



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“TERAPIA DE REMINISCENCIA APLICADA A PACIENTES
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER”**

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

P R E S E N T A

ERIKA JAZMIN LUNA LIMA

DIRECTORA: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

REVISORA: MTRA ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA



CIUDAD UNIVERSITARIA

NOVIEMBRE DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La Memoria no es el tiempo ni el lugar, son muchos tiempos y muchos lugares; la Memoria está en tu rostro, en tus manos, en cada gesto y en cada sentimiento...

Cuando tu memoria se borra, cuando reconocer a tu gente se convierte en un desafío diario y tus recuerdos se vuelven los bienes más preciados que tienes, ya que escasean es cuando necesitas la voz de la sociedad y de las instituciones para ser escuchado.



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres que me han apoyado en todo y de la forma en que han podido; gracias a ellos estoy alcanzado mis sueños y me han formado como una persona crítica y con metas. Mi padre me ha enseñado con su ejemplo que debemos luchar por lo que queremos, esforzarme cada día más siendo fiel a mis principios e ideales. Mi madre me ha enseñado a que hay opciones, que hay que ponerle pasión a todo lo que realice, a ser empática y ayudar cuando alguien lo necesite.

A mis hermanos, sobrinos y padrino que han estado ahí para apoyarme en lo que he necesitado, por motivarme a seguir adelante y por alegrarse por mí por concluir esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesora Ma. Eugenia Gutiérrez Ordoñez quien me tuvo paciencia y me oriento durante todo el proceso de este trabajo, muchas gracias por todo el conocimiento que compartió conmigo no solo en la elaboración de este trabajo sino también el que obtuve en sus clases.

A la Fundación Alzheimer “Alguien con quien Contar, I.A.P.” que me permitió realizar mis prácticas en sus instalaciones y estar en contacto con los pacientes; en especial al Lic. Gabriel López Robles quien me oriento en el trato con los pacientes y en todo lo referente a las demencias.

A mi revisora la Mtra. Alma Mireia López Arce y a mis sinodales la Lic. Leticia Bustos de la Tijera, la Mtra. Guadalupe Santaella y al Doc. Jorge Rogelio Pérez Espinosa por aceptar mi trabajo y apoyarme con sus revisiones y anotaciones. En especial a la Mtra. Guadalupe Santaella y al Doc. Jorge Rogelio Pérez Espinosa quienes tuve la oportunidad de estar en sus clases en las cuales obtuve conocimientos importantes para mi formación académica.

A mis amigas Brenda, Ari, Mony, Carmen e Ingrid quienes me han brindado su amistad y me hicieron parte de algo tan importante que es su vida y su tiempo; pero en especial a Brenda y a Ari quienes me han apoyado siempre que lo he necesitado han estado ahí para levantar mi ánimo y han compartido conmigo momentos valiosos que nunca se repetirán gracias por su amistad y paciencia.

A mi gloriosa U.N.A.M. que es mi segunda casa, me ha dado tanto, he adquirido demasiados conocimientos gracias a sus profesores, he conocido gente tan valiosa y he pasado tantas cosas tan buenas como malas pero sobre todo por albergarme durante 5 años y formarme como una profesionista critica, humanista y con ética.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
-------------------	---

Capitulo I Antecedentes

1.1 Que es la demencia	10
1.2 Historia de las demencias.....	11
1.3 Etiología.....	15
1.4 Factores de riesgo	18
1.5 Características de las demencias.....	19
1.6 Diagnóstico	21
1.7 Clasificación.....	25
1.8 Tipos de demencia.....	26
1.9 Tratamiento.....	28
1.10 Terapia de Reminiscencia.....	32

Capitulo II Programa de Intervención

2.1 Propósitos Fundamentales.....	37
2.2 Población destinataria.....	37
2. 3 Espacio de trabajo	38
2. 4 Fases por las que discurrirá el procedimiento	39
2.5 Actividades Principales	40
2.6 Materiales.....	48
2.7 Estrategia de Evaluación	49
2.8 Resultados.....	52
2.9 Discusión	71
2.10 Conclusiones	76
2.11 Bibliografía.....	79
2.12 Anexos	83

RESUMEN

La demencia es una enfermedad que deja debilitada a la población que la padece esto ocasiona que dejen de tener el control de su vida y que cada vez más ese control lo vayan adquiriendo terceros. Por tal motivo los psicólogos deben tener conocimientos sobre cómo pueden atender a esta población y mejorar su calidad de vida. Estas son las principales razones por las que decidí hacer mis prácticas en la fundación Alzheimer y aplicar la Terapia de Reminiscencia a pacientes con demencia tipo Alzheimer ya que es el tipo de demencia que más se presenta.

Los objetivos de esta práctica consistieron en mejorar la calidad de vida y la reinserción de estos ancianos a su entorno social de una forma saludable y constante; tomando como principal arma, la memoria de largo plazo y su memoria emocional.

Se inició el desarrollo de esta práctica buscando información para tener claros los conocimientos sobre este padecimiento y la forma en como actualmente la población es afectada. Así mismo se investigaron los posibles tratamientos dándole mayor valor a la Terapia de Reminiscencia ya que es el tratamiento no farmacológico que nos permite mantener el pasado personal, fortalecer la identidad del paciente, la interacción, la socialización y la información de sucesos ya que se habla de temas de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales; otra ventaja es que nos permite estimular la memoria episódica, memoria procedimental, memoria sensorial y memoria emocional.

Se diseñó el programa contemplando cinco fases, la primera constó de seleccionar dos participantes que contaran con los criterios de inclusión; la segunda fase fue la búsqueda de material por parte de la practicante; la tercer fase fue la aplicación del pre-test; la cuarta fase fue la aplicación del programa de intervención el cual estuvo constituido por siete sesiones, las cuales se aplicaron tres veces a la semana individualmente y la tercera fase fue aplicar el pos-test para identificar la efectividad de la Terapia de Reminiscencia.

Por último se observaron leves decrementos; ya que es una población con un deterioro progresivo, el cual no se puede evitar pero con las terapias y programas de intervención se puede hacer más lento el deterioro.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios se han centrado en los cambios que ocurren durante las primeras etapas de la vida, otorgándole menor valor a la etapa de la vejez; esto se debe a que la esperanza de vida era menor hace unos años; pero cada vez esto ha cambiado, esto se ve reflejado en las estadísticas del (INEGI 2010); que aporta los siguientes datos:

- La esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años.
- La proporción de adultos mayores pasó de 4.2% en 1990 a 6.2% en 2010.
- El 28% de los hogares del país hay al menos una persona de 60 años o más de edad.
- 1 de cada 2 personas en el país se encuentra en edad dependiente, lo cual se debe a la disminución de la población joven y al aumento de la población de 15 a 64 años
- En la medida que ha transcurrido el descenso de la fecundidad conjuntamente con la mortalidad, se constata el paulatino y continuo proceso de envejecimiento de la población mexicana.
- La mayor esperanza de vida de la población femenina, tiende a incrementar la proporción de mujeres en edades avanzadas, de 60 años y más de edad.

Estas estadísticas nos muestran como la pirámide poblacional poco a poco esta cambiando a una pirámide de población en fase de envejecimiento, esto se puede atribuir a la utilización de nuevas tecnologías que nos auxilian en la prevención de enfermedades, el desarrollo de nuevos tratamientos y en mejorar la calidad de vida.

Así mismo otros estudios indican que la demencia la padecen el 10% de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud (Sandoval y Richard, 2005).

Prince y Jackson (2009) indican que 35,6 millones de personas en todo el mundo padecerán demencia en 2010 y se calcula que esta cifra casi se duplique cada 20 años, hasta los 65,7 millones en 2030, y los 115,4 millones en 2050.

Un grupo de investigación del Instituto Karolinska de Suecia ha intentado calcular el coste mundial de la demencia en 2005 (Winblad y Jonsson, 2007; Jonsson y Winblad, 2006). Este coste asciende a 315 mil millones de dólares al año.

El descubrimiento de dichas tecnologías también ha colaborado al aumento de los niveles de concurrencia de algunas enfermedades como por ejemplo el estrés, la depresión, las demencias, la obesidad etc. Debido a esto los especialistas han tenido que enfrentarse a enfermedades nuevas o enfermedades que antes no eran tan comunes; tal es el caso de las demencias; no obstante los especialistas están comprometidos al diseño de nuevos proyectos o programas para trabajar mejor con este tipo de pacientes, ayudándolos a la reintegración de su entorno social mejorando la calidad de vida.

Las demencias son un problema que afecta a distintos integrantes de la población y cada día va en aumento; dicha enfermedad recae en los costes económicos del país; un informe publicado por Wortmann y Prince (2010) calculan los costes asociados con la enfermedad, los cuales alcanzaran los US \$600.000 millones y aseguran que se trata de la peor crisis de salud del siglo. Calculan además que esa carga económica continuará creciendo en la medida en que los afectados por la demencia se triplicarán de aquí a 2050.

Ese tipo de publicaciones son alarmantes debido a que, para comenzar a tratar a dichas personas se tiene que cambiar la forma de pensar de la población porque cuando los ancianos padecen alguna enfermedad degenerativa como las demencias, son marginados por su entorno social; son tachados como personas inútiles, agresivas, no confiables, intratables etc., estas creencias causan el descuido por parte de los familiares hacia los pacientes, así como el aislamiento social y familiar.

El objetivo de este trabajo es desarrollar un programa de intervención basado en la “Terapia de Reminiscencia” que puedan utilizar los psicólogos para tratar a enfermos con algún tipo de demencia, y en específico ancianos con Alzheimer. Esta práctica pretende mejorar la calidad de vida y la reinserción de estos ancianos a su entorno social de una forma saludable y estable; tomando como principal arma, la memoria de largo plazo del anciano así como su memoria emocional, episódica y procedimental .

ANTECEDENTES

Todos hablamos de la vejez, de cómo queremos llegar a ella o cómo ven que los demás llegan a ella, esto ha causado que tengan una idea equivocada de lo que es la vejez ya que muchos consideran que esta es la peor etapa de la vida o que a esta edad no se puede hacer nada, pero esto no es correcto en todos los casos.

Según Ardila (2003) envejecer implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. También se observan una serie de cambios cognoscitivos relacionados con la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención.

Estos cambios no siempre son motivo para dejar de hacer cosas que nos gusta o un obstáculo para hacer cosas nuevas o aprender más; al contrario en esta edad se debe estar en constante actividad para mejorar o mantener un redimiendo físico, emocional y cognitivo adecuado.

Ocasionalmente si no se tiene el cuidado adecuado desde las primeras etapas del desarrollo, es probable la aparición de enfermedades por ejemplo vasculares, las cuales van a aumentar la probabilidad de tener mayor deterioro físico y mental causando así algún tipo de demencia; es por esto que se recomienda tener hábitos saludables que aminoren la probabilidad de padecer cualquier enfermedad.

1.1 Que es la demencia

Todos tenemos una vaga idea de lo que es la demencia, por ejemplo lo mas general que nos pueden decir cuando hablamos de demencias es la pérdida de memoria, pero no es solo eso, existen varias características que contemplan su definición.

Las evidencias muestran que el término demencia posee una larga historia; deriva del latín de (ausencia de) + mens (mente) + ia (estado de); su significado literal sería un estado de privación o falta de la mente de uno mismo (Weiner y Lipton 2005).

El primer intento por definir esta enfermedad fue por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y solo se podía utilizar para clasificar la morbilidad y

mortalidad de las enfermedades con fines estadísticos y de registro hospitalario (Alberca y López, 2006). A partir de esto han surgido diferentes definiciones:

Síndrome caracterizado por pérdida de memoria, desorientación, pérdida de las funciones intelectuales y cambios de la personalidad sin existir enturbiamiento de la conciencia (Román, Alcántara, Morientes, Lorza, et. al., 2005).

Síndrome de etiología heterogénea, de mas de tres meses de evolución, caracterizado por el deterioro global de las funciones intelectuales, conductuales y emocionales, con conservación de la conciencia (Román, Alcántara, Morientes, Lorza, et. al., 2005).

Cummings y Benson explican la demencia como una deficiencia adquirida y persistente de la función intelectual. Que afecta al menos tres de los aspectos de la actividad mental (el lenguaje, la memoria, las habilidades visoespaciales, la personalidad y la cognición) (Hernández, Malagón y Rodríguez, 2006).

Para la CIE-10 es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que existe déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio (Lorenzo, 2008).

Aunque se está consciente de que los antecedentes de dicha enfermedad no están delimitados, es necesario tener una definición para poder avanzar en las investigaciones y llegar a un tratamiento. Según Pousa (2006) “la demencia se define como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que derivan en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones a nivel de conciencia”.

1.2 Historia de las demencias

En los últimos años cada vez más se oye el término demencia, esto no se debe a que sea una enfermedad nueva; pero si a que antes no se tenían los conocimientos adecuados para poder estudiarla. Desde hace muchos siglos se viene hablando de las

demencias en diferentes campos; por ejemplo en la literatura, el poeta Juvenal empleó el término demencia en referencia a la decrepitud mental de la vejez (Weiner y Lipton, 2005); se puede señalar que en esa época ya llamaba la atención e intentaban explicar estos síntomas.

La primera vez que se utilizó este término en un contexto médico fue en la enciclopedia de Celsus (siglo 1 a.C.) un siglo más tarde, Areteo de Capadocia habló ya de demencia senil (Lage, 2000).

Como este término era novedoso y todavía no se definían bien los límites para poder clasificar a la gente como demente, cualquier tipo de trastorno intelectual o de conducta anómala era motivo para que quedaran etiquetados como enfermos de demencia. Eso era un problema ya que al ser etiquetados así eran excluidos del entorno social causando la marginación de muchas personas que probablemente no estaban enfermas de demencia y consecuentemente obtuvieron un mal tratamiento y con ello la acentuación de la sintomatología.

Fue hasta el siglo VII en donde Pablo de Agenia distinguió la demencia como condición adquirida de la amnesia propia del retraso mental profundo congénito (Lage, 2000). Este término siguió evolucionando y dejó de verse como un retraso mental congénito, en el siglo XVII adquiere una connotación médica la raíz latina demens (Lage, 2000).

A partir de 1700 empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. Esto nos indica que fue en este año donde poco a poco se comenzaba a formar una base teórica hasta que en la enciclopedia francesa publicada en 1765, en donde la demencia es definida como una enfermedad que puede ser considerada como la parálisis del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar (Lage, 2000). Esta definición puede ser un problema ya que el término espíritu no es aceptado en la comunidad científica.

Fue hasta fines del siglo XVIII, donde los trastornos cognitivos ya habían sido claramente identificados, existía una excelente descripción semiológica de los

principales síntomas y signos de estos trastornos y se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, sin embargo no se diferenciaban aún como entidades autónomas, los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos.

Es así que, en 1771, Boissier de Sauvages, en su *Nosographie Méthodique*, menciona 12 tipos de imbecilidad, entre las cuales destaca la imbecilidad del anciano (“l’imbécilité du vieillard”), también denominada estado pueril, idiocia o locura senil.

Pero no fue hasta que Philippe Pinel, el reconocido nosólogo, de finales del siglo XVIII, usó por primera vez (1798) el término demencia para designar una de las cinco enfermedades mentales que conllevaban la abolición de la facultad del pensamiento (Lage, 2000). En esta definición se puede notar una clara definición científica y más objetiva.

Todavía en el siglo XIX Esquirol usaba el término demencia para describir los estados de pérdida de razonamiento; hasta que Bayle presentó en 1822 su trabajo clínico-patológico en el que demostraba que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva eran debidos a una aracnoiditis crónica (Rey, 1999).

Esto hizo cambiar el concepto de demencia; a partir de entonces se consideró que era el resultado de una enfermedad orgánica o lesión cerebral; así mismo el concepto de demencia había adquirido la connotación de un trastorno mental irreversible e inexorablemente progresivo.

Durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y en la segunda mitad del siglo XIX se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos (Lage, 2000). En este siglo se nota un cambio progresivo, comienzan a complementarse las teorías de varios especialistas aceptando los puntos correctos y rechazando las teorías erróneas.

Hacia 1900, estaba bien individualizada la demencia senil, la demencia arteriosclerótica y algunas formas de demencia subcortical, entre ellas la enfermedad que George Huntington describió en 1872 en Long Island.

Esquirol define las demencias como un estado de pérdida de la capacidad de razonar y diferencian las demencias agudas (Slachevsky y Oyarzo, 2008); ya que las demencias agudas equivalen a un estado confusional, mientras que las seniles son el resultado de la edad y consisten en una pérdida de la capacidad de entendimiento, las demencias crónicas son irreversibles y tienen múltiples causas, como manías, estados de melancolías accidentes vasculares, epilepsia etc.

Con todos estos tipos de demencia y otras enfermedades que también buscaban un reconocimiento fue normal que se dieran confusiones así que Esquirol, quien propició una aproximación meramente descriptiva de las demencias, sin discutir su etiopatogenia, oficializó la distinción entre demencia y retardo mental en donde se notaba dicha ambigüedad, veía a una persona con demencia como alguien que ha sido privada de su elocuencia, después de haber podido disfrutar de ella, mientras que una persona con retardo mental siempre ha sido pobre . Según Esquirol las demencias se caracterizan por alteración de la sensibilidad, juicio y voluntad, con afectación de la memoria reciente, atención razonamiento y capacidad de abstracción (Escario, Weiner y Lipton, 2005)

Princhard sugirió que la demencia podría ser primaria o secundaria a otros trastornos y describió la historia natural de la demencia en cuatro etapas

1. Pérdida de la memoria reciente con preservación de la memoria remota
2. Pérdida del razonamiento
3. Pérdida de la comprensión
4. Pérdida de la capacidad para mantener las funciones ejecutivas.

Durante el siglo XIX, además de identificar las demencias seniles y atribuirle un substrato neuropatológico, es decir, la presencia de lesiones en el sistema nervioso central, se proponen taxonomías de las enfermedades mentales. Morel, propuso diferenciar los trastornos mentales en seis categorías: hereditarias, tóxicas, asociadas con las neurosis, idiopáticas, simpáticas, y las demencias. Morel sugiere que las demencias son enfermedades neurodegenerativas en las que existe una pérdida

progresiva del cerebro. Para Morel, la disminución del peso del cerebro es un hecho constante en las demencias que está también presente en el envejecimiento y es una expresión de decadencia de la especie humana (López y Pousa, 1996).

El concepto actual de demencia se construyó a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX bajo un paradigma cognitivo: las demencias consistirían sólo en trastornos irreversibles de las funciones intelectuales. Este paradigma inhibió el estudio de los trastornos no cognitivos de las demencias y el estudio de la interface entre demencias y enfermedades psiquiátricas (López y Pousa, 1996).

Afortunadamente, en las dos últimas décadas se ha avanzado en la comprensión de los trastornos no cognitivos de las demencias, como en el caso de las demencias frontotemporales, que se presentan principalmente con trastornos de la conducta, y en comprender mejor las enfermedades que se sitúan en el límite entre la neurología y la psiquiatría.

1.3 Etiología

Las causas posibles de padecer cualquier tipo de demencia son muy variadas, depende del origen con el que se relacione la etiología médica en general (Peña, 2007).

El componente genético, en especial para las demencias de base degenerativa, ha cobrado importancia en los últimos años; destacándose mutaciones o ligamientos genéticos de diferentes enfermedades que cursan con demencia como manifestación principal (Peña. 2007).

Aunque se ha realizado una gran variedad de investigaciones sobre el tema, el inicio es insidioso y el curso progresivo, no existe un tratamiento eficaz y resta mucho por descubrir al respecto (Román, Alcantara, Morientes, et. al., 2007).

Alberca (2006) hace una clasificación de las demencias por causa que influye tres apartados:

- a) Demencias degenerativas Primarias: se desconoce el agente causal bien establecido, un curso progresivo y su identificación por criterios clínicos-

patológicos.

- b) Demencias Vasculares: Habla de lesiones encefálicas derivadas de la oclusión o rotura de los vasos que configuran el árbol arterial y venosos central.
- c) Demencias Secundarias: Se incluye un gran número de potenciales causas de demencia de etiología conocida y diversas, por lo general tratables y en, buena parte de ellas reversibles, en especial si su identificación es precoz.

En el siguiente cuadro se desarrolla la clasificación etiológica de las demencias, tomando en cuenta los apartados anteriores:

Enfermedades degenerativas	Enfermedad de Alzheimer
	Enfermedad de Parkinson
	Enfermedad de Pick
	Degeneración Talámica
Demencias Vasculares	Multi-infarto
	Enfermedad de Binswanmger
	Estado Lacunar
Demencias Infecciosas	Complejo demencia-SIDA
	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
	Neurolúes
	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
	Panencefalitis esclerosante subaguda
	Abscesos cerebrales

	Normotensiva
Hidrocefalias	Obstruccion
	Tumores cerebrales primarios
Neoplasias Intracraneales:	Metástasis cerebrales
	Meningitis neoplásica
	Encefalitis límbica
	Enfermedad de Wilson
Demencias Metabólicas	Porfirias
	Insuficiencia respiratoria crónica
	Hipoglucemia crónica
	Déficit de vitamina B12
Demencias Carenciales	Déficit de ácido nicotínico
	Déficit de ácido fólico
	Alcohol (Síndrome Wernicke-Korsakoff)
Demencias Toxicas	Metales
	Fármacos
Demencias Traumáticas	
Enfermedades Psiquiátricas	
Enfermedades Desmielinizantes	

1.4 Factores de riesgo

Todavía no se conoce específicamente las causas de los diferentes tipos de demencias, pero si podemos hablar de factores de riesgo; alguno de ellos son: la edad, sexo, raza, factores hereditarios, enfermedades previas, sustancias tóxicas y factores sociales (Lage, 2000). A continuación se presenta una breve explicación de cada factor de riesgo:

Edad: este es el factor de riesgo que más correlaciona significativamente con la demencia; ya que todos los estudios demuestran un incremento exponencial de la enfermedad con la edad, esto sucede más con la demencia vascular que con el Alzheimer.

Sexo: no existen diferencias significativas, aunque la demencia vascular predomina más en los hombres y la enfermedad de Alzheimer en las mujeres.

Raza: la mayor parte de los estudios étnicos señalan mayores tasas de demencia en sujetos de raza negra, tanto para la demencia vascular como en la enfermedad de Alzheimer.

Factores hereditarios: se ha observado que pacientes con Alzheimer tienen una correlación en la historia familiar con el síndrome de Down y enfermedad de Parkinson; la edad de la madre al momento de la concepción es mayor a los 40 años así como diversas enfermedades hematológicas.

Enfermedades previas: esto incluye el haber sufrido traumatismo craneales, hipotiroidismo o depresiones, esto sí es que hablamos de la enfermedad de Alzheimer. Mientras que para las demencias vasculares lo son el haber presentado accidentes cerebrovasculares, accidentes isquémicos transitorios, cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca.

Sustancias tóxicas: algunas sustancias tóxicas como el tabaco y la exposición al aluminio, son algunos factores de riesgo de las demencias.

Factores sociales: la clase social se ha mostrado factor de riesgo para la patología cerebrovascular pero no para la enfermedad de Alzheimer. Lo que sí se ha relacionado

con la demencia es el nivel educativo, observándose en estudios recientes que un bajo nivel educativo se asocia a la demencia tipo Alzheimer.

1.5 Características de las demencias

El término demencia no se refiere a una sola enfermedad, ya que es una etiqueta que engloba una serie de enfermedades crónicas que presentan síntomas básicamente similares: un declive progresivo de todas las funciones intelectuales.

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución (López y Pousa, 1996). La alteración debe ser lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales, sociales así como representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.

Generalmente es difícil precisar bien el momento del inicio, pero se aprecia un empeoramiento progresivo. Otras veces, el déficit se ha puesto de manifiesto de forma brusca tras el fallecimiento de un cónyuge o tras el ingreso en un hospital, en el que el paciente se ha desorientado o ha mostrado síntomas de tipo confusional.

Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material previamente aprendido (López y Pousa, 1996). En muchas ocasiones se tienen dificultades para interpretar los lapsos de memoria; ya que en ocasiones pueden ser indistinguibles del olvido causado por la depresión o ansiedad, o por que el individuo está sometido a un elevado grado de estrés.

El deterioro del lenguaje, afasia, puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos. En cuanto al lenguaje se debe evaluar su producción y comprensión. En referencia a la producción, el lenguaje se vuelve limitado, vago y vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia

indefinida como “cosa” y “ello” (López y Pousa, 1996).

La desintegración del lenguaje se manifiesta pronto en el sentido de que el lenguaje se transforma en un auxiliar de la acción perdiendo su valor de comunicación; es probable que las personas que presentan estos problemas, traten de ocultarlos con otras cosas o con otras palabras para que no se den cuenta y sean tachados como personas inútiles por miedo de aceptar que están enfermos.

Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia, es decir deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras; esto a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas (López y Pousa, 1996). Es posible que estas deficiencias sean confundidas por las personas por cambios atribuidos a la edad.

La desintegración de las apraxias hace referencia primero a las apraxias constructivas, que pueden ser bien estimadas mediante la reproducción de un cubo (López y Pousa, 1996), Después aparecen las dificultades de imitación de gestos y, por último, las alteraciones de las apraxias aleatorias, de forma que ya resulta imposible la reproducción de los gestos adecuados a la utilización de un objeto.

La naturaleza y el grado de deterioro varían, en ocasiones puede estar relacionada con las condiciones familiares y socioeconómicas del sujeto. La mayoría de los expertos destacan que en el curso clínico de la demencia, no todos los individuos se deterioran de la misma forma. En concreto, un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente.

Existen individuos que pueden ser capaces de realizar tareas básicas como vestirse e ir al servicio, incluso con deterioros extremos de la memoria y el razonamiento. Otros pacientes, cuyo pensamiento es mucho mejor, pueden necesitar cuidados de enfermería para estas actividades básicas de la vida diaria (Weiner y Lipton, 2005).

Para divisar un síndrome demencial se requiere la presencia de un deterioro adquirido (de etiología cerebral) de una o más funciones cognitivas y/o del

comportamiento que interfiera de manera significativa con las actividades de la vida diaria, es decir, se traduzca en una disminución de la autonomía o auto valencia del paciente (Weiner y Lipton, 2005).

1.6 Diagnóstico

Existen diferentes razones que explican las dificultades diagnósticas que se enfrentan los especialistas al tratar a un paciente de quien se sospecha con posible demencia; por tal motivo el diagnóstico de las demencias no es una tarea fácil, ya que no es fácil distinguir entre el envejecimiento normal y la presencia de un trastorno objetivo que explique el déficit de memoria; no siempre es fácil determinar si un determinado comportamiento es normal o debe ser catalogado como patológico.

Es común que el paciente minimice sus síntomas por lo tanto es necesario que interroguemos a un informante confiable para determinar la existencia de una disfunción cognitiva.

Es ineludible disponer de una manera adecuada, la evaluación de los trastornos cognitivos en las actividades de la vida diaria. En las etapas iniciales de las demencias se ven afectadas las actividades más complejas o instrumentales, tales como el manejo de las finanzas familiares o el uso de medios de transporte.

Los cambios conductuales y emocionales forman parte de las manifestaciones propias de las demencias y no son solamente derivadas de reacciones a la alteración cognitiva. Múltiples condiciones pueden interferir con la capacidad de un individuo para interactuar de manera adecuada con el ambiente. Omitir esas condiciones puede conducir a un diagnóstico errado de demencia por ejemplo, un individuo con una hipoacusia o una disminución de la agudeza visual no podrá interactuar bien con el medio y podría dar la impresión de sufrir un trastorno cognitivo (Weiner y Lipton, 2005).

El objetivo del diagnóstico se ha convertido en el reconocimiento precoz de las demencias y sus pródromos, con la esperanza de tratarlos antes de que acaben en demencia.

Por motivo del progreso en el reconocimiento precoz; se presentan tres

importantes cambios que se han hecho en el DSM-IV-TR con respecto a las versiones del DSM anteriores, que son importantes tomarlos en cuenta para un buen diagnóstico:

- Se habla de tipos de demencias
- Comprender que las enfermedades y trastornos que producen déficit cognitivo no está relacionado primariamente con la memoria, pueden deteriorar el desarrollo social y laboral; como en el caso de los trastornos frontotemporales.
- Comprender los síntomas

Los diagnósticos del DSM-IV-TR describen grupos de síntomas que alcanzan el umbral de malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

El diagnóstico por lo tanto, señala un nivel mínimo existente de disfunción o de incomodidad. Sin embargo una persona puede tener una demencia, pero no cumplir los criterios de demencia del DSM-IV-TR. Por tal motivo es fundamental realizar los diagnósticos mediante criterios estables y reproducibles que reflejen el impacto de las enfermedades sobre los individuos afectados.

Es importante señalar que los criterios propuestos por el DSM-IV-TR deben ser complementados con los del CIE-10. Mientras que el DSM-IV-TR no contempla la aplicación de pruebas neuropsicológicas a diferencia del CIE-10.

El DSM-IV-TR considera que se está frente a una demencia cuando se presenta:

- a) Deterioro de la memoria a corto y largo plazo
- b) Presencia de algún trastorno cognitivo (afasia, agnosia o alguna alteración en la función de ejecución)
- c) Deterioro de la actividad social y ocupacional subsecuente a los puntos 1 y 2
- d) Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
- e) Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes

de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

La definición de demencia en el Manual de la CIE-10, en cambio, establece que para diagnosticar una condición demencial deben existir pruebas de:

- 1) Deterioro de la memoria.
 - a) Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
 - b) Pérdida de contenidos amnésicos relativos a la familia o al pasado.
- 2) Deterioro del pensamiento del razonamiento.
 - a) Reducción del flujo de ideas.
 - b) Deterioro en el proceso de almacenar información.
 - c) Dificultad para presentar atención a más de un estímulo a la vez.
 - d) 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.

La ventaja de la propuesta de la CIE-10 es que coloca como obligatoria, la presencia de una disfunción ejecutiva, parámetro que debería definir realmente la condición demencial.

Son muchas ocasiones en las que coexisten varios trastornos que afectan a la función mental y estos trastornos pueden causar un falso diagnóstico, por ejemplo las personas con deterioro cognitivo, frecuentemente presentan delirium.

Las demencias pueden desarrollarse en el contexto de un trastorno psiquiátrico

preexistente, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Una distinción diagnóstica fundamental es la que debemos realizar entre el envejecimiento normal y el declinar cognitivo patológico precoz (Weiner y Lipton, 2005).

Siendo la demencia un síndrome clínico que aparece en muy diversas enfermedades, no puede considerarse en sí mismo un diagnóstico completo. Por razones prácticas, en muchos casos el problema diagnóstico se limita a afirmar o negar la existencia de demencia como categoría; pero a veces si es necesario saber de qué tipo de demencia estamos tratando, para eso la estandarización del diagnóstico de demencia es de gran trascendencia para los estudios de investigación clínica, epidemiológica y terapéutica.

Para eso en primer lugar se debe determinar si el deterioro cognitivo que una persona o su familia dice padecer existe o no; la recogida de una historia clínica veraz y detallada es crucial, como en otros tantos casos de patología neurológica. La conversación con el enfermo puede poner de manifiesto déficit en varias áreas de la función intelectual, tales como memoria, lenguaje, praxia, relaciones visoespaciales y enjuiciamiento (Weiner y Lipton, 2005).

La consulta general es también un excelente atalaya desde la cual observar signos indirectos que sugieren la presencia de estos déficit, como puede ser el olvido de las citas, el incumplimiento de los tratamientos, la repetición de consultas, el desaliño y descuido en el vestir, la falta de compostura de nueva aparición o el cambio en el carácter, que en muchas ocasiones aparecen como síntomas conductuales sobre los cognitivos o negligencia de éstos déficit (Alberca y López, 2006).

Hay algunos cuestionarios para poder determinar que tipo de daño presentan y poder evaluarlo de una forma fácil e inmediata. Este es el caso del Mini Mental State Examination es el instrumento más utilizado internacionalmente; evalúa varios dominios cognitivos; la mayoría de sus 30 puntos dependen de la orientación (10 puntos) y del lenguaje (8 puntos). Se considera anormal una puntuación de 23 o menos (Alberca y López, 2006).

Otro es el Test del Dibujo del Reloj (TDR) es una prueba de detección (screening)

sencilla, rápida y de fácil aplicación empleada tanto en la práctica clínica como en investigación para valorar el estado cognitivo del sujeto. Evalúa diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras (Alberca y López, 2006).

Algunas recomendaciones para la detección de deterioro cognitivo y demencia en las consultas, de forma general son:

- Asociar una prueba cognitiva aplicada al paciente y un cuestionario aplicado al informador.
- Siempre que participe un informador en la evaluación es conveniente verificar su fiabilidad y constatar la coherencia de las respuestas.
- Todos los instrumentos diagnósticos tienen una utilidad diagnóstica similar; es imprescindible utilizar las normas que más se adapten a las características del entorno donde se lleve a cabo la práctica clínica.

1.7 Clasificación

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente o los signos neurológicos que acompañan a la respuesta en la terapia (Lasprilla y Fernández, 2003). Desde el punto de vista práctico, diagnóstico, clínico y terapéutico, son útiles las clasificaciones clínico-anatómico, con base en esto, Joint y Shoulson (1980) las clasificaron según:

1) Localización:

- A. Las demencias corticales se caracterizan por alteraciones cognoscitivas. Los pacientes presentan modificaciones que afectan áreas de asociación que median el lenguaje, movimientos especializados y percepción, además presentan afasia, apraxia y agnosia (Lasprilla y Fernández, 2003). Debido a que en muchas demencias corticales la pérdida de tejido cerebral es gradual, no son evidentes los síndromes de afasia, agnosia y apraxia que se observan en alteraciones

vasculares.

B. Las demencias subcorticales son el resultado de disfunción en las partes del cerebro que están debajo de la corteza cerebral. Normalmente no están presentes la pérdida de memoria y las dificultades con el lenguaje que son tan características de las demencias corticales. Más bien, la gente que padece demencias sub-corticales, como la enfermedad de Huntington y el complejo de demencia de SIDA, tienden a mostrar cambios en la personalidad (como apatía) y en la capacidad de atención, y su forma de pensar se ralentiza (López y Pousa, 1996).

C. Las demencias axiales involucran las estructuras axiales del cerebro como la porción medial de los lóbulos temporales, hipocampo, fornix, cuerpos mamilares, y el hipotálamo. La característica más prominente de éstas es una alteración en la memoria reciente, lo que ocasiona que el aprendizaje de tareas nuevas sea prácticamente imposible; un ejemplo de esto sería el síndrome de Wernicke-Korsakoff (Lasprilla y Fernández, 2003).

2) La demencia mixta representa la segunda o tercera causa de demencia. No hay criterios diagnósticos, clínicos o patológicos que definan con claridad este concepto las clasificaciones internacionales DSM-IV-TR no la reconocen como tal; se le suele llamar enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebro-vascular asociada.

1.8 Tipos de demencia

1.8.1 Alzheimer

Fue estudiada por Alois Alzheimer, y más tarde por parte de médicos anónimos. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad (Alberca y López, 2006).

El Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores, es incurable y terminal, que aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad. Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras, que trabajaban en el mismo laboratorio (Alberca y López, 2006).

1.8.2 Demencia vascular

Una de las formas más comunes de demencia es la vascular; esta se define como una categoría etiológica de demencia causada por lesiones vasculares cerebrales, isquémicas o hemorrágicas, o de causa cardiovascular o circulatoria (Ardila, 2003).

Ocurre cuando el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se interrumpe. Esto puede deberse no sólo a patología cerebrovascular oclusiva, por trombosis o embolias, sino también a hemorragias y a lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas tras parada cardíaca o hipotensión arterial grave.

Hay una serie de condiciones que pueden causar o incrementar el daño en el sistema vascular. Entre ellas se incluyen: edad, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, ictus previo, colesterol elevado, diabetes y tabaquismo. Es importante que estos factores de riesgo cardiovascular sean reconocidos y tratados precozmente.

1.8.3 Demencias con cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy es una enfermedad degenerativa cerebral que se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo fluctuante, especialmente acusado en la atención y las funciones ejecutivas, el parkinsonismo y los rasgos psicóticos.

Un rasgo muy característico son las fluctuaciones acusadas del rendimiento cognitivo, de un día para otro o incluso en el mismo día, y los cuadros contusionales de origen desconocido.

En la demencia con cuerpos de Lewy son comunes, y generalmente precoces, los trastornos psicóticos como alucinaciones visuales y delirios paranoides, atribuibles a alteraciones en las conexiones dopaminérgicas de la sustancia negra con el núcleo central de la amígdala.

Las alucinaciones son uno de los rasgos clínicos con más valor diagnóstico en la demencia con cuerpos de Lewy, son generalmente visuales, estructuradas y muy intensas, y raramente auditivas u olfatorias. El paciente suele admitir su irrealidad y puede habituarse a ella (Alberca y López, 2006).

1.8.4 Enfermedad de Pick

La enfermedad de Pick es una demencia cortical poco frecuente pero bien delimitada. Se caracteriza por la atrofia lobular, que afecta principalmente a los lóbulos frontales y temporales, predominando uno sobre otro y de forma simétrica. También se observa una importante pérdida neuronal y gliosis reactiva, así como dos lesiones patognomónicas: cuerpos de Pick y neuronas abaldonadas (Román, Alcántara, Morientes, Lorza, et. al., 2005).

Se caracteriza por iniciarse con una serie de cambios continuos del comportamiento, así como de la personalidad. La evolución de la enfermedad pasa por un deterioro en las habilidades sociales, de la inteligencia, de la memoria, al igual que del lenguaje. El paciente puede manifestar una verdadera depresión o bien una pseudodepresión en la que falta la pérdida de apetito, el llanto y la tristeza (Román, Alcántara, Morientes, Lorza, et. al., 2005).

1.9 Tratamiento

1.9.1 Tratamiento farmacológico

En 1993, la Food and Drug Administration aprobó en Estados Unidos, la tetrahidroaminoacridina (tacrina) utilizada para mejorar los síntomas cognitivos; es el primer fármaco específico para la enfermedad de Alzheimer. Desde entonces se han

aprobado 4 fármacos más: donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina; los tres primeros inhibidores de la acetilcolinesterasa; la cual causa la disminución de la transmisión del impulso nervioso (Román, Alcántara, Morientes, Lorza, et. al., 2005).

- a) Los inhibidores de la acetilcolinesterasa: Producen un aumento en la concentración y en la duración de los efectos del neurotransmisor. Aumentan la cantidad de acetilcolina disponible para los receptores colinérgicos en las sinapsis neuronales al impedir su hidrólisis mediante la inhibición de la enzima acetilcolinesterasa.
- b) Tacrina: Es un inhibidor de la colinesterasa utilizada para mejorar los síntomas cognitivos (memoria, atención, razonamiento, capacidad para llevar a cabo tareas sencillas) asociados a la enfermedad de Alzheimer. Fue el primer fármaco reconocido para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, la mejoría de los síntomas observada con tacrina es similar a la del resto de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa que se han aprobado posteriormente, pero con mayor frecuencia y gravedad de efectos secundarios y con mayor dificultad cumplimiento, ya que su vida media es muy corta y debe administrarse cada 6 horas.
- c) Donepezilo: Mejora las funciones mentales (como la memoria, atención, interacción social, razonamiento y habilidades idiomáticas, y la capacidad para realizar las actividades diarias o el diario vivir) al incrementar la cantidad de ciertas sustancias que naturalmente se producen en el cerebro. El donepezilo puede mejorar la capacidad de pensar y recordar, o retrasar la pérdida de las referidas capacidades en personas que tienen la enfermedad de Alzheimer. Es una piperidina que inhibe selectivamente y de modo reversible la acetilcolinesterasa. Tiene una vida media plasmática elevada, por lo que debe administrarse una sola vez al día, preferentemente por la noche. Las dosis efectivas son de 5 a 10 mg al día. Siendo más eficaz a mayor dosis.
- d) Rivastigmina: aumenta los niveles del neurotransmisor acetilcolina en diversas regiones cerebrales. Puede ser beneficioso en los déficits cognitivos en la enfermedad de Alzheimer en el que el sistema colinérgico está mediando y para

el tratamiento de la demencia ligada a la enfermedad de Parkinson. Es un inhibidor seudoirreversible de la acetilcolinesterasa, siendo relativamente selectivo para la acetilcolinesterasa en el sistema nervioso central. También inhibe la butirilcolinesterasa a nivel periférico; esta acción dual la diferencia de otros fármacos del grupo, aunque no queda clara la repercusión clínica que ello conlleva.

- e) Galantamina: En pacientes con demencia tipo Alzheimer se puede conseguir un aumento de la actividad del sistema colinérgico asociada a una mejora de la función cognitiva. Es un fármaco inhibidor competitivo y reversible de la acetilcolinesterasa con poca acción sobre la butirilcolinesterasa. Además es un modulador alostérico de los receptores Ach nicotínicos, causando que éste pueda aumentar la transmisión colinérgica y, en consecuencia, mejorar los síntomas cognitivos.

1.9.2 Tratamiento no farmacológico

Los objetivos generales del tratamiento no farmacológicos son los siguientes:

- Retrasar el deterioro
- Recuperar funciones pérdidas o mantener las conservadas
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos
- Conservar las actividades de la vida diaria
- Aumentar la calidad de vida

La American Psychiatric Association (APA) ha clasificado en cuatro grupos los diferentes tipos de intervención psicosocial (Alberca y López, 2006):

1. Terapias de enfoque emocional: son terapias como la reminiscencia, que estimula la memoria y el estado de ánimo del paciente en el contexto de su historia de vida; se ha asociado a modestos beneficios en memoria, conducta y cognición.
2. Terapias de aproximación conductual: estos tratamientos tratan de identificar las

causas y consecuencias de conductas problemáticas, para planificar cambios en el entorno que minimicen estas conductas

3. Terapia de estimulación: son tratamientos que incluyen actividades o terapias recreativas así como terapias artísticas.
4. Terapias de enfoque cognitivo: incluye la terapia de orientación a la realidad o la psicoestimulación cognitiva. Estos tratamientos conducirán a mejoras transitorias en varios dominios.

La mejor intervención será la que compagine ambos tratamientos a fin de que la mejoría clínica que aportan los nuevos fármacos, limitada en el tiempo y la intensidad, se vea incrementada cuando el enfermo se encuentre en un medio estimulante, activador y socializante, donde se administren dichas terapias. Las terapias blandas responden a los tipos de intervención enmarcados en los modelos denominados psicosociales en el tratamiento de las personas con deterioro cognitivo y de la conducta. Estos son los modelos psicosociales los cuales tienen una serie de características comunes que facilitan su agrupación si bien se diferencian de otras por sus rasgos peculiares (Alberca y López, 2006). Se pueden resumir entre las características comunes a todos ellos:

- Tener un enfoque individual de las estrategias terapéuticas, esto es, dirigido a cada una de las personas
- Poner especial énfasis en la validación del enfermo, atendiendo y potenciando su autoestima, maximizando sus capacidades residuales y minimizando el déficit.
- Tomar un enfoque multidimensional de los problemas conductuales, como síntomas que pueden ser expresados emocionales o somáticamente, o como resultado de factores ambientales o internos del paciente.

Algunas de las técnicas no farmacológicas más empleadas son:

- Reminiscencia
- Terapia de validación

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

El cuidador debe también tener especial cuidado en informarse y formarse en el conocimiento de la enfermedad y en la toma de decisiones difíciles; comprobar mediante las señales de alerta el grado de afectación que le genera el cuidado de su familiar; solicitar ayuda a familiares y amigos, así como también planificar el futuro y distribuir en el seno familiar las tareas relacionadas con el cuidado del paciente.

Otro tipo de terapia que sirve en el apoyo del tratamiento no farmacológico es la Terapia de Reminiscencia; esta terapia es una técnica de intervención cognitiva que ha sido aplicada en pacientes con demencia. Puede realizarse estimulando a partir de un objeto antiguo, mediante grupos de conversación sobre un centro de interés, con representaciones teatrales etc. (Azpiazu y Cuevas, 2007), este tipo de terapia se revisará con más detalle ya que se aplicará en la presente práctica.

1.10 Terapia de Reminiscencia

Las tres alteraciones cognitivas más frecuentes son: delirio, demencia y depresión. La diferencia entre estas tres alteraciones es difícil de determinar, pero es esencial para poder seleccionar las intervenciones adecuadas, ya que las intervenciones son específicas para cada deficiencia cognitiva. La utilización de técnicas como la orientación temporo-espacial, la terapia de validación y la reminiscencia dependen del tipo de deficiencia cognitiva (Potter, 2006).

La reminiscencia ofrece una continuidad manifiesta entre pasado y presente, controla aspectos como sus logros y acontecimientos felices; así mismo ofrece la posibilidad de ser una fuente de sabiduría vital hacia otros o una evaluación de su trayectoria en el mundo, a valorar el curso y el sentido de la vida, interactuando para dar a conocer esos momentos de la vida.

Esta terapia ha sido utilizada ya que los antecedentes nos indican que se ha comprobado en diversos estudios; que el recuerdo sobre acontecimientos en los años medios de la vida está más empobrecido que el recuerdo sobre la infancia, adolescencia y primera etapa de la vida adulta. Sardinero (2009) es quien se ha evocado a la aplicación de dicha terapia, de acuerdo con él la reminiscencia es una aproximación terapéutica apropiada para las fases leves y moderadas de las enfermedades neurodegenerativas y para el caso de personas aquejadas de deterioro cognitivo leve o con problemas de memoria asociadas al envejecimiento normal.

No se conoce mucho de la historia de esta terapia, lo único que podemos decir es que la reminiscencia deriva de la teoría del desarrollo ericksoniana y se ha desarrollado específicamente para adultos ancianos con diferentes características no exclusivamente con demencia; por tal motivo es común que cada autor tenga una forma diferente de llevarla a cabo, pero sin perder su naturaleza teórica (Bartels, 2005).

Se ha demostrado, no solo con la reminiscencia, sino también con otras técnicas que como la historia de vida o el relato autobiográfico, cada persona guarda un torrente de vivencias que pueden ser rescatadas por medio de objetos, grabaciones, fotografías, melodías, música, videos, imágenes, dibujos, texturas, lugares, olores etc. Existe un aliciente o facilitador, un - evocador - que haga recuperar dentro de la amplia gama de recuerdos uno en concreto, a consecuencia se puede iniciar una conversación, contar una historia qué ocurrió en determinado año, afirmar cómo vivió el sujeto aquel suceso, qué consecuencias tuvo, cómo fue esa época así como vincular sensaciones y emociones correlativas a estos acontecimientos vividos.

La terapia de reminiscencia puede realizarse individualmente o en grupos de pacientes que tienen aproximadamente la misma edad. En esta terapia los principales objetivos que se pretenden alcanzar son potenciar la memoria episódica autobiográfica y la memoria semántica. Pretende también que se rememoren los sucesos personales y hechos históricos con toda la claridad que sea posible, experimentando las emociones vinculadas a esos recuerdos.

Según Sardinero (2009) La estructura general de la Reminiscencia requiere dos

pasos:

- 1) El primero consiste en hacer una recopilación del material tomando en cuenta que deben ser cosas de épocas pasadas y que lo hayan utilizado los participantes como por ejemplo: una fotografía o el relato de un suceso histórico, vinculados con su propia experiencia o con los acontecimientos experimentados por su generación, historias escritas por él, cartas, aparatos, ropa de su época etc. Cuando se tiene este material se le va a enseñar al paciente cosa por cosa y tratando de hacer una exploración sobre el conocimiento de dicho material.
- 2) Se espera que el participante evoque una serie de recuerdos asociados y que haga comentarios personales sobre cada objeto.

Dado que el objetivo de esta terapia es la integración del paciente al entorno social, al fortalecer y trabajar con su memoria episódica y semántica, se debe de tener cuidado de los temas que se tratan ya que esta terapia no se trata de realizar juicios de valor sobre el significado de las experiencias ni de realizar una “revisión de vida” psicoterapéutica.

Por tal motivo se debe tener un programa bien estructurado que tome en cuenta los propósitos que se pretenden lograr con esta terapia, así como las limitaciones que se pueden encontrar en el camino, para que así evitemos errores que pueden causar el mal uso de la reminiscencia.

Los materiales que se pueden utilizar son:

a) Caja de recuerdos. En ella se recopilan objetos personales de un paciente individual o bien materiales que resulten comunes a un grupo de pacientes de una misma generación. Pueden incluir:

- 1 Fotografías personales y fotografías antiguas no personales
- 2 Música de la época de los pacientes
- 3 Ropas de épocas pasadas.

- 4 Documentación pasada como carnés, documentos de afiliación a grupos y entidades, cuaderno de notas académicas
- 5 Diarios, cartas y anotaciones personales
- 6 Videos documentales de épocas pretéritas
- 7 Objetos antiguos de pacientes, como relojes, joyería o juguetes

b) Libro autobiográfico: este material es complementado con la ayuda del terapeuta y de un familiar informante. Consiste en desarrollar un libro estructurado que recoja los datos más importantes de la biografía de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Permite anexar fotografías que acompañen al texto y hacer comentarios de los acontecimientos personales.

c) Datos soció-históricos y culturales. Este material requiere de un mayor desarrollo por parte del terapeuta. Consiste en recopilar sistemáticamente información sobre los sucesos históricos, sociales y culturales más importantes de la generación del paciente. Una vez seleccionados, se le leen uno a uno en distintas sesiones para que comente su vivencia y opinión del acontecimiento.

En algunos casos la reminiscencia se convierte en un mantenimiento de la intimidad o una forma de rescatar viejos episodios (positivos o negativos) que abstraigan una lección o una enseñanza, relegar confianza en los demás. Como un mecanismo para evitar el aburrimiento y mantener a los participantes alejados de las preocupaciones diarias y fortalecer una ayuda cooperativa con el establecimiento de nuevas amistades (Bartels, 2005).

En algunos casos particulares, hay que considerar indicación y uso de esta intervención con aquellas personas que hayan tenido una vida difícil o hayan pasado por situaciones traumáticas y de especial dolor, por lo cual en la retrospectiva de pasado puede aguardarles malos momentos y el olvido de estas experiencias es mucho mas viable que extraer un nuevo elemento negativo que repercuta considerablemente en su estado anímico actual.

Finalmente ha demostrado que la repercusión de la reminiscencia es positiva, impulsa las relaciones interpersonales y la comunicación dentro de los grupos. Aumenta la sensación de bienestar y permite al paciente manifestar la sabiduría acumulada con la experiencia (Sardinero, 2009).

CAPITULO II

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2.1 Propósitos Fundamentales

- La reintegración del paciente a su entorno social
- Fortalecer la memoria a largo plazo, episódica, procedimental y emocional
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Estimular los recuerdos del paciente para que sirvan de guía en su vida diaria
- Recuperar información almacenada y utilizarla como herramienta en su interacción social
- Brindar una herramienta a los cuidadores primarios

2.2 Población destinataria

El programa de Terapia de Reminiscencia estuvo dirigido a dos pacientes que asisten al Centro diurno Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” diagnosticados con Demencia tipo Alzheimer.

Los requisitos de inclusión para llevar a cabo la intervención fueron los siguientes:

- Pacientes de entre 40 a 75 años de edad
- Asistir a la Fundación por lo menos 3 veces a la semana.
- Pacientes que padecen demencia tipo Alzheimer en etapa inicial

- Pacientes de ambos géneros

2. 3 Espacio de trabajo

El programa se aplicará en La Fundación Alzheimer “Alguien con quién contar”; es un centro de día que atiende a pacientes con demencia, especialmente Alzheimer. El horario es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs.

La Fundación esta compuesta por la planta baja y primer piso. En la planta baja se encuentra la puerta de entrada principal, de lado izquierdo se encuentra el área administrativa en donde esta trabajo social, la secretaria y directora; en esta área se da el primer encuentro con los pacientes y los familiares.

De lado derecho se encuentra la enfermería donde se le realiza un examen físico diario a los pacientes en donde se les toma signos vitales y presión.

En esta área se encuentra una segunda puerta la cual es de seguridad; cruzando dicha puerta de lado derecho se encuentra un baño con dos sanitarios, el comedor y la cocina, el comedor consta de cuatro mesas para poder acomodar a los pacientes dependiendo sus necesidades. En este comedor se les da un refrigerio por la mañana y una comida (tomando en cuenta que pueden comer y que no).

Después se encuentra el área de terapia física en donde hay aparatos de electroterapia y aparatos utilizados para aliviar problemas de contracturas o movilidad.

En el área central se encuentra una mesa y sillas en donde realizan talleres de rehabilitación física, cognitiva y de socialización; también se encuentra una rampa de forma circular para acceder al primer piso.

En el primer piso se encuentra un área para talleres de estimulación psicomotriz en donde se realizan actividades de: canto, manualidades, reeducación de actividades básicas de la vida diaria, orientación a la realidad, calendario festivo, etc. Esta área cuenta con dos mesas en donde caben aproximadamente 10 pacientes, algunos muebles con materiales para manualidades como papel, pegamento, confeti, colores, libros etc. Al fondo se encuentra un área de peluquería y estética para promover la limpieza y buena presentación.

De lado derecho se encuentra el gimnasio; el cual cuenta con una caminadora,

poleas, dos bicicletas fijas, programas de reeducación de la marcha usando una escalera de fisioterapia y una cama de fisioterapia.

De lado izquierdo se encuentran dos baños, la oficina del psicólogo; el cual es el encargado de la difusión, evaluaciones psicológicas y la enseñanza de los alumnos que visitan la fundación. Así mismo se encuentra el salón de usos múltiples; en donde se imparten clases a los alumnos que llegan de diferentes escuelas y especialidades.

El salón de usos múltiples cuenta con un pizarrón para dar clase, sillas para los alumnos, dos computadoras, un proyector y un cañón.

2. 4 Fases por las que discurrirá el procedimiento

Primera fase. Se seleccionaron los participantes antes de iniciar la terapia; a los familiares de los participantes seleccionados, se les contactó por medio de un escrito (anexo 1) para dar su consentimiento y colaborar en los puntos establecidos en el escrito.

Se programó una cita (individual) con los familiares que aceptaron la invitación al programa, en dicha cita se trató con los familiares los objetivos, dudas, la necesidad de obtener apoyo por parte de ellos para la facilitar los materiales que se utilizaron (fotografías, música favorita de los pacientes, documentación, diarios, cartas, objetos del paciente, etc.) de igual forma se aplicó una entrevista (anexo 2) referente a la vida del paciente para el libro autobiográfico.

Segunda fase. Se realizó una recopilación del material por parte de la practicante, antes de aplicar la Terapia de Reminiscencia

Tercera fase. En esta fase se aplicó la prueba de Neuropsi (Evaluación Neuropsicológica breve en Español) a los pacientes.

Cuarta fase. Se aplicó la Terapia de Reminiscencia que constó de siete sesiones; cada sesión se aplicó tres veces a la semana individualmente.

Quinta fase. En esta fase se aplicó de nuevo la prueba de Neuropsi (Evaluación Neuropsicológica breve en Español).

La aplicación de la Terapia de Reminiscencia se ilustra en el siguiente diagrama de Gant.

DIAGRAMA DE GANTT

Actividad	Junio				Julio				Agosto		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Entrevista semi-estructurada con el cuidador primario del participante y aplicación del Pre-Test											
Revisión de ropa antigua											
Revisión de fotos del participante y sus familiares											
Revisión de objetos de épocas pasadas											
Revisión de música favorita del participante											
Revisión de documentos personales del participante											
Revisión de video documentales de la historia del mundo											
Revisión del libro biográfico											
Post-Test											

CARTAS DESCRIPTIVAS

Primera sesión

Objetivo: Que el participante identifique la ropa que recuerda y estimular el recuerdo de otra ropa.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	Caja de recuerdos:	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre prendas de vestir de épocas pasadas	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarla) donde se le pregunto qué ropa le gustaba usar. Se le dio las siguientes instrucciones: “mire aquí tengo una caja con alguna ropa que tal vez usted reconozca”; inmediatamente se procedió a sacar una prenda de la caja y se le mostró al paciente. 	Ropa antigua característica de la época de adolescencia o juventud del paciente (anexo 3).	5 minutos
Mostrar el material de la sesión mientras se le hacen preguntas sobre la prenda.	<ul style="list-style-type: none"> Se le preguntó por cada prenda: “¿sí me podría indicar en donde y como se pone?, ¿alguna vez usted utilizó una prenda parecida?, ¿qué recuerdo le trae dicha prenda?” Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente no reconocía la prenda se le hacía algunos comentarios referentes a la prenda. 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole si le gustó la ropa que se le mostro. Se le fue preguntando el nombre de la prenda conforme se iba regresando cada prenda a la caja de recuerdos y si no recordaba el nombre, la practicante se lo repetía. 		10 minutos

Segunda sesión

Objetivo: Que el participante identifique los familiares que recuerda y estimular el recuerdo de otros familiares que no tiene tan presentes

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	Caja de recuerdos: Fotografías de los familiares del participante, en donde la participante también aparezca o no y fotos donde este solo ella	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre sus familiares	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlo) donde se le pregunto datos de sus familiares como “si tenía hijos y como se llaman, si era casada y como se llama su esposo” Se le dio las siguientes instrucciones: “mire aquí tengo una caja con algunas fotos de sus familiares”; inmediatamente se procedió a sacar una foto de la caja y se le mostró al participante. 		5 minutos
Mostrar las fotografías de sus familiares mientras se le hacen preguntas sobre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Se le preguntó por cada foto: ¿Reconoce a las personas o a la persona de la foto?, ¿sabe cuál es su nombre o sus nombres?, ¿tiene algún parentesco con alguno de ellos, cuál? Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente no reconocía a algún familiar se le hacía algunos comentarios referentes al familiar. 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todas las fotos se inició el cierre de sesión. Se le fue preguntando el nombre y parentesco de las personas de cada foto, conforme se iba regresando cada foto a la caja de recuerdos y si no recordaba el nombre o parentesco, la practicante se lo repetía. 		10 minutos

Tercera sesión

Objetivo: Que el participante identifique los objetos o fotos de objetos y estimular el recuerdo de otros objetos

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	<p>Caja de recuerdos:</p> <p>Objetos y fotografías de objetos que utilizó el participante en épocas pasadas (anexo 4).</p>	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre los objetos	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlos) donde se le pregunto qué objetos utilizaba más a menudo y para que 		5 minutos
Mostrar objetos mientras se le hacen preguntas sobre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Se le dio las siguientes instrucciones: “mire aquí tengo una caja con algunos objetos que tal vez usted reconozca”; inmediatamente se procedió a sacar un objeto de la caja y se le mostró al participante. 		
Mostrar objetos mientras se le hacen preguntas sobre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Se le preguntó por cada objeto: ¿sí me podría indicar en donde vio el objeto y su nombre?, ¿alguna vez usted utilizó un objeto parecido?, ¿qué recuerdo le trae dicho objeto? 		40 minutos
Mostrar objetos mientras se le hacen preguntas sobre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. 		
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Si el paciente no reconocía el objeto se le hacía algunos comentarios referentes a él 		
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole si le gustó los objetos que se le mostró. Se le fue preguntando el nombre de los objetos conforme se iban regresando a la caja de recuerdos y si no recordaba el nombre, la practicante se lo repetía. 		10 minutos

Cuarta sesión

Objetivo: Que el participante identifique la música que se le presentó y estimular recuerdos que conlleven dicha música.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	Caja de recuerdos: Pistas de canciones que escuchaba el participante en épocas pasadas.	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre las canciones	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlo) donde se le pregunto “si le gusta la música y que clase de música escucha” 	Memoria extraíble USB Laptop	5 minutos
Escuchar canciones mientras se le hacen preguntas sobre ellas	<ul style="list-style-type: none"> Se le dio las siguiente indicación: “le pondré algunas canciones que tal vez usted reconozca”; inmediatamente se procedió a poner un fragmento de cada canción. Se le preguntó por cada fragmento de canción: ¿sí me podría indicar en donde escucho esa música, sabe cómo se llama la canción o quien la canta?, ¿alguna vez usted puso esa canción?, ¿qué recuerdo le trae dicha canción? Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente no reconocía el fragmento de la canción se le hacía algunos cometarios referentes a él 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole si le gustó la canción que escucho. Se le fue preguntando el nombre de cada canción conforme se iban se iba quitando la música y si no recordaba el nombre, la practicante se lo repetía. 		10 minutos

Quinta sesión

Objetivo: Que el participante identifique sus documentos personales.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	Caja de recuerdos: Documentos del participante como carnets, acta de nacimiento, credencial de elector, afiliación algún grupo, cartas, diarios, anotaciones.	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre sus documentos personales	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlos) donde se le pregunto qué documentos personales utilizaba más a menudo y para que Se le dio las siguientes instrucciones: “mire aquí tengo una caja con algunos documentos que tal vez usted reconozca”; inmediatamente se procedió a sacar un documento de la caja y se le mostró al participante. 		5 minutos
Mostrar sus documentos personales mientras se le hacen preguntas sobre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Se le preguntó por cada documento: ¿sí me podría indicar que documento es este y para qué sirve?, ¿me podría decir de quienes son estos documentos?, ¿qué recuerdo le trae dicho documento? Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente no reconocía el documento se le hacía algunos comentarios referentes a él 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole como se sintió; se le fue preguntando el nombre de los documentos conforme se iban regresando a la caja de recuerdos y si no recordaba el nombre, la practicante se lo repetía. 		10 minutos

Sexta sesión

Objetivo: Que el participante identifique eventos históricos y estimular el recuerdo de como afecto su vida.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	<p>Caja de recuerdos:</p> <p>Videos documentales sobre datos socio-históricos y culturales.</p>	5 minutos
Verificar su reconocimiento sobre videos documentales de datos socio-históricos y culturales que vivió el participante	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlo) donde se le pregunto qué eventos importantes de la historia de México o del mundo recuerda. 	Una laptop con DVD	5 minutos
Mostrar el material de la sesión mientras se le hacen preguntas sobre la influencia de los eventos históricos en su vida.	<ul style="list-style-type: none"> Se le dio la siguiente indicación: “le pondré algunos videos de eventos históricos que tal vez usted vivió de cerca o le afectaron”; inmediatamente se procedió a poner un video. Se le preguntó por cada video: ¿sí me podría indicar si alguna vez escucho sobre ese acontecimiento?, ¿recuerda haber vivido dicho evento? ¿qué recuerdo le trae dicho evento? Si el paciente llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente no reconocía el evento del video, se le hacía algunos comentarios referentes al evento. 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole si le gustaron los videos que vimos. Se le fue preguntando sobre que era cada evento conforme se iban quitando cada video y si no recordaba el evento, la practicante se lo repetía 		10 minutos

Séptima sesión

Objetivo: Que el participante recuerde datos importantes de su vida

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACIÓN
Establecer rapport	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayudó al participante a que se sentará enfrente de la practicante; inmediatamente se estableció rapport preguntándole “como ha estado, que agradable está el día” etc. 	Caja de recuerdos:	5 minutos
Verificar su conocimiento sobre datos de si mismo	<ul style="list-style-type: none"> Se inició una plática enfocada al material de la sesión de ese día (sin mostrarlos) donde se le hicieron preguntas básicas personales como “¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, ¿tiene hijos?, ¿está casada(o)?” 	Documentos del participante como carnets, acta de nacimiento, credencial de elector, afiliación algún grupo, cartas, diarios, anotaciones.	5 minutos
Realizar una entrevista abierta sobre datos importante de su vida	<ul style="list-style-type: none"> Se le dijo lo siguiente: he estado buscando información sobre su vida ya que usted es una persona muy interesante para mí y me gustaría aprender de usted; inmediatamente se procedió a sacar el libro biográfico. Se le preguntó algunos eventos importantes que se recabaron en la entrevista con los familiares (anexo 2); algunas preguntas fueron: ¿sí me podría decir el nombre de sus padres?, ¿me podría decir el nombre de sus hijos?, ¿qué recuerdo tiene sobre ellos? Si el participante llegaba a evocar algún recuerdo se anotaba dicha evocación. Si el paciente decía que no sabía la información se le decía “el otro día usted me comento que.... Y se le daba la respuesta”. 		40 minutos
Cierre de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se terminó de mostrar todo el material se inició el cierre de sesión preguntándole como se sintió y se le dijo lo siguiente “le are un pequeño resumen de lo que me acaba de decir y quisiera que me repita algunas cosas para que quede todo claro”. 		10 minutos

NOTA: El cierre de la intervención se hará con los familiares de cada paciente, para hacer la entrega de los materiales: la caja de recuerdos y el libro autobiográfico. Asimismo se les dará las gracias por el apoyo que brindaron para la realización de este programa

2.6 Materiales

Se hizo una búsqueda por parte de la practicante del material, enfocado en épocas pasadas de la vida que tenía cada participante antes de padecer Alzheimer. En el caso de materiales que no se pudieron encontrar porque eran demasiado antiguos se utilizaron fotos. En el siguiente listado se presenta el material de la Terapia de Reminiscencia

➤ Libro biográfico

- Cuaderno o engargolado de hojas
- Fotografías del participante y fotografías de los familiares en eventos importantes
- Entrevista previa con un familiar

➤ Caja de recuerdos

- Ropa de épocas pasadas como blusa, camión, falda, vestido, guantes, suéter, reboso, pañuelo, guantes, zapatos, etc.
- Fotografías de ropa y objetos de épocas pasadas como llave, disco, televisión, radio, cubiertos, plancha, metate, molcajete, candelero, etc.
- Música preferida del el participante como clásica, boleros, danzón, etc.
- Joyería de épocas pasadas como prendedores, aretes, etc.
- Videos cortos de eventos relevantes de la historia del mundo y que afectó la vida de los participantes. Como la matanza de 1968, el temblor de 1985, la primera visita del Papa Juan Pablo II, etc.
- Documentos personales de los participantes como afiliación a algún partido político, credencial de elector, etc.
- Lap-top

2.7 Estrategia de Evaluación

Descripción General

Nombre: Test Neuropsi- Batería Neuropsicológica breve en Español

Autor: Ostrosky, Ardila y Rosselli

Edad de aplicación: 16 a 85 años

Formas de aplicación: Individual

Área que evalúa:

- Orientación
- Atención y concentración
- Lenguaje
- Memoria
- funciones ejecutivas
- lectura
- escritura
- cálculo

Fecha de elaboración: 1999

Tiempo de aplicación: Población sin alteraciones cognitivas la duración es de 20 a 25 minutos y en población con trastornos cognitivos es de 35 a 40 minutos.

Materiales para la aplicación:

- ❖ Lápiz
- ❖ Hojas blancas
- ❖ Protocolo de registro
- ❖ Protocolo de aplicación

❖ Conjunto de láminas anexas que incluye la prueba

La administración de esta prueba toma aproximadamente 25 o 30 minutos y se obtienen 27 puntajes de 9 subpruebas. El puntaje máximo total es 130. La interpretación de los resultados del NEUROPSI son: normal alto, normal, moderado y severo.

Esta batería incluye procedimientos estandarizados tanto de administración como de la calificación de las subpruebas. Cada una de éstas incluye ítems que son relevantes para los individuos de habla hispana y pueden ser aplicadas a personas analfabetas y de baja escolaridad. En las subpruebas de lenguaje se incluyen dibujos que previamente fueron estandarizados en población hispanohablante de acuerdo a su imaginación y frecuencia (alta media y baja frecuencia).

Los dominios cognoscitivos que abarca el NEUROPSI son:

- Orientación
- Atención y concentración
- Lenguaje
- Memoria de evocación
- Memoria de codificación
- Funciones ejecutivas conceptuales
- Funciones ejecutivas motoras
- Lectura
- Escritura

Cada una de estas áreas y su evaluación incluye varias subpruebas que cubren distintos aspectos de ese dominio cognitivo en particular. De este modo, la valoración de la memoria comprende el recuerdo inmediato y demorado de información de tipo

verbal y visual no verbal. La evocación se evalúa a través del recuerdo libre y por dos tipos de claves (agrupación semántica y reconocimiento). La evaluación del lenguaje abarca la valoración de varios parámetros importantes tales como la denominación, repetición, comprensión y fluidez. La evaluación de la atención abarca el nivel de alerta, capacidad de retención, eficiencia de la vigilancia, concentración y atención selectiva. Las funciones ejecutivas incluyen la solución de problemas (abstracción y categorización) y tareas de programación motora. Potencialmente, el NEUROPSI proporciona datos relacionados con distintos síndromes neuroanatómicos

La confiabilidad test-retest es de 0.89 para el puntaje total. La confiabilidad para las subpruebas va de 0.89 a 1.0. Los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.93 a 1.0 y los índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada son de 83.63% y 82.07% (Ostrosky-Solís et al., 1999).

2.8 Resultados

A continuación se presenta un análisis de los resultados de la entrevista, pre-test y pos-test obtenidos en el Neuropsi, de cada participante.

Participante 1

Datos obtenidos en la entrevista semiestructurada que se aplicó el 6 de junio 2012 por la practicante a un familiar de la participante. En este caso fue a su hija con la que vive actualmente.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Femenino

Edad: 75 años.

Fecha de nacimiento: 10 Abril 1937.

Lugar de nacimiento: Cuauhtémoc D.F.

Escolaridad: Primero de preparatoria.

Estado civil: Casada.

Ocupación: Realizó diferentes trabajos desde los 8 años de edad; el trabajo más importante fue el de obrera en una fábrica de mosaicos donde trabajo desde los 18 años a los 23 años y de ahí en adelante se dedicó al hogar.

Diagnóstico: fue diagnosticada desde hace un año como demencia tipo Alzheimer etapa inicial.

Tiempo asistiendo a la fundación: 5 meses.

Padecimiento actual

Comenzaron a darse cuenta del problema cuando las personas y familiares que mantenían contacto con la participante, observaban olvidos constantes pero no les

dieron importancia, hasta que su hija se jubiló y se involucró más con ella y se dio cuenta de que efectivamente ya sus olvidos eran recurrentes.

Algunas complicaciones que han observado sus familiares y que reporta su hija es que se le olvida los nombres de sus nietos y bisnietos, confunde su ropa con la de sus hijas y también se le olvida donde están los objetos que utiliza con normalidad como algunos utensilios de la cocina. A sus amigos de hace 30 años si los reconoce, aun no olvida sus nombres y los recuerda muy bien; así mismo recuerda el nombre de su mascota, la cual solo tiene dos años con ella.

El familiar entrevistado reporta que ellos como familiares califican como leve el padecimiento de la participante ya que casi no necesita ayuda solo cuando ella lo pide.

Historia familiar

La hija entrevistada reporta que la participante vivió con sus padres hasta los 23 años, pero mantuvo relación con ellos hasta el día de sus muertes.

Su padre murió a los 80 años; la participante siempre vio a su padre como un hombre rígido, por tal motivo la relación que tenían no era estrecha, pero cuando la participante ya estaba casada su relación mejoro y le tenía mucho aprecio.

Su madre murió a los 69 años; reporta que la participante describe a su madre como una persona ejemplar y fuerte. Los valores inculcados por su madre eran el respeto, amor y solidaridad. Siempre se llevó bien con ella, ya que era su confidente. La participante es la menor de 5 hijos con los cuales mantiene contacto actualmente.

La participante desde los 8 años tuvo que trabajar ya que su familia era de escasos recursos, el familiar comenta que la participante para ayudar con los gastos de su casa lavaba platos desde que asistía a la primaria; pero se daba tiempo para jugar, solía hacerlo en el patio con la tierra y con carbón ya que no contaba con juguetes.

Reporta que a la participante siempre se le dificultó el estudio por tal motivo decidió abandonarlo cuando entró a la preparatoria.

Cuando dejó sus estudios se dedicó a trabajar para ayudar a sus padres; en ese mismo momento encontró gusto por el baile y por asistir a marchas donde demandaban recursos para la comunidad hasta que se casó; en esa etapa tenía una amiga llamada Azalea pero falleció cuando ambas tenían 40 años; desde ahí nunca tuvo otra amiga cercana.

Cuando tenía la edad de 16 años aproximadamente salía de paseo con su mamá y cuando tenía 20 años salía con un grupo de amigos y amigas al cine y a bailar, a esa misma edad comenzó a beber; el familiar reporta que aunque le gusta consumir alcohol eso nunca interfirió en su vida ni fue un problema.

Se casó a los 23 años, actualmente tiene 52 años de casada. Un evento importante en su vida matrimonial es que estuvo llena de conflictos entre ella y su esposo, existieron maltratos por parte de su esposo que incluían violencia física y emocional. Tuvo 5 hijos; 4 hijas y un hijo con los cuales mantiene contacto.

A la participante le gustaba leer (periódico y revistas) en especial una revista llamada confidencias, el familiar reporta que últimamente ya no lo hace porque se le complica ver las letras. Uno de sus pasatiempos actuales es visitar a sus familiares y salir a caminar. Su color favorito es el blanco, su comida favorita son los huevos estrellados y las películas favoritas que veía eran mexicanas del cine de oro.

Historia de salud

El familiar entrevistado reporta que el padre de la participante falleció de cáncer de colon, su madre falleció por complicaciones asociadas a la diabetes. Actualmente la participante sufre de atención, hipertensión y reumatismo.

Condiciones familiares actuales de la participante

Actualmente la participante vive en casa propia con su esposo de 73 años, jubilado, 3 hijas una de 51 años, 47 años y 44 años y una nieta de 9 años. Los

familiares utilizan 6 horas diarias para atender a la participante, parte del tiempo se utiliza para realizar ejercicios para ubicarla en el tiempo.

En un día de su vida diaria, lo primero que la participante realiza al despertar es asearse sola, se cambia de ropa, participa en preparación del desayuno pero siempre con alguien cerca que la cuida, los alimentos del desayuno consisten en huevos revueltos o recalentado del día anterior; en la comida participa en la preparación de guisados, lavando la verdura, moviéndole a las ollas de guisados pero de misma forma que en el desayuno alguien la cuida a distancia porque si no se molesta. Sale con su esposo a dar pequeños paseos o a caminar al parque después de los alimentos o van de visita con algún familiar, de regreso toma sus medicamentos (con supervisión) y se va a dormir.

Los fines de semana, realizan por lo regular las mismas actividades, principalmente sale con su esposo de visita con algún familiar o recibe visita principalmente de sus hijos y nietos.

El familiar reporta que se sienten preocupados y buscan la manera de poder ayudarla; algunas cosas que han hecho es tratar de ajustarse en cuanto a tiempos presenciales para con ella y poner más atención en su cuidado. Su esposo suele ser de carácter fuerte, pero está haciendo el esfuerzo por entender la situación de su esposa y poder ayudarla; actualmente la participante no recibe maltratos de parte de su esposo.

Resultados del Pre-test y Post-test del participante 1

En la gráfica 1 se hace una comparación de las puntuaciones del participante 1 que obtuvo en el NEUROPSI el cual se aplicó en el pre-test y pos-test; en el pre-test se observa que su nivel de orientación espacial es normal, por lo que se puede decir que es capaz de reconocer el lugar en donde se encuentra, aunque le cuesta identificar el tiempo como la fecha del día ya que su nivel de orientación en tiempo es moderado. Su nivel en orientación personal está por debajo de lo normal ubicándose en severo por lo que no sabe su edad.

La participante se encuentra en nivel normal en atención y concentración de dígitos, por lo que se puede deducir que mantiene atención en otra persona y concentración en evocar de nuevo los números antes mencionados en un periodo de tiempo corto, sin embargo cuando se trata de hacer operaciones básicas (restas) no completa la tarea ya que se localiza en un nivel moderado.

En lenguaje por denominación su nivel fue normal, es decir puede extraer palabras de su jerga dialéctica por medio de estímulos visuales como el caso de fotografías de objetos, pero sí no se le presentan dichos estímulos no logra evocar el nombre de objetos antes vistos. Su memoria de evocación por categorías se encuentra en un nivel normal; por lo que es capaz de clasificar las palabras por campos semánticos para lograr su reconocimiento; sin embargo en lectura su nivel se encontró por debajo de lo normal ubicándose en severo. Cuando se aplicó la subprueba de dictado su nivel fue normal así como en copiado, de tal manera que es capaz de escribir oraciones dictadas o copiarlas. En sus funciones ejecutivas motoras se encuentra en nivel normal por lo cual todavía puede moverse sin la ayuda de terceros.

Por otra parte se encuentra por debajo de lo normal ubicándose en severo en detección visual ya que se le complica mantener su atención en un estímulo específico dentro de varios estímulos parecidos, esto puede ocasionar que confunda objetos parecidos como por ejemplo la ropa la cual confunde su ropa con la de su hija; en evocación por repetición su nivel se encuentra por debajo de lo normal

ubicándola en severo esto limita el entender mensajes largos emitidos por terceros, en lenguaje de comprensión su nivel fue severo lo que limita que siga indicaciones o que entienda lo que otra persona le está leyendo.

Las subpruebas que evalúan las funciones ejecutivas como secuenciación obtuvo un nivel de severo pero en las otras subpruebas de esta categoría que son semejanzas y calculo obtuvo un nivel normal con lo cual se puede decir que a la participante se le dificulta solucionar algunos problemas, tomar decisiones que implican ver detalles abstractos y utilizar un análisis profundo, pero cuando son detalles fáciles y que mantiene contacto con ello es más fácil que llegue a una solución.

Por ultimo en la subprueba de evocación de la figura semicompleja de Rey la participante 1 obtuvo un nivel de moderado lo que implica inicios de complicaciones en planeación, memoria visual, organización y en su capacidad visoconstructiva.

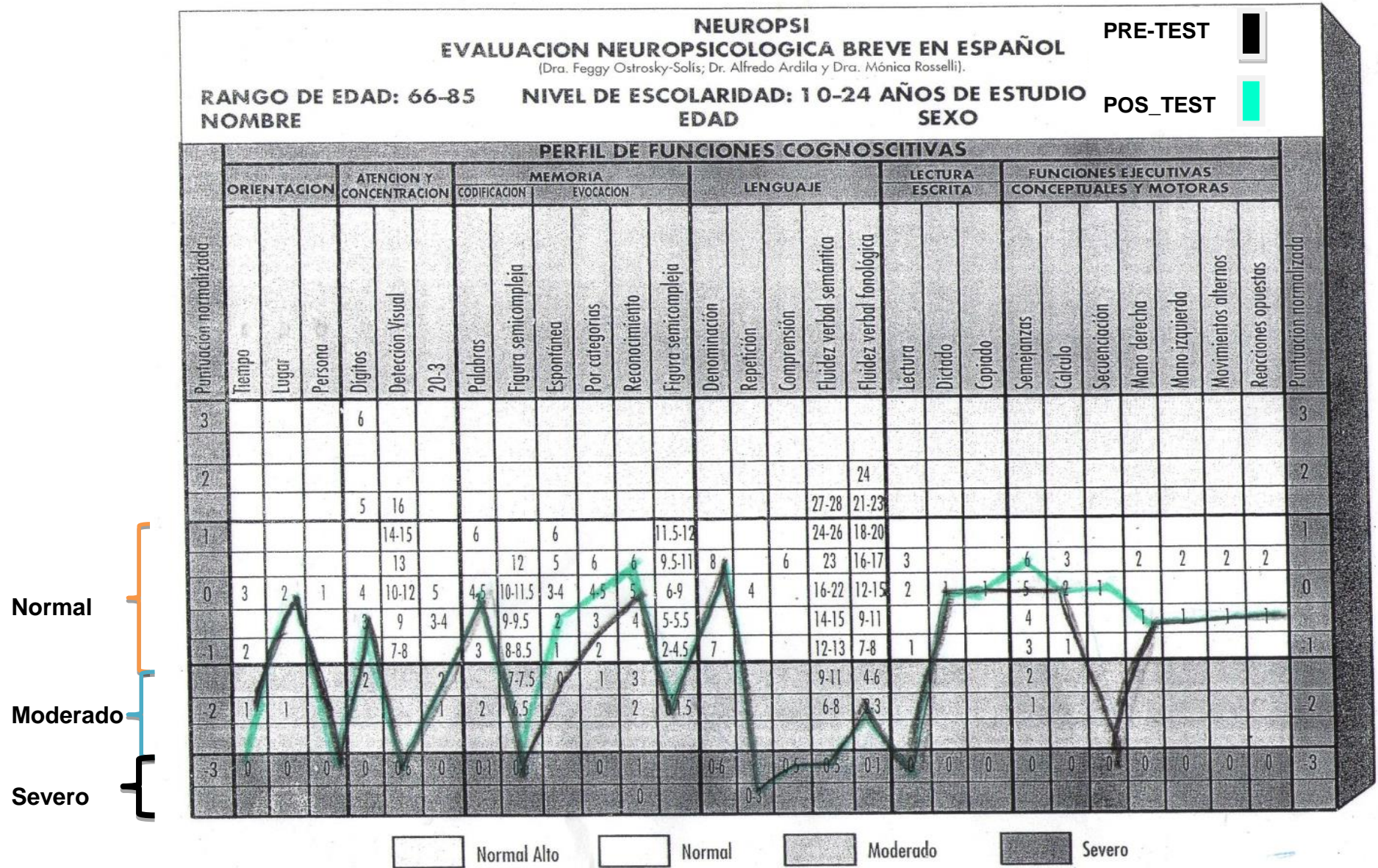
Comparando el pre-test y el pos-test se puede señalar que la participante ya no es capaz de orientarse en tiempo ya que su nivel se encuentra por debajo de lo normal ubicándose como severo, lo que ocasiona que no sepa en qué fecha se encuentra, en cuanto su orientación en lugar y persona se mantuvieron las puntuaciones.

En el pos-test se mantuvieron las puntuaciones de atención y concentración de dígitos, figura semicompleja, evocación de la figura semicompleja, comprensión de lenguaje, fluidez verbal semántica, fluidez verbal fonológica, lectura, dictado, copiado, cálculo y funciones ejecutivas motoras.

Sin embargo se observa una mejoría en su memoria espontanea obteniendo un nivel de normal, así como en categorías y por reconocimiento lo que nos dice que es capaz de recordar información dada en un periodo corto de tiempo, ya sea sin pistas o dándole pistas o utilizando herramientas como clasificación. Así mismo se observa una mejoría en funciones ejecutivas conceptuales por semejanzas y secuenciación aunque el nivel que obtuvo es el mismo, con esto podemos decir que mejoro su

habilidad de identificar las características y compararlas con otros objetos así como identificar dichas características y anticiparse a un problema.

Comparación del Pre-test y Post-test participante 1 (gráfica 1)



Clínicamente se observó que durante las sesiones los estímulos presentados en la terapia causaban algunos recuerdos.

En las primeras tres sesiones el estímulo era ropa y aunque la ropa no era del participante pero si de su época, la participante mencionó que cuando ella era pequeña no contaban con los recursos necesarios para comprar ropa, por tal motivo siempre anda sucia, descalza y con ropa vieja, comenta que la mayoría de su ropa se la regalaban en la iglesia o sino iban personas con mayores recursos a regalarles ropa. La participante comenta que había un señor el cual le tenía mucho aprecio porque pasaba en una camioneta y por la ventana les aventaba dinero, comenta que como ella era pequeña no agarraba ninguna moneda y el señor la llamaba y le daba una moneda porque se había dado cuenta que no alcanzo nada.

Otras sesiones constituían el mostrarle fotos de sus familiares, aquí se notó que se le dificulto recordar a sus nietos y bisnietos, pero recordaba fácilmente a sus hijos, a su esposo y a un yerno en especial. La participante mencionó que durante su matrimonio no fue muy feliz ya que su esposo era celoso y a veces la maltrataba, pero que ahora que sus hijos crecieron él se porta mejor, cuando vio la foto de una de sus hijas mencionó que ella era enfermera y que ella siempre quiso tener una enfermera como hija y que su sueño se cumplió. La participante menciona que quiere a sus yernos y nuera pero en especial quiere más a un yerno ya que él era muy rebelde y sus padres no le llamaban la atención pero que ella lo adopto como su hijo y que ahora es una buena persona.

También se contemplaron sesiones donde se le mostraban objetos que ella hubiera utilizado; ahí la participante mencionó que casi no contaba con cosas propias cuando vivía con sus padres ya que como tenían escasos recursos se compartían todo entre sus hermanas. Menciona que eso influyo en que dejara la escuela ya que necesitaba trabajar más para poder comprar sus cosas. Cuando a la participante se le mostró un candelabro la participante mencionó que cuando era chica en su casa no había luz y que usaban velas.

En las sesiones de reconocimiento de música la participante recordó una canción en especial, mencionó que cada vez que escucha esa canción se siente triste, ya que esa canción se la dedico un ex novio a ella y que lo recuerda mucho porque él era bueno con ella. Menciona que todas esas canciones las escuchaba cuando se escapaba de la escuela a bailar. Así mismo menciona que la música es lo que más le gusta.

En las sesiones donde se le mostro algunos eventos socio-históricos, la participante mencionó que ella no se interesaba mucho por lo que ocurría en ese momento, pero ahora que ya paso todo piensa que cuánto daño puede hacer la humanidad. Hubo dos eventos donde ella recordó más cosas de su vida uno fue cuando el Papa Juan Pablo II visito por primera vez el país, ella menciona que ella participo en el arreglo de las calles, las barrían y recogían la basura. Otro evento importante para ella fue el terremoto de 1985 menciona que ella participo en las marchas para que les dieran una casa ya que la suya se derrumbó pero que no murió nadie de su familia.

Al inicio de las sesiones la participante no mostraba ningún reconocimiento hacia la practicante, pero conforme avanzaban las sesiones cuando me dirigía hacia ella, ella decía tenemos que ir para arriba verdad (arriba era donde se impartían las sesiones), después de que fueron las sesiones de música la participante me decía “pon música”. Cuando llegábamos al salón donde se impartió la practica la participante mencionaba que recordaba ya haber estado ahí que no recordaba que día pero que ella ya había estado ahí; cabe mencionar que ella solo iba a ese salón cuando se le aplicaba la Terapia de Reminiscencia. Después de la tercera sesión, cuando me acercaba a la participante ella preguntaba “¿qué hoy no vamos a platicar?”.

Participante 2

Datos obtenidos en la entrevista semiestructurada que aplicó el 14 de junio 2012 por la practicante a un familiar de la participante. En este caso fue a su esposo.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Femenino

Edad: 74 años.

Fecha de nacimiento: 21 septiembre 1936.

Estado civil: Casada.

Lugar de nacimiento: Monterrey

Ocupación actual o última: Ama de casa.

Escolaridad: Licenciatura en Química y Logoterapia y desarrollo

Diagnóstico: Alzheimer etapa inicial

Tiempo de diagnóstico: 1 año

Tiempo asistiendo a la fundación: 3 meses.

Padecimiento actual del participante

Los familiares de la participante han notado que le cuesta reconocer a sus nietos, y suele confundir a sus hijas, se le dificulta acomodar su ropa y la revuelve pero es consciente de eso ya que trata de ocultarlo, a veces no recuerda lo que estaba haciendo anteriormente dejando cosas inconclusas, así mismo se le complica mencionar las palabras que va a decir, pero por otro lado ella es capaz de cuidar su aseo personal, identificar bien las personas con las que vive, las cuales son su esposo, su chofer y su sirvienta. Los familiares de la participante consideran que el

nivel del problema es intermedio ya que todavía es capaz de hacer por ella sola varias actividades.

Historia familiar

Su esposo reporta que ella vivió con sus padres hasta los 21 años porque se casó; pero mantuvo relación con ellos hasta el día de sus muertes.

Su padre murió a los 63 años él era empleado en la Oficina de Ferrocarril, su relación siempre fue buena. La participante siempre describió a su padre como una persona cariñosa, hogareña, amante de la música, agradable y no regañón.

Su madre murió a la edad de 101 años, se dedicaba al hogar, la relación con su madre era muy buena. La participante la describe como alegre, le tiene mucho respeto y admiración. La participante es la menor de tres hijos. Pero actualmente no mantiene relación con ninguno de ellos.

Su esposo reporta que cuando la participante era niña jugaba con muñecas, salía ir de paseo con sus padres pero más con su madre ya que su padre trabajaba mucho, solían ir al mar o a la montaña. La participante asistió a una escuela para mujeres de la primaria hasta la preparatoria. La Universidad a la que asistió la participante era mixta pero mantenían separados a hombres y mujeres.

Los principales valores inculcados por sus padres fueron la religión, el trabajo, la igualdad y la solidaridad; esos mismos valores son los que actualmente practica y los ha enseñado a sus hijos.

Su esposo mencionó que conoció a la participante en la Universidad, y a los 21 años se casaron; actualmente tiene 52 años de casada. Es su primer y único matrimonio. Su esposo comenta que tienen 5 hijos dos hombres uno de 51 años y otro de 50 años y tres hijas una de 48 años, 46 años y 41 años, con los cuales mantiene contacto; así mismo mantiene contacto con tres amigas desde la secundaria.

Su esposo menciona que la participante nunca trabajo pero le gustaba estar ocupada por tal motivo asistió a varios cursos; desde que se casaron asistía con regularidad a conciertos de ópera. Su esposo menciona que la participante es muy hogareña ya que siempre estuvo pendiente de las necesidades de sus hijos y esposo.

Antes del padecimiento ella era más alegre, cuidadosa y le gustaba cultivarse, y aunque mantiene esas características no son en la misma intensidad; los familiares han notado que aunque siempre fue dependiente actualmente por la enfermedad lo es más.

Su color favorito es el azul, su comida favorita son los postres, su película favorita se llama "lo que el viento se llevó" sus mayores intereses eran la lectura, la ópera, música clásica y viajar. Siempre trataba de cultivarse tomaba algunos cursos. Cuando ya estaba casada llevaba a sus hijos de paseo al mar.

Condiciones familiares actuales de la participante

Actualmente la participante vive con su esposo (jubilado), su sirvienta y su chofer los cuales son como parte de su familia. Lo primero que hace la participante al levantarse es bañarse, se arregla y desayuna sin ayuda; el desayuno lo prepara su sirvienta. El chofer la lleva a la fundación y como a las 5 va a recogerla. El familiar reporta que cuando regresa en la tarde intenta arreglar sus cosas, como su ropa y sus accesorios pero no lo concluye ya que revuelve las prendas, después sale de su cuarto a merendar y se duerme.

Los fines de semana hace lo mismo pero en lugar de ir a la fundación va a un rancho en Valle de Bravo; ahí escucha música por lo normal clásica y camina.

Actualmente los familiares utilizan 8 horas diarias para los cuidados de su participante. Los familiares observa que cada día se le olvidan más las cosas eh intenta aparentar que no pasa nada y trata de ocultarlo tapándolo con mascadas lo que no concluye o lo que ella considera que hizo mal.

Resultados de pre-test y Pos-test del participante 2

En la gráfica 2 se muestran las puntuaciones del participante 2 que obtuvo en el NEUROPSI el cual se aplicó como pre-test y pos-test; en el pre-test se observó que en orientación en tiempo y espacial su nivel es moderado, lo que le permite saber qué fecha es e identificar el lugar en donde se encuentra; en orientación en persona su nivel es normal, lo cual nos dice que la participante sabe su nombre y características como su edad.

En atención y concentración de dígitos su nivel es normal, es decir que es capaz de mantener atención y recuperar información que se le dio recientemente y por un tiempo limitado; sin embargo cuando tiene que hacer cálculos como restas presenta deficiencias por lo que se encontró por debajo de lo normal ubicándola en severo, por tal motivo se le dificulta utilizar cantidades que implican mayor atención y realizar operaciones.

La participante se encuentra por debajo de lo normal ubicándose en severo en detección visual con lo que podemos decir que se le complica identificar detalles específicos antes vistos y puede confundirlos con estímulos parecidos; sin embargo en memoria de evocación por categorías y reconocimiento su nivel fue normal por lo cual logra evocar palabras con ayuda como reconocerla dentro de un grupo de palabras o agrupándolas en categorías.

En denominación su nivel fue normal es decir la participante puede repetir el nombre de objetos si es que los está viendo, lo que le facilita acceder a su léxico, en repetición se encuentra por debajo de lo normal ubicándola en severo; lo que indica que cuando son oraciones largas no entiende y por tal motivo es posible que se le dificulte atender conversaciones largas. En comprensión su nivel fue normal, es decir que es capaz de seguir instrucciones.

En fluidez verbal semántica y fonológica se encuentra por debajo de lo normal ubicándose en severo lo cual señala que a la participante se le dificulta extraer el vocabulario cuando se siente bajo presión así mismo refleja inicios de anomia.

En dictado su nivel fue normal lo que indica que puede mantener la atención y codificar información dada en un periodo corto de tiempo a diferencia de cuando se le pide que copie algún texto ya que ubica por debajo de lo normal con un nivel severo, esto podría darse por su falta de retención.

En funciones ejecutivas conceptuales por semejanzas su nivel es normal lo que indica que es capaz de identificar las características de ciertos objetos y relacionarlos con otros ya sea por su utilidad o por su parecido físico; lo cual nos habla de mantener capacidad de organización; pero cuando tiene que realizar funciones ejecutivas más complicadas como cálculos, se le dificulta ya que esto habla más de una planeación, atención y discriminación por tal motivo se encuentra por debajo de lo normal ubicándola en severo.

Por ultimo en las subpruebas de movimientos de mano izquierda, derecha y alternos que son parte de las funciones ejecutivas motoras, su nivel es normal lo que indica que puede mover sus dos manos ya sea movimientos de una sola mano o movimientos alternos; sin embargo se le dificulta realizar reacciones opuestas al mismo tiempo.

Por ultimo en la subprueba de evocación de la figura semicompleja de Rey la participante 2 obtuvo un nivel de moderado lo que implica inicios de complicaciones en planeación, memoria visual, organización y en su capacidad visoconstructiva.

Comparando en el pre-test y el pos-test podemos señalar que la participante 2 obtuvo cambios en sus funciones cognitivas pero en otras tantas las puntuaciones se mantuvieron.

La participante ya no es capaz de orientarse en tiempo es decir no sabe en qué año esta o en qué momento ocurrieron ciertos eventos ya que su nivel es severo, pero todavía mantiene la capacidad de orientarse en lugar y en persona donde obtuvo un nivel normal. Se puede observar que mejoro en su capacidad de atención con un nivel de normal en concentración en dígitos sin embargo no hubo mejoría en detección visual ni en cálculos como restas.

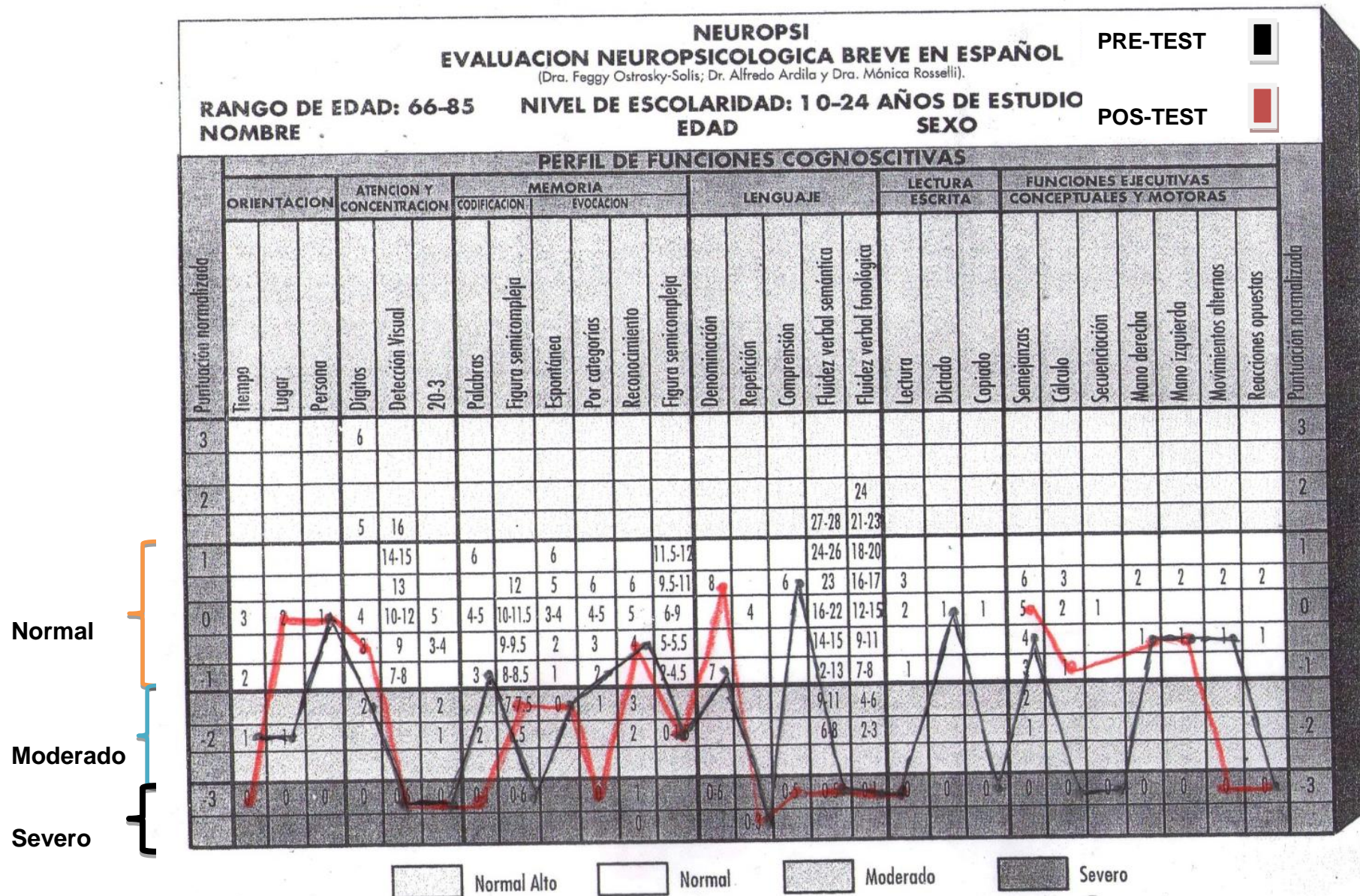
La participante no fue capaz de codificar palabras por categorías lo cual sí hacía en el pre-test donde se encontró por debajo de lo normal ubicándola en severo; esto le impide recuperar información a corto plazo. Mantuvo un nivel de normal en reconocimiento.

Aumentó su puntuación en denominación aunque el nivel sigue siendo el mismo (normal), lo que nos dice que es capaz de acceder a su memoria de largo plazo y evocar el nombre de objetos mostrados por fotos. Sin embargo comparando el pre y pos-test podemos observar que disminuyó su nivel de repetir y comprender las indicaciones o instrucciones que se le da; así mismo se le dificulta acceder a su memoria de largo plazo y evocar lenguaje semántico y fonológico ya que se ubicó por debajo de lo normal obteniendo una puntuación de severo.

En el pos-test la participante se rehusó a cumplir con las actividades de dictado y copiado, alegando que le dolían las manos y no podía escribir y en la actividad de copiado mencionó que sus lentes estaban mal y no podía ver, esto nos dice que la participante evita enfrentarse a actividades que le cuesta realizar.

Se observa en el pos-test mejoría en semejanzas aunque el nivel es el mismo, evitó realizar la actividad de secuenciación y en la subprueba de cálculo su nivel fue normal lo que nos indica una leve mejoría. En las funciones ejecutivas motoras de mano izquierda y derecha se mantuvo sin embargo su puntuación disminuyó en movimientos alternos y reacciones opuestas.

Pre-test y Post-test participante 2 (gráfica 2)



Clínicamente se observó que durante las sesiones los estímulos presentados en la terapia causaban algunos recuerdos.

Las primeras tres sesiones el estímulo presentado era ropa; ahí la participante mencionó que ella tenía unos vestidos muy bonitos, que su mamá le compraba muchos vestidos. Menciona que su mamá le enseñó hacer su ropa con unos moldes que tenía. Menciona que ella imitaba la forma en cómo se vestía su mamá ya que ella siempre se veía bonita.

En las sesiones donde se le mostro las fotos de sus familiares, se le complico mucho identificar a toda su familia, a los que más recordaba fueron a su sirvienta, su chofer, a su esposo y a una hija; esto se puede deber a que casi no mantiene contacto con sus demás familiares.

En las sesiones también se contempló mostrarle objetos, ella mencionó que tenía una maquina donde su mamá le enseñó a coser, mencionó que tenía un piano en su casa y que su mamá tocaba el piano. Menciona que cuando su mamá se iba de viaje le traía algún recuerdo a ella y a sus amigas; en esa misma sesión la participante mencionó que ella cree que sus amigas querían más a su madre que a ella. En las sesiones en donde se le puso música ella estaba muy feliz y mencionó que sus padres tocaban el piano y que ella tomaba clases de piano en su escuela y ofrecía conciertos en su escuela. Menciona que ella asistía mucho a los conciertos en Bellas Artes cuando estaba soltera y cuando se casó también asistía a los conciertos pero ahora con su esposo.

Las últimas sesiones se enfocaron en eventos socio-historicos donde se le mostró videos de algunos eventos importantes, menciona que para ella fue muy impactante la llegada del Papa Juan Pablo II al país; probablemente por esa razón en todas las sesiones que vio ese video la participante lloraba, mencionaba qu lloraba de alegría.

Durante todo este proceso la participante se mostró cooperativa, en ocasiones cuando no estábamos en ninguna actividad ella me veía y comentaba “no sé por qué

pero me caes bien”. Cuando le pedía que subiéramos ella mencionaba “si me gusta ir contigo porque tú me enseñas, no recuerdo que pero tú me enseñas cosas”; de estos comentarios se puede diferir que la participante mantenía atención, interés y que se generó un recuerdo en la memoria emocional pero que cuando se dejó de aplicar y paso mucho tiempo; ese recuerdo desaparece por la enfermedad y la falta de estimulación.

2.9 Discusión

En los resultados obtenidos en la participante 1 se observa que la Terapia de Reminiscencia obtuvo mayor repercusión en la memoria de evocación espontánea esto concuerda con lo que menciona Arango, Fernández y Ardila (2003) que estas tareas implican la etapa más simple de atención, ya que están asociadas con el responder a las cosas de nuestro ambiente o con las cuales estuvimos en contacto; así mismo esto concuerda con lo que menciona Jodar, Barroso, Brun, et al. (2006), que la memoria semántica se mantiene preservada a menos de que padezca epilepsia, también la memoria inmediata y la memoria remota aunque esta última los recuerdos no serán específicos y la información no será concreta.

Tanto en el participante 1 como el participante 2 se observó una mejoría en sus funciones ejecutivas conceptuales por semejanzas; dichas subescalas incluyen su capacidad de planear, secuenciar y organizar información; como menciona Weiner y Lipton (2012) estas son habilidades cognitivas complejas; ya que para que se lleven a cabo dichos procesos se incluyen habilidades como anticipación, selección de una meta, planear y organizar la conducta. Así mismo menciona Salazar (2010) que la memoria autobiográfica contiene un vasto rango de información personal y experiencia personal pasada; y la reminiscencia consiste en estimular narrativas del sí mismo por medio de la selección de contenidos personalmente significativos y organízalos temporal o temáticamente.

Si tomamos en cuenta que las participantes conservan su capacidad de organizar y planear su conducta, podemos señalar que los participantes son capaces de llevar conductas socialmente aceptables y todavía pueden manejarse como personas independientes, esto concuerda con Arango, Fernández y Ardila (2003) que mencionan que los pacientes con Alzheimer no muestran alteraciones graves en las funciones ejecutivas en las primeras etapas. Es importante resaltar que la Terapia de Reminiscencia promueve la sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales confirmando un sentido de identidad, valía personal, coherencia y continuidad (Salazar, 2010) lo cual se logró con las participantes.

Sin embargo los participantes 1 y 2 disminuyeron su nivel en orientación en tiempo, esto coincide con lo que menciona Acosta, Brusco, Fuentes et al (2006); que los pacientes con demencia tipo Alzheimer tienen mayor deterioro en la orientación en tiempo y aunque vean el calendario con normalidad el deterioro no disminuye.

En la participante 2 donde se observó una mejoría es en orientación espacial lo cual concuerdan con lo que menciona Serrano y Oliva (2012) que la Terapia de Reminiscencia promueve la orientación personal y del lugar en donde habita, así mismo Arango, Fernández y Ardila (2003) mencionan que los pacientes con Alzheimer ubican el lugar en donde viven pero no lugares poco familiares.

La leve mejoría que se observó en atención y concentración de dígitos, coincide con lo que menciona Arango, Fernández y Ardila (2003) que los pacientes con Alzheimer mantienen la capacidad de mantener la atención en componentes simples y por tal motivo no hubo mejoría en actividades que contemplaban cálculos como restas ya que implica un nivel de atención superior; lo cual sugiere Winter y Lipton (2012) quienes mencionan que un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente.

La última mejoría que se observó en el participante 2 fue en lenguaje por denominación, lo que nos indica que la participante es capaz de utilizar el lenguaje por medio de estímulos, lo cual menciona Salazar (2010) que las funciones cognitivas de memoria autobiográfica, fluidez verbal, lenguaje expresivo y función ejecutivas son las que más se ven beneficiadas con la Terapia de Reminiscencia. También podemos señalar que el Alzheimer no ha causado gran repercusión en su lenguaje lo que indica que la participante 2 se encuentra en etapa inicial de Alzheimer (Acosta, Brusco, Fuentes et. al, 2010).

En la participante 2 se observó una disminución en el nivel de codificación de palabras dicho resultado se puede explicar con lo que menciona Alberca (2003) que refiere que uno de sus principales deterioros de los pacientes con Alzheimer es la

capacidad de mantener la información en la memoria de corto plazo y evocarla en un periodo de tiempo corto.

Por otra parte en donde no se encontraron cambios tanto en la participante 1 como participante 2 fue en las funciones ejecutivas motoras ya que como señala Acosta, Brusco, Fuentes, et al (2006) los pacientes con demencia tipo Alzheimer no suelen tener problemas de este índole hasta etapas muy avanzadas; sin embargo Arango, Fernández y Ardila (2003) indican que dicha función se ven afectada por otras funciones cognitivas que sí suelen estar deterioradas como perseveraciones, los problemas atencionales o motivacionales.

En la figura semicompleja de Rey tampoco se mostraron cambios ya que se mantuvo en el nivel severo ya que están involucrados los principales deterioros por parte de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, las cuales son planeación, atención, retención de memoria a corto plazo y concentración.

Los participantes con Alzheimer sufren tres principales alteraciones: delirio, memoria y depresión; sin embargo es difícil identificar que genera que o que deficiencias cognitivas son causadas por que alteración Sardinero (2009).

Tomando en cuenta que la Terapia de Reminiscencia se ha aplicado en participantes con depresión y actualmente se busca ser utilizada más en problemas cognitivos; está terapia es una herramienta importante en las demencias ya que su aplicación recae tanto en lo cognitivo como en lo emocional; lo cual concuerda con un estudio realizado por Salazar, Franco y Perea (2008) donde observaron una mejoría en el número de sujetos con presencia de sintomatología depresiva y disforia, ansiedad, apatía e irritabilidad, mientras que las mismas variables se mantuvieron o aumentaron en el caso de los participantes que no recibieron la Terapia de Reminiscencia.

Así mismo menciona Arango, Fernández y Ardila (2003) que la Terapia de Reminiscencia es útil en este tipo de pacientes que progresivamente van perdiendo su capacidad para recordar los hechos recientes; mediante esta terapia se pretendió

reactivar sus recuerdos pasados así como experiencias, lugares , personas a fin de dar sentido a su vida y ayudarlos a identificar el medio ambiente en el que se desarrollan ya que algunas cosas como por ejemplo ropa y algunos objetos se siguen utilizando en la actualidad de la misma forma que antes; lo cual concuerda con lo que menciona Salazar (2010) que la intervención de las demencias y desórdenes progresivos de daño neuropatológico, como la demencia tipo Alzheimer, debe caracterizarse por un objetivo a corto plazo: el sostenimiento temporal de funciones relativamente mantenidas y capacidades funcionales residuales.

La Terapia de Reminiscencia se enfocó principalmente en evocar recuerdos de su vida pasada, mediante estímulos visuales, sensitivos y auditivos, Feria (2005); así mismo esto ocasionó que las participantes evocarán diferentes recuerdos en cadena solo con la presentación de un estímulo tal como menciona Feria (2005); concordando con lo que menciona Hernández, Malagón y Rodríguez (2006) de que al mostrar dichos estímulos y los diálogos que conllevan, esto permite facilitar el acceso a la memoria de largo plazo y así también se disminuyen problemas comportamentales.

Tal como se muestra en los resultados observacionales la Terapia de Reminiscencia logró un estado de conciencia y de continuidad entre el pasado y el presente y así transmitir una herencia cultural y con esto ayudar a resolver problemas en el presente y valorarse más, tal como menciona Feria (2005).

Como menciona Sardinero (2009) los principales objetivos que se pretenden alcanzar son potenciar la memoria semántica, episódica, autobiográfica y la memoria semántica, tomando en cuenta los resultados obtenidos en el pos-test de ambas participantes y los resultados clínicamente observacionales podemos decir que el objetivo se alcanzó; sin embargo no se puede perder de vista que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa que aunque se aplique cualquier tipo de terapia el deterioro no se frena pero si se puede enlentecer el deterioro (Alberca y López, 2006).

Otro objetivo importante en la terapia de reminiscencia fue el mejorar la calidad de vida y la reinserción de las participantes a su entorno social (Feria, 2006) lo cual se logró en el transcurso de las sesiones.

2.10 Conclusiones

La Terapia de Reminiscencia es una herramienta que permitirá que el participante se reincorpore a su entorno social, mostrándose como una fuente de conocimiento; esto repercutirá en su autoestima ya que se verá como una persona útil, que es parte de un grupo social y que puede aportar algo a su entorno social.

Si el participante mejora emocionalmente, se observará mejoría en sus funciones cognitivas, ya que de la misma forma se está trabajando su memoria de largo plazo para que al evocarla le sirva como herramienta en su vida cotidiana y pueda ser más funcional.

Al aplicar la Terapia de Reminiscencia se logró una estimulación cognitiva utilizando los recuerdos del participante; también se promovió que la aplicarán los familiares ya sea cuando vayan de visita o que sean sus principales cuidadores.

El presente programa de intervención me ha generado aprendizaje porque me ha brindado la oportunidad de obtener nuevos conocimientos ya que durante desarrollo del proyecto se me presentó la oportunidad de mantener contacto directo con los participantes; lo que me permitió observar las características y el curso de la enfermedad, el comportamiento de los participantes y la forma en cómo enfrentan el proceso los participantes, los familiares y los cuidadores secundarios. Así mismo se me brindo la oportunidad de aplicar conocimientos teóricos ya antes adquiridos a la práctica, lo cual beneficia mi formación como psicóloga clínica.

El principal aprendizaje obtenido en este proyecto es la elaboración de un programa de intervención, su implementación y los resultados; ya que implica un proceso largo y con pasos específicos que conllevan desde la búsqueda de información sobre lo que se pretende investigar (lo cual nos ayuda a desarrollar un programa enfocado a las necesidades actuales de la población a investigar) hasta lo que uno aporta con lo investigado.

Para recabar la información del participante se necesitó aplicar una entrevista a los familiares; esto aparte de recabar información me permitió mantener contacto con los cuidadores primarios y la forma en como conllevan la enfermedad de su paciente; así mismo me permitió adquirir conocimientos y habilidades en el desarrollo de una entrevista semiestructurada.

Otra ventaja que se obtuvo con la aplicación de este proyecto fue la oportunidad de interactuar estableciendo relaciones interdisciplinarias, ya que en la Fundación Alzheimer se cuenta con áreas como trabajo social, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

Otra cosa que es importante mencionar es que con este programa también aprendí que nosotros como psicólogos debemos tener claras cuáles son nuestras metas, nuestro grado de compromiso con la población que estamos trabajando así como tener claros nuestros alcances como psicólogos, para que así podamos desempeñar nuestras funciones lo más objetivamente posible y manteniendo claros nuestros alcances; ya que este tipo de población es muy frágil y no podemos prometer cosas que de antemano no podemos cumplir como por ejemplo la cura completa del paciente.

Las principales limitaciones que me encontré en el desarrollo de la Terapia de Reminiscencia fue la falta de información ya que no existen muchos estudios donde se haya aplicado a este tipo de población; ya que las investigaciones se han centrado más en utilizarla como herramienta en la depresión; sin embargo actualmente se ha observado su funcionalidad en pacientes con problemas cognitivos como es el caso de las demencias (Salazar, 2010).

Otra limitación fue la falta de compromiso de algunos familiares ya que no proporcionaron el material solicitado lo que ocasionó la eliminación de una sesión (revisión de documentos); una forma de resolver dicha limitación fue hacer una recolección del material por parte de la practicante; lo que limitó un poco la terapia ya que para causar una mayor estimulación los materiales deberían ser los que el participante utilizó durante su vida.

Tomando en cuenta las limitaciones antes señaladas sugiero que nuevas investigaciones se centren en identificar los recuerdos y las confabulaciones por parte de los participantes para conocer si la Terapia de Reminiscencia estimula la memoria causando la recuperación de recuerdos o por lo contrario causa confabulaciones, así mismo se recomienda una comparación de los efectos de la Reminiscencia en ancianos con demencia y ancianos con depresión para identificar en qué población se tiene mejor efectividad y tener más claro la forma en como beneficia tanto en la depresión como en problemas cognitivos.

También sugiero que esta terapia se aplique individualmente y en grupos tomando en cuenta el nivel socioeconómico, edad y deterioro cognitivo para identificar si se tiene mejor efectividad cuando se aplica en grupo o individualmente.

Otra sugerencia es que se realice la Terapia de Reminiscencia en un periodo más largo y de forma longitudinal para identificar si se tienen mejores resultados e identificar qué tipo de memoria prevalece y si se consigue postergar el deterioro cognitivo.

Finalmente algunas sugerencias en la aplicación de la Terapia de Reminiscencia son el realizar un programa de sensibilización para los familiares donde el principal objetivo debería ser el pedir mayor compromiso, así mismo sería de gran ayuda una visita a la casa del participante para identificar que material puede ser de mayor ayuda, pedirle a los familiares que ellos estén presentes durante las sesiones para que así ellos puedan trabajar con su paciente en casa y aplicar una evaluación como pre-test y pos-test a los familiares para identificar si presentan una disminución en su estrés como cuidadores primarios y por ultimo identificar con anterioridad que recuerdos nos pueden ayudar y cuales por lo contrario perjudicarían la terapia al ser recuerdos muy dolorosos.

2.11 Bibliografía

- Azpiazu A. y Cuevas P. (2007). La formación del cuidador del paciente con demencia. Servicio de geriatría Hospital General de Granollers, 188, p.131-136
- 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, 3, Ed. Panamericana.
- Alberca, R. (1998). Demencias, Diagnóstico y Tratamiento, Barcelona, España, Panamericana.
- American Psychiatric Association (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-VI-TR. Masson.
- Cevilla Ballesteros J. (2000) Epidemiología del deterioro Cognitivo .Informaciones Psiquiátricas.
- Cenproex, Román, M. M., Alcántara, V., Morientes, M. T. y Lorza, N. (2005). Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. Sevilla, Editorial MAD.
- Cubero (2003). Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria, Barcelona, España, Masson.
- Fernández Merino V.(2000). Alzheimer; un siglo para la Esperanza: Una Guía Familiar para conocer esta enfermedad y actuar con el enfermo. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal M., Montorio I., González J.L., Díaz P. (1992). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Ediciones Martínez Roca, S.A.

Frances I. Barandiaran, M.Marcellan, (2003). Estimulación Psicocognoscitiva en las demencias, 26 (3).

Hernández J., Malagón M. y Rodríguez R. (2005). Demencia Tipo Alzheimer y lenguaje. Colombia, Universidad del Rosario.

Lange (2005). Alzheimer 2005, antes de la demencia. España Aula Médica.

Leprilla, Fernandez y Ardila (2003). Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. 3er ed., México, Manual moderno.

López Pousa, Vilalta y Linás (1996). Manual de Demencias. España, Prous Science.

OMS (1992), CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripción Clínicas y Pautas Para El Diagnóstico, Madrid. Ed. Meditor.

Ostrosky-Solis,F(2003). Demencia: Concepto, criterios, diagnóstico y clasificación, Mexico, Manual Moderno.

Peña y Casanova (1999). Intervención Cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. España, Fundación la Caixa.

Potter (2002). Fundamentos de enfermería. España, 5, Mosby-Doyma.

Quijano y Peña Casanova (1994). Evaluación Neuropsicológica y funcional de la demencia. España J. R. Prous S. A.

Salazar, M. (2010). La reminiscencia como estrategia de intervención gerontológica: un ejemplo de investigación básica y aplicada. Universidad de Costa Rica.

Salazar, M.; Franco, M. y Perea, M.V. (2008). Trabajando con recuerdos. Programa de

intervención con reminiscencia. Guía para el terapeuta. EDINTRAS: España.

Sardinero y Peña (2010). Estimulación cognitiva para adultos. España, Gesfonema.

Slachevsky & Oyarzo (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina.

Sociedad Española de Neurología (2002). Guía en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. España, Masson.

Vallejo Ruiloba, (2006) Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Sexta ed. Barcelona. Masson.

Winer y Lipton (2005). Demencias investigación, diagnóstico y tratamiento. 3er ed., Barcelona, Masson.

ANEXOS

ANEXO 1



México D.F a 1 de mayo del 2011

A quien corresponda:

La Fundación Alzheimer “alguien con quien contar” en colaboración con la Facultad de psicología de la UNAM, tienen el honor de comunicarle que su paciente cumple con las características necesarias para integrarse a un programa psicológico de intervención denominado reminiscencia.

Dicho programa iniciara el 9 de mayo, tendrá lugar una vez a la semana dentro del horario de la fundación. Cabe mencionar que este programa de intervención no tiene ningún costo y solamente será necesario que un familiar que este en constante contacto con el paciente, acuda a la fundación para contestar una entrevista referente al paciente; así mismo que pueda proporcionar algún material para su utilización en el programa de intervención; el cual será entregado al final del programa.

Si está interesado en que su paciente participe en el programa psicológico de intervención, favor de comunicarse a la brevedad posible la institución con el Lic. Gabriel López al teléfono o con la Psic. Erika Luna al tel.5543603007.

Sin mas por el momento y esperando su respuesta reciba un cordial saludo.

Atentamente

Lic. Gutiérrez Ordoñez Ma Eugenia
Responsable del programa de titulación
de la fac. de psicología UNAM

Psic. Luna Lima Erika Jazmín
Responsable de la intervención

ANEXO 2

ENTREVISTA PARA LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Fecha de aplicación: _____

Nombre del entrevistado y parentesco con el paciente: _____

Datos del paciente

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Religión: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Condiciones familiares actuales del paciente

Mencione a las personas que componen su familia y viven en su casa

Nombre	edad	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

¿Ha tenido algún problema con alguno de los anteriores miembros de su familia; mencione con quien y cual? _____

¿Cuántas personas colaboran con el ingreso familiar? _____

¿Cuántos cuartos tiene su casa, sin incluir el baño ni cocina? _____

¿A quien pertenece la casa en donde vive el paciente? _____

¿El paciente, ha experimentado algún accidente? _____

¿Qué ocurrió? _____

¿Necesitó tratamiento médico? _____

Mencione las actividades que el paciente realiza durante un día entre semana, desde que se levanta hasta que se acuesta, tomando en cuenta rutinas y actividades recreativas _____

Describa las actividades que el paciente realiza en un día de fin de semana

¿Cuánto tiempo (diariamente, semanalmente o anualmente) utiliza usted para cuidar las necesidades de su paciente? _____

¿Qué cambios recientes ha observado en la frecuencia, intensidad y/o duración del problema del paciente? _____

➤ *En el caso de estar o haber estado casado el paciente*

Dígame la edad y ocupación de su pareja: ? _____

¿Cómo se lleva o llevaba con su pareja? _____

¿A que edad se caso? _____

¿Cuántos años de casado tiene? _____

De una descripción breve sobre su personalidad y sus actitudes hacia él paciente

¿Cómo se conocieron? _____

¿Todavía vive su esposa (o)? ? _____

Si está divorciado o separado, ¿cuál fue la razón para la ruptura? _____

Llene la siguiente tabla con los datos referentes a los hijos del paciente

Nombre	edad	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación	Como se llevan o llevaban
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Mencione si tuvo algún problema con alguno de sus hijos _____

¿Alguno de ellos murió? (Causa y fecha de muerte) _____

De una descripción breve sobre su personalidad y sus actitudes hacia él paciente

Ordene del grado de relación con sus hijos (uno es el hijo con quien menos relación tiene) e indique porque: _____

¿Tiene alguna otra relación importante (amigos/as)? _____

➤ *Repercusión del problema en la familia*

¿Qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares actuales, la enfermedad que tiene su paciente? _____

¿Qué hacen los miembros de su familia con respecto a la enfermedad del paciente?

¿Qué piensan del problema? _____

¿Por qué piensan y dicen que le ocurre un problema? _____

Historia familiar del paciente

➤ *Padre*

Nombre del padre _____ ¿De qué murió? _____
¿A qué edad? _____ ¿Qué edad tenía el paciente? _____ Ocupación _____

¿Cómo podría describir las relaciones del paciente con su padre a lo largo de la vida?
Valore tales relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

Infancia	Adolescencia	Juventud	Madurez	Actualidad

¿Cómo describía el paciente a su padre? _____

¿Cuáles eran las actitudes del padre del paciente hacia él? _____

¿Podría decirme qué hacía el padre del paciente para conseguir algo de el (premios y castigos)? _____

¿Qué actividades hacía el paciente con su padre cuando era niño/a? _____

➤ *Madre*

Nombre de la madre _____ ¿De qué murió? _____
¿A qué edad? _____ ¿Qué edad tenía el paciente? _____ Ocupación _____

¿Cómo podría describir el paciente la relación con su madre a lo largo de la vida?
Valore tales relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

Infancia	Adolescencia	Juventud	Madurez	Actualidad

¿Cómo describía el paciente a su madre? _____

¿Qué actitudes tenía la madre del paciente hacia él? _____

¿Qué hacía la madre del paciente para conseguir algo de él (premios y castigos)?

¿Qué actividades hacía el paciente con su madre cuando era niño/a?

¿Cómo se llevaban su madre y su padre del paciente? _____

➤ *Hermanos*

¿Cómo se ha llevado con su/s hermano/s?

Orden	Sexo/edad	Infancia	Adolescencia	Juventud	Madurez	Actualidad

Posición entre los hermanos _____

¿Alguno de ellos murió? (Causa y fecha de muerte) _____

¿Existe alguna situación molesta con alguno de ellos? ¿Cual? _____

¿Cuáles fueron los valores más importantes en la familia del paciente? (la religión, el trabajo, la igualdad, la solidaridad, etc.): _____

➤ *En caso de haberse casado mas de una vez*

¿Cuántas veces se caso?

Nombre de de sus esposas	año en que se caso	porque se dejaron	Tuvo hijos con ella cuantos	Nombre de los hijos

Antecedentes personales del paciente

Tuvo algunos problemas durante:

Problema	Infancia	Adolescencia	Juventud	Madurez
Rendimiento escolar				
Problemas conducta				
Ansiedad/depresión				
Drogas/alcohol				
Problemas médicos				
Otros				

Antecedentes escolares del paciente

Cuáles han sido, en sus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asistió y su nivel de satisfacción con sus compañeros/as, sus profesores/as y los estudios en general (de 0 a 4):

estudios	Satisfacción	Centro	Fechas	Relación(es) con compañeros/as	Relación(es) con profesores/as
Primaria					
Bachillerato/FP					
Universidad/Facultad					

Postgrado					
-----------	--	--	--	--	--

¿Fue a la escuela? _____

Materias preferidas: _____

¿Le gustaba la escuela? ¿porqué? _____

Recuerdos de primaria: _____

Recuerdos de secundaria: _____

Recuerdos de bachillerato: _____

Recuerdos de universidad: _____

Historia laboral del paciente

Indíqueme qué aspectos de cada trabajo eran los más satisfactorios para el paciente (tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más agrado o desagrado y cómo se llevaba con sus compañeros/as de trabajo y con sus jefes/as:

Trabajos	Organización	Fechas	Lo que mas le gustaba	Lo que menos le gustaba	Relaciones con compañeros/as (0-4)	Relaciones con jefes/as (0-4)

¿Le causaba alguna satisfacción su trabajo? _____

¿Era entusiasta en su trabajo? _____

¿Porque deajo de trabajar y en que fecha? _____

Rasgos de personalidad del paciente

¿Cómo define su carácter?

Dominante () sumiso () estable () cambiante () optimista () otro ¿cuál?

¿Cómo lo consideran o describen sus familiares? _____

¿Que tan sociable erá y es? _____

¿Cómo erá y es en su relación con amigos del mismo o diferente sexo?

¿Qué tan fácil es para él adaptarse a situaciones nuevas o de cambio?

¿Qué estatus considerá que tiene su paciente? (socioeconómico)

¿Cuántos amigos tiene (aproximadamente) el paciente? _____

¿Cuántos amigos/as íntimos/as? _____

En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales? _____

¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente? _____

¿A cuántas y a que personas le cuenta sus secretos más íntimos? _____

¿Cómo se describía a sí mismo/a? _____

¿Cuáles creía que eran sus características más positivas? _____

¿Cuáles creía que eran sus características más negativas? _____

¿Qué quería cambiar de sí mismo/a? _____

¿Cómo le gustaba ser? _____

Intereses y recreaciones del paciente

¿Cuáles son y eran sus hobbies? _____

¿Cuánto tiempo les dedica, dónde los realiza, con que frecuencia? _____

¿Practica o gusta de un arte? _____

¿Qué hace los fines de semana? _____

¿Qué hace y hacía en vacaciones? _____

¿En qué momentos situaciones se aburre? _____

En general cuando y donde se divertía en:

La niñez: _____

Adolescencia: _____

Juventud: _____

Adulterez: _____

Ahora: _____

¿Cuál era su música y cantante favorito? _____

¿Cuál era su color favorito? _____

¿Cuál era su libro favorito? _____

¿Cuál era su comida favorita? _____

¿Cuál era su película favorita? _____

Valores y creencias del paciente

¿Cuales son sus más importantes valores? _____

¿Qué valores en nuestra sociedad, creía que son más importantes? _____

¿Qué valores creía que se están perdiendo que a él le gustaría conservar? _____

¿Qué valores actuales creía que eran más rechazables? _____

➤ *Religión*

¿Qué religión es el paciente? _____

¿Cuánto tiempo dedicaba el paciente a su religión? _____

➤ *Hábitos generales*

¿Ingería alcohol el paciente? ¿Cuándo inicio y cuando lo dejo y porque?

¿Fumaba el paciente? ¿Cuándo inicio y cuando lo dejo y porque?

¿Cómo eran sus hábitos alimenticios? _____

Padecimiento actual del paciente

¿Cómo clasifica usted el problema de su paciente?

Muy leve	Leve	Indeciso	Grave	Muy grave
1	2	3	4	5

ANEXO 3



ANEXO 4



