



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS
ADULTAS MAYORES CON DETERIORO
COGNITIVO LEVE.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

Ψ ALEJANDRO JAVIER GONZÁLEZ GASPAR

DIRECTORA:

MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE CORIA

REVISORA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



**Facultad
de Psicología**

2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice.

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Vejez y Envejecimiento.....	7
1.1 El proceso del envejecimiento.....	9
1.1.1 Perspectiva Biopsicosocial.....	11
1.1.2 Teorías del envejecimiento.....	13
1.1.3 Teorías biológicas.....	14
1.1.4 Teorías psicológicas.....	16
1.1.5 Teorías sociales.....	16
Capítulo II. Demencias.....	18
2.1 Historia de las demencias.....	18
2.1.1 Definición de demencia.....	19
2.1.2 Síntomas conductuales de la demencia.....	20
2.1.3 Síntomas cognitivos de la demencia.....	22
2.2 Demencia de tipo Alzheimer.....	23
2.2.1 Historia de la demencia tipo Alzheimer.....	23
2.2.2 Definición de la enfermedad de Alzheimer.....	24
2.2.3 Causas y factores de riesgo.....	25
2.2.4 Etiología de la enfermedad de Alzheimer.....	27
2.2.5 Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer.....	30
2.2.6 Sintomatología (Nosología).....	32
2.2.7 Diagnostico de la enfermedad de Alzheimer.....	33
2.2.8 Pronostico de la enfermedad de Alzheimer.....	41
2.2.9 Tipos de tratamiento.....	42
2.3 Medidas preventivas.....	45
Capítulo III. Deterioro Cognitivo.....	47
3.1 Deterioro Cognitivo Leve.....	47
3.2 Rehabilitación.....	49
3.2.1 Rehabilitación cognitiva.....	49
3.2.2 Estimulación cognitiva.....	50
3.2.3 Rehabilitación neuropsicológica.....	51
3.2.4 Enfoques en rehabilitación neuropsicológica.....	52
3.2.5 Fundamentos neuropsicológicos de la rehabilitación cognitiva.....	53
3.2.6 Plasticidad cerebral.....	55
Capítulo IV. Método.....	58
Capítulo V. Resultados.....	79
Capítulo VI. Discusión-Conclusión.....	83
Sugerencias.....	88
Limitaciones.....	89
Referencias Bibliográficas.....	90
Anexos.....	92

Agradecimientos.

Quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta este punto tan importante en mi vida, por lograr cerrar este ciclo para poder comenzar con nuevos.

A mis padres (Juan y Lourdes) por darme la vida y brindarme su apoyo y comprensión en todas mis decisiones, siempre pensando en mi bienestar, Gracias por estar siempre conmigo, los amo.

A mis hermanos y a toda mi Familia que estuvo involucrada en este proceso, Tía Paty no te quedas fuera Gracias por brindarme todo tu apoyo te quiero muchísimo.

A Hugo porque me ayudó en todo este proceso y apoyó en aquellos momentos difíciles mostrándome que en la vida siempre hay que dar el máximo aunque las cosas estén en nuestra contra, mil Gracias.

A todas las personas que me ayudaron en mi taller, aprendí y sigo aprendiendo mucho de ellos, principalmente gracias a los señores Bertha y Tacho por brindarme su casa y apoyo.

A mis amigos por su apoyo y motivación, sin ellos no hubiera podido terminar este proyecto, los quiero, admiro y saben que siempre contarán conmigo en las buenas y en las malas.

A mi directora Alma Mireia, mi revisora María Eugenia por creer en mí brindarme sus conocimientos y principalmente por apoyarme, Gracias por permitirme conocer los seres humanos maravillosos que son.

Y finalmente pero no menos importante a la UNAM y a la Facultad de psicología por brindarme las herramientas para llegar a ser lo que hoy en día soy...

GRACIAS!!!

POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITÚ.

Resumen

Se inicia con una revisión general del envejecimiento, sus implicaciones físicas y los cambios cognitivos que conlleva, así como las perspectivas teóricas en los cuales se basa, se expone el envejecimiento como un proceso que se da desde que nacemos hasta el día de nuestra muerte y que muchas de las veces se le suele confundir con la senilidad, que son los cambios patológicos coligados al envejecimiento. Las perspectivas de la psicología evolutiva, como lo son: la perspectiva decremental del envejecimiento cognitivo, la perspectiva del procesamiento de la información y las teorías evolutivas del desarrollo cognitivo o el estudio del pensamiento post formal explican los cambios cognitivos en los adultos mayores.

Posteriormente me adentrare a los temas de deterioro cognitivo leve, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Estos temas se encuentran ligados, el primero de ellos, visto como un estadio intermedio hacia la enfermedad de Alzheimer que es una de las demencias de gran relevancia y estudio en la actualidad.

Por último se aborda la estimulación cognitiva como método de rehabilitación para el deterioro cognitivo, así como la base teórica en el cual recae la estimulación cognitiva que es la neuroplasticidad.

El objeto de estudio es la estimulación cognitiva aplicada en la rehabilitación de las funciones cognitivas de los adultos mayores que padecen deterioro cognitivo leve; de esta manera la importancia de este estudio es que al ser una intervención con base neuropsicológica, aplicada a una fase temprana que conduce a la enfermedad de Alzheimer como lo es el deterioro cognitivo leve, se logrará ayudar a las personas que lo sufren, a afrontar y recuperar en la medida posible problemas de memoria principalmente, sin dejar de atender aquellas otras áreas que comienzan a verse afectadas como: Memoria, Orientación, Atención, Lenguaje, Calculo y Motricidad.

Introducción

Solía decirse que el ser humano nacía, crecía, se reproducía y moría. Sin embargo el ciclo vital ha sufrido modificaciones importantes: ahora nace, crece, se desarrolla, a veces se reproduce, madura, envejece y muere.

El estudio de la vejez y envejecimiento ha generado conocimientos alentadores con respecto a la última etapa de vida. Las ideas que antes se daban por ciertas, ahora han caído en desuso y los estudios realizados en el área geriátrica y gerontológica, brindan una nueva perspectiva para todos los individuos que están en esta etapa y para todos los que se acercan a ella.

Dado que todos los países marchan hacia sociedades envejecidas, es prioritaria la implementación de objetivos, acciones y estrategias que lleven a los individuos hacia un envejecimiento activo, entendido éste como el proceso por medio del cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida.

Con el transcurrir de los años, la edad adulta trae consigo el envejecimiento con sus diversos padecimientos propios de la edad, por lo que un gran porcentaje de personas de la tercera edad presenta una o varias enfermedades, sobre todo de las conocidas como crónicas-degenerativas, que van ocasionando una disminución de las capacidades y funciones físicas y mentales, hasta que el individuo se vuelve dependiente de los demás.

Los adultos mayores sufren cambios físicos como son la pérdida de visión, de audición, de locomoción, los reflejos se enlentecen, etc.; el cerebro también sufre una transformación física al disminuir su peso y volumen, debido a una disminución en el tamaño de las neuronas y una baja en las dendritas, lo que origina cambios cognitivos en esta etapa de la vida.

A pesar de que muchas personas mayores desean seguir trabajando y/o desarrollándose personalmente para autorrealizarse y mantenerse activos, se autorrestringen por los cambios que experimentan en sus capacidades cognitivas, en general, pero en la memoria en particular.

Ante este panorama, me motive a realizar este trabajo, ya que la gran mayoría de los adultos mayores hablan sobre su mala memoria que presentan y todos aquellos cambios que están sufriendo cotidianamente, como olvidar las actividades que realizaron durante el día, o días anteriores, la dificultad de comprender las cosas que están leyendo, los nombres de las personas, poner atención en sus actividades, o incluso si tomaron o no sus medicamentos, etcétera.

La mayoría de los adultos mayores se resignan a tener estos cambios cognitivos, tomándolos como algo normal de la edad, sin embargo tener olvidos frecuentes, problemas de memoria, atención, orientación, lenguaje, cálculo, motricidad, demencias como Alzheimer, entre otros no es normal, por lo cual el presente trabajo propone la creación de un taller de rehabilitación cognitiva, elaborado a partir de documentación e investigación sobre el tema, con el objetivo de hacer una intervención con base neuropsicológica, aplicada a una fase temprana que conduce a la enfermedad de Alzheimer como lo es el deterioro cognitivo leve, de esta forma se logrará ayudar a las personas que lo sufren a afrontar y recuperar en la medida de lo posible problemas de memoria principalmente, sin dejar de atender aquellas otras áreas que comienzan a verse afectadas.

Para lograr este objetivo, se comenzará con una revisión general del envejecimiento, sus implicaciones físicas y cambios cognitivos que conlleva, así como las perspectivas teóricas del envejecimiento (envejecimiento, biológicas, psicológicas y sociales).

Posteriormente se revisará lo que son las demencias, su historia, síntomas (cognitivos y conductuales) así como la demencia de tipo Alzheimer y cuáles son sus causas, factores de riesgo, sintomatología, etiología, epidemiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y medidas preventivas.

Por último se explicará lo que es el deterioro cognitivo leve, lo que es la rehabilitación cognitiva y estimulación cognitiva, algunos enfoques sobre la rehabilitación neuropsicológica y lo que es la plasticidad cerebral.

CAPITULO I

Vejez y envejecimiento.

“En la mayoría de las culturas, se da por sentado que la vida humana consiste en una serie de etapas sucesivas, entre el nacimiento y la muerte, y cada una de estas comienzan en un momento muy preciso, celebrado con ritos pasajeros, tras los cuales el individuo se mantiene estable por cierto número de años hasta comenzar la etapa siguiente”. **(Rodríguez, 1989).**

Por ello, en la vida humana, el envejecimiento es una parte constante e irreversible del ciclo vital. En este punto las facultades empiezan a descender a ritmo variable según cada individuo y el momento vital por el que pase.

La vejez y el envejecimiento suponen un proceso que se manifiesta de manera global, afectando no solo a las personas, sino que también a las familias, los hogares y grupos poblacionales en su conjunto. Dentro de este contexto, las sociedades envejecidas o en proceso de serlo están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo.

Para abordar los términos de vejez y envejecimiento hay que mencionar el ciclo vital del ser humano, de acuerdo a esta perspectiva las personas pasan por los estadios: infancia, adolescencia, adultez y vejez respectivamente, dentro de los cuales cada persona se desarrolla como individuo de forma diferenciada a los demás, es decir, implica aceptar que a lo largo de toda la vida de los individuos experimentan pérdidas y ganancias, y que las incorporan a ella y las asumen desde sus propias características personales y experiencias vitales. **(Sendra, 2009).**

Para citar de manera directa la perspectiva del ciclo vital, esta concibe la vida de las personas de manera dinámica, como un continuo que se ve influido por diversos factores (culturales, sociales, históricos, de salud, personales, etc.), que van determinando al ser humano como es en su vida actual **(Sendra, 2009)**.

Ambas expresiones “vejez y envejecimiento” son comúnmente usadas dentro de nuestra sociedad, y por lo general se considera “al envejecimiento como un proceso que se inicia desde la concepción y termina con la muerte, mientras que, la vejez, es el resultado del envejecimiento considerándose como una etapa más en el desarrollo del ser humano”. **(Ancona & Fayne, 1993, en Feria, 2005)**.

Los gerontólogos por su parte, han propuesto que debemos distinguir entre “envejecimiento” y “vejez”, para poder hacer distinciones entre un proceso vital el cual es el envejecimiento y el período de la vida humana que antecede a la muerte que es la vejez **(Hidalgo, 2001)**.

En la literatura referente al tema existe una gran variedad de definiciones de envejecimiento y la vejez, debido a los diferentes enfoques planteados, lo cual hace una tarea compleja llegar a una definición concluyente de envejecimiento y vejez.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento se define como la pérdida progresiva de la función. Esta pérdida relacionada con la edad ocurre junto con la disminución de la fertilidad y el aumento de la mortalidad. **(Lewis, 2004)**.

El envejecimiento es un proceso natural y universal de cambios biológicos irreversibles que ocurren a través de la vida, y que tiene como resultado final la muerte. **(Montilla, 2009)**.

Para **Sendra (2009)** “la vejez es un periodo normal del proceso vital, con características especiales y tareas propias del desarrollo, que plantea nuevos desafíos para quien la está experimentando” p.116.

La vejez, está asociada con una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos, aunque existen grandes diferencias individuales, de manera general se encuentra que: la agudeza visual y auditiva disminuyen, se presenta una disminución en el reconocimiento táctil de formas y en la discriminación de actividades dolorosas, lentificación motora y aumento en los tiempos de reacción, además de problemas de segmentación y perseverancia, incremento de la tasa del olvido y reducción de las habilidades para adquirir nueva información. Estas dificultades suelen iniciarse alrededor de la quinta década de vida y ser lentamente progresivas en el proceso de envejecimiento normal, pero acelerado en el caso de la demencia.

1.1 EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.

La Geriátrica analiza la vejez y sus enfermedades, y la Gerontología el proceso del envejecimiento y sus consecuencias.

El envejecimiento como conjunto de cambios que se producen entre el nacimiento y la muerte, ofrece dos tipos de componentes: los degenerativos asociados al paso del tiempo (senescencia) y los cambios adaptativos beneficiosos. La mayoría de las teorías, se fija en el componente deletéreo, dañino o mortífero, aunque la edad se asocia con un deterioro gradual de las funciones, no todas lo hacen al mismo ritmo en la misma extensión.

“El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. Se debe diferenciar el envejecimiento fisiológico, producto del paso del tiempo y su efecto en las estructuras físicas y mentales de la persona, y el envejecimiento patológico, en el que intervienen diferentes situaciones patológicas, de enfermedad o ambientales que aceleran ese proceso normal de envejecimiento”. **(Sendra, 2009)**.

Feria (2005) por su parte menciona que “al proceso de envejecimiento también se le denomina senescencia o senectud. Senescencia no es lo mismo que senilidad.

La senilidad se refiere a cambios patológicos o degenerativos asociados con el proceso de envejecimiento, mientras que la senectud abarca cambios normales que ocurren en el cuerpo asociados con el envejecimiento”. P 21.

Por ello “una parte de los estereotipos negativos que se les aplican a los ancianos probablemente se debe a una confusión difundida entre el envejecimiento en sí (senectud) con los desórdenes patológicos que se asocian con la edad (senilidad)” **(león, 1986; citado por Feria, 2005; p.22).**

En la actualidad, la ciencia y tecnología, han logrado controlar las causas de muerte temprana, pero no la duración máxima de la vida. Sigue siendo tan inusual como en épocas pasadas, encontrar a una persona con más de 100 años, sin embargo se espera que, si se logran controlar las causas de muerte más importantes, la duración de la vida del hombre se situaría alrededor de los 90 o 100 años, es por ello que la población mayor de 80 años, podrá ir en aumento progresivo durante los próximos años, aunque no necesariamente la duración máxima de vida se incremente de manera significativa.

Alberca (2006), define el envejecimiento como “el proceso degenerativo multiorgánico de la naturaleza multifactorial que antecede a la muerte” (pp.1).

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios de naturaleza biológica, psicológica y social, que con el paso del tiempo se transforman en un deterioro cognitivo, donde se encuentran relacionadas funciones mentales superiores como: la memoria, el lenguaje, la percepción, la atención y la concentración. Estos cambios constituyen uno de los factores centrales de etapas tardías de la vida.

1.1.1 PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL.

Desde la Perspectiva Biológica el envejecimiento es un proceso intrínseco que afecta a todos los organismos vivos y que se caracteriza por dos hechos básicos. **(Agüera, Cevilla & Martín, 2006).**

- Una disminución progresiva de la vitalidad.
- Un descenso de la capacidad de adaptación a cambios.

Estos autores mencionan que este proceso va asociado a un incremento de la probabilidad de morir del ser vivo que envejece y existe un límite fijo de tiempo de vida máximo para cada especie.

Edad Biológica de la vejez. Considera los efectos del paso del tiempo. Esta implica, la referencia de los cambios físicos y fisiológicos, teniendo en cuenta que las modificaciones de orden biológico suelen ser graduales y lentas, con un ritmo de deterioro diferente según los individuos. En todo caso la vejez biológica suele ser un precedente del envejecimiento psicológico, sin que adquiera necesariamente la connotación de causa principal ni única del envejecimiento psicológico.

La Perspectiva Psicológica dice que el envejecimiento es un proceso complejo, asincrónico y diverso, con diferencias dentro del propio individuo, de unos individuos a otros, de una generación a otra y de una población a otra. Es además multifactorial, sometido al contexto psicológico, relativo al contexto social, educable y no original, es decir, que no es posible asignarle un origen absoluto.

Edad Psicológica de la vejez. Finalmente, representa la edad funcional de los sujetos en cuanto a su competencia conductual y a la capacidad de modificabilidad y adaptación, estando relacionada con los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad que se producen en el transcurso del tiempo, pero descartando la hipótesis de un deterioro psicológico progresivo y generalizado acorde con el incremento de edad.

La Perspectiva Social menciona que el concepto de envejecimiento sólo puede entenderse en el marco de una cultura determinada, y que está muy influido por variables históricas y socioeconómicas. La noción de vejez depende, entre otras cosas, de las costumbres, los mitos y las representaciones sociales, así como de la propia percepción que de ella tiene el individuo. La representación social de la vejez es el consenso de normas, creencias y sentimientos que regulan las expectativas, actitudes y a conductas de los demás grupos hacia el grupo de ancianos como categoría social, y de los ancianos hacia sí mismos como grupos y como individuos. Esta imagen es, en líneas generales, bastante negativa y está condicionada, por un lado, por el sistema de valores de la sociedad actual y por otro, por la proyección de la angustia propia de cada persona ante su envejecimiento.

En esta sociedad tecnológica orientada hacia la juventud, la imagen, el consumo, la rentabilidad, etc. las funciones del anciano como portador de la memoria colectiva, de transmisión cultural, de lazo intergeneracional y referente simbólico resultan fuera de lugar, lo que contribuye a la marginidad de las poblaciones de ancianos. **(Denoux, 1999 en Argüera, Cevilla & Martín, 2006, p. 28).**

Edad Social de la vejez. Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria, ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida cotidiana y sólo está marcada por el cese de la actividad laboral. Sin embargo, los límites de la edad social pueden ser cambiantes según las necesidades económicas y políticas del momento. Este punto de vista de la vejez connota el concepto de capacidad funcional de contribuir al trabajo y actividad en la comunidad, viniendo marcada por las medidas socio-laborales relativas a la jubilación, diferentes según los contextos antropológicos y sociales, y al margen de las verdaderas posibilidades personales de realización que exige la concepción antropológica de la vejez.

1.1.2 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El origen del envejecimiento se ha tratado de explicar desde los orígenes de la vida, por lo que, en un principio los filósofos iniciaron una serie de teorías acerca de este proceso.

Hipócrates decía que se envejecía por un desequilibrio de humores internos. Aristóteles estableció la diferencia de longevidad entre los distintos organismos y achacaba el envejecimiento a la pérdida del calor interno, de tal forma defiende la relación con gente joven para no envejecer. **(Millan, 2006).**

Galeano reducía las teorías anteriores a una, la cual atribuía el envejecimiento a la pérdida del calor interno junto con la deshidratación. Leonardo Da Vinci estudió el organismo humano desde el punto de vista anatómico, observando los cambios generados por el envejecimiento, concluyendo que en la persona mayor, al aumentar el grosor de las paredes de las venas, disminuye el paso de sangre, dificultándose la nutrición celular. **(Millan, 2006).**

Las teorías antes mencionadas, hoy en día están en desuso, pero en su tiempo hicieron progresar a los investigadores en este campo de la ciencia.

En la actualidad, a pesar de las investigaciones realizadas, las causas del envejecimiento no son bien conocidas aún, debido a lo complejo y la naturaleza multifactorial del envejecimiento. No obstante, se han propuesto una serie teorías e hipótesis acerca del mismo, pero sin llegar a una conclusión exacta.

1.1.3 TEORIAS BIOLÓGICAS

El envejecimiento biológico es un proceso claramente multifactorial en el que intervienen la genética, el estrés oxidativo, la dieta y el medio ambiente (**Lewis, 2004**). Por lo que no existe una sola teoría biológica sobre el envejecimiento que explique adecuadamente cómo y por qué inicia, en parte se debe a la variabilidad del envejecimiento en distintos órganos y tejidos.

Bronnbank (**1990, en Burke & Walsh, 1998**) clasifica las teorías del envejecimiento celular como genéticas y no genéticas, con la sugerencia de que las genéticas parecen ser las más prometedoras en términos de llegar a respuestas a través de la investigación.

Cornachione; Ferragut; Urrutía (2006) dividen las teorías biológicas en dos grandes grupos:

- Estocásticas: los procesos que condicionan el envejecimiento ocurrirían de un modo aleatorio y se irían acumulando en el transcurso del tiempo como consecuencia de la acumulación de “agresiones” procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida.
- No estocásticas: el proceso del envejecimiento produce según unas normas predeterminadas.

Algunas otras teorías biológicas son las siguientes:

- A)** Teoría de la programación biológica: El ciclo de vida de una célula, su reloj biológico, se almacena dentro de la propia célula; de este modo, el proceso del envejecimiento está programado por el ácido desoxirribonucleico (ADN) y es inevitable e irreversible.
- B)** Teoría de la conexión cruzada: el colágeno forma uniones entre las estructuras moleculares produciendo un incremento de la rigidez a lo largo del tiempo.
- C)** Teoría del error: Los errores manifestados durante la síntesis de proteínas generan células erróneas que se multiplican.
- D)** Teorías de los radicales libres: los radicales libres dañan las membranas celulares, produciendo daño físico y decadencia.
- E)** Teorías de los genes: Se activan genes dañinos en fases tardías de la vida, las divisiones celulares son finitas o incapacidad para producir sustancias de crecimiento para el crecimiento celular y la división.
- F)** Teoría inmunológica: el sistema inmunitario se vuelve menos eficaz en la vigilancia, la autorregulación y la respuesta.
- G)** Teoría de la adaptación al estrés: Los efectos positivos y negativos del estrés en el desarrollo biopsicosocial se enfatizan; el estrés puede variar las capacidades de reservas fisiológicas, sociales y económicas de una persona, incrementando su vulnerabilidad a la enfermedad y la lesión y acelerando el proceso de envejecimiento.
- H)** Teoría del desgaste: las células se agotan por causa externas e internas, los cambios estructurales y funcionales pueden acelerarse por el abuso y ralentizarse por la asistencia; esta teoría es la base de muchos mitos y estereotipos.

1.1.4 TEORIAS PSICOLOGICAS.

- A)** La Etapa de Erickson de la integridad del yo: esta teoría del desarrollo identifica las tareas que deben lograrse en cada una de las ocho etapas de la vida. La última etapa de la vida implica reflexión en relación con la propia vida y los logros. La sabiduría es el resultado de resolver estos conflictos entre la integridad del yo y la desesperación.
- B)** Revisión de la vida: El proceso universal del examen y la reintegración de los recuerdos dan significado a la vida y nos preparan para la muerte mediante la calma de la ansiedad y el miedo.
- C)** Estabilidad de la personalidad: La personalidad de uno se establece al inicio de la edad adulta y permanece bastante estable aunque adaptable (en lugar de ser una progresión del desarrollo durante la vida). Los cambios radicales de personalidad en los ancianos pueden ser indicativos de una enfermedad cerebral.

1.1.5 TEORIAS SOCIALES.

Como se ha indicado el envejecimiento y la vejez no solo afectan a la persona en sí, sino también a quienes lo rodean, de tal forma hay teorías que pretenden explicar dichos cambios, como menciona **Montilla (2006)**.

- A)** Teoría de la desconexión: Los ancianos y la sociedad se retiran mutuamente, del intercambio activo con el otro como una parte normal del proceso de envejecimiento. Esta controvertida teoría supone que esta separación es signo de bienestar psicológico y de adaptación y ha reforzado muchos estereotipos (como el de las personas mayores sólo disfrutan con la compañía de las personas de su misma edad).

-
- B)** Teoría de la actividad: La controversia acerca de la fiabilidad de la teoría de la desconexión llevó a la observación de que la actividad produce el clima psicológico más positivo para los ancianos y que las personas de edad deben permanecer activas lo máximo posible. Enfatiza la influencia positiva de la actividad sobre la personalidad, la salud mental y la satisfacción con la vida de la persona mayor.
- C)** Teorías familiares: el centro de estas teorías está en la familia como unidad básica del desarrollo emocional. Las tareas interrelacionadas, los problemas y las relaciones se enfatizan dentro de la familia de tres generaciones. Se cree que los síntomas físicos, emocionales y sociales reflejan los problemas en la negociación de las transiciones del ciclo de la vida de la familia.
- D)** Teoría del ajuste persona-ambiente: este abordaje analiza la relación de las competencias personales de los ancianos y sus contextos. Si las competencias disminuyen o cambian con la edad, la capacidad de uno de relacionarse con el ambiente puede disminuir. Los ancianos débiles son especialmente vulnerables a percibir el ambiente como amenazador (demanda del ambiente).
- E)** Teoría de la continuidad. Es una postura de compromiso entre la teoría de la desconexión y la teoría de la actividad. Los partidarios de la teoría de la continuidad mantienen que las personas ancianas tienden a comportarse según un modelo establecido antes del final de la vida. En algunas ocasiones se desconectan y en otras permanecen activas. También se aprecia que algunas personas de edad avanzada abandonan un tipo de actividad solo para sustituirla por otra más apropiada para su estado de salud y ambiente.

CAPITULO II

DEMENCIAS.

2.1 Historia de las demencias.

Probablemente la primera vez que se utilizó el término demencia dentro de un contexto médico, fue en la enciclopedia de Celso en el siglo I antes de Cristo. Areteo de Capadocia, un siglo más tarde, habló ya de demencia senil. Juvenal, en el siglo II, se refirió a la demencia senil con mucho pesimismo y amargura.

Oribasio describe en el siglo IV la atrofia cerebral se intentó especular sobre su origen. Los médicos del Islam en la edad media, tuvieron terminología y conceptos similares a los grecorromanos tanto sobre la naturaleza del envejecimiento cerebral como sobre la demencia.

Pinel, a finales del siglo XVIII uso el término demencia, para designar una de las cinco enfermedades mentales que conllevan a la abolición de la facultad del pensamiento. En el siglo XIX, la demencia fue considerada como el resultado de una enfermedad orgánica, lesional, estructural del cerebro. En 1838, Esquirol recapituló las diferencias entre el sujeto demente y el discapacitado mental en este epigrama: “El demente es un hombre que se ve privado de las facultades que anteriormente disfrutó, es un hombre rico que pasa a ser pobre. Sin embargo, el discapacitado mental ha vivido sin un duro y en la miseria mental toda su vida”. Esto explica la noción de “déficit adquirido” que en los tiempos actuales ha adquirido el término demencia.

El proceso de cambio de los siglos XIX al XX, fue un proceso en el que el término demencia iba cobrando un significado más limitado. El trastorno aparecía tanto en la edad senil como en la presenil; estaba causado por una enfermedad cerebral, lo que le separaba de las neurosis y existía una distinción razonable entre demencia debida a parálisis general progresiva, enfermedad arteriosclerótica y senilidad patológica, de esta forma el término demencia adquirió la connotación de un trastorno mental irreversible e inexorablemente progresivo.

2.1.1 Definición de Demencia.

La demencia es un trastorno cognoscitivo adquirido, debido a un proceso orgánico que afecta el cerebro por enfermedad médica directa, por efectos persistentes de una sustancia o por múltiples etiologías. Se trata de una alteración global que incluye pérdida de memoria y de otras funciones superiores, en comparación con su nivel previo, pero sin alterar la conciencia.

Las demencias son síndromes neurológicos crónicos y degenerativos con un síntoma en común imprescindible para su diagnóstico: incapacidad de aprender nueva información por un daño cognitivo.

Según la CIE-10, “la demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio”.

Según el DSM-IV, “la demencia es la presencia de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, o efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías”. Puede ser provocada por una causa primaria, y afectar el cerebro de manera directa y selectiva, o secundaria y derivada de enfermedades generalizadas. La mayoría de estos trastornos son progresivos e irreversibles (5 - 10%), las demencias reversibles o tratables pueden curarse o, al menos, mejorar de manera notable.

De acuerdo con **Alberca (2006)**, “La demencia se define como un síndrome adquirido y producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia” (p.33).

2.1.2 Síntomas conductuales de la demencia.

Los síntomas conductuales de la demencia se pueden considerar como secundarios en su presentación respecto a los cognitivos, aunque para la familia y los cuidadores, son generalmente los más importantes ya que condicionan la calidad de vida del paciente y su entorno. Aparecen en etapas medias de la enfermedad, su ritmo y relevancia son variables. A diferencia de los síntomas cognitivos se dispone de terapias, tanto psicológicas como farmacológicas, que reducen o anulan estas manifestaciones de la enfermedad.

- Trastornos afectivos. La depresión aparece con mucha frecuencia, sobre todo al inicio de la enfermedad, aunque probablemente está infravalorada en etapas más avanzadas por la dificultad de abordaje. La depresión en el anciano puede simular una demencia y la falta de tratamiento provoca una demencia establecida e irreversible, puede agravar de forma importante la sintomatología del paciente, con un brusco declinar de las funciones cognitivas, y hace necesario el abordaje temprano.
- Delirios: son alteraciones del pensamiento en las que el paciente llega a ideas falsas o incongruentes que no pueden rebatirse mediante una argumentación lógica, es característico de las etapas iniciales y medias de la enfermedad, reflejando la dificultad del paciente para adaptarse al entorno lo que le lleva a hacer una interpretación equivocada de la realidad.
- Alucinaciones: se trata de falsas percepciones, generalmente visuales, aunque en un paciente con demencia pueden presentarse auditivas. Se ven favorecidas por la presencia de alteraciones sensoriales, patología concurrente, ingreso en instituciones o el consumo de fármacos.

- **Apatía:** el desinterés por lo que rodea al paciente lo conduce a un aislamiento progresivo hasta la completa inactividad y, con el paso del tiempo, se convierte en un motivo de frustración y desinterés en los cuidados.
- **Agitación psicomotriz:** es la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar determinado durante un tiempo prolongado en ocasiones puede ser reflejo de patología no valorada como dolor, infecciones o ansiedad. Es una de los síntomas peor tolerados por los cuidadores. A menudo desemboca en vagabundeo, tanto en el domicilio como en el exterior.
- **Alteraciones en el ritmo del sueño:** este es otro de los síntomas frecuentes, suele producirse por la inversión de los ciclos sueño-vigilia. Es consecuencia de la desorientación que sufre el paciente y la limitación de las actividades sin contacto con el exterior. Es de difícil tratamiento y muy agotador para los cuidadores; se ha de prevenir mediante el uso adecuado de los horarios y la exposición a la luz solar.
- **Desinhibición:** es característico de la afectación frontal, y por lo tanto predominante en las demencias de esta localización. Las formas más graves, por las posibles consecuencias y la incomodidad del entorno, son las de tipo sexual; tocamientos, demandas inadecuadas, etc. También la incontinencia verbal con falsas acusaciones o falta de control en la alimentación.
- **Incontinencia:** prácticamente es una constante en la demencia avanzada. Suele comenzar como incontinencia urinaria y posteriormente fecal. Al inicio es importante descartar alguna causa tratable, como infecciones de vías urinarias, cálculos renales, impactación fecal, etc.

2.1.3 Síntomas cognitivos de la demencia.

Los síntomas cognitivos de la demencia pueden considerarse como la secuencia directa de las alteraciones estructurales u orgánicas que presenta el cerebro del paciente demente. Los síntomas más representativos de la demencia son los siguientes:

- **Amnesia:** es la pérdida de la memoria, está presente en todos los pacientes, aunque en algunas formas de predominio frontal es menos notoria. En etapas iniciales se va más afectada la memoria reciente y la capacidad de aprendizaje, pero posteriormente se afectan todas las áreas y al final la memoria autobiográfica.
- **Afasia:** es la afectación del lenguaje que se refiere a la expresión y comprensión, tanto del lenguaje oral como escrito. Suele manifestarse inicialmente por disnomia, y posteriormente por el uso inadecuado de palabras. En las fases finales se limita a la repetición automática de palabras o frases inconexas, con deterioro en la pronunciación y mutismo.
- **Apraxia:** se refiere a la incapacidad para realizar actividades motoras complejas. La afectación también suele ser progresiva, predominando en las fases iniciales la apraxia constructiva, como copiar dibujos, y posteriormente la apraxia ideomotriz, donde el paciente no puede realizar acciones simples tras una orden o de forma espontánea. Finalmente presenta incapacidad para las actividades comunes de la vida diaria, hasta llegar a la falta de movimiento o acinesia.
- **Agnosia:** está relacionada con la incapacidad para reconocer información percibida por los sentidos, siempre que no exista trastorno de los órganos perceptores. Las manifestaciones visuales son las características más difíciles de explorar y se identifican por la progresiva incapacidad para reconocer objetos cotidianos.

- Desorientación: afecta tanto al tiempo como al espacio y refleja la dificultad del paciente para situarse en su ambiente.
- Acalculia: es la dificultad para llevar a cabo operaciones matemáticas simples.

2.2 Demencia de tipo Alzheimer.

2.2.1 Historia de la demencia tipo Alzheimer.

Esta enfermedad lleva el nombre del doctor Alois Alzheimer quien, en noviembre de 1906, presentó una publicación titulada “Una enfermedad característica de la corteza cerebral” en el que describió los cambios característicos ya anormales en el tejido cerebral de una mujer de 51 años, que había desarrollado de modo progresivo, pérdida de la memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosias y manía persecutoria. En el examen neuropatológico, el Dr. Alzheimer descubrió por primera vez en la historia de la neuropatología, la presencia de los ovillos neurofibrilares y de depósitos de sustancia amiloidea que se asociaban a la pérdida de neuronas en la corteza cerebral de la mujer que había muerto de la que hasta entonces se creía una enfermedad mental inusual, cambios que hoy se conocen como “Enfermedad de Alzheimer”.

La disminución en la mortalidad, en control de la natalidad y el aumento creciente de la esperanza de vida han contribuido a que, hoy por hoy, gran parte de la población alcance edades muy avanzadas, lo que causa un aumento en la probabilidad de contraer enfermedades ligadas a la edad, y por consiguiente una demencia, fundamentalmente la enfermedad de Alzheimer ya que, según **Mangone (2005)**, actualmente es la etiología más frecuente de los síndromes demenciales.

De acuerdo con **López-Pousa (1996)**, el interés clínico por esta entidad comenzó en la década de 1960 y fue aumentando progresivamente. Hoy en día, se sabe que la degeneración neurofibrilar y las placas seniles, son lesiones propias de la ancianidad normal y que la enfermedad de Alzheimer las comparte conjuntamente con otras alteraciones.

2.2.2 Definición de la Enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo con el CIE-10 en la demencia tipo Alzheimer se presenta un inicio gradual de las deficiencias cognoscitivas ocasionadas por la enfermedad de Alzheimer, principalmente caracterizados por la capacidad de recordar el material recién aprendido o aprendido antes.

Es una demencia fundamentalmente cortical, con alteraciones precoces en áreas directamente implicadas en la memoria. Posee un perfil de deterioro neuropsicológico determinado por el deterioro amnésico de las denominadas capacidades instrumentales: el lenguaje, las praxias y las agnosias así como la presencia de deterioro de las funciones ejecutivas (planificación, organización, secuenciación y abstracción).

Es un desorden neurodegenerativo y progresivo con características clínicas y fundamentalmente patológicas definidas. Según Mangone plantea que su etiología es heterogénea y puede ser generada por mutaciones en los cromosomas 1, 14, 19 y 21. Su sintomatología incluye pérdida progresiva de la memoria, disminución de las habilidades cotidianas, desorientación temporal y espacial, dificultad en el aprendizaje, pérdida de la comunicación verbal y síntomas neuropsiquiátricos.

A nivel neuronal, la enfermedad está asociada con el desarrollo de placas y ovillos de fibras que van recubriendo el cerebro.

De acuerdo con **Arias (2005)**, el Alzheimer no inicia con la muerte de neuronas; la causa es la pérdida de sinapsis, es decir, la desconexión entre ellas. La muerte de neuronas, si ocurre en esta demencia aunque tardíamente, pues antes se presenta una respuesta para tratar de compensar la función incorrecta de los neurotransmisores. Las neuronas forman sinapsis, aumentan su fuerza o se retraen las que no son funcionales. Este proceso, requiere de un control fino del metabolismo, de la homeostasis celular, que probablemente se rompe con el Alzheimer.

Una de las zonas del cerebro con mayor plasticidad es el hipocampo, donde se origina el proceso de la memoria y se almacena la de corto plazo.

Los especialistas en neurología que están interesados en estudiar por qué se pierde la sinapsis, han decidido investigar por qué la proteína beta amiloide que se acumula en el cerebro de estos pacientes, puede ser tóxica para la sinapsis.

2.2.3 Causas y factores de riesgo.

Las causas que originan el Alzheimer no son aún claras y hay mucho que trabajar al respecto. Sin embargo, se ha asociado a enfermedad coronaria, problemas de circulación y aporte sanguíneo y glucosa. También se ha establecido que el Alzheimer es una proteinopatía, la cual es un padecimiento donde hay proteínas que se alteran en su estructura tridimensional, lo que permite que aquéllas pierdan su función normal, sea auto ensamblen y formen agregados insolubles que empiezan a interferir con la función cerebral.

La enfermedad de Alzheimer afecta la habilidad de las personas para recordar, razonar y comunicarse. El proceso de esta enfermedad es gradual y la persona se deteriora lentamente. Diversos autores plantean un curso evolutivo de la enfermedad, pero a la fecha no existe un criterio estandarizado, Magote (2005) propone que el curso evolutivo de la enfermedad tiene un término promedio de 6 a 12 años, siendo más agresivo en su forma clínica presenil, es decir, cuando su inicio es previo a los 65 años.

El Alzheimer, al igual que la gran mayoría de enfermedades afecta a todos los sectores sociales, sin distinción de clase social, género ni lugar geográfico; siendo más común que se presente en personas adultas mayores, sin embargo llega a presentarse en sujetos jóvenes.

Si la enfermedad del paciente empezó después de los 65 años, el riesgo de contraerlo es mínimo porque se considera que es una enfermedad como cualquier otra. Sin embargo, cuando existen varios casos en una familia puede indicar un componente genético denominado Alzheimer familiar, no obstante cuando su inicio es entre los 40 y 50 años y que se haya presentado en 3 o más generaciones sucesivas el riesgo de contraerla es mayor.

La existencia de un factor genético significa que una persona ha heredado la tendencia a ser más vulnerable a la enfermedad, pero no necesariamente va a desarrollarla (**Feria, 2005**).

Existen evidencias de personas con un riesgo mayor de sufrir Alzheimer según sus rasgos de personalidad y hábitos de vida. Estas personas se caracterizan por tener vidas rutinarias, poco interés por la cultura, escaso hábito de lectura, escasas aficiones y ausencia de curiosidad.

De acuerdo con **López-Pousa (1996)** considera como factores de riesgo, la historia familiar, antecedentes familiares de Síndrome de Down, enfermedad de Parkinson, la edad materna superior a los 40 años en el momento de nacimiento, diversas alteraciones en las huellas dactilares, el predominio manual izquierdo y diversas enfermedades hematológicas.

2.2.4 Etiología de la enfermedad de Alzheimer.

Aunque no se conocen las causas de la enfermedad, actualmente se realiza una intensa labor de investigación científica que propone diversos modelos conceptuales, basados en signos y síntomas que postulan cierto número de hipótesis que apuntan a que pudiera ser el resultado de diversos factores, entre los cuales destacan los tóxicos, que pudieran derivar en una enfermedad cerebral, o como el producto del envejecimiento normal o factores genéticos.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un periodo de años. El periodo evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias.

La EA es una enfermedad heterogénea, por lo cual no se debe hablar de una sola enfermedad sino de varias con distintos factores genéticos, ambientales y sociales.

- Los factores genéticos explican cerca del 50% del riesgo para la enfermedad.
- Aproximadamente el 10% de los casos se transmiten como herencia.
- La mayoría de los casos de inicio precoz, se explican por mutaciones en genes de los cromosomas 1, 14 y 21.

- Los casos de inicio tardío son explicados en su mayoría por alteraciones del cromosoma 19.
- Alteraciones de los cromosomas 14 y 21 causan una EA de inicio precoz y el cromosoma 1 puede ser causada de inicio tanto precoz como tardío.

De acuerdo con **Feria (2005)**, el Alzheimer no es originado por las siguientes condiciones:

- Endurecimiento de las arterias o enfermedad de los vasos sanguíneos: la mayoría de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen irrigación cerebral normal, por lo tanto la arteriosclerosis que es una enfermedad vascular, no tiene influencia en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Es un hecho que en determinado momento de los médicos creían que la arteriosclerosis era la causa de todos los tipos de demencia senil, sin embargo ya se comprobó que esta teoría es falsa.
- Escasa o excesiva actividad intelectual: se cree que si se mantienen el cuerpo y la mente activos no se va a contraer la enfermedad, pero ni la enfermedad de Alzheimer ni ninguna otra de las demencias irreversibles, pueden ser prevenibles o evitables si se ejercita más la mente o se mantiene activo el cuerpo durante la juventud o la edad adulta.
- Una enfermedad contagiosa: la enfermedad de Alzheimer no es contagiosa. No se puede contraer por contagio de otra persona como pueden ser la gripe o el SIDA. La convivencia con una persona afectada por la enfermedad de Alzheimer puede generar estrés y depresión en el cuidador. Este estrés puede originarle olvidos, irritabilidad y enojos que no debe de interpretarse como síntomas de la enfermedad.

- Enfermedad emocional o “embrujo espiritual”: la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad orgánica independiente del contexto relacional en el que haya vivido el enfermo. No es el resultado directo de tensión, disgustos, negligencia o conflictos familiares que hubieran influido para desencadenar la enfermedad. Tampoco es el producto de algún “hechizo” o alguna <<debilidad moral>> puesto que personas productivas, fuertes y cultas lo contraen.
- Consecuencia de cambios repentinos en la vida del enfermo: un cambio de residencia, la pérdida de un ser querido, una breve estancia en el hospital no origina la enfermedad. Sin embargo, este tipo de acontecimientos puede sacar a la luz una demencia oculta. Aunque una persona sea capaz de hacer frente al esfuerzo que le exige una rutina limitada, un cambio repentino a veces suele ser una prueba demasiado difícil de superar.
- Falta de sangre u oxigenación en el cerebro: dar medicamentos a los enfermos para incrementar el flujo sanguíneo o la oxigenación del cerebro no hará que se detenga el curso de la enfermedad. Algunos fármacos llamados vasodilatadores aumentan el diámetro de los vasos sanguíneos del cerebro, sin embargo, la enfermedad del Alzheimer no es una enfermedad vascular.
- Resultado de alcoholismo crónico o deficiencia vitamínica: un abuso crónico del alcohol o una nutrición deficiente ocasionan un tipo de demencia diferente y esto significa que no se puede detener la enfermedad de Alzheimer si se restringiera la ingestión de alcohol o si las personas se alimentaran mejor (aunque una dieta adecuada siempre ayuda).

2.2.5 Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer.

La incidencia de la enfermedad de Alzheimer sobre la población de nuestro país es sumamente elevada. El padecimiento se observa en todo el mundo, no distingue límites sociales ni económicos y, aun no se cuenta con datos suficientes que sugieran una clara relación con factores nutricionales, exposición a toxinas u otros elementos ambientales.

- Los estudios de prevalencia realizados en los últimos 70 años (desde 1945) coinciden en señalar que el aumento progresivo de las demencias corre paralelo con el incremento de la edad. Así, el aumento de pacientes con EA será una variable en gran medida dependiente de la distribución de edades de una población determinada.
- La cantidad de personas que padecen EA se triplicará en los próximos 30 o 40 años, debido a que la población que hoy en día es joven representa grandes cantidades, para este tiempo la población geriátrica será mucho mayor, exigiendo de nuevas estrategias para su tratamiento.
- Habitualmente la EA aparece en la edad avanzada (después de los 60 años) en el 90% de los casos. Aunque hay casos donde puede presentarse incluso a los 30 años de edad (demencia senil o de inicio precoz).
- El 20% de la población mayor de 85 años padece EA.
- La Enfermedad de Alzheimer abarca la mitad de los casos de demencia de inicio tardío.
- La Enfermedad de Alzheimer mixta abarca el 14% y otras demencias el 11% restante.
- Constituye la tercera enfermedad en costos sociales y económicos superada sólo por la cardiopatía isquémica y el cáncer y la cuarta causa de muerte en los países industrializados.
- Es más probable la aparición de esta patología la edad avanzada y sobre todo en países desarrollados o en vías de desarrollo.

- Si se aplican las frecuencias de prevalencia tomadas como referencia, se estima que existen en el mundo cerca de 7.4 millones de personas con demencia, de los cuales 3.7 millones aproximadamente corresponden a EA.
- Su prevalencia se duplica cada 5 años después de los 65 años, constituye del 50 al 60% de los síndromes demenciales en estudios post mortem.
- Entre el 2 y 4 % de la población mayor los 65 años padece demencia tipo Alzheimer.
- Después de los 85 años cerca del 30% de la población puede estar afectado por esta enfermedad.
- Incidencia: 0.6% entre los 65-70 años, 3.5% entre los 80-85 años, después de los 90 años la prevalencia disminuye considerablemente (esto se debe a la esperanza de vida promedio que tienen los pacientes).
- La repercusión de esta enfermedad es tal, que se calcula entre 18 y 22 000 000 millones de personas afectadas en el nivel mundial, con una prevalencia media entre el 3 y 15% y una incidencia anual entre 0,3 y 0,7%.

Debido a que se han encontrado antecedentes familiares en aproximadamente el 25% de los casos, se produce la presencia de un factor genético susceptible de ser transmitido, tal vez con carácter de autosómico dominante, ya que los pacientes con síndrome de Down, sufren cambios cerebrales como los que se encuentran en pacientes con enfermedad de Alzheimer (**Juárez, 1997**).

2.2.6 Sintomatológica (Nosología).

Sintomatología (Nosología): La demencia de tipo Alzheimer es multifactorial. Síntomas de tipo neuropsicológico, psiquiátricos y neurológicos.

Fase Saliente: Ya comenzado la afección del cerebro pero aún no ha producido representaciones funcionales, es decir, que no presenta síntomas tempranos.

Fase clínica: (Los principales síntomas aún no aparece). Se diagnostica un síndrome demencial.

Fase Demencial: Se presenta la demencia más grave.

Manifestación clínica: Se trata de una enfermedad neurodegenerativa (pérdida de la memoria y funciones cognoscitivas).

Síntomas Neuropsicológicos: Deterioro progresivo de la memoria y el lenguaje, Memoria de reconocimiento alterada, Memoria remota menos alterada que la reciente (se ve afectada solo con el progreso de la enfermedad), Deterioro de las capacidades viso-especiales y motoras, Alteraciones en las funciones como la abstracción de información y de juicio, Alteración de posible nuevo aprendizaje, Desorientación; temporal (al principio) y topográfica (posteriormente).

Alteración del Lenguaje: Afasia Nominal, Pérdida de la fluencia, Tendencia a la repetición (ecolalia y palilalia) y Deterioro progresivo de la comprensión verbal.

Alteración Motora: Dispraxias (visoespacial, ideomotora, motora), Abulia Cognitiva, Agnosia y prosopagnosia.

Alteración del lóbulo frontal: Planificación, Juicio, Pensamiento Abstracto, Deterioro Cognitivo (disfunción personal y social).

Otros: Olvidos de hechos importantes, Pierden Objetos, Menor interés por las actividades cotidianas o rutinarias y aislamiento social, indiferencia ante la gente.

Neurológicos: Rigidez generalizada, Incapacidad para la marcha y deglución, Incontinencia, aparición de reflejos primarios (presión, succión). Mioclonías; Contracción brusca, breve e involuntaria, que afecta a un fascículo muscular, un musculo o un grupo de músculos, determinando o no un efecto motor. Crisis epilépticas (presente solo en algunos casos) e hiperpolaridad.

Psiquiátricos: (al inicio de la enfermedad). Cambios de la personalidad (apatía, desinterés, etc.), Síntomas depresivos frecuentes (al inicio y al finas, del curso de la enfermedad), Trastornos del pensamiento (alucinaciones), Ansiedad, Trastornos del comportamiento (agresividad), Trastornos del sueño, del apetito y del impulso sexual.

2.2.7 Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.

Ya que la pérdida de memoria no es un síntoma exclusivo de la enfermedad de Alzheimer, el diagnóstico generalmente se hace por exclusión, al descartar otras enfermedades que pueden presentar síntomas similares.

Según el **DSM-IV-TR (2005)**, los trastornos del apartado <Demencia> se caracterizan por el desarrollo de múltiples deterioros cognoscitivos (incluyendo el de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o múltiples etiologías (por ejemplo. efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer).

Lo anterior aunado al menos a una de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- Afasia (pérdida de la capacidad de lenguaje).
- Apraxia (pérdida de la ejecución de habilidades motoras).
- Alteración de la planificación, organización secuenciación y abstracción.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Presencia de un cuadro demencial.
- b) Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
- c) Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia.
- d) Ausencia de un inicio súbito o de signos neurológicos focales, tales como Hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos q no han tenido que estar presentes en las etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).

En un cierto número de casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea imposible de diagnosticar en la práctica clínica.

Criterios de diagnóstico en la demencia tipo Alzheimer.

- A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiestan por:
- (1)** Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información aprendida previamente).
 - (2)** Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a)** Afasia (alteración del lenguaje).
 - (b)** Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c)** Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - (d)** Alteración de la ejecución (p.ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B.** Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C.** El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D.** Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
- (1)** Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p.ej., enfermedad cerebrovascular como enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).
 - (2)** Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p.ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).

De acuerdo con **Tapias (citado en Cubero 2002)**, el diagnóstico está integrado por:

- Una historia clínica a detalle de la vida del sujeto proporcionada por el familiar más cercano, como el cónyuge o los hijos, exámenes físicos y mentales. Esto permite descartar situaciones relacionadas con otras enfermedades intercurrentes y establecer el deterioro progresivo intelectual, los cambios de personalidad y los trastornos de memoria.
1. Fecha aproximada de inicio de los síntomas y modo de instauración.
 2. Ritmo de la progresión y, si su carácter es fluctuante, progresivo escalonado.
 3. Empeoramientos recientes y factores relacionados.
 4. Síntomas cognitivos. Las funciones superiores que con más frecuencia se afectan y que por tanto hay que explorar son: memoria, lenguaje, praxias (capacidad de reconocimiento sensorial), orientación, atención-concentración, cálculo, pensamiento, capacidad de juicio y abstracción. Esta evaluación se puede simplificar y obtener resultados altamente confiables mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas.
 5. Síntomas conductuales y psíquicos: delirios, alucinaciones, depresión, ideación suicida, manía, cambios de personalidad, vagabundeo, trastornos del sueño, agitación psicomotora, agresividad, comportamientos repetitivos, comportamiento sexual inadecuado, incontinencia de esfínteres.
 6. Síntomas neurológicos: focalidad, alteración de la marcha, convulsiones, caídas, etc.
 7. Repercusión sobre actividades de la vida cotidiana. En general estas actividades se dividen en instrumentales y básicas, las instrumentales son las primeras en afectarse.

- Actividades instrumentales de la vida diaria: llevar la casa, manejar el dinero, salir a divertirse, manejar aparatos, preparar comidas, controlar la medicación o llamar por teléfono.
 - Actividades básicas de la vida diaria: autonomía en el cuidado personal, peinarse, asearse, comer y continencia de esfínteres.
8. Historia familiar de demencia, enfermedades psiquiátricas o vasculares cerebrales.
 9. Historia personal de trastorno psiquiátrico u otras enfermedades que hagan pensar en demencias secundarias.
 10. Nivel educativo, capacidades funcionales y sociales previas.
 11. Historia de consumo de sustancias, en especial el alcohol, y factores de riesgo cardiovasculares.
 12. Medicación que consume o ha consumido en los últimos tiempos, especialmente hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivos, antiparkinsonianos, hipotensores y antihistamínicos.
- Exploraciones física y neurológica, que comprenda el examen de los sistemas sensitivo y motor.
- I. La exploración física debe incluir lo siguiente:
 - Constantes: temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, talla y peso.
 - Auscultación cardiaca y carotídea.
 - Pulsos periféricos.
 - Palpación de tiroides.
 - Inspección de mucosas.
 - Palpación del abdomen.

II. Exploración Neurológica:

- Nivel de consciencia.
 - Lenguaje.
 - Signos de liberación frontal.
 - Signos focales motores.
 - Pares craneales.
 - Signos extrapiramidales.
 - Alteraciones de la marcha.
-
- Examen del estado mental, para evaluar orientación, atención, concentración, memoria reciente y de largo plazo, habilidad para el cálculo y la lectura, escritura, asociación de nombres-objetos y personas, así como la capacidad de entendimiento y evaluación del juicio.

Para la evaluación de todas las funciones mentales superiores se usan escalas de evaluación, mismas que deben ser de aplicación sencilla y rápida y debe conocerse su validez y confiabilidad. De acuerdo con **Tapias, (Citado en Cubero, 2002)** los instrumentos que son de utilidad para valorar los síntomas cognoscitivos en atención primaria se encuentran:

1. Mini-Mental State Examination de Folstein (MMT). Explora la orientación, memoria inmediata y de fijación, atención-concentración, cálculo, producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visoespacial.

Requiere entre cinco y diez minutos para su aplicación, la puntuación máxima es de 30 puntos que es el número total de ítems y su escala de calificación está en función de los siguientes puntajes:

- 24-30 Normal.
- 23-17 Deterioro cognitivo leve.
- 16-0 Deterioro Severo o Demencia.

Presenta una sensibilidad de 87% y una especificidad del 82%.

2. Mini examen cognoscitivo (MEC). Es la primera versión en castellano del MMT adaptado a las características de la población española y explora las mismas áreas que el MMT.
3. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. Junto con el MMT y MEC, es una de los más utilizados en atención primaria. Más que un análisis de capacidad cognitiva, mide el nivel de consciencia o estado de alerta del sujeto.
4. Test del dibujo del reloj de Shulman. En este test se solicita al paciente que dibuje la esfera de un reloj y que marque las 11 horas. Para valorar este dibujo existen criterios estandarizados.
5. Set-test de Isaacs. Consiste en pedir al paciente que nombre, sin parar hasta que se le diga basta, una serie de colores, animales, frutas y ciudades, dando 1 minuto por cada serie y se cambia a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la serie sin repetir, aunque no agote el minuto de tiempo.
6. Test del informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Eldery, IQCODE). Es una entrevista estructurada basada en la opinión de un informador sobre los cambios observados en el paciente en los últimos 10 años respecto a sus hábitos, memoria, aprendizaje, etc.

7. Escala Geriátrica de Depresión (Geriatric Depression Scale. GDS) de Yesavage. Esta se usa en caso de que se quiera explorar la depresión en el paciente. Es una escala diseñada específicamente para este grupo de población y puede ser auto o heteroaplicada. Si existe un deterioro cognitivo importante, esta escala pierde parte de su validez. Consta de 30 ítems y su escala de calificación está en función de los siguientes puntajes:

- 1-10 Depresión normal.
- 11-20 Depresión media.
- 21-30 Depresión Severa.

En las fases iniciales de la enfermedad, la exploración neurológica generalmente es normal, los signos clínicos se van identificando a lo largo de su curso y evolución.

- Evaluación funcional: es necesaria ya que el deterioro cognoscitivo incapacita al paciente para desarrollar las actividades cotidianas y para aprender nuevas. Algunas escalas utilizadas para la valoración funcional son:

1. Escala de Lawton y Brody.
2. Índice de Barthel.
3. Índice de Katz.
4. Índice Global de incapacidad física desarrollado por el hospital central de la cruz roja.

2.2.8 Pronóstico de la Enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer comprende tres estadios evolutivos;

En primer **Estadio (Leve)**. Tiene una duración aproximada de 2 a 4 años, se conserva el lenguaje, habilidades motoras, los pacientes son capaces de mantener una conversación casi normal y se deteriora la memoria ya que presenta alteraciones, hay dificultad en aprender nuevas cosas, hay una discreta pérdida de la memoria remota (problemas al recordar cosas aprendidas anteriormente), desorientación espacial (no reconocer el lugar en el que se encuentran) y por último hay cambios de humor, síntomas de depresión con apatía, pérdida de la iniciativa.

En el segundo **Estadio (Moderado)**. Tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, con alteraciones importantes de la función cerebral. Los síntomas que se presenta son los siguientes:

- Afasia (dificultada para hablar y entender)
- Apraxia o amnesia motriz (dificultad para manipular objetos, vestirse, afeitarse, abandono de la higiene personal).
- Agnosia (no reconocimiento) aún conserva la orientación personal.
- Fallos de la memoria (confabulación) mienten para completar recuerdos, a veces dicen recordar o reconocer para no sentirse mal.
- Manifestación neurológica (debilidad muscular, alteraciones posturales de la marcha).
- Aparecen signos psicóticos (alucinaciones e ilusiones).

En el tercer **Estadio (Severo)**. Se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

El enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que llega a desconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo.

Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer suelen morir por infecciones en las vías respiratorias, neumonía, infecciones urinarias o de la piel por escaras u otro tipo de complicación.

2.2.9 Tipos de Tratamiento.

Tratamiento clínico: Aunque en la actualidad la enfermedad de Alzheimer no tiene un tratamiento curativo, la investigación que se ha llevado a cabo en los últimos años ha logrado precisar las características de los distintos neurotransmisores implicados en este tipo de demencia y, en consecuencia, la aparición de múltiples fármacos para su tratamiento.

El control de la conducta se convierte en el principal foco de atención, para lo cual afortunadamente, se dispone de fármacos en este campo, como:

- ° Fármacos usados en el tratamiento de la agitación: neurolépticos y no neurolépticos.
- ° Fármacos en el tratamiento de la depresión.
- ° Fármacos en el tratamiento de la ansiedad.
- ° Fármacos en el tratamiento del insomnio.

Los objetivos del tratamiento clínico en la enfermedad de Alzheimer deben estar enfocados a: la enfermedad de base, manifestaciones clínicas, patologías asociadas y control de síndromes geriátricos (incontinencia, caídas, inmovilismo, mal nutrición, impactación fecal, hipotermia, úlceras por presión y deshidratación), con especial atención en los últimos (síndromes geriátricos), mismos que se convierten en un gran caballo de batalla cuando se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores ya que junto a los trastornos de conducta, son los responsables de la sobrecarga del cuidador.

En la actualidad, existen innovadoras terapias que tienen objetivo de mantener las funciones que aún posee el paciente y prolongarlas el mayor tiempo posible, algunas técnicas son:

- Físicas y de Orientación.
- Terapias ambientales.
- Psicoterapia: como la terapia de orientación a la realidad, o programas de rehabilitación en memoria, psicomotricidad y lenguaje, que no sólo ofrecen al paciente con Alzheimer una mejor calidad de vida, mejor adaptación y comunicación, sino que adicionalmente, brindan una mayor tranquilidad y seguridad a sus familiares.
- Terapia de ejercicios de estimulación física y neurológica: se imparte por psicólogos calificados y permiten llevar a cabo un monitoreo constante sobre el curso y deterioros causados por la enfermedad, permitiendo así, programar ejercicios de estimulación de la zona y funciones dañadas.

Tratamiento farmacológico: **Alberca (2006)**, señala que la enfermedad de Alzheimer es un proceso degenerativo cerebral que causa un depósito de sustancias proteicas insolubles intracelulares y extracelulares, seguido de una cascada de alteraciones que producen, en primer lugar la alteración de la neurotransmisión y más adelante la desaparición de la neurona de forma jerárquica de las diferentes regiones cerebrales. En estas alteraciones se basan los síntomas cognitivos, conductuales y neurológicos de la demencia.

Actualmente se desarrollan estrategias para inhibir la formación y el depósito del amiloide o aumentar su solubilidad, para reducir la fosforilización de la proteína *tau* y para suprimir la inflamación y regular la apoptosis (muerte celular programada).

Tratamiento funcional: el mantenimiento de la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad de Alzheimer es un aspecto importante en el planteamiento terapéutico y, en ocasiones, de mayor importancia que el tratamiento farmacológico.

En las etapas iniciales de la enfermedad este tratamiento será de carácter preventivo y debe incorporarse de manera periódica y estructurada al tratamiento terapéutico. En etapas tardías, un tratamiento funcional estructurado está orientado a mantener, durante el mayor tiempo posible, las habilidades que aún se posee, con el fin de evitar las complicaciones ligadas al inmovilismo y mejorar el nivel de actividad del paciente.

Tratamiento psicosocial: El mantenimiento del contacto social de los pacientes no solo con los familiares sino también con otras personas tiende a maximizar los niveles funcionales del paciente y está orientado a mantener la seguridad y el bienestar de él y de sus familiares o cuidadores.

Tratamiento psicológico: En la enfermedad de Alzheimer, es difícil pronosticar con exactitud los casos, los pacientes se percatan de sus olvidos y pérdida de capacidades siendo esto, una situación difícil de aceptar, ya que se sienten avergonzados o deprimidos, en estos momentos la terapia psicológica puede ser una herramienta útil para aprender a afrontar y aceptar la enfermedad.

2.3 Medidas preventivas.

Factores de protección en la EA.

- *Estrógenos*: desde 1990, los estudios de cohortes y casos controles han estudiado que la terapia estrogénica se asocia con una disminución a la mitad de riesgo de EA. No hay datos epidemiológicos que se ocupen de la potencial relación entre estrógenos y otros tipos de demencia. Los mecanismos posibles incluyen efectos neuroprotectores y neurotróficos, efectos sobre la acetilcolina y otros neurotransmisores, así como efectos sobre las proteínas implicadas en la patogenia de la EA. Este método implica un riesgo de cáncer mamario.
- *Testosterona*: la testosterona en concentraciones fisiológicas en cultivos de neuronas humanas inducidas a la apoptosis determina neuroprotección a través de un receptor androgénico. Estos datos sugerirían la posibilidad de que los andrógenos tuvieran calor terapéutico contra la EA en varones.
- *Antiinflamatorios*: Mc Geer, en 1990 comunicó una menor prevalencia de EA en una población de sujetos con artritis reumatoide tratada durante periodos prolongados con antiinflamatorios. Desde entonces, son numerosos los estudios epidemiológicos que se han ocupado del uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) como factor de protección en la EA.
- *Antioxidantes*: el uso de estas sustancias es muy popular por el deseo de protegerse contra el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer. La justificación biológica es el estrés oxidativo.
- *Genética*: la presencia del Alelo apopE2 del gen de la ApoE parecería tener un efecto protector, opuesto al alelo E4, con respecto al metabolismo de los lípidos, de depósito de amiloide y la EA.
- *Nivel socioeconómico*: la expectativa de vida es mayor en ancianos pertenecientes a grupos socioeconómicos más privilegiados.

- *Estimulación ambiental en la tercera edad, sociabilización:* hay evidencias de que la privación de estimulación ambiental en el adulto mayor se relaciona con el deterioro cognitivo. Las actitudes flexibles, un estilo de vida comprometido y la ausencia de disolución familiar son importantes para mantener la capacidad cognitiva en la tercera edad. En un estudio prospectivo en Francia se encontró mayor incidencia de demencia en el grupo que nunca se había casado, viudos y cohabitantes, lo cual en el caso específico de la EA, esa evidencia era aún mayor.
- *Reserva cognitiva cerebral:* el concepto de “reserva cognitiva” hace referencia a la influencia que ejercen experiencias tales como los años de escolaridad y el tipo de ocupación en el desempeño (cognitivo) de un individuo. Puede definirse como la capacidad de potenciar rendimiento cognitivo a través del reclutamiento o la incorporación de diferentes redes neuronales, lo que se reflejaría clínicamente en la utilización de estrategias cognitivas alternativas. Así, los sujetos con mayor reserva procesarán las tareas de una manera más eficaz que aquellos con una reserva menor.

CAPITULO III

DETERIORO COGNITIVO.

3.1 Deterioro Cognitivo leve.

Se entiende por deterioro cognitivo cualquier alteración de las capacidades mentales superiores. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es la afectación de la memoria y de algunas áreas cognitivas, que presenta dificultad solo para tareas complejas previamente bien desarrolladas. La persona que lo padece puede mejorar o evolucionar a una demencia (**Casabella, 1999; en Argüera, 2006**).

Pérez y Bisa (2010) mencionan que “existe una continuidad cognitiva y funcional entre los individuos normales y los pacientes con demencia. Este estadio intermedio ha recibido diversos nombres, entre ellos el de deterioro cognitivo leve”. p. 193.

Los científicos están interesados en estudiar esta etapa clínica, ya que se supone que el deterioro cognitivo leve es una etapa temprana en la enfermedad del Alzheimer.

Algunas personas, a medida que envejecen, empiezan a tener problemas de memoria mayores que aquellos esperados para su edad, sin embargo, estos problemas no necesariamente satisfacen todos los criterios aceptados para considerarlos como enfermedad de Alzheimer, pero se cree que con el tiempo, la mayoría de estas personas la desarrollarán (**Feria,2005**).

Pérez y Bisa (2010) plantean que el deterioro cognitivo leve se caracteriza por:

- Afectar a una o más de las siguientes áreas cognitivas: atención/funciones ejecutivas, memoria, lenguaje o función visoespacial
- Es adquirido, de meses o años de evolución, referido por el paciente o por un informador fiable, y objetivado en la exploración neuropsicológica con un rendimiento $<1,5$ de respecto del grupo de la misma edad y nivel de estudios.
- Interferir de forma mínima o no interfiere en las actividades habituales.

A su vez se refiere que las causas del deterioro cognitivo leve pueden agruparse en:

- Enfermedades neurológicas (p. ej., Enfermedad de Alzheimer)
- Enfermedades o trastornos sistémicos
- Factores tóxicos o farmacológicos
- Trastornos psiquiátricos
- Combinación de los anteriores

El mismo autor menciona que las áreas y test neuropsicológicos recomendados para el diagnóstico del DCL son los siguientes:

- Atención/ funciones ejecutivas: series directas e inversas, clave de números, trail-making test, semejanzas.
- Memoria: memoria de textos, aprendizaje de palabras, aprendizaje de dibujos u objetos.
- Lenguaje: denominación de objetos o dibujos, fluidez verbal.
- Área visoespacial/visoperceptiva: test del reloj, praxias constructiva (copia) figuras superpuestas.

Como ya se mencionó el DCL constituye un grupo de riesgo de desarrollo de demencia que varía en función de la población y de los criterios utilizados (6-25% anual). Por tanto, estos pacientes deben ser evaluados e informados cada 6 o 12 meses (grado de recomendación).

Por último reportan que las variables más útiles en la predicción de la demencia en pacientes con DCL son las siguientes:

- Edad
- Número de áreas neuropsicológicas alteradas
- *Déficit en la codificación y el almacenamiento.*
- Alteración en las actividades de la vida diaria
- *Atrofia hipocámpica en la resonancia magnética*
- Hipermetabolismo cortical en la tomografía por emisión de positrones.
- *Disminución de la AB42 y/o elevación de la proteína tau en el líquido céfalo raquídeo*
- Gen ApoE4
- Los factores específicos de la Enfermedad de Alzheimer están marcados con letra cursiva.

3.2 Rehabilitación.

El término “rehabilitación” implica el restablecimiento del funcionamiento de los pacientes al nivel más alto posible tanto en el área física, psicológica como de adaptación social. Incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que perturban la normalidad y permitir a la gente con algún tipo de acidez por incapacidad alcanzar un nivel óptimo de integración social. **(Ostrosky, 2004).**

3.2.1 Rehabilitación cognitiva.

La rehabilitación cognitiva es el conjunto de procedimientos y técnicas que tiene por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar, laboral y social en aquellos sujetos que sufren o sufrieron una injuria cerebral **(Otero & Fontán, 2001).**

Su principal objetivo es mejorar capacidades como la atención, la memoria, el lenguaje y la comunicación, las funciones ejecutivas, etc. para conseguir la mayor independencia funcional en las diversas situaciones cotidianas de la persona con daño cerebral.

El diseño de programas de rehabilitación se basa en modelos que proviene de la neuropsicología cognitiva. Estos ayudan a determinar los diferentes componentes de cada una de los funciones cognitivas que están afectados o preservados, el modo en que se pueden entrenar, reforzar o compensar aquéllos que estén afectados, y el orden o jerarquía de las tareas a realizar. Se comienza por los aspectos más básicos y se les va incorporando poco a poco elementos de niveles superiores más complejos **(Polonio & Romero, 2010)**.

3.2.2 Estimulación cognitiva.

La estimulación cognitiva puede definirse como la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos, como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento, la percepción, las praxias, el cálculo, la lectoescritura o la visoconstrucción. Estimular y mantener las capacidades mentales redundante en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en tareas cotidianas **(Sardinero, 2005)**.

Las actividades de estimulación cognitiva han sido desarrolladas atendiendo a un modelo teórico de partida, fundamentado científicamente, con el propósito de ejercitar algún proceso psicológico en particular o varios procesos al mismo tiempo.

La práctica de estimulación cognitiva se asemeja metafóricamente al ejercicio físico deportivo. Se entrenan las habilidades mentales para su fortalecimiento y desarrollo, de igual manera que podemos entrenar los músculos de nuestro cuerpo mediante la gimnasia **(Sardinero, 2005)**.

Los procesos psicológicos que reciben atención son diversos: memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, visoconstrucción, cálculo, etcétera., estos no se conciben como entidades independientes, sino que se relacionan entre sí. Por ejemplo, cuando se plantea un ejercicio para la estimulación de la memoria, se tiene en cuenta que, al mismo tiempo la persona entrenará su capacidad para atender a la información que debe aprender. En otras palabras, la estimulación tiende a ser integral abarcando al conjunto de procesos cognitivos.

Yuni & Urbano, (2005). Refieren que la estimulación cognitiva con adultos mayores es una intervención educativa que promueve la utilización de los recursos y capacidades intelectuales y la exploración de nuevas potencialidades.

Así mismo plantean como intervención educativa el enriquecimiento del sistema cognitivo, entendido como un sistema complejo de procesamiento de información que comprender conocimientos (representaciones) y medio para operar sobre esos conocimientos (procesos). La estimulación cognitiva tiende entonces a la promoción de los recursos intelectuales del sujeto y al logro progresivo de la autorregulación de los mismos.

3.2.3 Rehabilitación neuropsicológica.

La rehabilitación neuropsicológica es un proceso a través del cual los pacientes con daño cerebral trabajan junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica (**Muñoz, 2009**).

Las metas básicas de la intervención se pueden resumir en dos grandes objetivos:

- Reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
- Reducir el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social.

Históricamente la rehabilitación neuropsicológica fue considerada como la restauración de las funciones cognitivas alteradas tras un daño cerebral, poniendo énfasis en reparar el déficit causado por el daño de las estructuras cerebrales. Sin embargo, las perspectivas actuales atribuyen importancia no sólo a la restauración del déficit cognitivo, sino también a la disminución de los problemas particulares causados por éste, y al impacto que tales alteraciones tiene en la participación social y en la calidad del vida del sujeto **(Muñoz, 2009)**.

La rehabilitación neuropsicológica es importante pues se obtienen, a través de ella, logros que parecerían imposibles años atrás. El cerebro es plástico y por lo tanto, tiene una gran capacidad para facilitar el funcionamiento psicológico a través de entrenamiento especializado. Con la rehabilitación se consigue que las zonas del cerebro que no están dañadas colaboren en la recuperación funcional del paciente, es decir, zonas intactas del cerebro van a ser adiestradas mediante la rehabilitación para que compensen, suplan o asuman funciones que correspondían realizar a las zonas dañadas.

3.2.4 Enfoques en Rehabilitación Neuropsicológica.

Se han distinguido tres posibles abordajes en rehabilitación neuropsicológica:

- a) Restauración: Desde esta estrategia, se considera que los procesos cognitivos alterados pueden recuperarse mediante la estimulación. Si se realizan los ejercicios oportunos de un modo repetitivo, se lograrán reactivar los circuitos cerebrales dañados por la lesión o la enfermedad.

- b) **Compensación:** Cuando una función cognitiva no puede ser recuperada, se potencia el uso de ayudas externas que elimina o reducen al mínimo la necesidad de usar esa facultad mental. Es decir, se trata de que la persona realice una actividad útil para su vida cotidiana, pero ayudándose de dispositivos externos (como por ejemplo, las agendas) que disminuyen la necesidad de utilizar un proceso cognitivo alterado (en este ejemplo, la memoria prospectiva). El propósito es meramente funcional y no se persigue la recuperación de la función dañada al nivel pre mórbido.
- c) **Sustitución:** Cuando tiene lugar una lesión cerebral, los procesos no se destruyen por completo. Por otro lado, quedan remanentes, es decir, sub-procesos aún operativos dentro de la capacidad general dañada. Y por otro, quedan otras funciones intelectuales completamente intactas. Se trata de utilizar esas reservas neurológicas, tanto las del proceso cognitivo general alterado como las de los procesos cognitivos intactos con el fin de mejorar el rendimiento general. Por ejemplo, una persona con dificultades de memoria pero con mejor preservación de la memoria visual frente a la verbal, puede ser entrenada para utilizar mnemotécnicas visuales que optimicen el rendimiento de la memoria verbal **(Sardinero, 2008):**

La sustitución puede ser intrasistémica (entrenar al sujeto para realizar las tareas utilizando niveles básicos o más levados dentro del mismo sistema funcional) o intersistémica (adiestrar al paciente para emplear otros sistemas funcionales) diferentes al dañado **(Muñoz, 2009).**

3.2.5 Fundamentos Neuropsicológicos de la Rehabilitación Cognitiva.

El entrenamiento de las funciones cognitivas se fundamenta inicialmente en el concepto de neuroplasticidad y regeneración cerebral surgido de las teorías de Luria y de la escuela neurofisiológica rusa, y posteriormente en los descubrimientos de los estudios con animales vertebrados.

En estos últimos se puso de manifiesto que las lesiones neuronales en áreas cerebrales específicas pueden compensarse a través de la estimulación, gracias a la implicación de otras inervaciones colaterales **(Martín, 1999)**.

Durante la década de los 70 se describió la primera evidencia de regeneración celular en el sistema nervioso central. Y desde el primer estudio sobre plasticidad cerebral hasta la actualidad se ha podido demostrar que procedimientos de estimulación neuropsicológica específicos pueden llegar a desembocar en una mejora funcional, después de que el tejido cerebral se halle afectado por lesiones cerebrales. Recientemente, ha comenzado a defenderse la utilidad de programas de estimulación cognitiva para enfermos afectados de enfermedades degenerativas cerebrales. La aplicación de estos programas de estimulación, aunque sujeta a controversia, comienza a mostrar resultados positivos, y no únicamente referidos a la estimulación cognitiva, sino en lo relativo a las actividades de la vida diaria, la psicoefectividad y el estado físico.

Un grupo de investigadores recientemente, demostró la capacidad de regeneración neuronal en cultivos de células de sujetos fallecidos años antes a causa de enfermedades neurológicas, abriendo un gigantesco signo de interrogación a la tradicional convicción de la incapacidad de regeneración del sistema nerviosos centra **(Otero & Fontán, 2001)**.

Martín (1999) menciona que la explicación de la mejora o mantenimiento cognitivo en los enfermos con demencia tiende a justificarse en la actualidad con dos tipos de argumentos pp. 249:

- a) La estimulación continua provoca a nivel cerebral un aumento del número de sinapsis que potencia el funcionamiento de circuitos neuronales implicados en las distintas funciones cognitivas, aumentando o manteniendo la eficacia del sujeto ante el desarrollo de las mismas. La regeneración axonal, a diferencia que el envejecimiento no patológico, está destinada a la extinción, dado que la muerte neuronal es inevitable.

Pero esta potenciación actuaría retrasando los déficits en los enfermos con demencia.

- b) El trabajo de estimulación constante llevado a cabo con los enfermos afectados de demencia contribuye a su mejora o mantenimiento facilitando una sustitución de la función de un determinado circuito, afectado por la degeneración, a otros circuitos neurales que normalmente no se encuentran altamente implicados en ella. De esta forma, pueden compensarse los síntomas secundarios a la degeneración progresiva que se produce en respuesta a la patogénesis de la demencia. Como en el caso anterior, el proceso degenerativo es inevitable, pero estos mecanismos de compensación cerebral pueden justificar un retraso en la aparición de síntomas y un freno en la progresión de los déficits existentes.

Esta base neurobiológica ha permitido defender la eficacia de los programas que consiguen una mayor activación cerebral como consecuencia de estimulación cognitiva.

3.2.6 Plasticidad Cerebral.

El cerebro no es algo estático sino que lógicamente evoluciona desde su origen embriológico hasta su estado adulto. Su desarrollo es guiado básicamente por la genética, pero pronto dejarán su impresión otros factores, como el aporte de nutrientes, de oxígeno, de sustancias tóxicas como el tabaquismo de la madre durante el embarazo, el alcohol, los microorganismos, el sufrimiento en el canal de parto, etc.

A lo largo de la vida de todo ser humano existe una capacidad de aprendizaje, más o menos limitada, que se pone de manifiesto en los posibles cambios de conducta, en la adecuación a nuevos estímulos y ambientes, en la mejora de las habilidades instrumentales y en la adquisición de nuevas estrategias y esquemas cognitivos (**Salazar & Villar, 2007**).

Esta capacidad de reserva o almacenaje cognoscitivo se basa en la plasticidad adaptativa que posee el cerebro, o neuroplasticidad cerebral, esta flexibilidad morfológica del sistema nervioso permite algunos cambios neutrales, nuevas sinaptogénesis o regeneración de las neuronas lesionadas, y esta potencialidad cristaliza en la capacidad del paciente para mantener o preservar una función cognoscitiva o recuperar un déficit cognitivo.

Para **Junque, Bruna y Mataro (2004)** el término plasticidad cerebral define la capacidad para modificar la estructura cerebral, y consecuentemente su función, a lo largo de la vida de un individuo. Esta capacidad de cambio permite al cerebro responder a estímulos ambientales y, a estímulos internos del propio organismo, lo que permite incorporar cambios que surgen de la experiencia y, gracias a este proceso podemos aprender y recordar información. pp. 36

Salazar y Villar (2007) mencionan, que este fenómeno permite que el cerebro lesionado continúe teniendo una potencial capacidad de aprendizaje o reaprendizaje después de una lesión cerebral. pp. 186

Los cambios plásticos en el cerebro en desarrollo son tan profundos que el niño es realmente una criatura distinta en cada una de las distintas etapas de su desarrollo. Cuando se produce una lesión cerebral en este periodo madurativo, el cerebro debe reorganizarse, al menos en parte, para permitir la consecución de las funciones perdidas. La plasticidad es más obvia durante el desarrollo, el cerebro permanece maleable durante toda la vida.

Es evidente que podemos seguir aprendiendo y recordando información cuando ya ha finalizado la maduración cerebral y estas capacidades persisten, aunque menos efectivas, durante toda la edad adulta y la vejez (**Junque, Bruna & Mataro, 2004**).

Recientes investigaciones, han puesto de manifiesto la neuroplasticidad en el anciano, incluso durante estadios iniciales de las demencias, si bien en menor intensidad.

En las fases de mayor deterioro cognitivo, esto parece razonable y evidente que la plasticidad cerebral sea mínima o nula debido a la gran pérdida de masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores **(Salazar & Villar, 2007)**.

Por su parte, los estudios de Cajal y el fisiólogo Donal O. Hebb, a finales del siglo XIX afirman que la repetida activación de una neurona por otra, a través de un circuito determinado, aumenta su conductividad, es decir, se facilita el traspaso de información de un circuito de neuronas estrechamente conectadas entre sí, con ello, estos circuitos hiperfuncionales alcanzan mayor volumen en sus cuerpos neuronales y mayor aporte sanguíneo.

Por el contrario las neuronas y los circuitos con escasa función se atrofian y pueden llegar a desaparecer **(Merino, 1997)**. Por lo que es aconsejable que los ancianos mantengan el máximo nivel posible de actividad mental, para retrasar su deterioro.

CAPITULO IV

TALLER DE ESTIMULACIÓN Y REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES.

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, el estudio de la vejez, el envejecimiento y las consecuencias que estos procesos traen consigo, son fundamentales en las últimas décadas. A pesar de que la gran mayoría de las personas viven un envejecimiento “normal”, es decir sin aspectos patológicos presentes; no todos conocen estrategias que puedan ayudarles a vivir los años de la vejez satisfaciendo con calidad sus necesidades físicas, sociales, emocionales y cognitivas. La mayoría de ellos afrontan su proceso de envejecimiento y las demandas del exterior practicando estrategias, en muchos casos inconscientes que son consecuencia del desarrollo anterior y se mantienen a pesar de los cambios. **(Muñoz, 2009).**

En relación a las necesidades cognitivas, las repercusiones de los cambios, suelen disminuir la motivación y el interés de las personas, lo que conlleva un menor nivel de actividad y una reducción en la capacidad de disfrutar de fuentes de satisfacción intelectual; en cuanto a las relaciones interpersonales, se limita la capacidad de comunicación con tendencia al aislamiento y la soledad; la incapacidad y la depresión. **(Claver, 2002, en Claver, 2004).**

Trabajar con las capacidades cognitivas tales como son: la atención, orientación, lenguaje, cálculo, motricidad y memoria, es de gran importancia. Sin hacer menos a las otras capacidades cognitivas, el trabajar con la memoria se considera de suma importancia pues esta capacidad es el soporte de todas las acciones del individuo, de su experiencia, de sus conocimientos y aprendizajes a lo largo de su vida. Además el hecho de tener olvidos frecuentes provoca en el adulto mayor miedo y angustia pues, la mayoría de ellos piensa que puede ser el comienzo de un padecimiento grave e incapacitante como la demencia o el Alzheimer.

Este taller fue elaborado bajo un enfoque del modelo psicosocial, fue considerado el adecuado para este trabajo ya que, considera la globalidad de los individuos y por qué tiene como objetivo principal proporcionar a las personas una serie de conocimientos centrados en diferentes factores que intervienen en su realidad: de naturaleza biológica, psicológica y social.

Algunos principios de este modelo son:

- Pretende atender las necesidades de cada individuo para lograr objetivos generales comunes.
- Aspira a que las personas no sean etiquetadas y sean consideradas sus individualidades bajo los derechos de ser tratados como cualquier otro individuo, la libre elección y el derecho de autonomía e independencia a través de la ayuda en el fenómeno de sus habilidades y recursos propios.
- Trata de analizar las situaciones desde una perspectiva multidimensional definida por la interrelación, interacción e influencia de diversas variables.
- Desde este modelo se busca intervenir no solo en el individuo, en sus capacidades, habilidades y recursos personales, si no también en sus sistemas de apoyo informal (familia, amigos, etc.) y formal (profesionales).
- Pretende que la realidad sea vista considerando que siempre hay una valoración cognitiva, una interpretación individual de las situaciones y que en toda ocasión se debe realizar una revisión de las actitudes, pensamientos, sentimientos, etc., que filtran dicha realidad. Además desde esta perspectiva es de suma importancia conocer y comprender la visión que otras personas (amigos, familia, profesionales, etc.) tienen de la situación a considerar.

Como toda intervención, este taller, persigue la consecución de un cambio, considera al adulto mayor como sujeto-objeto y favorece su participación activa; pretende prevenir la aparición y generación de situaciones de dependencia, fomentando la autonomía y competencia de las personas mayores.

También espera ser una intervención funcional, donde se reconocen los cambios que se van presentando con el proceso del envejecimiento y al mismo tiempo, se trabaja con capacidades residuales y recuperables compatibles con una vida social y personal activa que tiene como finalidad adiestrar al adulto mayor en el uso de técnicas y estrategias que coadyuvan a mejorar el desempeño de su memoria.

Los beneficios que pretende alcanzar el taller, son que el adulto mayor elimine la creencia, difundida y reafirmada constantemente por la sociedad y por el mismo de que las capacidades cognitivas que está perdiendo son de forma normal y ya no hay nada que hacer al respecto. El concientizar al adulto mayor de que es su responsabilidad el aprender y practicar estrategias para cubrir y mejorar sus necesidades cognitivas también es de suma importancia pues entre más prácticas realice, más funcional puede llegar a ser.

Algo que a los pacientes adultos mayores les motiva es trabajar con personas con características similares a ellos, ya que ayuda a disminuir niveles de estrés, ansiedad y angustia así como ampliar sus contactos sociales, sus redes de apoyo y su crecimiento personal.

MÉTODO

4.1.-PLANTEAMIENTO:

La finalidad de esta investigación fue, brindar un taller de rehabilitación cognitiva a personas adultas mayores diagnosticadas previamente con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), mediante la prueba MINIMENTAL (State Examination de Folstein) de una forma clara, sencilla, dinámica e innovadora. Los objetivos específicos de ésta estrategia son los siguientes:

- Estimular el interés a los adultos mayores por entender que es lo que está pasando en sus funciones cognitivas.
- Sensibilizar al adulto mayor, brindándole la información pertinente sobre lo que sucede en el deterioro cognitivo leve (DCL).
- Brindarles herramientas para enseñarles técnicas que apliquen en su vida diaria para mejorar sus funciones cognitivas.
- Reducir el impacto emocional causado por la pérdida de sus habilidades y capacidades cognitivas.
- Dar a conocer su diagnóstico y toma conciencia sobre él.

Este proyecto está encaminado a la rehabilitación cognitiva del adulto mayor, para verificar el cumplimiento de los objetivos que planteaba ésta estrategia, siendo nuestra pregunta de investigación: ¿El taller de estimulación cognitiva es eficaz para rehabilitar al adulto mayor con DCL?

Se dio a la tarea de buscar instituciones de asistencia a personas de la tercera edad para poder llevar a cabo el taller de estimulación cognitiva a personas diagnosticadas con deterioro cognitivo leve (DCL).

En la primera institución a la que se acudió, a solicitar los permisos necesarios para tener acceso a la población requerida no fue posible llevar a cabo el taller de estimulación cognitiva con las personas de la tercera edad, pues todos estaban diagnosticados ya con demencia de tipo Alzheimer en etapa avanzada por lo cual era imposible poder trabajar con ellos.

En la segunda institución a la que se acudió se me negó brindar el taller de estimulación cognitiva, pues los encargados del lugar decían que era una pérdida de tiempo y que los pacientes no estaban interesados en lo más mínimo, por lo cual no pude tener contacto con los pacientes.

En tercera institución, las personas de la tercera edad de igual forma que en la primera institución, ya presentaban la demencia de tipo Alzheimer en etapa avanzada por lo cual no se pudo aplicar el taller en la institución.

Después de los intentos fallidos en las instituciones, me di a la tarea de buscar por diversos medios (carteles, invitaciones, conocidos) a la población requerida para la aplicación del instrumento (taller de estimulación cognitiva).

Objetivo general:

Rehabilitar de manera oportuna a los adultos de la tercera edad con DCL, logrando generar medidas de prevención, hábito y autocuidado, por medio del taller de estimulación cognitiva que elaboré previamente.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar al adulto mayor dándole a conocer información sobre lo que sucede en el cuerpo de una persona enferma con el transcurrir de los años.
- Estimular el interés por lo que pasa en el cerebro y como se presentan los cambios cognitivos.

- Que el adulto mayor ejercite sus habilidades cognitivas.
- Informar del Deterioro Cognitivo Leve (DCL).
- Que el adulto mayor incremente su rendimiento intelectual.
- Dar a conocer que con la estimulación cognitiva constante se puede evitar por más tiempo llegar a la demencia de Alzheimer.
- Motivar y reconocer el esfuerzo de los adultos mayores.

Hipótesis:

El taller de estimulación cognitiva es una estrategia o herramienta eficaz para rehabilitar a los adultos mayores con deterioro cognitivo leve y de esta forma evitar la demencia de tipo Alzheimer.

Variables:

Variable Independiente: Taller de estimulación cognitiva, para rehabilitar al adulto con DCL.

Variable dependiente: La conducta de aprendizaje del adulto mayor (cambios obtenidos tanto en el pre-test como en el pos-test).

DISEÑO:

Estudio descriptivo, ex-posfacto, transversal y comparativo.

MATERIAL:

- ❖ Manual de actividades para la estimulación y rehabilitación cognitiva, el cual corresponde a un cuadernillo de actividades que consta de distintos objetivos y tareas a realizar, así como los pasos a seguir dentro del mismo. (El manual se elaboró para lograr el objetivo de esta tesis).

La información contenida en el cuadernillo es la siguiente:

- Ψ Lecturas que explican de forma necesaria las funciones cognitivas que se estimularan para la rehabilitación, como son: Memoria, Atención, Lenguaje, Orientación, Cálculo y Motricidad.
- Ψ Los diversos ejercicios que se trabajaran en cada una de las sesiones que se tendrán a lo largo del taller.
- Ψ El orden de las sesiones que se tendrán a lo largo del taller.
- Ψ Dentro de cada sesión el objetivo y los materiales de la misma.
- ❖ Instrucciones del cuadernillo de actividades:

Instrucciones iniciales que el Psicólogo debe dar al adulto mayor de manera verbal:

A continuación vamos a identificar algunas cosas que pasan dentro de su vida diaria y que ustedes pueden identificar fácilmente como por ejemplo los olvidos que han tenido frecuente, como son los nombres de las personas, los lugares a donde han ido, etc., este es un cuadernillo de actividades que se ira trabajando a lo largo del taller, aquí se les brindará todo el material para ir trabajando sesión por sesión, la forma en lo que van a utilizar es muy sencilla, ya que cada sesión tiene las instrucciones claras, así como cada actividad.

Instrumentos

❖ **Escala de evaluación Mini-Mental:** esta escala explora la orientación, memoria inmediata y de fijación, atención-concentración, cálculo, producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visoespacial comprende los temas incluidos en el taller de estimulación cognitiva, se aplicará antes de que el adulto mayor tenga contacto con el taller de estimulación y posterior al taller se aplicara un pos-test; con la finalidad de poder valorar y analizar la cantidad de información aprendida o asimilada por el adulto mayor, lograda por la participación y rehabilitación del taller. (Ver anexo 1 minimental).

❖ **Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage:** Ésta se usa en caso de que se quiera explorar la depresión en el paciente. Es una escala diseñada específicamente para este grupo de población y puede ser auto o heteroaplicada. Si existe un deterioro cognitivo importante, esta escala pierde parte de su validez. (Ver anexo 2 GDS).

❖ **Cuadernillo de Actividades para la estimulación cognitiva:** Éste cuadernillo es el que se usara para todo el taller de rehabilitación ya que contiene la información necesaria y actividades que se trabajaran. (Ver anexo 3).

Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico.

MUESTRA: ADULTOS MAYORES CON DCL.

Φ Se seleccionaron 20 adultos diagnosticados con deterioro cognitivo leve.

Criterios de inclusión:

- Que tengan de 60 años en adelante.
- Que hayan tenido una puntuación Mini-Mental menor a 28 puntos.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Familiares o cuidadores que estén apoyándolos en el proceso.

Escenario:

Habitación lo suficientemente grande para que ingresen alrededor de 20 personas, que tengan el suficiente espacio, iluminación, ventilación y mesa donde puedan trabajar, sillas cómodas o sillones.

PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

- 1.- Que el Psicólogo o instructor encargado de la aplicación de a escala de evaluación Mini-Mental tenga conocimientos suficientes sobre el deterioro cognitivo.
- 2.- Que el Psicólogo o instructor encargado de la aplicación del taller de rehabilitación cognitiva, tenga una capacitación previa sobre el contenido y manejo del mismo.
- 3.- Buscar la institución o escenario donde se permita aplicar el taller.
- 4.- Se realizó una junta con los adultos seleccionados con la finalidad de explicar el modelo; se les mostró parte del cuadernillo usado en la investigación.
- 5.- A la hora de la aplicación del taller; el Psicólogo encargado dio ciertos matices “cómicos” en cuanto a las situaciones que están pasando los adultos y de esta forma generar un buen Raportt.
- 6.- Se aplicó previamente dos escalas (GDS, Mini-Mental) antes de comenzar el taller y al término de éste para determinar los conocimientos previos y posteriores de los adultos seleccionados.

7.- Aplicación del taller, siguiendo las instrucciones del cuadernillo que incluye dicho modelo; con una duración de 3 meses una sesión a la semana, cada sesión tiene una duración de 3 horas aproximadamente ya que a veces puede durar menos, dependiendo de cómo trabajen o participen los adultos.

8.- La aplicación fue en forma grupal ya que es un proceso interactivo.

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL TALLER. (CARTAS DE PRESENTACIÓN).

SESIÓN # 1.

TIEMPO TOTAL: 3 horas.

OBJETIVO: Presentación general. Que las personas se conozcan para establecer un ambiente de confianza y a su vez conozcan cuales son los beneficios de la rehabilitación y estimulación cognitiva.

MATERIALES: Rotafolió, plumones, actividad y tarea 1, incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y bienvenida a los pacientes.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, para crear un ambiente de confianza y aceptación al grupo. Presentación de la persona que está a cargo del taller (en este caso el psicólogo). Explicar el objetivo del taller y los beneficios que este tiene, mencionar los temas que serán vistos durante todo el taller.	90 minutos.
2. Establecimiento de reglas y compromisos.	Mediante lluvia de ideas y dialogo, establecer las reglas aplicables en las sesiones de rehabilitación tal como son: la asistencia, participación, respeto y tolerancia.	30 minutos.
3. Introducción a las técnicas de relajación.	Explicar el objetivo de las técnicas de relajación y llevar a cabo una relajación con los pacientes. (Incluida en el Cuadernillo de Actividades).	15 minutos.
4. Explicar el tema de la sesión (memoria) por medio de lectura.	Preguntar a los pacientes sobre lo que creen o saben lo que es la memoria, y pedirles que mencionen algunos de sus olvidos frecuentes, o si sienten que su memoria les falla y en qué aspectos. Realizar una lectura que explique lo que es la memoria, una vez terminada preguntar a los pacientes sobre lo entendido y resolver las dudas que tengan los pacientes. Realizar la actividad 1 "Mi árbol genealógico" explicar previamente las instrucciones.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones y explicación y entrega de tarea 1, que se encuentra en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 2.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Lograr una mayor cooperación y participación por parte de los pacientes, hacer que recuerden las principales etapas de su vida.

MATERIALES: Rotafolió, plumones, colores, fotografías, actividad y tarea 2, incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, comenzar con la una breve retroalimentación de la sesión anterior. Comenzar con la revisión de tareas y dudas sobre las mismas, aclaración de las dudas.	45 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Una vez que se concluyó con la revisión de tareas y aclaración de dudas, se comienza con una relajación para un mejor desempeño de los pacientes. Incluida en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.
3. Aplicación de la actividad.	Se les proporciona a los pacientes la actividad 2, del Cuadernillo de Actividades, explicándoles en que consiste la actividad y en cuanto tiempo la deberán realizar.	60 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para la actividad se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de la actividad realizada resaltando las habilidades de los pacientes y motivándolos para que participen	45 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de tarea 2, que se encuentra en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 3.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Que los pacientes tengan un concepto sobre lo que es la memoria y sean capaces de recordar lo visto en las 2 sesiones anteriores.

MATERIALES: Rotafolió, plumones, colores, actividades 3, 4, 5 y 6 tarea 3 y 4 de la sesión 3 incluidas en el Cuadernillo de Actividades. Frutas, texturas, perfumes.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, comenzar con la una breve retroalimentación de la sesión anterior. Comenzar con la revisión de tareas y dudas sobre las mismas, aclaración de las dudas.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Una vez que se concluyó con la revisión de tareas y aclaración de dudas, se comienza con una relajación para un mejor desempeño de los pacientes. En este caso se le pide a uno de los pacientes que la aplique de acuerdo a lo aprendido.	15 minutos.
3. Aplicación de la actividad.	Se vuelve a realizar un recordatorio general de las 2 sesiones pasadas, preguntando sobre las actividades y tareas realizadas, se les proporciona el material de las actividades 3, 4, 5 y 6 explicando las instrucciones de cada una y aclarando dudas, se pone a los participantes por parejas para realizar las actividades 3, 4 y 5.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades realizadas, motivando la participación de los pacientes.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de tarea 3 y 4 que se encuentra en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 4.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Hacer una breve retroalimentación del tema visto y comenzar con un tema nuevo "Orientación".

MATERIALES: Actividad 7, 8, y 9 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, comenzar con la una breve retroalimentación del tema anterior. Comenzar con la revisión de tareas y dudas sobre las mismas, aclaración de las dudas.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Una vez que se concluyó con la revisión de tareas y aclaración de dudas, se comienza con una relajación para un mejor desempeño de los pacientes. En este caso se le pide a uno de los pacientes que la aplique de acuerdo a lo aprendido.	15 minutos.
3. Aplicación de la actividad y explicación de un tema.	Se comienza con la lectura del nuevo tema "Orientación", una vez terminada la lectura, se comienza con preguntas o dudas que se tengan sobre la lectura y se reparten las actividades 7, 8 y 9, se explican brevemente las instrucciones.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades realizadas, motivando la participación de los pacientes.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de unos ejercicios de orientación para hacer diariamente. (bloc de Orientación)	15 minutos.

SESIÓN # 5.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Hacer una breve retroalimentación del tema visto y comenzar con un tema nuevo “atención”.

MATERIALES: Actividad 10 y 11, tareas 5, 6 y 7 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y de Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, comenzar con la una breve retroalimentación del tema anterior. Comenzar con la revisión de tareas y aclaración de dudas sobre las mismas.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Una vez que se concluyó con la revisión de tareas y aclaración de dudas, se comienza con una relajación para un mejor desempeño de los pacientes.	15 minutos.
3. Aplicación de la actividad y explicación de un tema.	Se comienza con la lectura del nuevo tema “Orientación”, una vez terminada la lectura, se comienza con preguntas o dudas que se tengan sobre la lectura. Se reparten las actividades 10 y 11 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades se explican brevemente las instrucciones.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades realizadas, motivando la participación de los pacientes.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de las tareas 5, 6 y 7 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 6.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.**OBJETIVO:** Continuar con el tema de atención, fomentar en los pacientes la participación.**MATERIALES:** Actividad 12 (en rotafolío), 13, 14 y 15 tareas 8, 9, 10 y 11 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, revisión de tareas y aclaración de dudas sobre las mismas. Preguntar sobre las actividades y tema visto en la sesión pasada.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Pedir a los pacientes que comiencen con su relajación individual para que cada uno muestre las técnicas aprendidas.	15 minutos.
3. Aplicación de las actividades.	Se reparten las actividades 12, 13, 14 y 15 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades se explican las instrucciones y se resuelven las dudas que se tengan y comienzan a realizar.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades realizadas, motivando la participación de los pacientes y escuchando como las resolvieron.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de las tareas 8, 9, 10 y 11 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 7.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Comenzar con el tema nuevo de Lenguaje y hacer que los pacientes mantengan la participación en las sesiones.

MATERIALES: Actividad 16, 17 y 18 tareas 12, 13 y 14 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, revisión de tareas y aclaración de dudas sobre las mismas. Comenzar con la lectura sobre el lenguaje y dar una breve explicación de lo que no se entienda.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Dar los 15 minutos para aplicar una relajación preguntar si los pacientes quieren una relajación grupal o individual, dependiendo de lo elegido, alguien del grupo dará la relajación.	15 minutos.
3. Aplicación de las actividades.	Una vez terminada la relajación y que los pacientes se encuentren listos para trabajar, se reparten las actividades 16, 17 y 18, se explican las instrucciones y se trabajan de forma grupal motivando a los pacientes a la participación.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades realizadas.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Se realiza una recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas, opiniones, explicación y entrega de las tareas 12, 13 y 14 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 8.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Continuación con el tema de lenguaje aplicando nuevos ejercicios que motiven a los pacientes.

MATERIALES: Actividad 19, 20, 21 y 22 (hacer en rotafolió tareas 15 y 16 incluidas en el Cuadernillo de Actividades).

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Se les da la bienvenida a los pacientes y se les menciona que ya estamos en la sesión # 8, ya faltaran menos sesiones para concluir el taller. Se comienza con la revisión de las tareas y aclaración de las dudas que se hayan presentado.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Comenzar con la relajación como en cada sesión impartida por alguno de los pacientes o por el psicólogo.	15 minutos.
3. Aplicación de las actividades.	Una vez terminada la relajación, se reparten las actividades con las que se trabajaran durante la sesión y se explican los pasos a realizar y se si se tienen dudas se aclaran. (Repartir actividades 19, 20, 21 y 22 rotafolió).	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se realiza la revisión grupal y aclaración de dudas de las actividades.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Se realiza una recapitulación breve de lo visto durante la sesión, aclaración de explicación y entrega de las tareas 15 y 16 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 9.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Finalizar el tema de lenguaje aplicando nuevos ejercicio que motiven a los pacientes.

MATERIALES: Actividad 23, 24, 25(en Rotafolió) y 26 (en Rotafolió) tareas 17, 18, 19, 20, 21 y 22 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
<p>1. Recibimiento y Revisión de Tareas.</p>	<p>Recibimiento y bienvenida a los pacientes, revisión de las tareas dejadas en la sesión pasada, explicarles que ya es la última sesión de lenguaje, sin embargo no deberán de realizar los ejercicios aprendidos en las sesiones.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p>2. Aplicación de una Relajación.</p>	<p>Aplicar la relajación para que los pacientes trabajen mejor y con ganas y así presten más atención y por lo tanto un mayor rendimiento.</p>	<p>15 minutos.</p>
<p>3. Aplicación de las actividades.</p>	<p>Una vez terminada la relajación y que los pacientes se encuentren listos para trabajar, se reparten las actividades 23, 24, 25 y 26, tomando en cuenta que las actividades 25 y 26 son en rotafolió para que los pacientes trabajen en grupo y todos participen, se explican las instrucciones y se aclaran las dudas.</p>	<p>90 minutos.</p>
<p>4. Revisión de la actividad.</p>	<p>Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p>5. Cierre de la sesión.</p>	<p>Se realiza una recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas y entrega de las tareas 17, 18, 19, 20, 21 y 22 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.</p>	<p>15 minutos.</p>

SESIÓN # 10.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.

OBJETIVO: Comenzar con el tema de cálculo para que los pacientes estimulen lo aprendido en su vida escolar o bien en sus actividades diarias.

MATERIALES: Actividad 27, 28 y 29, tarea 23 incluidas en el Cuadernillo de actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibimiento y bienvenida a los pacientes, revisión de las tareas dejadas en la sesión pasada, explicarles que se comenzará con un tema nuevo, en este caso será sobre el cálculo, que tiene que ver con matemáticas.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Aplicar la relajación que se ha dado en cada sesión para un mejor rendimiento de los pacientes.	15 minutos.
3. Aplicación de las actividades.	Una vez terminada la relajación y que los pacientes se encuentren listos para trabajar, se reparten las actividades 27, 28 y 29 que son para trabajar problemas de matemáticas, explicando previamente las instrucciones.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal.	30 minutos.
5. Cierre de la sesión.	Se realiza una recapitulación breve de lo visto en la sesión, aclaración de dudas y entrega de la tarea 23 ubicadas en el Cuadernillo de Actividades.	15 minutos.

SESIÓN # 11.**TIEMPO TOTAL:** 3 horas.**OBJETIVO:** Dar fin al taller y explicar el último tema que es el de motricidad.**MATERIALES:** Actividad 30, 31, 32, 33, 34 y 35 incluidas en el Cuadernillo de Actividades.

Etapas	Procedimiento	T. por etapa
1. Recibimiento y Revisión de Tareas.	Recibir y dar la bienvenida a los pacientes, revisión de las tareas dejadas en la sesión pasada, explicar que ya es la última sesión de todo el taller, sin embargo no deberán dejar de realizar los ejercicios aprendidos en las sesiones vistas durante todo el taller para que no dejen de estimular lo aprendido.	30 minutos.
2. Aplicación de una Relajación.	Se aplicará la última relajación si es que los pacientes lo creen necesario, de lo contrario se comienza con la realización de actividades.	15 minutos.
3. Aplicación de las actividades.	Una vez terminada la relajación se reparten las actividades 30, 31, 32, 33, 34 y 35 se explican brevemente las instrucciones y se aclaran las dudas si es que se tienen, las actividades se realizan de forma grupal.	90 minutos.
4. Revisión de la actividad.	Ya que concluyó el tiempo estimado para las actividades se comienza con la revisión grupal.	15 minutos.
5. Cierre del taller.	Se realiza una recapitulación de todos los temas vistos durante el taller, comentando cuales fueron los temas de mayor interés, se realiza el cierre del taller agradeciendo su participación en el mismo.	30 minutos.

CAPITULO V

RESULTADOS.

La muestra se integró de 10 adultos mayores, con edades de los 60 a los 78 años, con una media de edad de 64 años, 1 mes; de los cuales el 80% (8) de la muestra estuvo formada por mujeres y el 20% (2) por hombres, del total de la muestra el 20% (2) tiene una escolaridad nula, el 70% (7) tiene una escolaridad de primaria y solo el 1% (1) tiene una escolaridad de secundaria.

En la tabla 1, se muestran las puntuaciones obtenidas de cada uno de los pacientes, en la segunda columna se observan las puntuaciones totales de la prueba MINIMENTAL que se obtuvieron antes de comenzar con la rehabilitación, y las puntuaciones de la tercera columna muestran las puntuaciones de la misma prueba obtenidas una vez que se terminó con la rehabilitación.

Tabla 1. (Puntuaciones Totales obtenidas en la Prueba de MINIMENTAL, antes de la rehabilitación y después de haber recibido la rehabilitación).

Paciente.	Pre-test.	Post-test.
1	26	28
2	25	28
3	20	26
4	27	29
5	21	26
6	18	24
7	21	27
8	24	24
9	23	25
10	27	28

En la tabla 1 se puede ver a simple vista que hay diferencias entre los resultados de los pacientes entre una y otra aplicación. Y para corroborar esto se procedió a hacer el análisis mediante la prueba t para muestras relacionada, se calcularon las diferencias entre las dos aplicaciones, a pesar del tamaño de la muestra y de las limitaciones implícitas en este tipo de investigaciones se pudieron encontrar datos relevantes.

Tabla 2. (Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba T para muestras relacionadas).

Estadísticos de muestras relacionadas					
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Pre	23.20	10	3.120	.987
	Post	26.50	10	1.780	.563

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos más comúnmente usados, se observa que hay diferencias entre las medias entre la primera y la segunda aplicación lo cual indica que las puntuaciones totales del MINIMENTAL aumentaron en los pacientes.

Tabla 3. (Coeficiente de correlación de Pearson).

Correlaciones de muestras relacionadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	Pre y Post	10	.700	.024

La tabla 3 indica la correlación y la significación de la prueba t, como se puede observar, el valor p o significación estadística es menor que alpha ($\alpha=.05$), por lo tanto aceptamos que la correlación es significativamente diferente de 0, es decir, existe relación entre variables.

Tabla 4. (Resumen del procedimiento Prueba T para muestras relacionadas).

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Pre - Post	-3.300	2.263	.716	-4.919	-1.681	-4.611	9	.001

La tabla 4 muestra la prueba t con un alpha de 0,05 (ofrece el nivel de significación $1 - 0,05 = 0,95 = 95\%$) y se puede ver como la diferencia entre las medias es de -3.300 y que el límite aceptable está comprendido entre los valores -4.919 y -1.681. Como se observa, la diferencia de medias se encuentra dentro de ese intervalo, por tanto se asume que las medias son diferentes. También se puede ver el estadístico t que vale -4.611 y junto a él su significación o valor p que vale 0.001. Dado que este valor es menor que 0,025 ($0,05 / 2 = 0,025$ dado que el contraste es bilateral) se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 5. (Puntuaciones Totales obtenidas en la Prueba GDS, antes de la rehabilitación y después de haber recibido la rehabilitación).

Paciente.	Pre-test.	Post-test.
1	16	7
2	7	2
3	18	8
4	2	0
5	5	3
6	8	3
7	12	7
8	1	1
9	13	3
10	15	6

En la tabla 5 se puede ver a simple vista que hay diferencias entre las puntuaciones de los pacientes entre una y otra aplicación. Muestra si los pacientes presentaban algún grado de depresión antes de comenzar la rehabilitación cognitiva y después de haber tenido la rehabilitación.

Se observa que solo tres pacientes presentaban una depresión Moderada que tienen una puntuación mayor a 14 y estos pacientes son el 1, 3 y 10 de la tabla, dos pacientes presentaron una depresión leve obteniendo una puntuación entre los 11 y 13 puntos, el resto de los pacientes no presenta depresión alguna.

Sin embargo en el post-test, es decir después de la rehabilitación cognitiva, todos los pacientes disminuyeron sus puntuaciones lo que indica que ninguno de ellos presenta algún tipo de depresión.

Estos resultados indican que si hubo una rehabilitación cognitiva en los adultos mayores, es decir mejoraron sus habilidades cognitivas.

Las mejorías que se obtuvieron en cada uno de los pacientes varia en cuanto a la puntuación total obtenida, salvo de un paciente (el paciente 8 en Tabla 1.) que no tuvo una mejoría, ni deterioro después de la rehabilitación, es decir sus puntuaciones fueron exactamente las mismas tanto en el pre-test como en el post-test, se puede observar claramente en la tabla como es que los pacientes mejoraron en sus puntuaciones desde 1 punto hasta los 6 puntos de diferencia. Por lo cual se puede decir que la Rehabilitación Cognitiva en Adultos Mayores si se logró adecuadamente por medio del taller de estimulación y rehabilitación cognitiva.

DISCUSIÓN

La rehabilitación Cognitiva en adultos mayores por medio de un taller de estimulación y rehabilitación cognitiva, es considerado una buena estrategia de aprendizaje, facilitando a los sujetos entender los diversos temas y dificultades que se presentan en la edad adulta, de una forma dinámica e interactiva.

Durante la aplicación del taller de rehabilitación cognitiva los pacientes mostraban un poco de miedo o inseguridad por no saber de qué se tratarían los ejercicios, conforme iban pasando las sesiones mostraron más confianza y seguridad, mostrando también una mayor participación desempeñando de forma adecuada las actividades.

Se pudieron observar ciertos cambios significativos que surgen de la comparación del pre-test / post-test, que nos indican que la rehabilitación realmente ayudó a mejorar las habilidades y capacidades cognitivas deterioradas, logrando que los sujetos tengan una gran mejoría en las principales áreas trabajadas como son la atención, memoria, motricidad, calculo, orientación y lenguaje.

Estos cambios aunque sean mínimos son relevantes; ya que demuestran que sí se incrementa el tamaño de la muestra y se adecua a las condiciones del medio, teniendo apoyo de las autoridades tanto hospitalarias como el compromiso de la gente, el impacto de la Rehabilitación cognitiva por medio del manual de actividades sería mayor; logrando que éste modelo sea una herramienta que se utilice como recurso para la prevención y así los adultos mayores logren generar medidas de autocuidado y comportamientos preventivos evitando y/o alargando el mayor tiempo posible de diversos tipos de demencia, en este caso la de tipo Alzheimer; ya que analizando los datos, se observa que las áreas donde se muestran cambios significativos se refieren a las de Orientación y Memoria, se puede decir que teniendo estas dos áreas con una mejoría, las otras áreas se rehabilitan de cierta forma más fácil.

Este modelo si se hubiera podido aplicar sin ninguna limitación, estaría apoyando al 100% a todos aquellos adultos mayores que presentan algún tipo de Deterioro Cognitivo.

Dentro de las limitaciones que presenta la investigación se pueden mencionar las siguientes:

El difícil acceso a la población geriátra.

Diversas enfermedades que dificultan el trabajo con la población, algunas de ellas son la Diabetes, Artritis reumatoide, problemas de agudeza visual y auditiva.

Al poco manejo y conocimiento que tienen los adultos mayores sobre los diversos tipos de demencias y definiciones cognitivas, lo que impide una comprensión integra y satisfactoria.

A la complejidad de los términos que tiene manual de actividades para la estimulación y rehabilitación cognitiva, para explicar cada uno de los temas a trabajar.

El tiempo que dura el taller de rehabilitación y el tiempo que hay entre sesión y sesión.

A la falta de compromiso por parte de los adultos y a la falta de atención.

La población opina que el taller de Rehabilitación Cognitiva está muy bien realizado, ya que trabajan cosas que jamás habían visto, sin embargo se les dificulta realizar las actividades, ya que la gran mayoría de las cosas las han olvidado o nunca las vieron. Mencionan que el tiempo para la realización de cada una de las sesiones es el adecuado ya que no se cansan y pueden seguir con sus actividades diarias.

Algunas personas que ingresaron al taller al momento de escuchar las reglas y las normas bajo las cuales se trabajaría decidieron ya no asistir, pues al momento de escuchar que se trabajaría este taller por tres meses pensaron que sería bastante tiempo y preferían realizar sus actividades diarias, las personas que decidieron quedarse opinaban que el tiempo que duro el taller fue muy poco y proponían una segunda parte del taller para seguir ejercitándose para seguir aprendiendo.

La población que recibió la rehabilitación, refiere haber adquirido suficiente información acerca de las medidas preventivas y de autocuidado (realizar actividades cognitivas diarias).

Algunos puntos importantes y positivos que dieron los adultos mayores sobre el taller de rehabilitación fueron los siguientes: *“Gracias a este tipo de actividades podemos seguir aprendiendo”, “Con estos ejercicios que realizamos podemos sentirnos jóvenes de nuevo”, “Las lecturas nos permiten poner más atención a lo que nos dicen”, “Los ejercicios y actividades que aquí trabajamos nos permiten darnos cuenta que son muy fáciles y los podemos trabajar en la vida diaria”, “Si así nos enseñaran todo sería muy fácil”, “Me gustaría que se realizaran más talleres como este”*. Por lo cual se dedujo que los pacientes quedaron satisfechos con el taller, mostrando gran cooperación y poniendo atención en cada una de las actividades, dando también su mejor esfuerzo y desempeño.

Algunos puntos importantes al momento de dar información a los adultos geriatras son los siguientes:

- ❖ Al dar información se deben utilizar palabras claras y sencillas, de uso corriente o común.
- ❖ La capacidad de procesar información es limitada, por lo tanto la información que se brinde será poca.
- ❖ Se irá dando la información en sucesivas sesiones, es decir en dosis.

- ❖ Se brindará la información necesaria para el paciente (geriatra), evitando que se generen dudas, por lo tanto hay que explicar cuantas veces sea necesario.

Sin ningún género de dudas, el paciente geriatra debe recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al diagnóstico previamente realizado mediante la prueba MINIMENTAL, todo esto con el fin de reducir la ansiedad y angustia que padecen.

Por lo observado en mi experiencia personal en el trabajo con pacientes geriatras (Adultos Mayores), encontré que tienen gran capacidad de aprender cosas nuevas sin ningún problema, también encontré que la rehabilitación cognitiva es de suma importancia para éste tipo de población ya que funciona como una herramienta para prevenir o alargar el mayor tiempo posible un deterioro cognitivo mayor que pueda generar algún tipo de demencia, también este tipo de talleres o rehabilitaciones puede ser asimilada por los pacientes geriatras, pueden aprender de una manera clara y divertida; se fincaron bases de nuevos conocimientos sobre los tipos de deterioro cognitivo y sobre las demencias, ya que muchos de los pacientes ni siquiera sabían lo que eran las demencias y mucho menos sabían que se podían realizar ejercicios que las previnieran, también ignoraban los ejercicios, actividades y cuidados que deben tener. Se logro que mediante el taller de rehabilitación cognitiva los pacientes reafirmaran cosas que ellos ya habían olvidado y por lo tanto se logró un mejor manejo de las actividades, se logró aclarar todas las dudas que en un principio (al momento de comenzar el taller) se habían generado en los pacientes geriatras.

Es por ello que doy suma importancia al hecho de que la información que se les dé a los pacientes geriatras con diagnóstico de deterioro cognitivo y en general a la población geriátrica sea completa y de acuerdo a su capacidad cognitiva; tiene que estar perfectamente informado sobre su diagnóstico y lograr disminuir la ansiedad que la incertidumbre le genera y que mejor que esto suceda con nuevas herramientas elaboradas especialmente para notificar y rehabilitar el diagnóstico DCL (Deterioro Cognitivo Leve) como lo es un taller de Rehabilitación Cognitiva.

SUGERENCIAS

Para posteriores investigaciones se sugiere:

- ✓ Contar con una muestra más amplia de adultos mayores de 60 años en adelante.
- ✓ Realizar los cambios pertinentes propuestos por la población con la finalidad de que resulte más atractivo e interesante, logrando así el entendimiento total del taller de rehabilitación y conseguir el objetivo de esta investigación.
- ✓ Tomar a consideración todas aquellas limitaciones antes explicadas que dificultaron la realización del objetivo de la investigación, como la duración, los términos empleados para la explicación de los temas a tratar entre otros.
- ✓ Se recomienda realizar una segunda parte del taller de rehabilitación, a modo de dar un seguimiento a los pacientes.
- ✓ Se recomienda seguir realizando investigación de tipo Geriatria.

LIMITACIONES.

La realización de esta investigación tuvo como limitaciones los siguientes puntos:

✓ La muestra para esta investigación fue muy escasa, ya que no se pudo aplicar en algún hospital o institución donde se contara con una mayor población geriátrica.

✓ El personal encargado de distintas instituciones negaron el acceso para la aplicación del taller de rehabilitación, mencionando que los pacientes ya están grandes y no van a aprender nada diciendo que no les interesa.

✓ Los pacientes de la fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” ya eran de edad muy avanzada y ya todos o la gran mayoría tenían demencia de tipo Alzheimer por lo cual no se podía trabajar con la población.

✓ La falta de un área de trabajo más amplia donde los pacientes tengan mayor movilidad y espacio en el cual puedan desarrollar de manera satisfactoria su rehabilitación, mostrando así su interés en el proyecto

Referencias bibliográficas.

- Alberca, S; López P, (2006), Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 3ª edición. Médica panamericana, España.
- Agüera, L; Cervilla, J; Carrasco, M. (2006) Psiquiátrica Geriátrica. España: Masson.
- Arias, (2005), La pérdida de sinapsis inicia el Alzheimer. Gaceta UNAM, Núm. 3, (644), México D.F. pp. 09.
- Boada, M & Tárraga, L. (2007) Volver a empezar: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer: Barcelona: Fundación ACE.
- Burke, M. & Walsh, M. (1998) Enfermería Gerontológica. España: Harcourt Brace.
- Cornachione, M.; Ferragut, L.; Urrutía, A. (2006) Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Argentina: Brujas.
- Fera, M. (2005) Alzheimer: una experiencia humana. México: Pax.
- Hidalgo, J. (2001) Envejecimiento: Aspectos sociales. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Juárez, García, L; (1997). La enfermedad de Alzheimer, bases fisiopatológicas, diagnóstico y alternativas de tratamiento. Trillas. México.
- Junque, C; Bruna, O; Mataro, M. (2004) Neuropsicología del Lenguajes: funcionamiento normal y patológico. España: Elsevier Masson.
- Lewis, (2004). Definición de Envejecimiento, punto de vista biológico, teoríabiológica. http://books.google.com.mx/books?id=yfCNxkTESzMC&pg=PA62&dq=teorias+biologicas+del+envejecimiento&hl=es&ei=zICrTtSuGayCsgLJ1pjjDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEYQ6AEwBA#v=onepage&q&f=false.
- López-Pousa, S; Vilalta, J; Llinas, J; (1996). Manual de demencias. Prous science. Barcelona, España.
- Mangone, C; Allegri, R; Arizaga, L; (2005) Demencia; enfoque multidisciplinario. Polemos. Buenos Aires, Argentina.

-
- Martín (1999) Envejecimiento, sociedad y salud. España: Humanidades.
 - Merino, A. (1997) De veritas vitae. España: Club Universitario.
 - Montilla, E (2009) Viviendo la tercera edad: Un modelo de consejería para el buen envejecimiento. España: Clie.
 - Muñoz, E; Blázquez, J; Izagirre, N; González, B; Lubrini; G. Perriáñez, J; Ríos; M; Sánchez, I; Tirapu, J. & Zulaica, A. (2009) Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica: España: UOC.
 - Ostrosky-Solís, F; y cols. (2004) ¿Problemas de Atención? Un programa para su estimulación y rehabilitación. 1ª Edición. American Book Store, S.A de C.V. México, D.F.
 - Otero, L & Fontán, L (2001) La rehabilitación de los trastornos cognitivos. Publicado en: Revista de Medicina Uruguay. No. 7
 - Pérez, A. & Bisa, A. (2010) Enfermedad de Alzheimer: Neurología caso a caso. España: Panamericana.
 - Polonio, B. & Romero, D. (2010) Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Panamericana.
 - Rodríguez, S (1989) Vejez: historia y actualidad. España: Universidad de Salamanca.
 - Salazar, C. & Villar, C. (2001) Evaluación Neuropsicológica e intervención e Demencias: la enfermedad de Alzheimer: España: CAAP.
 - Sardinero, A. (2005) Guía Básica: Estimulación cognitiva para adultos. España: Gesfomedia.
 - Sendra, J. (2009) Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: Promoción del bienestar personal y social de las personas dependientes. Ideas Propias. España. p.116
 - Yuni, J & Urbano, C (2005) Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones. Argentina: Brujas.

Anexo 1 MINIMENTAL.

MINIEXÁMEN DEL ESTADO MENTAL **MINIMENTAL**

NOMBRE: _____
 FECHA DE EVALUACIÓN: _____
 Sabe leer: Sí NO Sabe escribir: Sí NO
 ESCOLARIDAD (en años): _____ No. de Registro: _____

1. ORIENTACIÓN (Máximo 5 aciertos)		CALIFICACIÓN		(Máximo 5 aciertos)		CALIFICACIÓN	
Tiempo		Correcto	Incorrecto	Lugar		Correcto	Incorrecto
¿En qué año estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En dónde estamos ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué mes estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En qué piso estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué día del mes es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué colonia es ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué ciudad es ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué hora es aproximadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En qué país estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total correcto _____				Total correcto _____			
2. MEMORIA Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita.		Correcto	Incorrecto				
• Papel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Bicicleta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Cuchara		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Total correcto _____							
3. ATENCIÓN Y CÁLCULO							
Escolaridad mayor a 8 años				Escolaridad menor a 8 años			
Reste de 7 en 7 a partir de 100. (Máximo 5 aciertos)		CALIFICACIÓN		Reste de 3 en 3 a partir de 20 (Máximo 5 aciertos)		CALIFICACIÓN	
A. 100 menos 7				B. 17			
93	<input type="checkbox"/>			14	<input type="checkbox"/>		
86	<input type="checkbox"/>			11	<input type="checkbox"/>		
79	<input type="checkbox"/>			8	<input type="checkbox"/>		
72	<input type="checkbox"/>			5	<input type="checkbox"/>		
65	<input type="checkbox"/>			Total correcto _____			
Total correcto _____				Total correcto _____			
4. MEMORIA DIFERIDA Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio. (Máximo 3 aciertos)		Correcto	Incorrecto				
• Papel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Bicicleta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Cuchara		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Total correcto _____							
5. LENGUAJE							
Muestre el Reloj y diga:	¿Qué es esto?	(Máximo 2 aciertos)	<input type="checkbox"/>				
Muestre el Lápiz y diga:	¿Qué es esto?		<input type="checkbox"/>	CALIFICACIÓN _____			
6. REPETICIÓN DE UNA FRASE (Ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez) "Ni no, ni sí, ni pero"		<input type="checkbox"/>	CALIFICACIÓN _____				
7. COMPRENSIÓN (Máximo 3 aciertos)							
Tome este papel con la mano derecha <input type="checkbox"/> • dóblelo por la marca <input type="checkbox"/> • y déjelo en el suelo <input type="checkbox"/>				CALIFICACIÓN _____			
8. COMPRENSIÓN ESCRITA (Máximo 1 acierto)							
(Muestre la orden atrás de la hoja) CIERRE SUS OJOS				CALIFICACIÓN _____			
9. ESCRITURA DE UNA FRASE: (Máximo 1 acierto)							
Quiero que escriba una frase que tenga sentido (espacio atrás de la hoja)				CALIFICACIÓN _____			
10. PRAXIAS (Máximo 1 acierto)							
COPIA DE UN DIBUJO (copie por favor el dibujo tal como está, atrás de la hoja)				CALIFICACIÓN _____			
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
				PUNTAJE TOTAL: _____			

Anexo 2 GDS.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global:

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal.

11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Anexo 3 Ejercicios del Cuadernillo.

ACTIVIDAD 1.

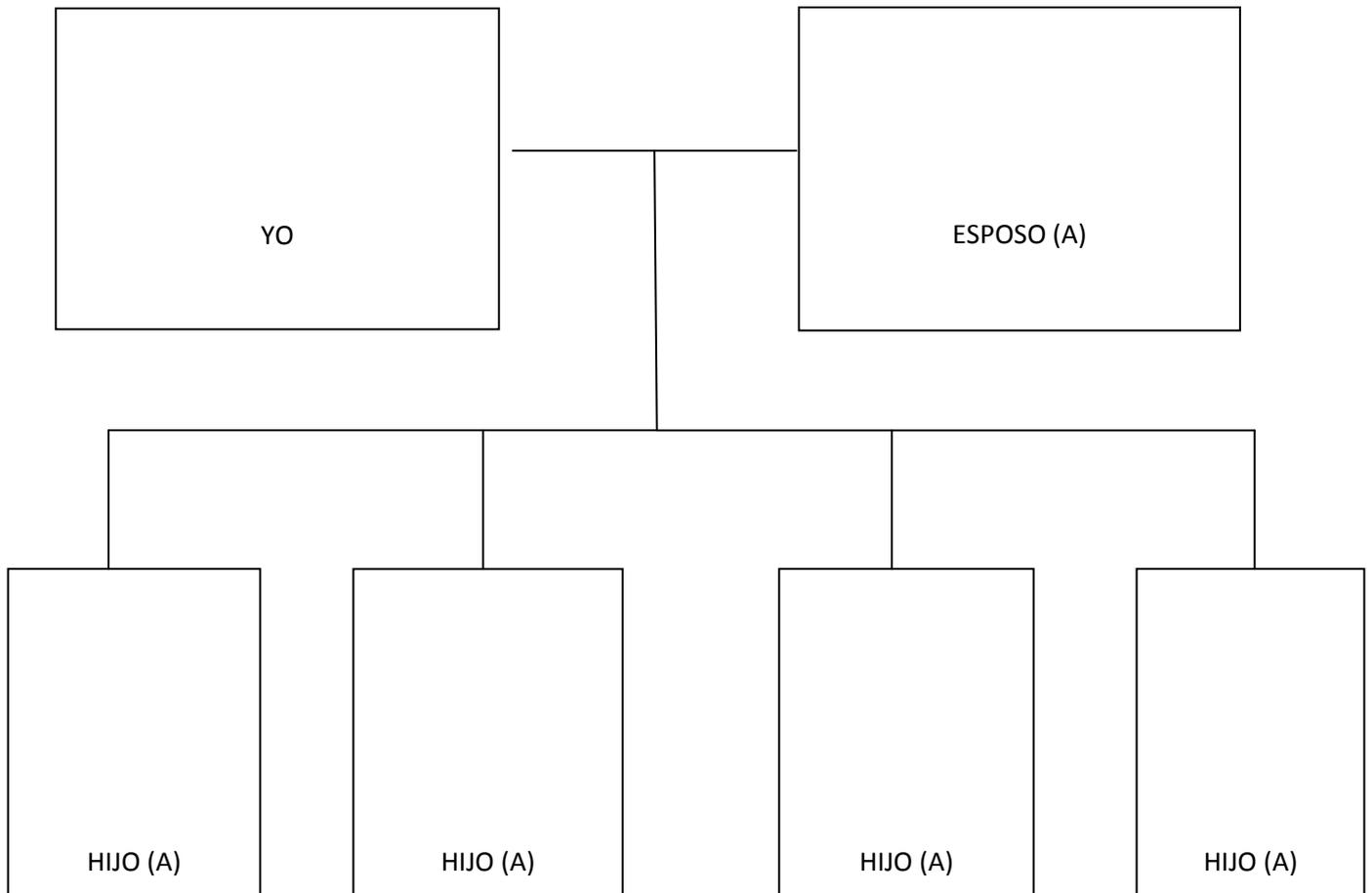
Mi árbol Genealógico.

SESIÓN 1.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____



TAREA 1.**MEMORIA DE NOMBRES.****SESIÓN 1.**

Instrucciones: Hacer una lista donde se describan algunas características de sus familiares, (físicas, psicológicas, y sentimientos).

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Nombre:	C. Físicas:	C. Psicológicas.	Sentimientos.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

ACTIVIDAD 5. RETENCIÓN DE PALABRAS.

SESIÓN 3.

Instrucciones: El procedimiento es similar al anterior, solo que en esta ocasión tendrá una lista de palabras, las cuales deberá escribir nuevamente.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Gusano, tobillo, peine.

Reloj, puerta, sombrilla.

Memoria, azul, venado, ciudad.

Programa, silueta, garganta, hombre.

Pantalla, letras, girasol, puño, serpiente.

Regadera, zapato, pájaro, corbata, anzuelo.

Zanahoria, autobús, ceniza, avión, billete, televisión.

Oruga, algodón, casa, viajero, pensamiento, diez.

Amarillo, fácil, coladera, jugo, cubeta, bandera, carro.

Lluvia, vaquero, portátil, tenedor, jaula, sala, junta.

Jefe, cocina, arma, lápiz, agua, dibujo, organizar, tirar.

Golondrina, vestido, plomería, ojo, secar, verde, iglesia, elefante.

ACTIVIDAD 8.**ORIENTANDONOS.****SESIÓN 4.**

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas responde las que puedas de la manera más sincera no importa si estas en lo correcto o incorrecto.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Orientación de tiempo:

- ¿Qué día es hoy?
- ¿Qué fecha del día es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿En qué año?
- ¿En qué estación del año?
- ¿Qué hora es aproximadamente?
- ¿En qué momento del día estamos?
- ¿Fechas de fiestas cercanas?
- ¿Qué fiesta celebraremos?
- ¿Qué es típico de estas fiestas?
- ¿Con quién lo celebraremos?
- ¿Qué comeremos?

Orientación espacial:

- ¿En qué lugar estamos?
- ¿En qué calle estamos?
- ¿En qué piso estamos?
- ¿En qué colonia estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿En qué país?

Orientación de la persona:

- ¿Cómo se llama?
- ¿En qué año nació?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Está casado/a?
- ¿Cómo se llama su esposo/a?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Qué edades tienen?
- ¿Tiene nietos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Qué edades tienen?
- ¿En qué calle vive?
- ¿Cuál es su número de teléfono?

ACTIVIDAD 11. COMPLETANDO NOMBRES.**SESIÓN 5.**

Instrucciones: Completa el nombre de cada imagen que se te presenta y describe lo que se te pide.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____



	A	N				A
--	---	---	--	--	--	---

COLOR:	SABOR:	QUÉ ES:	PARTES:

ACTIVIDAD 12.**COLORES Y LETRAS.****SESIÓN 6.**

Instrucciones: Tendrás que leer las palabras (rojo, verde, azul, negro, morado y amarillo) únicamente. Posteriormente realizaras otra ronda en donde deberás decir el nombre del color (rojo, verde, azul, negro, morado y amarillo) en el que se encuentran las palabras.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Azul
Morado
Negro
Verde
Amarillo
Rojo

ACTIVIDAD 14.**BUSQUEDA DE PALABRAS.****SESIÓN 6.**

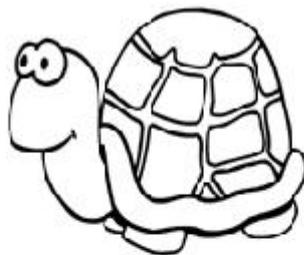
Instrucciones: Busca en la sopa de letras, el nombre de los animales que se muestran; recuerda que pueden estar en varias direcciones (de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, de izquierda a derecha, de derecha a izquierda, o cruzadas).

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

W	P	C	A	B	A	Y	P	O	R
H	Z	O	P	G	E	P	A	D	O
P	A	N	I	P	H	J	I	P	V
G	P	E	P	A	J	A	R	O	P
U	R	J	U	P	C	P	E	P	I
S	C	O	P	E	P	A	P	U	P
A	D	O	P	S	P	R	A	N	A
N	P	E	I	Q	U	I	R	A	F
O	T	O	R	T	U	G	A	I	E
P	U	L	P	U	P	Ñ	O	P	P



ACTIVIDAD 18. LECTURAS DE COMPRENSIÓN GLOBAL. SESIÓN 7.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Las ranitas en la cremaAutor: Jorge Bucay
Recuerdos para Demián
Editorial Océano

Había una vez dos ranas que cayeron en un recipiente de crema.

Inmediatamente sintieron que se hundían; era imposible nadar o flotar mucho tiempo en esa masa espesa como arenas movedizas. Al principio, las dos patalearon en la crema para llegar al borde del recipiente pero era inútil, sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sintieron que cada vez era más difícil salir a la superficie a respirar.

Una de ellas dijo en voz alta:

-No puedo más. Es imposible salir de aquí, esta materia no es para nadar. Ya que voy a morir, no veo para qué prolongar este dolor. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril.

Y dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana, más persistente o quizá más tozuda, se dijo:

- ¡No hay caso! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo, ya que la muerte me llega, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quisiera morir un segundo antes de que llegue mi hora.

Y siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar un centímetro. ¡Horas y horas!

Y de pronto..... de tanto patalear y agitar, agitar y patalear. La crema, se transformó en manteca.

La rana sorprendida dio un salto y patinando llegó hasta el borde del bote.

Desde allí, sólo le quedaba ir croando alegremente de regreso a casa.

FIN.....

TAREA 17. COMPLETA LA PALABRA**SESIÓN 9.**

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo: _____

Instrucciones: Completa las palabras a partir de las definiciones.

Definición.	Palabra.
• Construcción para pasar de un lado a otro de un río.	P _ _ _ _ _ E
• Planta que se usa para fumar.	T _ _ _ _ _
• Cítrico verde que se usa en los alimentos.	L _ _ _ _
• Animal con Alas y plumas.	G _ _ _ _ _ A
• Pieza de hierro que se clava en los cascos de los caballos.	HE _ _ _ _ _
• Instrumento hecho de parafina para alumbrar.	V _ _ _ _ _ A
• Señora que se dedica a cocinar.	C _ _ _ _ _ A
• Fruta de color roja.	M _ _ _ _ _
• Tela usada para taparse en la cama.	C _ _ _ _ _ A
• Edificio grande donde viven los Reyes.	C _ _ _ _ _ O

TAREA 18. EVOCACIÓN CATEGORIAL.**SESIÓN 9.****Instrucciones:** Escribe las palabras que empiezan con las sílabas:

GA.	MA.	TO.
GAtó	MAdre	TOro
LA.	SE.	CA.
LAna	SErvillea	CAsa

