



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD APLICADA EN
PACIENTES CON DEMENCIA”**

**INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ESCUTIA CRUZ BRENDA ESTHER

DIRECTORA: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ.

REVISORA: MTRA ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA



CIUDAD UNIVERSITARIA

OCTUBRE DE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



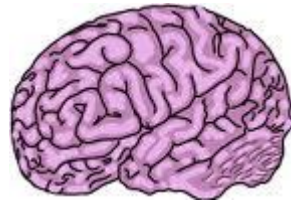
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

No me borres de tu vida... no tengo la culpa de esta enfermedad. No dejes de amarme, aún después de que yo ya no pueda decírtelo y me creas ausente, estoy vivo/a, aquí sigo... mírame, háblame, no me dejes solo/a... [Paciente con Alzheimer]



DEDICATORIA

A Mis padres quienes en labor incansable me guiaron e impulsaron a llegar hasta esta etapa mi vida profesional con sus consejos valores y apoyo incondicional pues desde pequeña me alentaron a seguir mis sueños y gracias a ellos soy lo que soy; muy especialmente el reconocimiento para mi madre que un 20 de Junio de 1989 con todo su amor dio a luz a la gran psicóloga que ahora escribe estas líneas y quién durante toda su vida ha procurado mis cuidados y bienestar aún a costa de sí misma.

A mis hermanos y por emocionarse conmigo en la culminación de esta nueva etapa de mi vida como la primer profesionista dentro de mi familia.

LOS AMO

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Ma Eugenia Gutiérrez Ordoñez por su orientación desde principio a fin en la elaboración de este trabajo, por haber disipado todas mis dudas y despertar en mí el deseo de superación.

A Gabriel López Robles por haberme brindado la orientación necesaria en cuanto a trato, evaluación y profesionalismo con los pacientes de la fundación.

A mi amiga Mónica Estrada por enseñarme que todo en la vida tiene color, por haberme sacado más de una sonrisa durante el tiempo de conocernos durante la elaboración de este trabajo, por haber compartido conmigo risas, llantos, diversiones, secretos y enseñarme lo que realmente es la amistad y por ser tan inigualablemente única pero sobre todo por ser durante 5 años mas que mi amiga y angelito de la guarda mi hermana.

A mis sinodales Noemí Barragan, Araceli Mendoza y Guadalupe Santaella por haber aceptado ser parte de este proyecto ayudando a mejorarlo y así presentar un escrito digno de una profesionista.

A mi familia en general por estar al tanto de mi trayectoria ya fuera de cerca o de lejos de mí.

A mis amigas Anita, Ingrid, Carmen y Erika por hacerme parte de sus vidas brindarme el apoyo necesario cuando lo necesite y emocionarse tanto o más que yo por el término de este trabajo.

A mi hermosa UNAM y a todos los profesores por forjarme como profesionista en 5 años y muy especialmente a le Fundación Alzheimer por abrirme sus puertas y haber sido sede de estas prácticas profesionales.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Capitulo I Antecedentes	
1.1 Antecedentes históricos de la demencia.....	9
1.2 Concepto de demencia.....	10
1.3 Epidemiología.....	14
1.4Clasificación de demencia.....	16
1.5 Factores de Riesgo.....	20
1.6 Diagnóstico.....	20
1.7 Tratamiento.....	27
1.8 Terapia de Orientación a la Realidad.....	28
Capitulo II Programa de Intervención.	
2.1 Propósitos Fundamentales.....	33
2.2Poblacion destinataria.....	33
2.3 Espacio de trabajo.....	34
2.4 Fases del procedimiento.....	35
2.5 Actividades Principales.....	36
2.6 Materiales.....	53
2.7 Estrategias de Evaluación.....	54
2.8 Resultados.....	56
2.9 Discusión.....	62
3.0 Conclusión.....	65
3.1 Bibliografía.....	67
3.2 Anexos.....	69

RESUMEN

El interés de haber realizado prácticas profesionales en pacientes con demencia surge de la escasa atención que se tiene para con ellos y la demanda de profesionales que se precisarán en un futuro para atenderlos.

En el presente trabajo se describe mas afondo la problemática así como la intervención que se realizó en tres pacientes con demencia en la Fundación Alzheimer por medio de la Terapia de Orientación a la Realidad (ROT), en donde los principales objetivos estuvieron encaminados a; favorecer la vida afectiva de los pacientes, facilitar su entendimiento del contexto, mejorar su funcionamiento social, pero principalmente se tuvo como objetivo primordial, mejorar su calidad de vida.

Finalmente se pudo apreciar que con dicha terapia se obtuvieron decrementos mínimos en las áreas evaluadas a los que comúnmente se esperan en este tipo de pacientes y que suelen ser mayores.

INTRODUCCIÓN

Usualmente encontramos personas en edades avanzadas que frecuentemente tienen algunas fallas de memoria y no solo personas con edad avanzada sino también jóvenes y no por eso debe decirse que tienen demencia, en la actualidad vivimos en un mundo que constantemente genera estrés y eso tarde o temprano va a interferir con la memoria pero nunca tanto como para afectar tareas de la vida cotidiana, si hubiera una pérdida severa de memoria jamás por mucho estrés que haya debe de considerarse como una característica normal del envejecimiento.

A pesar de que en los últimos años los trabajos sobre demencia han ido aumentando y si a esto le sumamos que se siguen habiendo miles de investigaciones al año es correcto decir que por desgracia y aunque se cuenta con bastante información aún no se conoce la causa al cien por ciento de que es exactamente lo que la produce, según la literatura no hay una sola causa que produzca demencia por si sola sino que son varios factores que van desde el estilo de vida que haya llevado el paciente, los hábitos alimenticios, herencia genética e inclusive la educación que haya tenido, lo cierto es que no se tiene una receta exacta con la que pueda evitarse la demencia, si bien se conocen algunos factores de riesgo y protectores para el desarrollo o no de demencia, el seguirlos nunca estará asegurando que no se va a presentar.

Parece ser evidente que en una demencia no solo va a verse afectado el paciente con la patología sino también las personas que la rodean pues el estar conviviendo con ellas implicará un esfuerzo adicional por parte de los familiares a los que usualmente están acostumbrados a realizar, tales como dedicarle tiempo al paciente, aprender de cuidados especiales y un mayor aporte económico pero sobre todo la dedicación que requieren este tipo de personas.

Al hablar de Demencia hay que tener claro que es un síndrome consecuencia de una enfermedad del cerebro, generalmente crónica, y caracterizada por un

deterioro progresivo, en capacidades intelectuales, incluyendo; memoria aprendizaje , orientación, habla, comprensión y juicio. La enfermedad de Alzheimer particularmente es progresiva y fatal. Según Alberca (1998). La demencia afecta principalmente a gente mayor, especialmente sobre la edad de 65 años, después de esta edad, la prevalencia de la demencia dobla cada cinco años.

Se calcula que en todo el mundo pueden estar padeciendo demencia más de 20 millones de personas, en Europa esta entre 5 y 6 millones el número de enfermos y tan solo en España se estima que se rebasan las 400,000 personas afectadas por la demencia de tipo Alzheimer (Fernández Merino 2000);

Es claro que esta cifra aumentará con el paso de los años sobre todo en los países industrializados que son los que tienen mayores expectativas de vida, (Alberca, 2006) refiere que de acuerdo con las perspectivas demográficas actuales, se espera que la proporción de individuos ancianos (de 65 años o más) aumente de forma espectacular próximamente. Los cálculos mas conservadores indican que, en la mayoría de los países industrializados, la proporción de adultos mayores pasara del 10-15% en la actualidad al 20-25% en al año 2020.

Si tenemos en cuenta las necesidades sanitarias, sociales y económicas, siempre crecientes de este grupo de población, esta situación demográfica se convertirá en uno de los retos mayores a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano. Será un problema grave pues están los costos directos que se derivan del tratamiento y con esto se hace referencia a medicinas, y personas que los atiendan.

Si se toma como referencia a México, las estadísticas indican que la población estará constituida principalmente por ancianos que son los mas afectados por las demencias siendo ésta la población que mas atención requerirá en el futuro. El Alzheimer es la causa más común de la demencia; seguida de la demencia vascular, cuerpos de Lewy, y demencia frontotemporal, de ahí la relevancia de realizar prácticas profesionales en un contexto con este tipo de pacientes.

En base a los problemas evidentes que presentan los pacientes en cuanto a los distintos tipos de memoria el propósito del presente trabajo se orienta en situar al paciente en aspectos como lo son el tiempo y espacio e inclusive evocación de algunos eventos que impliquen memoria con una Terapia de Orientación a la realidad (ROT).

El objetivo fué aplicar la ROT a pacientes con Alzheimer interviniendo en las alteraciones de la orientación y memoria a través de la estimulación, para que los pacientes “re aprendieran” datos sobre ellos mismos y de su entorno, para ello en las sesiones de entrenamiento se les brindó información y se organizaron actividades mediante agendas, letreros y todo tipo de señalizaciones.

De esta manera también se utilizaron métodos como la reminiscencia o la adaptación al entorno. Con este trabajo se buscó contribuir al conocimiento sobre la eficacia de la ROT en pacientes con demencia en este caso con Alzheimer.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Antecedentes históricos de la demencia

La palabra latina demencia deriva de (demen dementatus) literalmente fuera de la mente de uno o locura, se cree que la primera vez que se utilizó este término en un contexto médico fue en la enciclopedia de Celsus en el siglo I A.C. Un siglo más tarde Areteo de Capadocia comenzó a hablar de demencia senil, mientras que en un ensayo escrito por Cicerón se defendió la idea de que la pérdida de memoria en la vejez era consecuencia de alguna enfermedad ajena a la senectud.

En el siglo VII Pablo de Arginia trató a la demencia como una condición adquirida de la amnesia derivada del Trastorno Mental Profundo Congénito. Para el siglo XVIII aparece el Dictionary Physical donde se describe la demencia como una deficiencia mental extrema, sin mente o extinción de la imaginación, en 1778 es cuando la demencia adquiere por primera vez un enfoque Nosológico con Philippe Pinel que designó el término de demencia como una de las 5 enfermedades mentales que conllevan a la abolición de la facultad del pensamiento. Frente al término de Pinel Bayle presenta en 1822 su trabajo clínico patológico en el que demostraba que los signos físicos y mentales de la parálisis general progresiva (PGP) eran debidos a una aracnoiditis crónica.

En los inicios del siglo XIX, Esquirol discípulo de Pinel usó el término de demencia aguda, crónica y senil para describir los estados de pérdida de razonamiento. Esquirol en 1838 recapitula las diferencias entre el sujeto demente y el discapacitado mental donde menciona lo siguiente: "El demente es un hombre que se ve privado de las facultades de las cuales anteriormente disfrutó, es un hombre rico que pasa a ser pobre, sin embargo el discapacitado mental ha vivido en la miseria mental toda su vida"

Para 1900 se encontraban bien definidas e individualizadas la demencia senil, arteroesclerótica y algunas formas de demencia subcortical entre ellas la enfermedad de Huntington descrita en 1872 por George Huntington. Hacia 1910 se tendía a llamar a todas las demencias trastornos mentales de la arterioesclerosis cerebral. En el siglo XX se tenían caracterizadas cuatro como demencias preseniles, (Huntington, Pick, Alzheimer y Creutzfeldt-Jakob).

En esos tiempos cualquier tipo de trastorno intelectual o de conducta anómala era denominada demencia. Alois Alzheimer la describió por primera vez en una reunión de médicos a finales de 1906 justo en el año en el que Ramón y Cajal recibía el premio Nobel de medicina, pero desde que los científicos descubren una enfermedad hasta que su conocimiento llega a la gente de la calle, generalmente pasan muchos años hasta que ocurre un suceso que la hace popular y es ahí cuando realmente comienzan a prestarle atención. Actualmente el paradigma para el estudio de las demencias ha cambiado y estas ya no son vistas como una enfermedad sino como síndromes producidos por numerosas enfermedades Martínez (2000). Es importante mencionar que otras formas de demencia y deterioro cognitivo que se van perfilando a lo largo del siglo XX son las demencias frontales como Pick, Creutzfeldt, Demencia por priones, deterioro cognitivo post-traumático y más recientemente la demencia por cuerpos de Lewy o las demencias asociadas a enfermedades medicas como el SIDA

1.2 CONCEPTO DE DEMENCIA

Entrando un poco a las definiciones, en cuanto a demencias pueden encontrarse muchas pero para efecto de esta práctica, a continuación solo se mencionarán algunas:

Deterioro adquirido, crónico y generalizado de las funciones cognitivas, que afecta a dos o más áreas: memoria, capacidad para resolver problemas, realización de actividades precepto-motrices, utilización de habilidades de la vida diaria, y control emocional (Portellano, 2005).

La demencia es una enfermedad que se adquiere durante una determinada época de la vida, y por tanto no se nace con ella como sucede con la deficiencia psíquica, antes conocida como subnormalidad así que el demente tampoco es un deficiente psíquico (Fernández 2000).

Síndrome adquirido, producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una capacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral en personas que no padecen alteración del nivel de conciencia (Alberca 2006)

Pérdida general de las funciones mentales superiores en una persona con un nivel de conciencia normal (Perlado, citado en Román, Alcántara, Morientes y Lorza; 2000).

Síndrome caracterizado por la pérdida de memoria, desorientación, pérdida de la función intelectual y cambios de la personalidad sin existir enturbamiento de la consciencia (katzman citado en Román, Alcántara, Morientes y Lorza; 2000).

Síntoma originado por una enfermedad cerebral, con frecuencia progresiva, caracterizado por un declinar del intelecto y de la personalidad que refleja un trastorno de memoria, orientación, capacidad de pensamiento abstracto y a menudo del afecto. (Miller, citado por Alberca, 2006).

Deterioro global adquirido de la inteligencia, memoria y personalidad sin alteración del nivel de conciencia (Lishman citado por Alberca ,2006).

Síndrome adquirido de la alteración difusa, persistente de las funciones mentales superiores, debido a enfermedad física en un paciente vigil que produce incapacidad funcional (Harsden, citado por Alberca, 2006).

Deterioro global de funcionamiento cortical superior, incluyendo déficits de memoria, capacidad para resolver los problemas cada día, ejecución de habilidades perceptivo-motoras aprendidas, el correcto uso de los hábitos sociales y el control de las reacciones emocionales en ausencia de una grosera alteración de conciencia. El estado es con frecuencia irreversible y progresivo (Comité de geriatría del Royal College of Physicians, citado por Alberca, 2006).

Síndrome de deterioro intelectual adquirido producido por disfunción cerebral. (Cummings y Benson, citado por Alberca, 2006).

Estado patológico global adquirido que cursa con un déficit en el conjunto de las actividades psíquicas y con normalidad en el nivel de conciencia siendo su evolución crónica y progresiva (Peña & Barraquer citado por Alberca, 2006).

A pesar de que hay un gran número de definiciones sobre lo que es la demencia, estas solo dan una idea de lo difícil que puede ser hacer un buen y adecuado diagnóstico. La persona que padece demencia antes ha sido normal, es decir ha tenido una vida en cuanto a trabajo, familia, y amigos como cualquiera. Lo grave resulta ser cuando a causa de esta enfermedad, la persona se va quedando con el transcurso del tiempo sin memoria o sin poder escribir y se desorienta por la calle, en su casa o en lugares de los cuales antes tenía un amplio conocimiento, inclusive no reconoce a las personas, nombres u objetos e incluso a sus propios familiares con los cuales convivió años.

Para tener un panorama mas general de las principales características de la demencia a continuación se presenta la tabla 1, en la que se enuncian éstas.

TABLA 1 Principales características de demencia

Se define como una alteración global de las capacidades cognitivas previamente adquiridas ,con deterioro en el pensamiento,memoria,razonamiento,lenguaje,cálculo orientación,atención,etc.
El deterioro cognitivo no es simultáneo sino que es un proceso generalmente progresivo en el que cada vez se percibe mayor número de funciones afectadas y un mayor grado de deterioro.
La pérdida de memoria suele ser el síntoma mas característico especialmente en fases iniciales
Se acompaña de afasia, apraxia o agnosia.
La alteración de una función mental aisladamente no se considera demencia.
Tiene carácter crónico.
Tiene que tener una duración superior a los 6 meses.
No existe deterioro en el nivel de conciencia ni esta causada por un trastorno delirante, coma o disminución transitoria del estado de conciencia
Interfiere significativamente en la capacidad para realización de actividades de la vida diaria de la persona afectada.
Suele existir una conciencia clara de l problema en fases iniciales.
El nivel de alerta está conservado.
Habitualmente es un proceso de deterioro irreversible
Suele implicar ambos hemisferios cerebrales ya que raras veces un trastorno focal puede producir declive de las funciones cognitivas por sí solo

Tomado de Portellano 2005.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y prevalencia de la demencia se incrementan con la edad, se calcula que menos del 1% de las personas menores de 50 años tienen Demencia, sin embargo a las personas mayores de 65 años la demencia afecta a un 5%, este porcentaje se distribuye en una curva de aprendizaje exponencial pues la prevalencia de demencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años, así se calcula que entre los 65 y 69 años el 5% de la población es demente, entre los 85 y 89 años el 22% y entre los 95 y 99 años el 35%.

El riesgo de desarrollar Demencias a partir de los 65 años es mayor para las mujeres que para los varones, en los hombres ese riesgo es del 10.9% para todas las clases de demencia y del 6.3% para la enfermedad de Alzheimer, mientras que en las mujeres es de el 19% y 12% respectivamente, según el riesgo acumulado de demencia entre los 65 y 100 años es mucho mayor, 28% en hombres contra 45% en mujeres.

Incidencia:

Existen menos estudios de la incidencia que de la prevalencia de la demencia, sin embargo no son suficientes para estimar las tasas específicas para cada edad.

Para la demencia de cualquier tipo parece ser que la incidencia es de 1% anual en personas de 65 o más años, la incidencia tanto de Demencia Vascular como de enfermedad de Alzheimer crece de forma escalonada desde los 60 años, sin embargo no se da este caso si este crecimiento continúa en las edades extremas, sí alcanza una meseta, o sí por el contrario desciende en los supervivientes hasta esas edades, tampoco está claro si la incidencia de enfermedad de Alzheimer es la misma en el hombre que en la mujer.

Prevalencia:

La forma mas frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, constiuyendo 50 a 60% de los casos de demencia en los países occidentales, el segundo tipo de demencia mas común es la Demencia Vascolar, que alcanza de 15 a 30% de los casos, otras causas de demencia cada una de la cual representa del 1 al 5% son los traumatismos craneoencefálicos, la hidrocefalia normotensiva, los tumores, la enfermedad de Wernicke-Korsakoff y las demencias alcohólicas.

La demencia es esencialmente una enfermedad asociada al envejecimiento, doblandose su prevalencia cada 5 años entre los 60 y 90 años, parecen no existir diferencias entre ambos sexos en este sentido, afectando por igual a hombres y mujeres, si bien parece ser que la Enfermedad de Alzheimer es mas frecuente en mujeres y la Demencia Vascolar en Varones existen distintas prevalencias en distintas comunidades habiéndose notificado una mayor prevalencia de Enfermedad de Alzheimer en áreas rurales que en urbanas. En Europa y Norteamérica la enfermedad de Alzheimer es más común que la Demencia Vascolar, esto contrasta con la alta prevalencia de Demencia Vascolar en Rusia, Japón y China, se ha notificado que existen comunidades que como los indios Cree o algunas zonas de Nigeria, en las que la prevalencia de Enfermedad de Alzheimer es muy rara o nula.

La prevalencia de Demencia Vascolar en personas mayores de 65 años oscila entre 0,8 y 3,1% dicha prevalencia aumenta con la edad de forma exponencial y así, en los sujetos mayores de 80 años, sería el 1% en hombres y de 11% en mujeres. La supervivencia es algo menor en la Demencia Vascolar que en la Enfermedad de Alzheimer, ya que la mortalidad anual de la primera es superior al 10%, se observa Demencia en un tercio de los pacientes con lesiones cerebrovasculares múltiples y en una sexta parte de una serie general de ictus. El riesgo de que un paciente desarrolle una Demencia Vascolar en el plazo de un año tras de un ictus se estima en un 5 a 10% con fuertes variaciones según la edad, la demencia vascolar participa en el 15 a 20% de las demencias mixtas.

1.4 CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, así la edad de inicio puede dividir las en preseniles y seniles, la efectividad del tratamiento en tratables o intratables (Ardila y Ostrosky 1995, Cuadro 1). Y en función del predominio topográfico es clásico clasificar a la demencia en tres tipos principales: seniles y preseniles, corticales y subcorticales así como tratables y no tratables.

La primera clasificación (seniles y preseniles) parte de un límite de 65 años, si el cuadro demencial ocurre antes de esta edad se considera como una demencia presenil, y si su instalación es posterior, como senil. En principio el límite de 65 años es completamente arbitrario y podría haberse fijado en una etapa anterior o posterior, más aún se considera que la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer (principal demencia presenil) constituyen una misma entidad, con iguales características neuropatológicas y manifestaciones clínicas equivalentes.

En otras palabras la enfermedad de Alzheimer es una demencia senil acelerada y ambas pueden incluirse en una misma categoría denominada demencia de tipo Alzheimer, usualmente se instala antes de los 65 años pero en un porcentaje menor de casos también podría aparecer después de esta edad, constituyendo así mismo una enfermedad senil, esta demencia de tipo Alzheimer (presenil y senil) representaría el 60 % de las demencias pero tal criterio de clasificación en senil y presenil es cada vez menos utilizado debido a la arbitrariedad de su punto de partida

Grupo presenil	Grupo senil
Enfermedad de Alzheimer	Demencia senil
Enfermedad de Pick	Demencia Artero esclerótica
Enfermedad de Parkinson	
Corea de Huntington	
Enfermedad de Jacob-Creutzfeldt	
Hidrocefalia de presión normal	
Neurosífilis	

**Cuadro 1.Principales grupos de demencias seniles y preseniles
Tomado de Ardila-Ostrosky 2003.**

Cuando se habla de demencias tratables se alude a aquellas que son susceptibles a tratamiento médico o quirúrgico. Según Cumings citado en (Ardila, Ostrosky 1995) se estima que los trastornos potencialmente irreversibles pueden encontrarse en un 10 a 30% de los pacientes dementes y en una proporción que oscila entre el 20 y 40% el tratamiento puede afectar significativamente el curso del deterioro neuropsicológico

Demencias Corticales

Las demencias corticales se caracterizan por la afectación de funciones que dependen del procesamiento neocortical-asociativo, los síntomas indican unos tipos de déficit que pueden situarse predominantemente en distintas áreas corticales: en el córtex sensorial (inatención, agnosia, alucinaciones), en el cortex motor superior (apraxias), en el cortex lingüístico (afasias), en el cortex entorrino-hipocampal, (amnesias), o bien en el cortex frontal y prefrontal (alteración del comportamiento y la conducta).

Es típico establecer una diferencia entre el cortex asociativo posterior (occipitotemporoparietal), donde se realiza el proceso sensorial integrativo aferente, y el cortex asociativo anterior (frontotemporal), donde se realiza el proceso final de las aferencias del medio externo, interno y sistema límbico que es donde se integran las conductas motoras eferentes del cerebro.

En el cerebro normal, los grandes sistemas de redes neuronales como el cortex anterior y posterior, el sistema límbico y el subcortex interactúan entre sí, manteniendo un equilibrio que se altera cuando áreas específicas del cortex degeneran apareciendo conductas características por desequilibrio entre distintas áreas y lóbulos: por ejemplo las conductas estereotipadas y repetitivas por liberación de los ganglios basales o las conductas ligadas al estímulo por liberación del neocortex posterior, al perderse la inhibición frontal.

Los trastornos paradigmáticos conocidos de las demencias corticales son la enfermedad de Alzheimer (predominio cortical temporoparietal) y las demás frontotemporales (predominio cortical temporofrontal). (Alberca 2006).

Demencias subcorticales

El término demencia subcortical designa el deterioro cognitivo que aparece en las enfermedades de las regiones subcorticales cerebrales (núcleo estriado, tálamo, sustancia blanca subcortical, núcleos del tronco, cerebelo). El término subcortical, es relativamente inapropiado ya que casi siempre existe una disfunción cortical acompañante, en general, o déficit frontal.

Los síntomas más característicos en este grupo de demencias incluyen: bradipsiquia apatía alteraciones frontales, amnesia leve, trastornos motores en diverso grado y ausencia de signos corticales, generalmente no hay nunca afasia, apraxia o agnosia que si se observan en las demencias corticales.

También se observa liberación de conductas afectivas como el llanto o la risa espasmódicos, característicos de la demencia vascular subcortical. La alteración de la memoria es diferente a las demencias corticales, en enfermedades mas características que se asocian con demencia subcortical son la enfermedad de (Huntington) la demencia en la enfermedad de parkinson o la demencia por encefalopatía de binswanger.

Demencia subcortical y sustancia blanca

Las lesiones de la sustancia blanca originan un deterioro cognitivo de características subcorticales. Dependiendo de la topografía de la lesión pueden aparecer signos específicos bilaterales (cuerpo caloso) o unilaterales hemisféricos (afasia, apraxia, unilateral, alexia sin agrafia, hemiagnosia agnosia viso espacial) por desconexión córticocortical. La sustancia blanca subcortical se afecta sobre todo en demencias vasculares, hidrocefalias, desmielinizantes y traumatismos craneoencefálicos.

Demencias tratables y no tratables

Las demencias tratables son aquellas que tienen una etología conocida y a las que se les proporciona un tratamiento oportuno, incluyéndose tres grandes subgrupos: demencias producidas por condiciones intracraneales, demencias metabólicas y demencias toxicas. Las demencias debidas a lesión cerebral irreversible para las cuales no hay tratamiento conocido, constituye el grupo de demencias no tratables entre las cuales se encuentra la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick y Corea de Huntington, las demencias parcialmente tratables incluyen aquellas demencias en las que un tratamiento oportuno podría detener el proceso demencial pero no revertido en su totalidad.

1.5 Factores de riesgo.

De acuerdo a la literatura revisada, los factores de riesgo de demencia incluyen:

- Edad avanzada
- Miembros de familia con demencia
- Síndrome de Down
- Estado de Apolipoproteína E (un riesgo genérico).
- Colesterol elevado
- Accidente cerebral vascular múltiple
- Presión arterial elevada
- Diabetes
- Colesterol elevado
- Obesidad
- Falta de actividad física
- Insuficiencia de vitaminas
- Uso crónico de medicamentos
- Uso prolongado de terapia hormonal reemplazativa
- Traumatismos en la cabeza repetidos (p.ej), en deportes de contacto
- Sobrepeso u obesidad

1.6 Diagnóstico

Cubero (2002) refiere que el sistema de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de los síntomas que presentan los pacientes en los múltiples síndromes demenciales consiste en hacer antes que nada una primera clasificación por parte del médico de cabecera de los síntomas que los familiares refieran e inclusive el mismo paciente, ese diagnóstico usualmente se basa en los tipos básicos de demencias así mismo el diagnóstico de demencia debe reunir ciertos criterios para poder establecerse.

En psicología se emplea el Manual estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)-TR y CIE-10, y los criterios para que se considere una demencia según estos manuales son:

DSM-IV-TR

1.- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos...

2.- Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia, alteraciones del lenguaje como comprender, denominar...
- Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
- Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
- Alteración de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización...

3.- Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.

4.- Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.

5.- Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

CIE-10

1. Deterioro de la memoria.

➤ Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.

➤ Pérdida de contenidos amnésicos relativos a la familia o al pasado.

2.-Deterioro del pensamiento del razonamiento.

➤ Reducción del flujo de ideas.

➤ Deterioro en el proceso de almacenar información.

➤ Dificultad para presentar atención a más de un estímulo a la vez.

➤ Dificultad para cambiar el foco de atención.

3.-Síntomas presentes en la exploración psicopatológica y en la anamnesis obtenida de un tercero.

4.-Interferencias en la vida cotidiana.

5.-Conciencia clara, posibilidad de superposición delirium/demencia.

6.-Síntomas presentes durante al menos 6 meses.

Una vez conocidos los criterios del CIE-10 y DSM-IV se muestran de acuerdo a Cubero, (2002) los síntomas y signos distintos a la enfermedad de Alzheimer (Cuadro 2)

<p>CURSO CLÍNICO</p> <p>Inicio antes de los 60 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia frontal • Enfermedad de pick <p>Inicio rápido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia vascular • Neoplasia <p>Curso Fluctuante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia vascular • Demencia con cuerpos de Lewy. <p>Incontinencia esfinteriana precoz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia a presión normal. <p>Síntomas y signos cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afectación prominente o precoz de lenguaje • Demencia frontal • Demencia vascular con lesión en áreas del lenguaje <p>Déficit no uniformes de funciones corticales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia vascular • Función viso espacial conservada • Demencia frontal • Afectación de solo un área cognitiva. • Demencias focales <p>Perfil subcortical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia subcortical <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia a presión normal 	<p>SÍNTOMAS Y SIGNOS PSIQUIÁTRICOS</p> <p>Síntomas depresivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión <p>Tendencia a la risa o hipomanía, comportamiento desinhibido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia frontal <p>Apatía e inhibición, cambios precoces de personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia frontal • Alucinaciones visuales • Demencia con cuerpos de Lewy <p>SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, Focalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia vascular • Neoplasia <p>Movimientos anormales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Huntington • Demencia por VIH • Enfermedad de Wilson <p>Síntomas extra piramidales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Parkinson • Demencia con cuerpos de Lewy <p>Trastornos de la marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia a presión normal • Demencia por VIH
---	--

Cuadro (2) Síntomas y signos sugerentes de demencia distinta a la enfermedad de Alzheimer. Tomado de Cubero 2002 p.35

La historia clínica y detallada del paciente permite descartar situaciones relacionadas con otras enfermedades, al ser el diagnóstico de demencia un diagnóstico clínico, la exactitud de los datos que se obtengan es fundamental, por lo que es imprescindible que contenga lo siguiente.

1.-Fecha aproximada del inicio de síntomas y modo de de instauración

2.-Ritmo de la progresión y si su carácter es fluctuante, progresivo o escalonado.

3.-Empeoramientos recientes y factores relacionados.

4.-Síntomas cognitivos, las funciones cognitivas mas afectadas usualmente y que por lo tanto se deben de explorar son: memoria, lenguaje, praxias,(capacidad para realizar actividades motoras),gnosias(capacidad para reconocer información sensorial),orientación,atención,cálculo,pensamiento,capacidad de juicio y abstracción.

5.Síntomas conductuales y psíquicos como: delirios, alucinaciones, depresión,ideación suicida, manía, cambios de personalidad, vagabundeo, trastornos de sueño, agitación psicomotora,agresividad,comportamientos sexuales desinhibidos,incontinencia etc.

6.-Síntomas neurológicos.focalidad, alteración de la marcha, convulsiones, caídas, etc.

7.-Repercusión sobre las actividades de la vida diaria.

8.-Historia familiar de demencia, enfermedades psiquiátricas o vasculares cerebrales.

9.-Historia personal de trastorno psiquiátrico u otras demencias que hagan pensar en demencias secundarias

10.-Nivel educativo y capacidad funcional o social previos.

11.-Historia de consumo de sustancias, en especial el alcohol factores de riesgo cardiovasculares.

12.-Medicación que consume o ha consumido últimamente especialmente ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivos, antiparkinsonianos, hipotensores y antihistamínicos.

También es importante saber quien hizo la demanda, cuando es el paciente el que se queja hay que orientar el diagnóstico mas hacia depresión que hacia demencia aunque podría tratarse también de demencia en estados iniciales.

Los cambios observados por los familiares o personas cercanas son muy valiosos por lo que es fundamental tener una entrevista con ellos, durante la entrevista con el paciente debe de observarse su grado de colaboración, nivel de atención y estado de conciencia.

Los test psicológicos ayudan a la exploración mental y funcional del paciente pero no diagnostican una demencia ni proporcionan información acerca de las causas específicas de la alteración mental. Estas escalas permiten explorar de forma sistematizada las distintas áreas que deben de explorarse y además establecer una puntuación basal que sirva como punto de partida en el control evolutivo.

Las escalas de evaluación deben de ser de aplicación sencilla y rápida, debe de conocerse su validez y confiabilidad, la elección del tipo de test que debe realizarse depende de las características del paciente, la practica del profesional en el instrumento, el lugar y el tiempo. Entre los instrumentos mas utilizados para valorar los síntomas cognitivos en pacientes se encuentran los siguientes:

Mini-Mental State, Examination de Folstein (MMT). Es el test de cribado más utilizado en la investigación epidemiológica internacional y en ensayos clínicos, explora la orientación, la memoria inmediata y de fijación, atención, cálculo, producción y reproducción del lenguaje, lectura, habilidad viso espacial y requiere entre 5 y 10 min para su aplicación.

Mini examen cognsonocitivo (MEC). Es la primera versión en castellano del MMT adaptado a las características de población española y explora las mismas áreas que el MMT, se muestra poco sensible para detectar la demencia vascular, las demencias de tipo frontal o con alteraciones viso perceptivas.

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de (PFEIFFER). Junto con el MEC es uno de los más utilizados en atención primaria, consta de 10 preguntas sobre orientación, memoria y cálculo sencillo y requiere menos tiempo que el MEC aproximadamente unos 3 a 5 minutos.

Test del dibujo del reloj de Shulman. En este se le solicita a el paciente que dibuje un reloj y que en el marque las 12.45, para valorar este dibujo existen criterios estandarizados.

Set test de Isaacs. Consiste en decir al paciente que nombre sin parar hasta que se le diga basta una serie de colores, frutas y animales, dando un 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.

Test del informador (Informant Questionnaire on cognitive Decline in the Elderly IQCODE). Es una entrevista estructurada basada en la opinión de un informador sobre cambios observados en el paciente en los últimos 10 años respecto a los hábitos, memoria y aprendizaje del paciente.

1.7 Tratamiento

El tratamiento de la demencia es multimodal, se orienta en función del estado de la enfermedad y se centra en los síntomas específicos del paciente, los tratamientos disponibles para los síntomas cognitivos de la demencia son limitados y específicos para el tipo de demencia y básicamente se pueden clasificar en dos.

- Tratamientos Farmacológicos
- Tratamientos no Farmacológicos

En el primero se emplean fármacos como Memantina, Inhibidores de Colinesterasa, Tacrina, Donezepilo, Rivastigmina, Ansiolíticos, Antidepresivos y Neurolépticos.

Consideraciones para el uso de anticolinesterasicos:

Su uso esta limitado a pacientes en etapas de inicio de la enfermedad de Alzheimer y, por lo tanto con afectación leve de la enfermedad, su uso esta completamente desaconsejable en pacientes con enfermedad de Alzheimer grave, son fármacos con serios efectos secundarios cuya asociación con otros fármacos debe de ser controlada cuidadosamente.

Solo debe de iniciarse tratamiento si hay un cuidador disponible fiable y debidamente adiestrado debe de evitarse su administración concomitante con oros inhibidores de colinesterasa y agonistas o antagonistas del sistema colinérgico.

Uso de los anticolinesterasicos en demencias No Alzheimer:

A pesar de que la enfermedad por cuerpos de Lewy parece tener una posible relación con la enfermedad de Alzheimer, en la actualidad no existe evidencia de su eficacia en demencias mixtas, enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular ni en las demencias de origen exclusivamente vascular.

(Román, Alcántara, Morientes y Lorza; 2000)

Para el segundo tipo las técnicas mas empleadas en el tratamiento de la demencia son:

- Reminiscencia
- Remotivación
- Terapia de validación
- Terapia ocupacional
- Terapia de orientación a la realidad (ROT parcial y de 24 horas).
- Estimulación
- Terapia cognitiva

No queda duda de que el mejor tratamiento para pacientes con demencia no puede ser solo uno sino que debe combinar tanto el tratamiento farmacológico como no farmacológico y para efectos de esta práctica solo se utilizara ampliamente la ROT.

1.8 Terapia de orientación a la realidad.

La terapia de orientación a la realidad fue descrita por primera vez por Folsom (1966) como una técnica para mejorar la calidad de vida de las personas ancianas con estados de confusión, aunque sus orígenes se remontan por rehabilitar a veteranos de guerra seriamente trastornados y no al ámbito del trabajo geriátrico.

Opera mediante la presentación de la información relacionada con (tiempo espacio y persona) lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que lo rodea y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima, antes de ella había pocos estudios acerca de las terapias psicológicas en la demencia, en ese momento la orientación a la realidad fue considerada por muchos como un hito que marco el inicio en las intervenciones psicológicas para la atención de la demencia. Desde un punto de vista cognitivo, la ROT constituye una forma de ayudar a superar los problemas surgidos de la memoria episódica a corto y medio plazo, así como favorecer la orientación temporo-espacial e identidad del sujeto, para ello cuenta con dos formas o métodos para abordar dicho objetivo:

1) Orientación a la Realidad en sesiones o parcial: Como el propio nombre indica, se trabaja en sesiones de entre 30 y 60 minutos con pequeños grupos de pacientes, generalmente varias veces a la semana.

Las sesiones tienen un enfoque cognitivo, comenzando habitualmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes. Como instrumentos de trabajo se utiliza un tablero de orientación que típicamente presenta información como el día, la fecha, la estación del año, el nombre del lugar y otras informaciones adicionales. Se utilizan además periódicos, cuadernos de notas o diarios personales y objetos o pinturas que muestren el objeto de la discusión.

Según el estado de los pacientes se diferencian 3 niveles:

- Nivel básico: Se tratan y repiten las informaciones actuales en curso y se trabaja material de orientación a nivel elemental: día, mes, fiestas, el tiempo, los nombres etc.

- Nivel estándar: Se tratan aspectos de orientación básica y temas propios de la estimulación y actividad sensorial, manteniendo discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje.

- Nivel avanzado: se tratan en menor medida las informaciones. básicas y se establecen temas de discusión y de trabajo que, en cierto modo se diferencian poco de lo que se efectuaría con sujetos normales.

2) Orientación a la Realidad de 24 horas: En este caso, la orientación está presente durante todo el día y es practicada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de ayudas externas destinadas a ubicar a la persona en el espacio y el tiempo (flechas indicativas para ir al baño, por ejemplo; pictogramas que indican qué habitación es o lo que hay en el interior del armario, etc.).

Originalmente, el énfasis de esta modalidad se centró en administrar al paciente información aprovechando cualquier momento del día y lugar para que éste pudiera estar ubicado espacio-temporalmente en cualquier momento. Más recientemente, se ha desarrollado una aproximación más ecológica en la que la persona que cuida al paciente, ya sea el terapeuta o un familiar, responde directamente tan sólo a las preguntas o dudas de éste o le ayuda a descubrir las respuestas por él mismo.

Esta variante probablemente tenga menos riesgo de sobre estimular al paciente que cuando se le proporciona información continuada que, en la mayoría de las ocasiones, no es capaz de asimilar.

La (ROT) es la terapia más ampliamente evaluada, y se han hallado mejoras importantes en orientación, el auto cuidado, la responsabilidad y la participación social. Sin embargo, existen pocos estudios Controlados que evalúen la eficacia de la ROT y, en la mayoría de ellos, los resultados son contradictorios en cuanto a su validez en la función cognitiva y conductual.

Recientemente Spector. (2000) citado en Francés. Ha realizado un metanálisis de todos los artículos realizados hasta la fecha, del que se concluye que la ROT es beneficiosa tanto cognitiva como conductualmente, cuando se aplica de forma sistemática y continuada, beneficios que en algunos estudios se prolongan al menos durante un año. Más recientemente, un estudio multicéntrico realizado por el grupo de Spector ha hallado mejoras significativas

En el área cognitiva, en la calidad de vida y en la comunicación, cambios que además repercuten positivamente en áreas funcionales, como vestirse y alimentarse sin embargo a diferencia de la revisión de la Cochrane, no se evidencian cambios en el comportamiento.

La ROT es utilizada ampliamente en Estados Unidos e Inglaterra desde 1978 (Drumond y Cols) y es una colección flexible de estrategias que habitualmente conllevan la repetición de datos reales, la presencia continua de información actual y bastantes componentes de socialización. Como ya se ha mencionado en esta terapia se da información de forma clara y lenta utilizando a la vez la mirada, el contacto físico, relojes, calendarios y dibujos de gran tamaño

Los principales ejercicios en la ROT son:

- 1.-Pautas en una de ambulación guiada para localizar areas,claves de su dormitorio, llaves, luz, timbre, alarma, mesita de noche, lugares, etc.
- 2.-Pautas para identificar por colores, dibujos o esquemas la planta o zona en la que se encuentran
- 3.-Ejercicios de reentrenamiento de memoria o rehabilitación cognitiva sencillos.

En definitiva, el objetivo principal de la Orientación a la Realidad es tratar de superar la confusión y desorientación del paciente que tiene problemas de orientación, evitando así que éste pierda la conexión con su entorno personal, familiar y social. Estos objetivos son de carácter estrictamente cognitivo. Pero, además la Orientación a la Realidad tiene como objetivos igualmente importantes estimular la comunicación, interacción y conseguir una mejora de las conductas sociales. La Orientación a la Realidad como programa terapéutico exclusivo, raramente se encuentra en la práctica actual, y normalmente se integran algunos de sus principios e instrumentos de forma sistemática en los programas de intervención cognitiva en los que es útil y pertinente.

CAPITULO II

PROGRAMA DE INTERVENCION

2.1 Propósitos fundamentales

- 1.-Mejorar la calidad de vida del paciente

- 2.-Ejercitar los recuerdos del paciente que favorezcan la vida afectiva y familiar del paciente con Alzheimer.

- 3.-Brindar orientación en tiempo y espacio al paciente, tratando de mantener el grado de funcionamiento existente.

- 4.- Mejorar el funcionamiento social del paciente facilitando su ubicación y mejor entendimiento de su contexto.

- 5.-Entrenar el pensamiento del paciente de manera que pueda establecer las diferencias entre conceptos que fortalezcan el reconocimiento de objetos de su vida cotidiana y de familiares.

2.2 Población destinataria

El programa de Terapia de orientación a la realidad estuvo dirigido a tres pacientes que asisten al Centro diurno Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” diagnosticados con Demencia de acuerdo a las evaluaciones médicas y neuropsicologías previas a su entrada a la Fundación.

Se trabajó con 3 participantes y los requisitos de inclusión para llevar a cabo la intervención fueron los siguientes.

1.-Asistir a el programa de la Fundación por lo menos 2 veces al día.

2.-No contar con algún cuadro depresivo que pudiese obstaculizar la ejecución de las actividades.

4.-Ver, escuchar, hablar y tener la motricidad suficiente para realizar las actividades que dicha terapia implicó.

2.3 Espacio de trabajo

Las sesiones de Terapia fueron Realizadas en las instalaciones de la Fundación Alzheimer en el espacio destinado por la fundación en este caso la sala de Terapia Ocupacional.

La Fundación Alzheimer es una Institución de Asistencia Privada (I.A.P.) y su historia es reciente, surgió por la necesidad de un grupo de familiares de pacientes con Alzheimer en 1992 que unidos en un fondo de apoyo para la Enfermedad De Alzheimer abrieron el primer centro diurno para pacientes con Alzheimer y otras demencias similares en la ciudad de Querétaro con capacitación adquirida en la Universidad de California en Sacramento, unos meses mas tarde se abre el centro en la Ciudad de México.

Las instalaciones de la Fundación constan de dos pisos distribuidos de la siguiente manera:

El área administrativa ubicada enseguida de la entrada principal, aledaña con el consultorio de enfermería en donde se toman los signos vitales y se hace una revisión del estado en el que llega el paciente desde los dientes hasta los genitales, enseguida se encuentra otra puerta de seguridad para ingresar a la cocina y el comedor, enfrente un pequeño espacio destinado para la terapia ocupacional y un pequeño cuarto para enfermería física, enseguida y subiendo una rampa antiderrapante a mano derecha se encuentra el gimnasio y un cubículo de la jefatura de rehabilitación, del lado izquierdo se encuentra la sala de belleza y una sala para la realización de diversas actividades por parte de los pacientes, en el fondo del lado izquierdo se encuentra el cubículo de psicología y justamente al

lado la sala de usos múltiples donde usualmente los alumnos de diversas instituciones que colaboran en la Fundación toman sus aulas, en complemento a esto para poder dar un cuidado integral al paciente, así como a su familia, la Fundación cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, médico geriatra, trabajadora social, enfermeras, cuidadoras y personal de cocina e intendencia así como también colaboran personas que voluntariamente prestan sus servicios, así como estudiantes de psicología, enfermería, medicina, gericultura, etc.

2.4 Fases del proyecto.

Fase 1

Se seleccionó a los pacientes para la aplicación de la terapia y se recabaron datos de ellos por medio de la revisión de sus expedientes así mismo se realizó la evaluación inicial a través del CASI (Instrumento de exploración cognitiva).

Fase 2

Se inició la aplicación de la ROT

Fase 3

Se realizó una evaluación final a los pacientes (pos test) a través del CASI (Instrumento de exploración cognitiva) posterior a la aplicación de la ROT.

A continuación se presenta una calendarización de las actividades a realizadas distribuidas en un diagrama de Gant.

Diagrama de Gantt

ACTIVIDAD	JUNIO				JULIO				AGOSTO		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
	<i>Aplicación de pretest, recabación de información de los participantes por medios de sus expedientes.</i>										
<i>Reconocimiento y denominación de frutas, verduras, olores y sabores.</i>											
<i>Manejo de dinero e identificación de cantidades.</i>											
<i>Denominación y reconocimiento de prendas de vestir y accesorios de higiene personal.</i>											
<i>Denominación y reconocimiento de partes del cuerpo.</i>											
<i>Conciencia de sí mismo y de sus familiares.</i>											
<i>Elaboración biográfica</i>											
<i>Evaluación final a pacientes (Postest).</i>											

CARTA DESCRIPTIVA

SEMANA 1

Objetivos: Que el participante sea capaz de identificar y describir diferentes frutas, verduras y que identifique sus distintos sabores.

Que el participante identifique los colores y se oriente en tiempo y espacio.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Inicio de la Terapia Primer empleo de tablero ROT	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT	10 min
	Denominación y reconocimiento de frutas y verduras	Se les repartieron diferentes frutas y verduras artificiales con el objeto de que las exploraran y verbalmente dijieran sus colores, formas y nombres.	Frutas y verduras artificiales	35 min
	Identificación de colores	(Cabe aclarar que a lo largo de la terapia y al final de cada sesión se aplicaron reforzadores sociales como, muy bien, que bonito quedo, eres muy bueno, etc)		
		Finalmente se les entregó una hoja en la que unieron las imágenes de las frutas y las verduras con el nombre que les correspondía.	Hoja con figuras a unir	10 min
	Cierre de sesión. Se hizo un repaso se aclararon dudas y se hicieron correcciones a los pacientes en las cosas que decían o hicieron erróneas. Se les orienta nuevamente en tiempo y			10 min

		<p>espacio.</p> <p>Se realizaron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>		
2	Establecimiento de raportt	<p>La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les había hecho tarde y como se sentían.</p>		10 min
	Empleo de tablero ROT	<p>A través del tablero ROT la practicante ubico a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.</p>	Tablero ROT	10 min
	Denominación y reconocimiento de frutas y verduras	<p>Se les repartieron nuevamente las frutas artificiales de la sesión anterior agregando algunas verduras.</p>	<p>Frutas y verduras naturales como artificiales (guayaba,pera,durazno,mandarina,naranja,limón, pepino,zanahoria,jitomate, calabaza, papa.)</p>	20 min
	Reconocimiento de colores	<p>Una vez que las habían observado, tocado y reconocido, se les proporcionó masa modeladora para que escogieran una fruta y una verdura y la reprodujeran del color adecuado y de igual manera describieran verbalmente la fruta y verdura que reprodujeron</p>	Masa modeladora de colores	20 min
		<p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora</p>		10 min

3	<p>Establecimiento de raportt</p> <p>Empleo de tablero ROT</p> <p>Denominación y reconocimiento gustativo de frutas y verduras.</p> <p>Reconocimiento de colores</p>	<p>La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les y como se sentían</p> <p>A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.</p> <p>Se les dio a probar diferentes tipos de gelatinas (limón, naranja, manzana, uva, fresa) y jugos (zanahoria, naranja, mandarina).Pidiéndoles que mencionaran el sabor, olor color y nombre del alimento que estaban probando (en caso de no saber o decirlo errado, se les corregía).</p> <p>A su vez se les mostraba la fruta de la cual se extraía ya sea el jugo o la gelatina.</p> <p>Posteriormente sin ayuda de la practicante el paciente selecciono la fruta que correspondía al color de la gelatina que había probado anteriormente.</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>	<p>Tablero ROT</p> <p>Gelatinas y jugos de sabores</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>30 min</p> <p>15 min</p>

SEMANA 2

Objetivos: Que el participante sea capaz de reconocer en los billetes y monedas su valor e identifique en que situaciones y para que se emplea el dinero

Que el participante sea capaz de orientarse en tiempo y espacio.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
4	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación temporo-espacial	A través del tablero ROT la practicante ubicó los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Identificación de los valores en monedas y billetes.	La practicante les repartió a los pacientes billetes y monedas didácticos de diferentes valores, después se hizo un repaso de los valores de los billetes y monedas y de cuales tenían mayor o menor valor.	Billetes y monedas didácticos de diferentes valores.	20 min
		Posteriormente se motivó a los pacientes a que encerraran en un círculo, en una hoja repartida previamente los billetes y monedas necesarias para igualar la cantidad escrita en la hoja. Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.	Lápices Hoja de actividades de dinero a encerrar. (Anexo 2)	15 min 10 min

5	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día y sobre como se sentían.		10 min	
	Orientación temporo-espacial	A través del tablero ROT la practicante ubico a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min	
	Manejo de dinero	Se les entregó a los pacientes determinada cantidad de dinero didáctico.		Billetes didácticos	
		Posteriormente se les mostró a los pacientes diferentes productos con determinado valor (cereales, pasta de dientes, gel, peluches, etc.) montados previamente a manera de mostrador por la practicante.		Objetos consumibles artificiales o simulados	20 min
		Por ultimo se jugó a realizar compras simuladas en el super y en caso de dar dinero de más o de menos se les corregía.			15 min
	Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.			10 min	
	Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.				

6	<p>Establecimiento de rapport</p> <p>Orientación temporo-espacial</p> <p>Manejo de dinero</p> <p>Reconocimiento de colores</p> <p>Repaso de la primera sesión</p>	<p>La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, y sobre como se sentían.</p> <p>A través del tablero ROT la practicante ubicará a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encuentre.</p> <p>Los pacientes pegaron en una hoja el nombre de la cantidad que estaba representada gráficamente. De igual manera se les pidió que pegaran el nombre debajo de la fruta o verdura que se encontraba en la hoja.</p> <p>Se les dieron sopas con las cuales tuvieron que rellenar una fruta o verdura que escogieron de las opciones que les brindara la practicante, posteriormente tuvieron que pintarla del color correspondiente a la fruta o verdura.</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>	<p>Tablero ROT (Anexo 6)</p> <p>Hojas con actividades (Anexo 3)</p> <p>Lápiz</p> <p>Pinturas Vinci</p> <p>Resistol blanco</p> <p>Pinceles</p> <p>Sopa</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>25 min</p> <p>10 min</p>

Semana 3

Objetivos: Que el participante aprenda y reconozca el adecuado uso de las prendas de vestir y los accesorios de higiene personal.

Que el participante sea capaz de orientarse en tiempo y espacio.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
<u>7</u>	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les había hecho tarde sobre como se sentían.		10 min
	Orientación temporo-espacial	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Uso adecuado de ropas de vestir y accesorios de higiene personal	Se les mostraron a los pacientes imágenes y objetos de diferentes prendas de vestir y accesorios de higiene personal pidiéndoles que los nombraran y de igual manera tenían que decir para que servían, en caso de que no lo dijeran correcto se les corregía.	Figuras y objetos de ropas de vestir así como accesorios de higiene personal. (Anexo 7)	20 min
		Posteriormente se les entrego una hoja que contenía 2 secciones; en la primera tenían que encerrar todas las prendas de vestir y en la segunda todos los artículos de higiene personal.	Hoja de actividad con objetos a encerrar y ropas de vestir. (Anexo 8)	15 min
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		10 min

<u>8</u>	<p>Establecimiento de rapport</p> <p>Orientación temporo-espacial</p> <p>Uso adecuado de ropas de vestir</p>	<p>La practicante saludó a los pacientes → entabló conversación con ellos sobre cómo estaba el día, y sobre cómo se sentían. →</p> <p>A través del tablero ROT la practicante → ubicó a los pacientes en tiempo y espacio → de acuerdo al día en que se encontraban. →</p> <p>Se repasaron los nombres y usos de las → prendas de vestir por medio de figuras y → después se les dio una muñeca que tenían que vestir adecuadamente. →</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>	<p>Tablero ROT (Anexo 6)</p> <p>Figuras de prendas de vestir</p> <p>Muñecos de juguete.</p> <p>Ropa para muñecos y muñecas.</p> <p>Resistol o Pritt.</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>30 min</p> <p>10 min</p>
<u>9</u>	<p>Establecimiento de rapport</p> <p>Orientación temporo-espacial</p> <p>Uso adecuado de accesorios de higiene personal</p>	<p>La practicante saludó a los pacientes y → entabló conversación con ellos sobre cómo estaba el día, y sobre cómo se sentían. →</p> <p>A través del tablero ROT la practicante → ubico a los pacientes en tiempo y espacio → de acuerdo al día en que se encontraban. →</p> <p>Se repasaron los nombres y usos de los accesorios de higiene personal por medio de figuras y después los pacientes realizaron su aseo personal. esto es : →</p> <p>Lavarse las manos</p>	<p>Tablero ROT (Anexo 6)</p> <p>Figuras de accesorios de higiene personal</p> <p>Accesorios de higiene personal.</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>40 min</p>

		<p>Cepillarse los dientes y el cabello, uso de jabón y gel antibacterial, etc.</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>		10 min
--	--	--	--	--------

<u>10</u>	Establecimiento de rapport	<p>La practicante saludó a los pacientes → entabló conversación con ellos sobre → como estaba el día, y sobre como se → sentían .</p>		10 min
	Orientación temporo-espacial	<p>A través del tablero ROT la practicante ubico a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en → que se encontraban.</p>	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Uso adecuado de ropas de vestir y accesorios de higiene personal	<p>Se les dieron distintos tipos de ropa para que se la pusieran adecuadamente. →</p>	Distintos tipos de ropa	10 min
	Repaso de nombres de partes del cuerpo y prendas de vestir.	<p>Posteriormente se les repartieron muñecas y ropa de muñecas para que las vistieran como ellos consideraran adecuado. De igual manera al momento de vestirlas se les pedía a los pacientes que dijeran el nombre de la prenda que estaban colocando para repasar el nombre de las prendas de vestir y las partes del cuerpo. →</p>	Muñecas de juguete. Ropa de juguetes.	30 min
		<p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones</p>		10 min

		correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		
--	--	--	--	--

Semana 4

Objetivo: Que el participante reconozca y nombre las partes del cuerpo.

Que el participante sea capaz de orientarse en tiempo y espacio.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
11	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los paciente → y entabló conversación con ellos → sobre como estaban, si se les había → hecho tarde y sobre como se sentía → ese día →		10 min
	Orientación temporo-espacial	A través del tablero ROT la → practicante ubicó a los pacientes en → tiempo y espacio de acuerdo al día → en que se encontraba. →	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Denominación y reconocimiento de las partes del cuerpo	Por medio de un esquema de → tamaño natural o la practicante → como muestra, se les mostraron a los → pacientes partes del cuerpo → y los nombres de estas ; una vez → que ya los habían asimilado se les → repartieron imágenes en pequeño → para que las iluminarán de → determinado color y de acuerdo a la → parte de el cuerpo que les indicaba → la practicante.	Esquemas de cuerpo entero Colores Crayolas Imagen del cuerpo humano. (Anexo 4)	40 min
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		10 min

12	<p>Establecimiento de rapport</p> <p>Orientación temporo-espacial</p> <p>Denominación y reconocimiento de las partes del cuerpo</p>	<p>La practicante saludó a los paciente y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, y sobre como se sentían.</p> <p>A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraba.</p> <p>Se les repartieron a los pacientes etiquetas con los nombres de las partes del cuerpo las cuales tenían que pegar en la parte adecuada de una imagen que les brindaba la practicante.</p> <p>Posteriormente se realizó el juego (toca-toca) en el que los pacientes tenían que tocar las partes del cuerpo que les indicara la practicante.</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>	<p>Tablero ROT (Anexo 6)</p> <p>Imagen de las partes del cuerpo. (Anexo 5)</p> <p>Etiquetas con los nombres de las partes del cuerpo.</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>

Semana 5

Objetivos: Que el participante sea capaz de mencionar los datos básicos de identificación de él y de su familia.

Que el participante sea capaz de orientarse en tiempo y espacio.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	Materiales	TIEMPO
13	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y → entabló conversación con ellos sobre → como estaba el día, si se les había hecho → tarde y sobre como se sentían. → → →		10 min
	Orientación tiempo-espacio.	A través del tablero ROT la practicante → ubicó a los pacientes en tiempo y → espacio de acuerdo al día en que se encontraba. → →	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Toma de conciencia de quien es y de sus familiares	Se reviso con cada uno de los pacientes → una hoja que contenía los datos de sus → familiares más cercanos, y la información del paciente mismo. Una vez que la habían visto se les preguntaba cosas como “Cuantos hijos tenían” “Con quien vivían” “Como se llamaban” “Que edad tenían” Y en caso de no recordar se hacía especial énfasis en que repitieran los nombres de sus familiares cercanos reconociendo con elogios cuando estaban en lo correcto.	Hoja con referencias del paciente.	40 min
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		10 min

14	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación tiempo-espacio.	A través del tablero ROT la practicante ubicará a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraba.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Toma de conciencia de quien es y de sus familiares	Se revisó la misma hoja de datos de la sesión anterior pero ahora sin mostrarla previamente al paciente motivándolo a evocar nombres de personas cercanas y si fuese posible eventos relacionados con esa persona.(en caso de que no lo hubiera podido realizar se le recordó poco a poco la información sobre el familiar o persona que no lograba evocar del todo)	Hoja con referencias del paciente	40 min
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		10 min
15	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día, si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación tiempo-espacio.	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Toma de conciencia de quien es y de sus familiares	Se les mencionó a los pacientes determinados nombres de personas y de acuerdo al nombre que se les daba y los repasos de las sesiones anteriores tenían que decir que parentesco tenía con la persona. (En caso de requerir ayuda se le recordaban las informaciones que no podía evocar después de	Hoja con información de cada uno de los pacientes	30 min

		algunos intentos).		
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.		10 min
		Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.		

Semana 6

Objetivos: Que el participante sea capaz de elaborar una pequeña biografía de su vida incluyendo a sus familiares cercanos

Que el participante sea capaz de orientarse en tiempo y espacio.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	Materiales	TIEMPO
16	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación tiempo-espacio	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraba.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Elaboración de Biografía con nombres de las personas	Se le dieron a los pacientes hojas estructuradas en las que tenían que hacer una representación de su familia, muy similar a un árbol genealógico incluyéndose a si mismos. En caso de ser posible se pegaban fotografías. Esto se realizó con la ayuda constante de la practicante y respondiendo a lo que requerían los participantes.	Hojas estructuradas de actividades Lápiz	50 min
		Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al		10 min

		desempeño del paciente en la bitácora.		
17	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación tiempo-espacio	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Elaboración de biografía con nombres de las personas	Cada paciente completó su biografía en una hoja que se le dió y que estaba elaborada de acuerdo a informaciones obtenidas de los expedientes y algunas mas de los familiares. esta contenía frases como: "Mi boda fue en" "Mi hija se llama" "Me gusta" "Yo me llamo" "Tengo -----años" Si era necesario se brindaba ayuda al paciente. Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio. Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora	Hoja estructurada de su biografía. Lápiz Goma	40 min
				10 min
18	Establecimiento de rapport	La practicante saludó a los pacientes y entabló conversación con ellos sobre como estaba el día si se les había hecho tarde y sobre como se sentían.		10 min
	Orientación tiempo-espacio	A través del tablero ROT la practicante ubicó a los pacientes en tiempo y espacio de acuerdo al día en que se encontraban.	Tablero ROT (Anexo 6)	10 min
	Elaboración de biografía con nombres de las personas	El participante realizó una pequeña descripción de los miembros de su familia con así como su parentesco.		40 min

	cercanas a él.	<p>Finalmente se le pidió a cada paciente que se autodescribiera de acuerdo al papel que jugaba dentro de su familia</p> <p>Cierre de sesión. Se les orientó nuevamente en tiempo y espacio.</p> <p>Se hicieron las anotaciones correspondientes al desempeño del paciente en la bitácora.</p>		10 min
--	----------------	--	--	--------

2.5 Materiales

Los materiales que se ocuparon para la Terapia de Orientación a la Realidad fueron elaborados en su mayoría por la practicante y se distribuyen en la siguiente tabla:

COMIDA	MATERIALES PLÁSTICOS Y DE PAPELERÍA	MATERIALES DE APOYO PARA ORIENTACIÓN Y RECUERDOS
<ul style="list-style-type: none">➤ Gelatinas➤ Jugos de sabores	<ul style="list-style-type: none">➤ Frutas artificiales➤ Verduras artificiales➤ Hojas con actividades➤ Masa modeladora de colores➤ Monedas y billetes didácticos➤ Lápices➤ Gomas➤ Pinturas vinci➤ Resistol blanco➤ Pritt➤ Pinceles➤ Muñecos de papel➤ Ropa de papel para muñecos➤ Muñecas de juguete➤ Esquemas corporales➤ Colores➤ Crayolas	<ul style="list-style-type: none">➤ Tablero ROT ➤ Objetos consumibles, artificiales o simulados.

2.6 ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

DESCRIPCIÓN GENERAL

Nombre de la prueba: Instrumento de exploración Cognitiva (CASI).

Autor: Mariane Taussing

Fecha de elaboración: (1992 Versión en español)

Tiempo de aplicación: 15 a 20 min.

Aplicación: Individual

Materiales para la aplicación:

Protocolo de aplicación

Hoja de respuestas

Una pluma

Un cronometro

Un lápiz

Cinco objetos (cepillo de dientes, una cuchara, llave, moneda peine.)

Un pedazo de cartón (para cubrir los cinco objetos).

El instrumento consta de 25 preguntas que se le realizan al paciente y toma de 15-20 minutos en su aplicación, las puntuaciones para calificar dicha prueba van de 0 a 6 dependiendo de la respuesta que dé el paciente así como el número de pregunta que se le esté aplicando, en la parte superior del protocolo de aplicación se encuentra una fila donde se anotan los datos generales del sujeto que se esta evaluando; Nombre o iniciales, edad, educación, sexo, fecha de aplicación, iniciales del examinador y la duración de la prueba que nos ayudará a juzgar la

validez de los puntajes obtenidos; por lo cuál esta información debe ser introducida en la esquina inferior derecha de la página 3 del CASI.

A pesar de ser muy breve es uno de los instrumentos más eficaces en la detección de demencia y proporciona puntuaciones separadas sobre los dominios cognitivos de atención, concentración, orientación, memoria a largo plazo, memoria a corto plazo, lenguaje, habilidades viso constructivas, fluidez verbal, así como abstracción y juicio.

Sumando los puntajes de estos 9 dominios la puntuación máxima a obtener es de 100 puntos y de acuerdo a como disminuye este puntaje se puede apreciar que tan deteriorado esta el paciente con demencia. Dado que entre las preguntas que integran al CASI se encuentran las del Mini Mental la hoja de calificación arroja los puntajes obtenidos en este instrumento, puntaje que sirve para cotejar el deterioro inicialmente obtenido en el CASI. Cabe aclarar que antes de aplicar el instrumento los examinadores deben familiarizarse con los procedimientos de la prueba y las reglas de puntuación que se han de seguir en la aplicación, calificación e interpretación del instrumento.

Los criterios para invalidar la prueba son:

NO VALIDA POR POSIBLE AUDICIÓN POBRE

NO VALIDA POR POSIBLE VISTA POBRE

NO VALIDA POR CONTROL MOTOR DETERIORADO

NO VALIDA POR PROBABLE LENGUAJE OBSTACULIZADO

NO VALIDA POR PROBABLE ALERTA Y ATENCIÓN DETERIORADOS

NO VALIDA POR PROBABLE MOLESTÍA FÍSICA O PSIQUICA

NO VALIDA POR ALGUNA OTRA RAZÓN.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos y las gráficas de los resultados arrojados para cada uno de los participantes antes y después de la evaluación.

Participante1

Sexo: Masculino

Edad: 88 años

Edo civil: Casado

Ocupación: Herrero

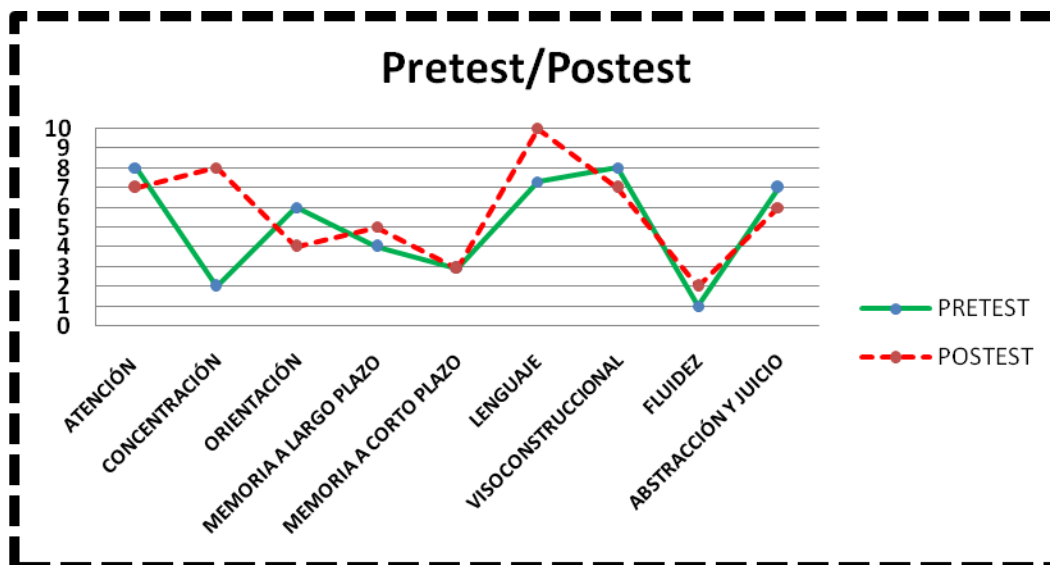
Grado máximo de estudios: 6to de primaria

No de hijos: 5

Diagnóstico: Demencia tipo Alzheimer en fase Inicial.

Antecedentes del padecimiento:

En el año 2000 sus familiares se dieron cuenta que realizaba mal su trabajo de herrería dado que daba presupuestos incorrectos ,tomaba medidas incorrectas y se quemaba la cara con la soldadura aparte de comenzar a desconocer a los nietos y en dos ocasiones no supo como regresar a su casa.



Gráfica 1

Como se puede apreciar en la gráfica el participante 1 presenta capacidad de atención conservada sin embargo su concentración es baja, lo que indica que es capaz de atender en algún estímulo, es decir observar o prestar atención por un momento pero que no es capaz de mantener constante; su lenguaje aún está conservado, pero debido a su baja puntuación en fluidez, al momento de entablar una conversación en su discurso tiene poca capacidad para expresarse con facilidad y espontaneidad, además de no poder decir las palabras que trata de evocar, esto relacionándolo con sus puntajes en memoria a largo y corto plazo bajos, y que le impiden mantener de forma activa una pequeña cantidad de información actual, siendo casi nula su capacidad para recuperar información con la que ya contaba; por otra parte aún es capaz de realizar actividades que implican coordinación ojo-mano teniendo un buen desempeño en manualidades, donde principalmente se puede apreciar su capacidad visoconstruccional y su capacidad de atención aún preservadas, no obstante aunque puede realizar este tipo de actividades estas se apreciarán en la práctica algo lentas. Finalmente su capacidad de abstracción y juicio aún se conserva siendo aún capaz de tomar decisiones reflexionando los aspectos positivos y negativos de cada situación.

De acuerdo al posttest y en comparación con el pretest, en el participante la capacidad de atención y concentración continuó preservada por lo que su habilidad para centrarse en algún estímulo u objetivo se puede mantener constante, por otra parte su puntaje en memoria a largo plazo se encuentra ligeramente superior al de su memoria a corto plazo, indicador de la facilidad que presenta el participante para evocar conceptos o palabras aprendidas con anterioridad, sin embargo tiene una gran deficiencia para aprender conceptos nuevos; su lenguaje es alto por lo tanto su capacidad para comunicarse es buena, pero su puntaje de fluidez es bajo y afecta directamente el curso de su comunicación; su capacidad de juicio no se encuentra conservada lo que se refleja en la toma de decisiones y emisión de opiniones que no son de todo correctas, pues puede llegar a actuar más por imitación que por decisión propia;

su orientación es baja e implica dificultades en ubicar donde esta o como llegar de un lugar a otro, aún contando con referencias espaciales; finalmente en su capacidad para llevar acabo actividades que requieren una coordinación viso motriz no presenta dificultades pudiendo realizar tareas como manualidades sin ningún problema.

Participante 2

Sexo: Femenino

Edad: 87 años

Edo civil: Viuda

Ocupación: Ama de casa

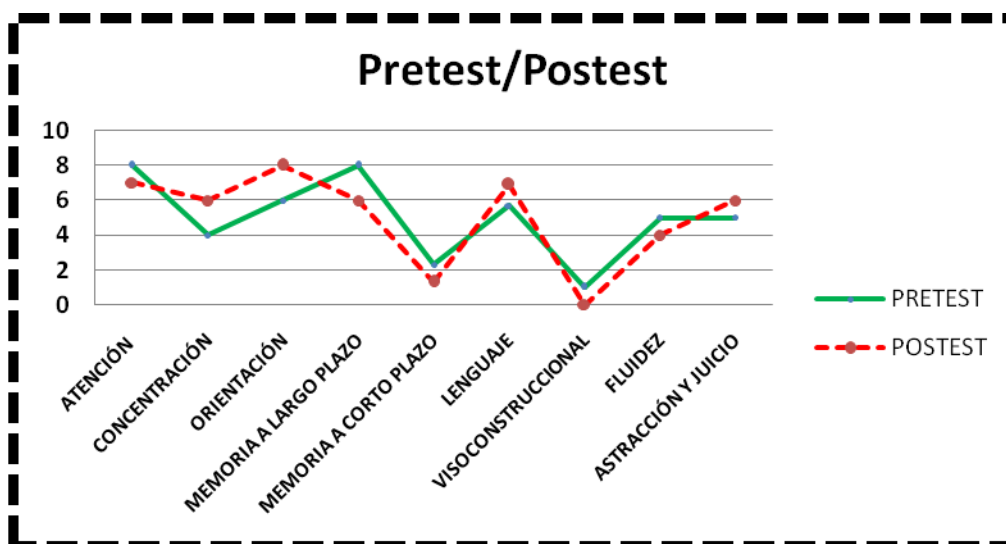
Grado máximo de estudios: Preparatoria (Carrera comercial).

No de hijos:5

Diagnóstico: Demencia tipo Alzheimer en fase Inicial.

Antecedentes del padecimiento:

En el año 2002 comienza con fallas en la memoria a corto plazo y confundía seguido a su esposo ya fallecido con su padre.



Gráfica 2

De acuerdo a la gráfica, se aprecia que en el pretest la participante mantiene una buena atención, teniendo una concentración moderada, esto indica que es capaz de centrarse en un estímulo determinado con ciertas dificultades para mantenerse constante en el mismo; su memoria a largo plazo aún se conserva pero con daños severos en su memoria a corto plazo, es decir que tiene la capacidad de evocar recuerdos sobre sucesos, imágenes, definiciones y estrategias de actuación aprendidos con anterioridad, siendo su capacidad para almacenar nueva información de momentos actuales muy limitada ; presenta puntajes moderadamente bajos en su lenguaje así como en su fluidez, por lo que la capacidad que posee para expresarse libre y espontáneamente está un poco limitada; su orientación no es buena pero aun es capaz de ubicarse en el espacio que la rodea, utilizando lugares y objetos ya conocidos que actúan como referencia; Debido a sus puntajes moderadamente bajos en atención y juicio las respuestas que emite, en la mayoría de las veces no son previas a una reflexión sobre las acciones que se deben hacer en diversas situaciones, aun tiene la capacidad para actuar y pensar de manera acorde al contexto en que se desenvuelve, siendo el área más afectada la viso constructiva, indicador de que casi no puede realizar actividades que impliquen una coordinación ojo-mano como manualidades y tareas orientadas al empleo de la visión como lo es la identificación de colores o ejercicios de semejanzas y diferencias.

Después de haber aplicado la ROT se puede observar que la participante cuenta con buenas habilidades de comunicación pudiendo expresar lo que piensa y siente con una adecuada fluidez verbal, esto es apreciable en su puntuación para lenguaje y fluidez; su atención y concentración son buenas lo que implica la habilidad con la que cuenta para fijar su atención en un estímulo y mantenerla en él, su puntaje para memoria a largo plazo que se encuentra por arriba de su memoria a corto plazo nos hablan de que es capaz de evocar información ya aprendida en el pasado pero tiene dificultad para almacenar nueva información; su habilidad de orientarse en el contexto continua conservada al igual que su capacidad para emitir alguna opinión respecto a una situación, esto reflejado en

sus puntajes para abstracción, juicio y orientación, finalmente la participante tiene serias dificultades en habilidades que implican una concentración visomotriz y visoespacial lo que le dificultará poder realizar actividades como lo son las manualidades.

Participante 3

Sexo: Femenino

Edad: 73 años

Edo civil: Viuda

Ocupación: Ama de casa

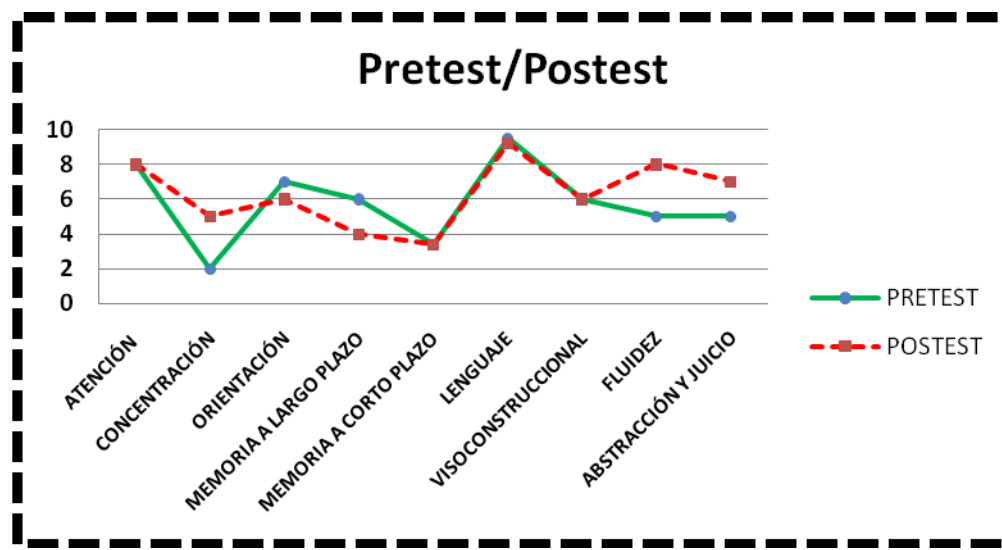
Grado máximo de estudios: 3ro de secundaria

No de hijos: 6

Diagnóstico: Demencia tipo Alzheimer en fase Inicial

Antecedentes del padecimiento:

En el 2008 a raíz del fallecimiento de su sobrino inicia con olvidos, confusión y deja de realizar actividades cotidianas, progresivamente olvida nombres y actividades, desorientándose en tiempo y espacio. En 2010 se exacerban los síntomas por el fallecimiento de otro de sus sobrinos y de su cuñado.



Gráfica 3

De acuerdo con la gráfica y los resultados arrojados en el pretest por la participante antes de la aplicación de la ROT podemos observar que es capaz de fijar su atención en los estímulos de manera voluntaria pero no por mucho tiempo; tal como lo indica su puntaje alto para atención y su puntaje bajo para concentración, capacidades que afectan directamente a su memoria a corto plazo pues tiene dificultades en almacenar nueva información y emplearla, su memoria a largo plazo también está afectada teniendo ciertas complicaciones para evocar información del pasado y de acontecimientos ya vividos; por otro lado sus puntajes altos para lenguaje y moderadamente bajos en fluidez le permiten establecer comunicación muy buena ya que expresa adecuada y espontáneamente sus deseos. En orientación sus puntajes señalan la capacidad con la que aún cuenta para saber en donde se encuentra y poder ubicarse en su entorno prestando atención a los estímulos y señalizaciones existentes; finalmente su juicio ante las situaciones que se le presentan suele ser deficiente, no detectando los puntos a favor o los puntos en contra, por lo que emite opiniones sin reflexionar adecuadamente; respecto a las actividades que implican coordinación ojo-mano aún es capaz de realizarlas teniendo ciertos defectos de precisión.

Después de la aplicación de la ROT se observa en los puntajes obtenidos por la participante para el pos test que su habilidad para comunicarse de manera adecuada es buena pues tiene un buen nivel de lenguaje y fluidez y se puede apreciar claramente en la gráfica, sus memorias a corto y largo plazo están afectadas esto indica la dificultad que tiene para evocar palabras o conceptos ya aprendidos así como para aprender nuevos, por otra parte su atención predomina sobre su concentración indicando que aunque si bien es capaz de centrar su atención en un estímulo preciso tiene dificultades para mantenerla ,por otra parte en habilidades viso constructivas como lo son las manualidades no presenta dificultades relevantes.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a los participantes se puede apreciar que los mayores beneficios logrados por la administración de la Terapia de Orientación a la Realidad, se obtuvieron en la concentración pues en esta área se incrementaron los puntajes para los tres participantes en seis, dos y tres puntos respectivamente; siendo estos incrementos más significativos para los participantes uno y tres quienes contaban con los niveles mas bajos en esta capacidad; como segunda área mas beneficiada se encuentra el lenguaje que si bién antes de la terapia se encontró preservado aún en los tres participantes este aumentó en tres y dos puntos para los participantes uno y dos, siendo que para el participante tres que contaba con un puntaje elevado en lenguaje también aumentó en este caso tres decimas; lo cual concuerda con lo planteado por Spector y col, (2000) que menciona una mejora el área cognitiva y conductual después de las sesiones de Orientación a la Realidad en personas con demencia en donde los resultados mostraron un efecto positivo a favor del tratamiento tanto en el área cognitiva como en la conductual, aunque no llegaron a tener significación estadística; sin embargo tuvieron un impacto directo únicamente en la mejoría de la concentración y el lenguaje dado que la demencia es una enfermedad crónico degenerativa y el deterioro intelectual implica una declinación progresiva del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y para recordar (memoria), siendo la demencia una de las principales manifestaciones González,(1999).

Otros estudios sí muestran cómo el mantenimiento de la intervención por mas tiempo puede proporcionar mayores beneficios en los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada, Zanetti y col, (1988). Por lo que tal vez para futuros practicas se recomendaría aplicar la terapia por más tiempo y así poder apreciar los beneficios de la aplicación por tiempos prolongados pues cabe aclarar que esta intervención se llevó acabo solo durante dos meses.

En los participantes 1 con respecto a su capacidad mnésica se observa en la memoria a largo plazo un incremento mínimo de un punto con respecto a la memoria a corto plazo los puntajes en los participantes uno y tres se mantuvieron constantes en el posttest . La capacidad de abstracción y juicio aumentó en uno y dos puntos respectivamente para los participantes dos y tres; por otra parte la habilidad viso construccional y la atención se mantuvo constante para el participante 3 y de igual manera tuvo un aumento significativo de tres puntos en el área fluidez. Finalmente y no por eso menos importante cabe mencionar que en orientación que es el área para la cual se esperaban obtener directamente los incrementos significativos debido a que la terapia opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea. Folsom JC (1966).

Cabe mencionar que los decrementos que se pudieron observar fueron mínimos y principalmente se dieron en la memoria a largo plazo pues los participantes 2 y 3 tuvieron un deceso de dos puntos , respecto a la memoria a corto plazo hubo una disminución de un punto para él participante 2; la capacidad de abstracción y juicio tuvo una disminución de un punto para el participante uno; la habilidad viso-construccional presentó mínimos decrementos correspondientes a un punto para los participantes 1 y 2 .

La atención en los participantes 1 y 2 tuvo un ligero decremento de un punto y la fluidez disminuyó en un punto para la participante 2 finalmente en orientación hubo un decremento de dos y un punto para los participantes 1 y 3 respectivamente De acuerdo con Alberca (2006) estos decrementos son de esperarse puesto que debemos recordar que la demencia es una enfermedad del cerebro crónico-degenerativa y una de sus principales características es la disminución de las capacidades cognitivas por lo tanto estas disminuciones son propias de la enfermedad de Alzheimer.

Clínicamente a lo largo de la terapia y desde la primer sesión se pudo apreciar en los participantes cierta resistencia a trabajar con las actividades de la terapia pues como ya se mencionó una de las características en los pacientes con demencia es que son capaces de darse cuenta en cierta medida de que sus capacidades y específicamente para memoria comienzan a ser algo deficientes y para cubrir esta deficiencia se presentan renuentes a realizar dichas actividades Francés (2003).

Así de esta manera se protegen para tratar de ocultar que ya no son tan buenos como antes e inclusive comienzan a poner pretextos como que se encuentran cansados, dada esta resistencia inicial se requirió mucho trabajo y esfuerzo con los participantes sesión tras sesión pero resulta sumamente compensador el ver que aunque los participantes nunca supieron el nombre de quién les recordaba las cosas sí eran capaces de reconocer la cara de la practicante mostrándose inquietos cuando llegaba a la fundación e inclusive fueron capaces de identificar a los otros participantes con los que trabajaban preguntando por el que faltaba cuando llegaba tarde o no asistía, de igual manera otros participantes de la Fundación que no estaban incluidos en la terapia en numerosas ocasiones se acercaron a pedir realizar las actividades de la ROT que estaban llevando acabo los participantes de la ROT en ese momento, también se llegó al avance en donde los mismos participantes bromeaban así mismos diciendo frases como “Ya se le olvido” o “No se acuerda”.

Se pudo observar también y en general un efecto benéfico en los participantes, en las áreas cognitiva, física, afectiva y social como lo son trabajar procesos de pensamiento, elevar su autoestima y establecer relaciones interpersonales esto se pudo observar conforme iban transcurriendo las sesiones.

Se puede mencionar como ejemplo a la participante 2 que en el inicio de las sesiones decía que “nadie la quería” o que “ya la habían abandonado” al final cambió estos pensamientos por otros mas positivos que eran que “le gustaba

trabajar” y que “la practicante si la quería”; así el hecho de haber logrado esto es de suma importancia para el bienestar del paciente con demencia. Aunque si bién se sabe que aun no hay terapia capaz de revertir el proceso de deterioro en el paciente si se puede mejorar la calidad de vida de estos.

Conclusión

De acuerdo a las estadísticas, se calcula que en todo el mundo pueden estar padeciendo demencia más de 20 millones de personas y es claro que esta cifra aumentará con el paso de los años sobre todo en los países industrializados que son los que tienen mayores expectativas de vida. Si se toma como referencia a México, las estadísticas indican que la población estará constituida principalmente por ancianos que son los mas afectados por las demencias siendo esta la población la que mas atención requerirá en el futuro.

De tal manera que debido a la gran demanda de atención de esta población puedo decir que la Terapia de Orientación a la realidad puede considerarse como una buena opción en la mejoría de la calidad de vida del paciente con demencia pues de acuerdo a la práctica aplicada y los resultados obtenidos la Terapia de Orientación a la Realidad actuando en la parte del proceso de deterioro, proporciona efectos restauradores para facilitar el aprendizaje de habilidades y funciones esenciales para una mejor adaptación, y productividad del paciente. Aunque si bién se sabe que aun no hay terapia capaz de revertir el proceso de deterioro, por lo que concientizar a la sociedad de la importancia de brindar ayuda a este tipo de pacientes así como respetar y tratarles de dar su espacio teniendo en cuenta sus necesidades es un medio que no ayudara a la rehabilitación e inserción del paciente a la sociedad si mejorará su calidad de vida.

Por otra parte el haber colaborado con la Fundación Alzheimer en la aplicación de esta práctica me permitió aprender a trabajar con un equipo multidisciplinar como lo son las enfermeras, psicólogos, cuidadores, trabajadores sociales etc, así como la manera de integrarme a una institución y la forma de trabajar en ella, de igual

manera gracias a esta práctica aprendí a diseñar programas de intervención en pacientes con demencia y la manera en como aplicar la Terapia de Orientación a la Realidad.

De igual manera el haber trabajado con pacientes con demencia aportó en mi formación como psicóloga una experiencia muy importante ya que me ayudó entre otras cosas a identificar los signos y síntomas característicos de esta población que en un inicio solo conocía en teoría porque aunque sabía que eran pacientes con demencia no había tenido contacto previo con ellos; esto me hacia tener sesgos de lo que debería observar sobre la pérdida de memoria o la marcha enlentecida y efectivamente fue así pero son características que no a simple vista se detectan y estas suelen apreciarse con mas claridad en fases mas avanzadas del padecimiento aparte de que la habilidad en detectarlas se va adquiriendo conforme la convivencia con los pacientes,

Asimismo resultó enriquecedor el conocer los cuidados que requiere este tipo de población que van desde el hecho de ir al baño hasta subir una escalera.

Referencias bibliográficas

Aguirre T.A y Castellani, S.M (2004).Abordajes no Farmacológicos en la Enfermedad de Alzheimer.

Alberca R (2002). Tratamiento de las Alteraciones conductuales en la enfermedad del Alzheimer. Ed. Panamericano.

Alberca R y López Pousa, S.(2006).Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid, España: Editorial Panamericana.

Alberca R. (1998).Demencias, Diagnostico y Tratamiento.Barcelona,España :Masson.

Bermejo. (1995).Demencias, Conceptos actuales, Madrid:Diaz de Santos

CIE 10 (1992).Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnostico, Organización Mundial de la Salud.Madrid.Mediator. (ICD- 10, International Clasificación of Diseases,10th revisión).

Cubero, G (2002) Diagnostico y tratamiento d las Demencias en Atención Primaria. Barcelona España: Masson.

Del Ser T, Bermejo F, Roman G: (1993) Demencias conceptos actuales. Madrid, Díaz de Santos,.

DSM IV (1995) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales.Barcelona, Masson.

Fernández Merino V.(2000)Alzheimer; un siglo para la Esperanza: Una Guia Familiar para conocer esta enfermedad y actuar con el enfermo.Madrid:Edaf

Fernández-Ballesteros, R., Izal M., Montorio I., González J.L., Díaz P.: Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Ediciones Martínez Roca, S.A., 1992.

Folsom J. (1967) Intensiva hospital therapy of geriatric patients. Current Psychiatric Therapies.

Frances, I Barandiaran, M.Marcellan,T,L.(2003)Estimulación Psicocognoscitiva en las demencias,26(3),405-422.

Frank A. (2007),Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Recuperado el 18 de diciembre del 2010 de www.oaid.oaid.es.

González-Chávez A, Vidales JA, Camacho J,(1999)Síndrome de deterioro intelectual: Nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. Rev. MedHosp Gen Mex: 38-47.

Junqué C., Jurado M (1994.)Envejecimiento y demencias. Ediciones Martínez Roca.

Lehninger E. Estrategias de actuación en los problemas conducuales del paciente con demencia. Modern Geriatrics..

López Pousa S.; Vilalta,LI.(1996)Manual de demencias.Barcelona:Prous Science

Martínez-Fernandez, J.; Roncero Alonso.C.(1994). Concepto y diagnóstico del síndrome demencial.Clínica; 7:21-29

Neugroschil J(2002). Trastornos de conducta en la demencia. Modern Geriatrics.

Organización Mundial de la salud (1991).Octavo informe sobre la situación de la salud mundial (EB89/10).

Ostrosky Solís (1991).Diagnostico del daño cerebral, Enfoque Neuropsicológico.

Peña Casanova J.(1999) Intervención Cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer,Barcelona España:Fundacion la caixa.

Portellano J.(2005) Introducción a la Neuropsicología ,Madrid,España,Mc Graw Hill

ANEXOS

ANEXO 1 PARTICIPANTES



ANEXO 2

UNE CON UNA LINEA LOS NOMBRES CON LA FRUTA A LA QUE CORRESPONDEN.

PERA



MANDARINA



LIMON



DURAZNO



GUAYABA

ANEXO 3

- Encierra en un círculo las monedas necesarias para completar las cantidades que se te indican.

CINCO PESOS \$5



Ciento cincuenta pesos \$150



Trescientos veinte seis pesos \$326



ANEXO 4

Pega enfrente de cada billete o moneda la etiqueta con la cantidad adecuada.





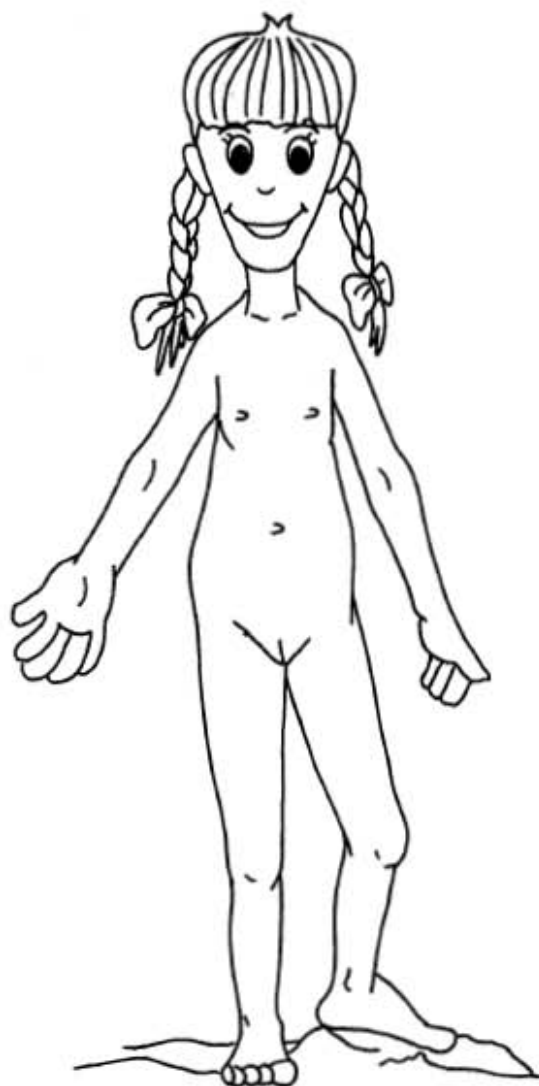




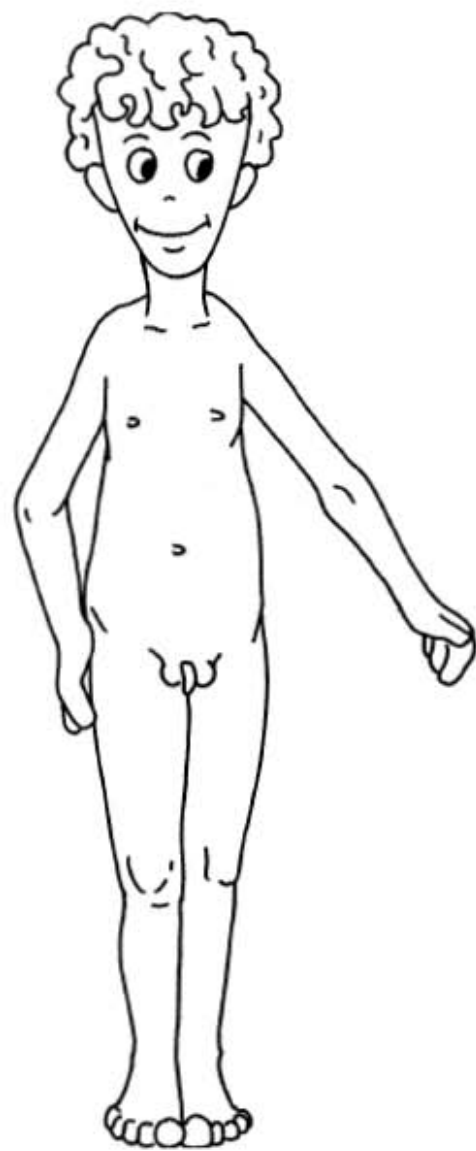




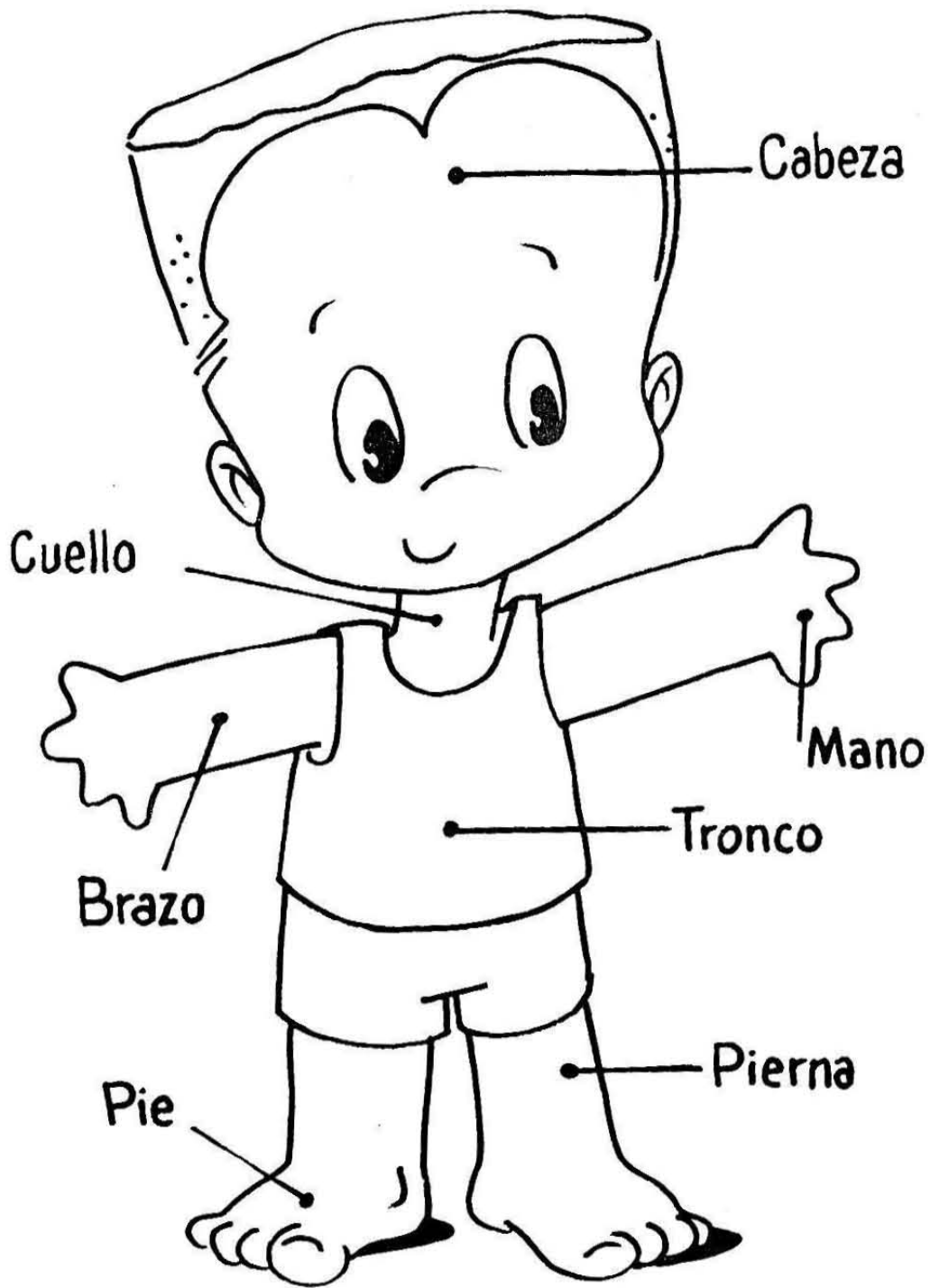




- cejas
- pestañas
- ojos
- orejas
- nariz
- pecho
- ombligo
- manos
- dedos
- vulva/pene
- muslos
- rodillas
- tobillos
- pies
- dedos



Une mediante flechas cada palabra con la parte del cuerpo del niño
y de la niña que corresponda



Partes del cuerpo

ANEXO 7

Ejemplo de tablero ROT

HOY ES: **JUEVES 10 DE FEBRERO** DEL AÑO **2011**

ESTOY EN: **LA FUNDACION ALZHEIMER**

LA ESTACION DEL AÑO ES: **INVIERNO** 

EL MES ES: **FEBRERO**

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2 DIA DE LA CANDELA RIA	3	4	5 	6	7 
8	9	10 HOY	11	12	13	14 
15	16	17	18	19	20	21 
22	23	24 	25	26	27	28 

ANEXO 8

ENCIERRA EN UN CIRCULO O TACHA TODAS LAS PRENDAS DE VESTIR QUE ENCUENTRES



ANEXO 9

ENCIERRA EN UN CIRCULO O TACHA TODOS LOS ACCESORIOS DE HIGIENE PERSONAL QUE ENCUENTRES

