4 (6). Disponible en <http://www.fisterna.com>
- 38.- Ebly EM, Hogan DB, Parhad IM. Cognitive impairment in the Nondemented elderly, Arch Neurol 1995; 52:512-9 y tbn Petersen R, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment, clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56:303-8.
- 39.- Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales: necesidades y ayudas. Rev Rol Enferm. 2001;3:183-9.
- 40.- Ermini – Füngschilling D, Hendriksen C, Mejer P, Regard M, Stähelin H. Entrenamiento cognitivo en pacientes externos con demencia leve:efectos sobre el estado de ánimo y las funciones cognitivas. En: Fitten J, Frisoni G, Villas B. Investigación y práctica en la enfermedad de Alzheimer. Glosa Ediciones. Barcelona 1998: 221 – 239
- 41.- First MB, Frances A, Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
- 42.- Folsom JC. Reality Orientation for elderly patient. J Geriatr Psychiatry 1996; 1:291 – 307
- 43.- Forttes BA. Diplomado de Gerontología a distancia. Programa para el Adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.
- 44.- García M, González A. Psicopatologái y Agentes biológicos. Barcelona: Masson; 1998
- 45.- Garré – Olmo J, Hernández – Fernández M, Lozano – Gallego M, Vilalta – Franch J, Turón – Estrada A, Cruz – Reina MM, et al. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Rev Neurol 2000; 31:522 – 7.

Garcés de los Fayos E; Peinado AI. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer, el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. Vol. 14, No. 1 (1998)

46.- Geschwind N. Mechanism of change after brain after brain lesions. In Nottebohm E, ed. *Hope for a new neurology*. Ann Acad N Y 1985; 457: 111.

47.- Gmeltzer SC, Bore B. *Enfermería Médico Quirúrgica*. España: Editorial McGraw-Hill; 1994. p. 177-202.

48.- Gomes, C., Montes de Oca, V. (2004). Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity, en Peter Lloyd – Sherlock (Comp.), *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Londres – Nueva York, Zed Books, pp. 230 – 248

49.- Gómez-Fernández L. Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Rev Neurol* (Barcelona) 2000; 31: 749-56.

50.- González Sánchez RL, Fernández Torrente E. Características biopsicosociales de los ancianos en dos consultorios del policlínico “California”. *Rev Cubana Med Gen Integr*.1998;14(1):38-42.

51.- Gollin BS. *Developmental plasticity: behavioral and biological aspects of variation in developmental*. Nueva York: Academic Press; 1981

52.- *Guía de bolsillo de la CIE- 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana2000

53.- Hagestad, G:O: (1998). Demographic Change and the Life Course:Some Emerging Trends inthe Family Realm, *Family Relations*. Vol. 37, núm 4, pp 405 – 410)

54.- Ham – Chande, R., Ybáñez, E., Torres, A. L. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México., *Notas de Población*, núm 77, pp 71 – 102

- 55.- INEGI. Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del Siglo XXI, 2005; p4
- 56.- Kiernat JM. The use of live review activity with confused nursing homes residents. Am J occupational Therapy 1979; 33: 306 – 10
- 57.- Kitwood T. Dementia Reconsidered: The person comes first. Open University Press, Buckingjam, 1997
- 58.- Larragoiti Alonso R. Las Demencias en las edades avanzadas. Rev Hosp Psiquiatr Habana 1978; 28(3):31).
- 59.- Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.1ª ed. México: OPS; 1989
- 60.- León Carrión J. y Ruiz- Adame reina, m. (1994) introducción a las demencias: apuntes neuropsicológicos. Sevilla: Padilla
- 61.- León-Sarmiento FE, Bayona-Prieto J, Bayona EA. Plasticidad neuronal, neurorrehabilitación y trastornos del movimiento: el cambio es ahora. Acta Neurol Col 2008; 24: 40-2.)
- 62.- León-Sarmiento FE, Gutiérrez CI, Bayona-Prieto J. Neurología funcional del blefaroespasmo. Medicina (Buenos Aires) 2008; 68: 318-24.
- 63.- Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Capítulo 43. Parte IX. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y medicina. Tomo I. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- 64.- Lozano R; Frenk J; Mora MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Salud Pública de México, noviembre – diciembre, año/vol. 38, número 006 Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Pp. 419 - 429
- 65.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Atención Primaria (DSM-IVAP)

- 66.- Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 Oct-Dic; 24(4).
- 67.- Menéndez J; Guevara A; León EM; Marín C; Alonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam, Salud pública/Pan Am J Public Health 17 (5/6), 2005. 353 - 361
- 68.- Montes de Oca, Verónica, Mirna Hebrero (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. Papeles de Población, núm. 50, pp 47 – 116
- 69.- Muñoz Céspedes, Juan Manuellruarrizaga Díez, Iciar, Miguel Tobal, Juan José, Cano Vindel, Antonio. Deficits neuropsicologicos 0214-9915
- 70.- Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, Ginebra, 2010
- 71.- Organización Mundial de la Salud (2006). Genero y envejecimiento. <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF> accedido el 20 de mayo de 2011
- 72.- Ortiz Gómez MT, Lourre Bernal I , Jiménez Cangas L, Silva Ayçaguer LC. La salud familiar. Características de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr.1999;15(3):303-9.
- 73.- Pando M., M., Aranda B., C., Salazar E.,J. G., Aldrete R., G., Morales., R. y Balzazar P., N. (1998) redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor de Guadalajara. Psicología y Salud, 12,67 – 74
- 74.- Palluni, Alberto. (201). Living Arrangements of older persons. Population Bolletin of the United Nations, núm. 42 -43, pp 54 – 110
- 75.- Pérez Cárdenas C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr.1999;15(3):237-40.

- 76.- Pérez Rojo M. Características sociodemográficas de la familia cubana. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1997.p.1-20.
- 77.- Piaget, J. (1952). The Origins of intelligence in children (M. Cook, trans.). New York: International University Press.
- 78.- Portera A. Cajal y el cerebro plástico. *Rev Esp Patol* 2002; 35: 367-72.
- 79.- Puga, D., Rosero, L., Glaser, K., Castro T. (2007) Red social y Salud del adulto mayor en Perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra, Población y Salud en Mesoamérica, vol. 5, núm 1 (revista electrónica semestral)
- 80.- Ramos, Liz. (1994). Family Support for the Elderly in Latin America: The Role of the Multigenerational Household, en *Ageing and the Family*, Nueva York, Naciones Unidas, pp 66 – 72
- 81.- Reisberg, B., Franssen, E.H., Souren, L.E., Auer, S.R., Akram, I., & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(4), 202-212.
- 82.- Restrepo de A. CM. Simbolismo de la profesión. En: *Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia*. Medellín; 1997. p. 162-98.
- 83.- Rocabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Ciencias Médicas, 1992;vol 1:311.
- 84.- Roig MV; Abengózar MC; Sierra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*. Vol. 14 No. 2 (1998) pp 215 - 227
- 85.- Ruiz M. El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo*2000; Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77807602>. Consultado el 12 de junio de 2011.

- 86.- Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21.
- 87.- Schweiger JL, Huey RA, Enfermedad de Alzheimer. Papel de la enfermera en el equipo asistencial. Nursing (Ed. Española) 1994; 17: 8 – 14.
- 88.- Sclan, S.G. & Reisberg, B. (1992). Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: Reliability, validity, and ordinality. International Psychogeriatrics, 4, 55-69.
- 89.- Selman-Housein Abdo E. El hombre un ser social en: Cómo vivir 120 años. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
- 90.- Serie población y Desarrollo. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. José Miguel Guzmán. Proyecto Regional de Población CELADE – FNUAP (fondo de población de las Naciones Unidas). Ed. Naciones Unidas CEPAL ECLAC No. 28 p 7
- 91.- Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994.
- 92.- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC). Demencias. Barcelona: Casanova; 1999.
- 93.- Spector A, Orrel M, Davies S, Woods B. Orientación a la realidad para la demencia. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Update Software. Oxford 2000
- 94.- Tárraga L. El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2000;35 (Supl. 2): 51 – 64)
- 95.- Tárraga L. Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. 6 ed. Medicine 1994; Número extraordinario : 4453.

- 96.- Tarraga L. Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1998;27(Suppl 1):51-62.)
- 97.- Thomae H. (1982). New Perspectives on Old Age. New York: Springer Publishing Co.
- 98.- Tórtora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11 ed. México: Editorial Medica Panamericana; p 100
- 99.- Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. E Valderrama et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 32 (5): 297-306 1997).
- 100.- Uribe – Rodriguez, A. F.&buela – casal, G. (2008). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: universidad de granada.
- 101.- Uzzell BP, Gross T. Clinical neuropsychology of intervention. Boston: Martinus Nijhoff; 1986.
- 102.- Walsch TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1987.p.1-3.
- 103.- Weitbrecht HJ. Psychiatrie in Grunriss. Berlín: Springer – Verlag; 1963.
- 104.- Whitcomb PW. Esa magnífica legión de los viejos. Correo UNESCO 1982; (Oct. 21):35.
- 105.- Whitehouse PJ, Geldmacher CR, Esteban Santillana C. Ageing associated cognitive decline. En: Neurobase, S Gilman, GW Goldstein y SG Waxman eds. Arbor Publishing Corp, San Diego, Fourth ed., 1999
- 106.- Wong, R; Espinoza, M; Pallón, A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: Salud y envejecimiento. Salud Pública mx/ 2007; 49 supl 4: S436 – S447

107.- Zaldívar Pérez DF. Funcionamiento familiar saludable [citado 8 Feb 2012].
Disponible en:
<http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=238>)

108- Zanetti O, Metitieri M, Bianchetti A, Frabucchi M. Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study. *Neurobiol Aging* 1998; 19 (Suppl 4): 102 – 10

10 ANEXOS

Anexo 1

Estructura de una Sesión de Estimulación Cognitiva		
Duración	Actividad	Estimulación Cognitiva
20 min	Bienvenida	
20 min	Día, fecha, mes, año, estación, hora del día aproximado, días y horas que estamos en el taller	Orientación Temporal
20min	Lugar donde estamos (nombre del centro), calle, número, colonia, delegación, país	Orientación Espacial
20 min	Nombre y apellidos, edad, estudios realizados, profesión realizada, estado civil, nombre cónyuge, n ^o hijos/as, nombre hijos/as, n ^o nietos/as, nombre nietos/as, domicilio, medio de transporte utilizado para acudir al taller de Estimulación Cognitiva	Orientación en Persona
20 min	Asociación Cara - Nombre. Todos los participantes del Taller se sientan siempre en el mismo lugar.	Memoria de aprendizaje
20 min	Completar un dibujo	Praxia Constructiva

Nota: Los ejercicios de la última sección se fueron cambiando para abarcar todas las áreas donde hay deterioro cognitivo (praxias, gnosias, memoria, concentración, etc

Anexo 2

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

(Folstein, et al, 1975)

Modificado por el grupo del consenso sobre el síndrome del deterioro intelectual y padecimientos asociados. Fundación Mexicana para la salud, 1996.

Nombre: _____ Fecha de evaluación: _____ M F

Edad: _____ Evaluador (a)

Escolaridad (en años) _____ Calificación total _____

En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con 0 cuando son incorrectas. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección.

Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total.

Calificación Máxima	Calificación obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta correcta obtenida)
		Orientación
5		() Pregunte ¿Qué fecha es hoy? Después complete sólo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas: ¿En qué año estamos? () ¿En qué mes estamos? () ¿Qué día del mes es hoy? () () ¿Qué día de la semana? () ¿Qué hora es aproximadamente? ()
5		() Pregunte ¿En dónde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, hospital, etc.) Para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: ¿En qué lugar estamos? () ¿En qué país? () () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()
3		Registro () Diga al sujeto la instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras: Flor, coche, nariz. Después pida al sujeto; repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento, cuando el sujeto diga he terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde. Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras o bien hasta seis ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o veces que presentó la lista para que el sujeto recordara (recuerde la calificación para este reactivo se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo) Flor () Coche () Nariz () Número de ensayos: (de 1 a 6) _____
5		Atención y Cálculo () Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez, ej. $40 - 4 = 36 - 4 = 32$. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda) 28 () 24 () 20 () 16 () 12 ()
		Evocación

- 3 () Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí recordara.
Flor ()
Coche ()
Nariz ()

Lenguaje

- 2 () Nombrar. Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto?
Repita lo mismo con una pluma.
Reloj ()
Pluma ()

Repetición

- 1 () Diga la sujeto la siguiente instrucción. Le voy a decir una oración y repítala después de mí, (diga lenta y claramente) no voy si tú no llegas temprano (sólo ensayo).

Comprensión

- 3 () Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto:
Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela u tírela al piso (dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).
Tome la hoja de papel.
Con su mano derecha ()
Dóblela ()
Tírela al piso ()

Lectura

- 1 () Muestre al sujeto la instrucción escrita: "Cierre los ojos", (previamente doble la hoja sobre la línea punteada y muestre sólo el letrero). Pida al sujeto:
Por favor haga lo que dice aquí ()

CIERRE LOS OJOS

Escritura

- 1 () presente al sujeto el reverso de la hoja en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda). ()

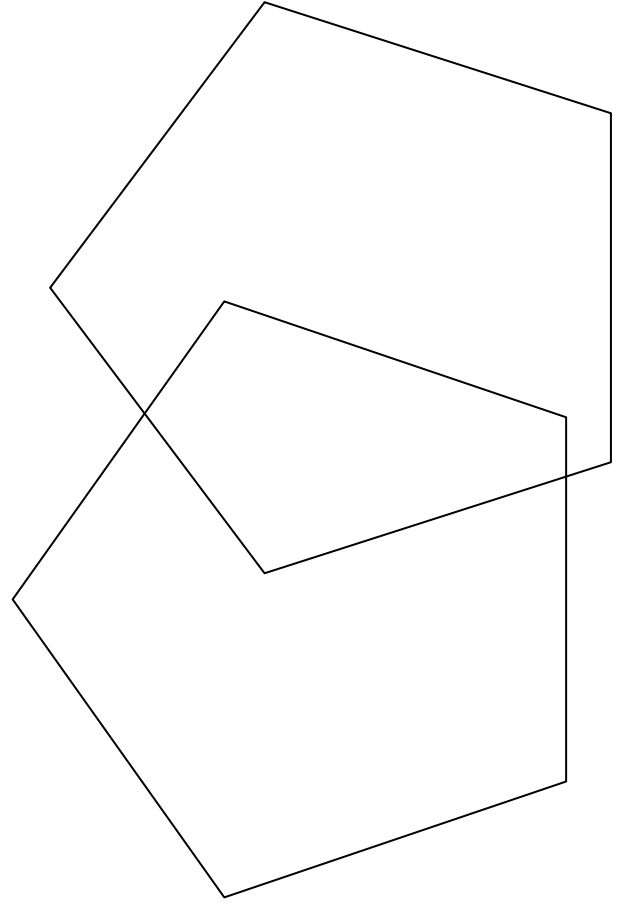
Copia del modelo

- 1 () Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados. Pídale al sujeto: Copie por favor este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos y dos intersecados.

(No tome en cuenta temblor ni rotación) ()

Total: _____

CIERRE SUS OJOS



Anexo 3

LAVADO		
<input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma habitual de bañarse).	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (p. ej., espalda o piernas).	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
VESTIDO		
<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE		
<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	<input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete.
MOVILIZACIÓN		
<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	<input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	<input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
CONTINENCIA		
<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.	<input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
ALIMENTACIÓN		
<input type="checkbox"/> Sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcialmente o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
<input type="checkbox"/> Independiente.	<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente.	
<p>VALORACIÓN</p> <p>A. INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES. B. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO EN UNA DE ELLAS. C. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO Y OTRA MÁS. D. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO VESTIDO Y OTRA MÁS. E. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO Y OTRA MÁS. F. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO, MOVILIZACIÓN Y OTRA MÁS. G. DEPENDIENTE EN LAS SEIS FUNCIONES.</p> <p>OTRAS. DEPENDIENTE AL MENOS EN DOS FUNCIONES, PERO NO CLASIFICABLE COMO C, D, E o F.</p>		

Figura 4. Índice de Katz.