



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA  
ADULTOS MAYORES DE BAJA ESCOLARIDAD  
Y CON DETERIORO COGNITIVO LEVE**

**T E S I S  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:  
ZENaida RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ**

**TUTOR PRINCIPAL:  
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ:**

**MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ-ARCE CORIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MÉXICO D.F.**

**NOVIEMBRE**

**2015**



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.

## AGRADECIMIENTOS

---

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme continuar con mi formación profesional.

A la Facultad de Psicología le agradezco por la oportunidad para convivir con excelentes compañeros y académicos, brindándome conocimiento y seguridad en mi quehacer profesional.

A mi directora de tesis Maestra Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo, por su tiempo, dedicación y buenos consejos.

Al comité de tesina Maestra Alma Mireya López-Arce Coria, Doctora Blanca Elena Mancilla Gómez, Maestra María Susana Eguía Malo y Maestra Laura Ángela Somarriba Rocha, por la paciencia, tiempo, dedicación y palabras de aliento.

A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, por facilitarme el concluir mis metas profesionales.

Al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez, por su tolerancia, conocimientos y apoyo.

Al Dr. J. Carlos Castañeda González, Director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", por ser accesible para la realización de mis estudios y concluir este trabajo.

A la Dra. Cecilia Bautista Rodríguez, amiga y compañera, por ser una excelente cómplice y una jefa inigualable.

Al Dr. Andrés G. Roche Bergua, por recibirme en su servicio y confiarme la atención de los pacientes de la Clínica de la Memoria.

Al Dr. Jorge A. Gamiochipi Cano, por los momentos de trabajo que compartimos y el conocimiento prestado, así como el apoyo moral para concluir mis estudios.

## DEDICATORIAS

---

Al Arquitecto y creador del mundo, te agradezco por hacerme humilde, por la fortaleza para el logro de mis metas, y por compartirlas con mis semejantes.

A mis padres, Manuel Rodríguez López † y Zenaida Hernández Anguiano †, por la educación y cimientos básicos, para ser una persona íntegra.

A mis hermanos, Lilian y Manuel por sus consejos; muy especialmente a mi hermana Oralía por su incondicional escucha y pilar en mis proyectos de vida.

A mi esposo Alejandro Corona Cano, por su paciente espera y soporte emocional.

A mis hijos Frida A. y Patricio E., por todos los besos y caricias que son mi alimento.

A mi suegro Rubén Corona Fernández †, con quien tuve el honor de compartir algunos años de la vida, y quien me enseñó el dolor de la pérdida de memoria hasta el último de sus días.

A mi amiga E. Yolanda Alcázar Aragón, entusiasta y enigmática compañera del proceso de titulación.

A mi compañera Virginia E. González Romero, por su implacable carácter y apego a los principios de compañerismo.

A mis amigas y compañeras de vida, Brenda Contreras, Erika Abad, Raquel Montejano, Rosa Matehuala, Martha Rosas, Lilia Cristóbal, Gloria Rodríguez, Carmen Velázquez, Rosa Ma. Castañeda y Estela Hurtado por sus comentarios y motivaciones.

A los pacientes y familiares, maestros de mi inexperiencia y motores de mi interés cotidiano.

---

	PÁGINA
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
<b>CAPITULO 1. ENVEJECIMIENTO</b>	
1.1 Conceptos relacionados	10
1.2 Estadística	18
1.3 Proceso normal de envejecimiento	23
1.4 Teorías de envejecimiento	29
1.5 Cambios durante el envejecimiento	36
<b>CAPITULO 2. DEMENCIA</b>	
2.1 Concepto	46
2.2 Tipos de demencia	49
2.3 Diagnóstico	56
2.4 Proceso psicodinámico	62
2.5 Intervención en demencias	63
<b>CAPITULO 3. DETERIORO COGNITIVO LEVE</b>	
3.1 Concepto	68
3.2 Diagnóstico	73
3.3 Tratamiento	78
<b>CAPITULO 4. “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN”</b>	
4.1 Antecedentes	98
4.2 Objetivo General	101
4.3 Objetivo Específico	102
4.4 Población	102
4.5 Producto Propuesto	102
4.6 Materiales	109
4.7 Espacio de trabajo	111
4.8 Cartas descriptivas	112
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	129
REFERENCIAS	133
ANEXOS	139

---

## RESUMEN

---

En éste trabajo se dan a conocer algunos conceptos y procesos sobre envejecimiento; además de estadísticas poblacionales en donde se observa un aumento en la esperanza de vida. El tema sobre Demencia, muestra algunos hallazgos de investigaciones respecto a posibles factores de riesgo y protección, así como tipos de intervenciones. El Deterioro Cognitivo Leve es un estado de funcionamiento intermedio, entre el desarrollo y vicisitudes como la demencia.

El programa de intervención, está basado en la Terapia Cognitivo Conductual y aspectos psicodinámicos.; así como en manuales de técnicas y actividades para rehabilitar y estimular las funciones cognitivas; diseñado en tres fases: valoración, intervención grupal e individual.

En la fase I se realiza una valoración del funcionamiento cognitivo y la frecuencia de actividades de la vida diaria. Al observarse déficits cognitivos con impacto en el funcionamiento individual y social, se realiza una entrevista y se establece el encuadre respecto al objetivo del tratamiento y dispositivo.

La fase II consiste en los talleres psicoeducativos: uno para pacientes, con el objetivo de brindar información básica sobre los procesos de envejecimiento exitoso y deterioro cognitivo. El otro, para familiares con la finalidad de dar información sobre el proceso normal de envejecimiento, el deterioro esperado y el patológico. Además, facilitar la conciencia de enfermedad y apego terapéutico, e instruir sobre estrategias cognitivas y ambientales.

La fase III incluye la intervención individual para pacientes, donde las actividades son adaptadas a cada caso.

En el desarrollo de este trabajo, queda pendiente la revisión del tema sobre Depresión, ya que es común encontrar situaciones de duelos complicados, recientes y continuos. Los pacientes presentan disposición a los nuevos aprendizajes, necesidad de socializar y compartir con sus contemporáneos.

Palabras clave: rehabilitación cognitiva, adultos mayores, deterioro cognitivo leve.

## *ABSTRACT*

---

This paper discloses some concepts and processes of aging, plus population statistics where an increase in life expectancy is observed. The Dementia topic shows some research findings regarding risk factors and possible protection and types of interventions. The mild cognitive impairment is an intermediate state or operation, including the development and vicissitudes like dementia.

The intervention program is based on a Cognitive Behavioral Therapy and psychodynamic aspects, as well as technical manuals and activities to rehabilitate and stimulate cognitive functions, designed in three phases: assessment, individual and group intervention.

Phase I, an assessment of cognitive functioning and frequency of activities of daily living is performed. The cognitive deficits seen with impact on individual and social functioning, an interview is conducted and the frame is set to the target individual or group and treatment.

Phase II consists of psychoeducational workshops: one for patients, with ten aims or providing basic information about the process of successful aging and cognitive impairment. The other, for families in order to give information about the normal aging process, the expected deterioration and diseases. In addition, to facilitate awareness of illness and therapeutic attachment, and instruction of cognitive and environmental strategies.

Phase III, includes individual intervention for patients where ten activities are adapted to each case. In the developing of this work, reviewing the topic Depression is pending, as is common to find complicated situations as recent and ongoing duels. Patients have available to new learning, need to socialize and share with their partners.

Key words: cognitive rehabilitation, elderly, mild cognitive impairment.

## INTRODUCCIÓN

---

De alguna manera, se tiene una referencia de haber alcanzado la senectud al presentarse pérdida de memoria, disminución de la orientación espacial, la reducción de la capacidad para centrar la atención, etcétera. Mismos, que son los principales síntomas del declive neuropsicológico asociado al envejecimiento, y que en muchas ocasiones no se atienden por falta de conocimiento y orientación en los primeros contactos con profesionales de la salud. Es la demencia un conjunto de síntomas y características, que socialmente se espera y se teme, al alcanzar edades avanzadas.

El envejecimiento supone una serie de modificaciones en todos los ámbitos, en donde intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Y se esperan cambios en el rendimiento intelectual, la capacidad para relacionarse socialmente, dificultades en la adaptación e incapacidad para aprender nuevas cosas. La masa del cerebro va disminuyendo su volumen progresivamente y se calcula que a los 90 años se reduce en una quinta parte, así también hay reducción moderada de neuronas, afectando la memoria, la concentración, el lenguaje, etc.

Los cambios en la pirámide poblacional que se ha invertido en los últimos años, se estima un crecimiento de las personas que estén cursando por un periodo de envejecimiento. Y es por esto, que surge la necesidad de mayor difusión sobre el desarrollo normal en el proceso de la senectud; propuestas de programas que permitan el diagnóstico y tratamiento temprano, de cuando surge déficit cognoscitivo como parte del envejecimiento, mismo que puede llegar a un mayor deterioro o evolucionar hacia algún tipo de demencias.

Las demencias tienen etiologías diversas: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias, demencia debida a etiologías múltiples o no especificada. Entre las que destacan las demencias tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a un traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de



Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples.

Es importante considerar que “La población mundial de 65 años o más es el grupo etario de crecimiento más rápido” (OMS, 2003). Los autores Ontiveros y León (2012) mencionan que “En 1998 había 70 millones de personas de 80 años o más, se espera que en el año 2050 sean 370 millones, es decir seis veces más. La incidencia de demencia en los ancianos es de 50%. La prevalencia de alteraciones cognoscitivas leves es de 19% en personas de 65 años y de 29% en personas de 85 años.” Así también, “En el primer nivel de atención para pacientes de 60 años o más, 15.7% presentan alteraciones cognoscitivas leves que no son identificadas por el médico; y entre los que presentan alteraciones moderadas a severas, únicamente el 25% se registra en el expediente que cursan con demencia” (León & Ontiveros, 2012).

En varios estudios, se ha observado que la baja escolaridad es una característica de riesgo en las personas que desarrollan demencia. García (2010) menciona: “Entre la población de 60 años o más, el número medio de grados aprobados apenas rebasa el equivalente al tercer año de primaria, donde los hombres promedian casi un año más que las mujeres”.

Ante el crecimiento de las poblaciones de la tercera edad en la sociedad moderna, en algunos países de primer mundo, han ido en la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a manejarse independientes en la comunidad y mejorar la calidad de vida.

Los pacientes que por falta de oportunidad o recursos durante su infancia, no lograron concluir con sus estudios básicos de educación primaria, donde la dotación natural y la experiencia de vida es su legado al llegar a la vejez, el trabajo de la rehabilitación cognitiva es escabroso. La falta de conocimientos cristalizados

como leer, escribir y resolver operaciones básicas, es una situación que crea desventaja en todos los ámbitos, incluyendo la autoestima, la capacidad para poder adaptarse a situaciones nuevas y resolver problemas.

El presente trabajo, tiene la finalidad de diseñar un programa para la Clínica de la Memoria del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con pacientes geriátricos. En donde los pacientes serán evaluados, a través del Bateria Neuropsicologica (Neuropsi) y el Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM), la población canalizada al Programa de rehabilitación cognitiva deberá contar con resultados de deterioro cognitivo leve.

El objetivo del Programa, es prevenir el deterioro del paciente detectado con baja escolaridad, y en lo posible, evitar la evolución hacia la demencia.

La tarea del psicólogo clínico es valorar a esta población y proponer un tratamiento de terapia de corte cognitivo, que en conjunto con el tratamiento farmacológico en caso necesario, prolongue la salud mental de los usuarios del servicio de Psicogeriatría.

## ENVEJECIMIENTO

### 1.1 Conceptos relacionados

Krassoievitch(1993) acuña el termino *viejismo* que describe como:

El **viejismo** es el resultado de las identificaciones del niño con las personas significativas de la familia y se estructura sobre la base de respuestas emocionales ante los estímulos representados por los ancianos... El viejismo es la causa por la cual los médicos y los pacientes consideran que el deterioro de los ancianos es normal. (p.28).

Feldman (2006) describe que “...El estereotipo social de la '**vejez**', es un periodo de inactividad y decadencia física y mental.... periodo que se inicia alrededor de los 65 años.” (p. 381). Y propone, que el trabajo de los gerontólogos demuestra, que incluso durante la vejez, hay procesos de desarrollo significativo.

Rivera (2004) considera que la **vejez** identifica y se identifica con el colectivo de personas de más edad, y es imposible establecer un corte de edad a partir del cual una persona deba ser considerada vieja. El corte es administrativo relativo a la jubilación y epidemiológico para situaciones de estudio de prevalencia o de intervención de un determinado proceso, como decisiones arbitrarias y orientativas.

Existen fuertes creencias y expectativas culturales acerca de los últimos periodos de la vida (Nelson, 2002; en Gerrig & Zimbardo, 2005). Los estudios de Hummert (1999; en Gerrig & Zimbardo, 2005) sugieren que los adultos jóvenes poseen varios estereotipos sobre los adultos mayores. Los adultos jóvenes tienen actitudes positivas hacia un “abuelo perfecto” y actitudes negativas hacia un anciano “desanimado”. El estereotipo general es negativo, en especial en lo que respecta al deterioro en el atractivo físico y la competencia mental (Kite y Wagner, 2002; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

Aunado a lo anterior, una gran cantidad de investigación indica que los procesos componentes que permiten a las personas ver, escuchar y gustar decae con la edad (Botwinick, 1984); por lo que las personas se sienten incómodas y suelen aislarse, ante la decadencia de su propia percepción, dando por hecho o asumiendo el estereotipo negativo.

Y como consecuencia del estereotipo negativo, denominado **viejismo** provoca discriminación en contra de las personas mayores, limitando las oportunidades, aislándolos y promoviendo la imagen negativa.

Sin embargo, en otros estudios se ha comprobado que las actitudes hacia los ancianos son a menudo ambivalentes, y hasta contradictorias, “Se les considera sabios y seniles, amables y gruñones, interesados en la gente a la vez que inactivos y antisociales (Crockett & Hummert, 1987; en Craig, 2009)

Ahora bien, para Ribera (2004, en Salvador-Carulla, Cano, Cabo, 2004) la **ancianidad** puede considerarse sinónimo de vejez, ya que comparten una carga negativa en el lenguaje ordinario. En los años sesenta surgió la expresión **tercera edad** tomada del francés, donde se planteaba de forma similar. La expresión tuvo éxito un tiempo; más tarde fue cargándose de sentido negativo. “Otras expresiones anteriores como senil o sus derivados habían sido proscritos mucho antes. En estos momentos la expresión más en uso y la preferida por los propios interesados es la de **personas mayores**” (p. 29).

La **ancianidad** inicia a la edad de 65 años al momento de la jubilación ( p. ejemplo en Estados Unidos), y se puede dividir en ancianidad joven y ancianidad vieja. La ancianidad joven incluye a personas cuyas edades van de los 65 a los 75 años, y suelen tener mucho tiempo libre. Las limitaciones van aumentando con la edad, pero incluso a la edad de 85, una tercera parte de los individuos no consideran que existan restricciones. Y la ancianidad vieja, abarca a partir de los 75 años, los cuales deben prepararse para enfrentar enfermedades que incapacitan, capacidades en declive y la muerte ( Davidoff, 2003).

Desde la perspectiva de Deví y Magán (2004), “La persona anciana no formará parte del sistema productivo, se convertirá en una carga costosa de mantener” (p.87), se refieren a la **ancianidad** como un periodo prolongado de vida con

merma en las facultades físicas, sin estar preparado para poder asumir de forma adaptada.

De acuerdo a Salvador-Carulla (2004), el **Ciclo vital** es el periodo que abarca el curso de la vida de un sujeto, puede dividirse en las siguientes etapas: primera y segunda infancia, adolescencia, juventud, madurez, ancianidad y ancianidad tardía o senectud. La **ancianidad** puede abarcar desde los 65 años en países occidentales y 60 años según la OMS (Who, 2002, en Salvador-Carulla, 2004), o bien la **senectud** o llamada **old-old** en los 80 años. Algunos investigadores proponen un modelo de continuidad, sobre la segunda etapa de la vida, que más adelante se comenta.

Irene Burnside y colegas (1979; en Craig, 2009), analizaron la senectud a partir de cuatro décadas, en donde cada grupo tiene sus capacidades y problemáticas y se describen de la siguiente manera:

- Sexagenarios de 60 a 69 años de edad. Es cuando la persona se comienza a adaptar a una estructura de roles (Havighurst, 1972). Además el ingreso disminuye por la jubilación o disminución de horas laboradas, mueren algunos amigos y conocidos, la sociedad espera menos dinamismo, independencia y creatividad. La fortaleza física decrece en algunos. Otros tienen aún energía y buscan nuevas actividades, pueden dedicar tiempo a la superación, producción, asesoramiento, actividades atléticas y disfrutan del sexo. Los que realizan trabajos físicos duros, pueden retirarse antes que los profesionistas. El retirarse del trabajo, también depende de factores interpersonales como la salud del cónyuge y la reubicación de amigos y factores ambientales como las finanzas familiares (Quinn & Burkhauser, 1990).
- Septuagenarios de 70 a 79 años de edad. Según Burnside, en esta década la tarea más importante del desarrollo es mantener integra la personalidad que se consiguió en la décadas anteriores. El mundo social disminuye por la pérdida de amigos y parientes, hay menor participación en grupos, se sufren enfermedades, se presenta inquietud e irritabilidad, disminuye la actividad sexual. Algunos logran evitar los efectos de la discapacidad.

- Octogenario, de 80 a 89 años de edad, es la etapa del anciano viejo, donde se inicia a vivir de los recuerdos. Se requiere de un adecuado ambiente, sin barreras, con privacidad y estimulación, con apoyo para continuar con relaciones sociales y culturales, de ser posible. Físicamente son débiles.
- Nonagenarios de 90 años en adelante. Donde los problemas de salud se tornan más graves, pueden cambiar sus actividades para aprovechar sus capacidades, hay ausencia de presión y responsabilidad social. Si las etapas anteriores se superaron con éxito, será una década serena. Por lo general son personas sanas, ágiles y más activas que las que tienen 20 años menos (Perls, 1995).

Desde un punto de vista evolutivo, se puede considerar la **madurez** como aquella etapa de la vida cuya frontera inferior corresponde al momento en que la generación del individuo de una especie ya ha cumplido su destino evolutivo.

La **madurez** es el periodo en el que el deterioro biológico y psicológico no afectan al funcionamiento, a los roles sociales y al estatus del individuo, en nuestro contexto cultural puede quedar comprendida entre los 40 y 65 años. Es una etapa de la vida, sobre la que contamos con menos datos y estudios científicos, a pesar de su enorme importancia en la fijación de la identidad y la preparación para una ancianidad saludable.

El límite superior de la madurez corresponde al inicio de la vejez/ancianidad, y la limitación es compleja.

En términos biológicos, resulta adecuado hablar de **envejecimiento** o análisis de la vejez en forma dinámica. El proceso de envejecer se inicia con el nacimiento, pero hay quien lo sitúa en los 30 años, donde se ha alcanzado la plenitud y los fenómenos catabólicos empiezan a dominar sobre los anabólicos. Proceso de naturaleza multifactorial; donde el denominador común más importante es la pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento en la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, y mayor probabilidad de sucumbir ante la enfermedad y la muerte.

La **pérdida de vitalidad**, definida por Ribera (2004, en Salvador-Carulla L., Cano A., Cabo-Soler J.R., 2004), es la incapacidad progresiva del organismo para

realizar correctamente sus funciones biológicas. Es decir, cuando el hombre envejece, pierde vitalidad por medio del deterioro progresivo de sus funciones fisiológicas, aún en ausencia de enfermedad. Las pérdidas funcionales se producen de una forma diferente en cuanto a intensidad y cadencia, existe variabilidad individual entre una persona a otra. Cuando aumentan los requerimientos, la pérdida de vitalidad se hace más evidente y genera una incapacidad para mantener la homeostasis en situaciones de estrés fisiológico.

El término **fragilidad en el anciano**, Buchner en 1992 (en Espinosa et al, 2004) lo define como “el estado en el que la reserva fisiológica está disminuida, asociado un aumento del riesgo de incapacidad, lo que lleva a una pérdida de la resistencia y un aumento en la vulnerabilidad..” p69. Es una fragilidad preclínica que no tiene repercusión funcional importante, y propone diferentes tipos de ancianos según el estado de salud:

- **Anciano sano:** aquel que no padece ninguna enfermedad ni presenta ningún problema funcional, mental o social.
- **Anciano enfermo:** es el que ya está diagnosticado de algún proceso agudo o crónico, pero no cumple criterios de anciano en riesgo, puede perder capacidad funcional.
- **Anciano de riesgo o frágil:** presentando alguno de los factores médicos, psicosociales o asistenciales que le confieren mayor predisposición al desarrollo de discapacidad y dependencia. Como la presencia de enfermedades crónicas, de síndromes geriátricos y de factores psicosociales y asistenciales.
- **Anciano dependiente:** cuando el deterioro funcional es suficiente para requerir la ayuda de otra persona para su funcionamiento diario, con discapacidad establecida, no reversible.

En 1980 la OMS estableció la Clasificación Internacional de los Déficit, las Discapacidades y las Minusvalías. La nueva clasificación en 2001, del Funcionamiento, la discapacidad y la salud, incluye tres dimensiones de la discapacidad:

- Deficiencia: problemas o funciones o estructuras corporales como una desviación significativa o perdida.
- Actividad: es la realización de una tarea o acción de una persona. Las limitaciones de la actividad se refiere a la anterior definición de discapacidad.
- Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital, las restricciones en la participación se relacionan con la definición de minusvalía.

Por otra parte, Papalia y Wendkos (1989) mencionan que la **senectud** se refiere a los aspectos psicológicos, donde se supone un bajo rendimiento intelectual, incapacidad para relacionarse socialmente, dificultades de adaptación e incapacidad para aprender nuevas cosas. La senectud se asocia con una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos, con la disminución de la agudeza visual y auditiva, se presentan fallas, que aunque leves pueden alterar el proceso perceptual. Por ejemplo, después de la sexta década de la vida, se describe disminución en el reconocimiento táctil de formas y en la discriminación de intensidades dolorosas.

La **senilidad** es un término general e impreciso que se aplica en general a los adultos mayores que experimentan un deterioro progresivo de sus capacidades mentales, como pérdida de memoria, desorientación en el tiempo y el espacio, y confusión general. Los gerontólogos la consideran una denominación anticuada (Feldman, 2006, p383).

La pérdida de las habilidades intelectuales en los ancianos se ha llamado senilidad, y significa ser viejo, utilizado como sinónimo de problemas cognitivos. Es decir, que en una persona de edad avanzada, se esperan fallas intelectuales severas.

Berger (2009), menciona que el término preciso para la pérdida patológica del funcionamiento del cerebro es **demencia**, o “fuera de su mente” en relación al deterioro grave del intelecto, la habilidad de solucionar problemas o la memoria.

Se considera que cuando la demencia se manifiesta antes de los 60 años, se llama demencia presenil, cuando ocurre después de los 60 años se le da el



nombre de demencia senil o psicosis senil. Sin embargo, continúa Berger, una persona puede desarrollar demencia a los 40 o a los 80 años, siendo que los síntomas son los mismos a cualquier edad.

En relación al término **envejecimiento**, Deví y Magán (2004) citan varias definiciones:

-Cowdry en 1942 refiere dos definiciones de envejecimiento: la primera como un "...Proceso involutivo que opera acumulativamente con el paso del tiempo y se aprecia en los diferentes sistemas orgánicos en forma de modificaciones vitales de células, tejidos y fluidos." Y la segunda como "...una serie de 'alteraciones estructurales debidas a infecciones, toxinas, traumas y disturbios nutricionales o disfuncionales, dando lugar a los llamados deterioros y cambios degenerativos".

-Confort, 1956 definía el envejecimiento como un "cambio en la conducta del organismo con la edad, que lleva a un decrecimiento del poder de supervivencia y adaptabilidad" (p.95).

-Handler en 1960, postuló "..Envejecer, es el deterioro de un organismo maduro, resultante esencialmente de cambios irreversibles intrínsecos a todos los miembros de una especie en dependencia con el tiempo, se verían incapaces de una forma creciente, de asimilar los factores del medio, incrementando de esta forma la probabilidad de muerte".

-Birren et al. en 1977 "...El envejecer se refiere a los cambios regulares que ocurren en organismos maduros, genuinamente representativos, que viven bajo condiciones ambientales representativas, a medida que alcanzan éstos en edad cronológica. " .

-Miller en 1994, indica que el envejecimiento es "...un proceso que convierte a adultos sanos en frágiles, a través de una disminución de las reservas en la mayoría de los sistemas fisiológicos y de un aumento exponencial de la vulnerabilidad frente a la mayoría de las enfermedades y a la muerte"(p.96).

La cultura es una importante influencia en la experiencia del envejecimiento (Moriwaki y Kobata, 1983, en Davidoff, 2003). Así por ejemplo, los japoneses

consideran que el cuidado de un progenitor anciano le honra; mientras que otras culturas pueden comprender rituales de desprecio y abandono.

Davidoff (2003), refiere que en países orientados hacia la juventud, como E.U., envejecer significa la pérdida de cualidades juveniles que son valoradas, como la belleza, la velocidad y fuerza, el ingreso y respeto.

Para Salvador-Carulla et al (2004) el **envejecimiento** tiene una carga negativa asociada al deterioro de las funciones del individuo con la edad. El conjunto de los factores psicosociales negativos asociados al envejecimiento (estigma, discriminación laboral de las personas en función de la edad, exclusión social del anciano, etc.) se denomina en inglés **ageism**.

**Ageing** engloba también los aspectos positivos de la experiencia y podría traducirse como ganar en años. Término que ha sido descrito como un coloquialismo no descriptivo que puede aplicarse a cualquier cambio a lo largo del tiempo, ya sea durante la primera etapa del desarrollo, la vida adulta joven, o la senescencia (evoluciones en los sistemas que supongan un deterioro del mismo, esto es, a la incapacidad para mantener la estructura, la integridad o el orden interno de un sistema).

En resumen y de acuerdo con éste autor, el envejecimiento humano comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura. Incluyen aspectos negativos y positivos. El envejecimiento no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales, y a las secuelas que este declive tiene sobre el funcionamiento y la participación social (ageismo); sino que incorpora aspectos como la mejora de procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en etapas avanzadas en la vida.

Deví y Magán (2004) hacen referencia que desde hace unas décadas, el tema de envejecimiento y demencia despiertan mayor interés en la sociedad en general; así como, el envejecimiento no debe ser sinónimo de pérdida de salud, y la salud es una de las mayores preocupaciones del anciano.

Estos mismos autores, proponen que el modelo de enfermedad en el anciano es un “continuum” que se inicia con la aparición de un problema médico que provoca

una disfunción en órganos y sistemas, que puede conducir al desarrollo o limitación funcional y evolucionar hasta la discapacidad y la dependencia. Afirman, que el deterioro funcional, puede ser la primera manifestación de la enfermedad o la consecuencia final de la enfermedad, tomando en cuenta el grado de fragilidad. “La atención de la salud de los adultos mayores se debe orientar al cuidado integral, para garantizar un envejecimiento saludable, productivo y activo de la población mexicana”, afirmó la Secretaria de Salud, Mercedes Juan (Foro Envejecimiento y Salud: Investigación para un Plan de Acción, 2013). Además, destacó que ante el cambio demográfico que vive el país, resultado del aumento de la esperanza de vida, es indispensable delinear las acciones a seguir para atender las necesidades de salud que demanda este sector de la población. Y explicó que envejecer condiciona importantes impactos en la economía de las familias, ya que estudios al respecto indican que una familia con una persona mayor consume 50 por ciento más de los recursos en salud, debido a la presencia de patologías crónicas que presentan las personas de este grupo de edad.

En conclusión el envejecimiento es una condición de salud que requiere especial atención sanitaria. Es un constructo complejo y multidimensional con tres dimensiones básicas: biológica, psicológica y social.

## **1.2 Estadística**

De acuerdo con Deví y Magán (2004), el estudio del envejecimiento se puede considerar como algo muy reciente. Con los cambios y modificaciones de hábitos de vida, los avances tecnológicos y científicos, la población puede llegar a vivir más años que en tiempos anteriores.

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, ha aumentado la población infantil, con aumento de calidad de vida. Y cada vez hay mayor número de adultos que llegan a la ancianidad, debido a la caída de tasa de fecundidad y la disminución de mortalidad.

El descenso de la fecundidad ha sido el principal determinante para la reducción de crecimiento de la población en el país, a partir de los años 70', lo que significó un proceso de estrechamiento de la base de la pirámide de población y el

desplazamiento de generaciones numerosas hacia grupos de edades comprendidas entre los 15 y 59 años. Se espera que la población mayor de 80 años vaya en aumento progresivo durante los próximos años, aunque no necesariamente, que la duración máxima se incremente de manera significativa.

El avance del envejecimiento demográfico en México son la caída de la fecundidad, el descenso de la mortalidad, sobre todo infantil y la migración de México hacia Estados Unidos de población joven activa (Castillo F & Vela F., 2005; en Garamendi F; Delgado DA; Amaya MA, 2010).

La incidencia de enfermedades y discapacidades crónicas aumenta con la edad. En 1930 los hombres vivían en promedio 33 años y las mujeres 35 años, la esperanza de vida al nacer, aumento a 59 años para hombres y 63 para mujeres en 1970. En la actualidad, se espera que una mujer de 60 años, alcance a vivir hasta los 82 años. La mortalidad masculina hace que las mujeres sean más longevas.

Entre 1970 y el 2000, la población de 60 años o más, incrementó 3.2%, es decir, 6.9 millones de personas, crecimiento que propició que los adultos mayores aumentaran su presencia. El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002), prevé que para el año 2025 las personas de 60 años o más, sean cerca de 15%; para el 2050 alrededor del 28%.

En México, la población de adultos mayores entre los años 2000 y 2006 creció en 1.5 millones de personas, al pasar de 6.7 a 8.2 millones, lo que representa un incremento del 20% ([www.Conapo. Gob.mx/prensa/20/2006/402006bol\\_pdf.](http://www.Conapo.Gob.mx/prensa/20/2006/402006bol_pdf.); en Garamendi F; Delgado DA; Amaya MA, 2010).

Para Salvador-Carulla et al (2004) la **esperanza de vida** (ex) es el promedio esperado de años de vida restantes para un grupo específico de población en cuanto a edad y sexo, la extrapolación de la tasa de mortalidad actual al tiempo de vida que alcanzará el 50% de los individuos de idéntica edad, sexo y situación geográfica, considerando que la situación social –sanitaria permanece estable y asume que el riesgo de muerte será igual para cada individuo de ese grupo, basado en las tablas estandarizadas de supervivencia. La suma de su edad y de su esperanza de vida se va incrementando conforme se hace mayor.

La esperanza de vida sana se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidad; y es prioritaria para la población anciana (Who, 2002; en Salvador-Carulla et al., 2004).

En lo que respecta a los niveles estadísticos de población, es notable el incremento de la esperanza de vida desde la mitad del siglo XIX hasta la actualidad, que se representa gráficamente en curvas hiperbólicas.

El profesor Leonard Hayflick, de la Universidad de California, San Francisco, concluye que para incrementar la esperanza de vida, se tendría que erradicar las enfermedades como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. También las previsiones de Olshansky, de la Universidad de Illinois, Chicago, en el sentido de considerar la cifra de 85 años como límite superior razonable de esperanza de vida en un futuro a medio plazo (Olshansky, 1990; en Salvador-Carulla et al., 2004).

Investigaciones de Oeppen J. y Vaupel JW. (2002, en Salvador-Carulla et al., 2004) consideran que siempre será superado cualquier límite establecido en el pasado para la esperanza de vida, aún no se ha alcanzado una meseta (zonas horizontales). Desde 1840 a la actualidad, en caso de las mujeres, se sigue dando un aumento constante y lineal de su valor de esperanza de vida de 2.5 años por cada década transcurrida, que pueden alcanzar un valor de 100 años a mediados del presente siglo. En el caso de los varones, con menor grado de aumento.

La investigación de la Universidad de la República de Uruguay en 2006, llamada “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, por Todd, Rossi, Triunfo (en Craig, 2009), concluyen:

En América Latina se ha dado un proceso de envejecimiento de la población, lo cual implica requerimientos en políticas específicas en salud, programas de servicios sociales y servicios médicos que puedan atender las necesidades que genera la longevidad. “El proceso de envejecimiento afecta no solo a los adultos mayores, sino también a la población joven a través de los sistemas de seguridad social, mercados laborales, transferencias intergeneracionales, distribución de ingresos, etcétera”.

No se encontraron diferencias por edad; pero si una declinación paralela de la tasa de morbilidad con la de mortalidad.

Por último, “las condiciones de los primeros años de vida son determinantes del estado de salud en etapas finales de la vida... Como señala la literatura, la expansión en la educación y las mejoras nutricionales en las etapas iniciales de la vida han hecho más por el incremento en la longevidad que la medicina clínica” p. 543 (Fogel, 2003; 2004; en Craig, 2009).

El proceso de la edad adulta tardía “es ya una prioridad crucial para los psicólogos. (Birren, 1996; Moody, 2000; en Feldman, 2006). Así como, conocer el proceso normal de envejecimiento, es decir, con ancianos productivos, con la menor discapacidad posible.

El objetivo del foro para la integración del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Salud 2013-2018, es mejorar la atención, acceso y calidad de los servicios de salud para los mayores de 60 años. El director general del Instituto Nacional de Geriátría, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, comentó que en nuestro país hay 11 millones 200 mil adultos mayores, y se prevé un crecimiento de 3.8 por ciento anual, lo que significará un incremento de más de 18 millones de personas de esta edad para el 2050.

En la actualidad 27 por ciento de los mayores de 60 años presentan una discapacidad y de ellos sólo 5 por ciento son totalmente dependientes. Mientras que 20 por ciento se encuentra en circunstancias de vulnerabilidad o fragilidad, éste es el principal grupo que tenemos que atender, ya que de no hacerlo podrían llegar a ser dependientes. Por lo que la **psicogerontología** (conjunto de ramas o especialidades de la psicología que tratan de describir, predecir y explicar el fenómeno de la vejez y el envejecimiento) tiene una enorme tarea. Reig (citado en Deví & Magán, 2004) considera que la **gerontología** “debe apostar... por la mejora de la calidad de vida y su evaluación sobre todo desde el punto de vista comportamental.” (p. 93). Es decir, a un grado de satisfacción al cumplir las expectativas de salud, nivel de actividad y relaciones sociales.

En la misma línea, la **gerontología** es una ciencia que se ocupa del estudio de todo lo relacionado con el proceso de envejecer. Abarca la biología molecular,

estudios socioeconómicos, consecuencias de la jubilación. Este término fue utilizado por primera vez por Metchnikoff en 1901, en su libro llamado La naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista. Los estudios gerontológicos son interdisciplinarios.

Los gerontólogos ven a la adultez tardía como similar a las edades más jóvenes, con pros y contras, influencias contextuales y plasticidad. Considerando todos los aspectos de la vida, llegando a la conclusión que el envejecimiento no es necesariamente problemático a menos que sea socialmente construido como un problema (Cruikshank, 2003; en Berger 2009).

La **Geriatría** es una especialidad médica, que se ocupa de los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano enfermo. Espinosa et al.(2004) menciona que el objetivo global de la geriatría es detectar y prevenir la pérdida de la independencia funcional, estableciendo desde el principio un plan estratégico que contemple el control de los factores de riesgo y la intervención terapéutica rápida y adecuada, junto con las actividades para la rehabilitación, para la recuperación y /o retardo del deterioro.

Para la Geriatría, según Salvador-Carulla et al. (2004), la funcionalidad está compuesta por la esperanza de vida independiente y la esperanza de vida dependiente, que se establecen según el individuo en cuestión, sea o no capaz de valerse por sí mismo o de requerir ayuda de terceras personas para realizar actividades elementales.

Por ahora, se debe considerar la vejez como una etapa más en la vida, pues en cuanto mayor sea la edad de la población, mayor será la probabilidad de encontrar personas que padecen una demencia (Deví & Magán, 2004). Para responder a las demandas, respecto a la detección, prevención e intervención de este sector poblacional; es necesaria una serie de acciones por parte de las distintas disciplinas.

### 1.3 Proceso normal de envejecimiento

Krassoievitch (1993) plantea tres tipos de edad para el estudio del desarrollo normal en la vejez:

- a) La **edad biológica** que se refiere a la esperanza de vida.
- b) La **edad psicológica** que estudia las capacidades del individuo para una conducta adaptativa.
- c) La **edad social** que se refiere a los roles o papeles sociales de un individuo, en relación a la expectativas que tienen su entorno social, para con los miembros de su grupo etario. Este mismo autor comenta que según Comfort (1977), 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez.

El envejecimiento normal, según Farreras (1999; en Deví, 2004) lo define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo en los seres vivos. Y se caracteriza por la pérdida de la capacidad de adaptación y reserva del organismo frente a los cambios, para mantener la homeostasis.

Por otra parte, Rivera (2004; en Salvador-Carulla et al., 2004) menciona que envejecer no es lo mismo que enfermar, “La vejez se ve acompañada de mayor número de padecimientos, pérdidas asociadas al proceso de envejecer moduladas por tres vías:

- La **fisiología**, donde hay modificaciones establecidas por el simple paso del tiempo, por el uso y tiene un carácter universal. La intensidad y cadencia en su aparición no afectan a todos los individuos por igual, ni a sus diferentes sistemas y órganos. Intervienen factores genético-moleculares cuyos estudios está a cargo de la biogerontología y forma parte del cuerpo doctrinal de las teorías del envejecimiento.
- La **historia previa** de enfermedades y padecimientos del individuo, así como las secuelas, condicionan el proceso de envejecimiento.



- Todo lo relativo a los **condicionantes ambientales** vinculados a la vida del individuo como son el estilo de vida, la actividad física, alimentación y los factores de riesgo al que ha estado expuesto, entre otros.

Por lo anterior, el ideal es “envejecer en las mejores condiciones posibles, sin historia clínica previa significativa, en ausencia de factores de riesgo importantes, con un desgaste fisiológico mínimo y disponiendo de una buena carga genética. Cuando esto ocurre se habla de “**envejecimiento eugérico**” (p.30). También llamado “successful aging” (envejecer con éxito), son personas en donde en el último periodo de la vida las enfermedades se acumulan y se comprimen. En estos individuos, la edad de fallecimiento se aproximaría a la **esperanza de vida máxima**, que es el máximo periodo de tiempo que puede alcanzar la vida de un individuo, donde la esperanza de vida humana alcanza hasta 120 años.

Lo contrario al “successful aging”, encontramos el “usual aging”, concepto vinculado a la normalidad estadística y es al que ajusta la inmensa mayoría de la población; es la esperanza o expectativa de vida media.

El **envejecimiento patogérico** es el que se da en los individuos que acumulan enfermedades y factores de riesgo en edades tempranas, reduciendo la esperanza de vida.

La **expectativa de salud** es una medida basada en la población que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable y satisfactoria, exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales a criterios profesionales. Es un indicador sanitario, medidas sensibles a la dinámica de la salud.

Deví y Magán (2004) proponen que los estilos de vida se consideran como determinantes conductuales para envejecer con éxito. Entre éstos encontramos:

1. La Actividad Física con efectos de prevención y tratamiento.
2. Alimentación sana, considerando los riesgos de la obesidad y la desnutrición.
3. El tabaco y alcohol, como factores de riesgo.
4. Salud bucal, asociada a la desnutrición.

5. Adherencia terapéutica, control de la polifarmacia y la yatrogenia medicamentosa.

Gerrig y Zimbardo (2005) proponen algunos consejos para un envejecimiento exitoso:

- El desarrollo como una clase de cambio que siempre va acompañado de ganancias y pérdidas.
- Solidificar las ganancias y minimizar las pérdidas.
- Los cambios que suelen asociarse con el envejecimiento, están en función del desuso más que en función del deterioro.
- La elección de amigos debe cambiar a lo largo del tiempo para compensar muertes u otras pérdidas.
- Seleccionar metas que sean más importantes para sí mismo, optimizar el desempeño con respecto a ellas y compensar cuando haya bloqueos (p.357)

El envejecimiento exitoso podría consistir en lograr la mayor cantidad de ganancias y minimizar el impacto de las pérdidas normales que acompañan a la vejez.

**Life-span** (frontera o arco vital) de acuerdo a Salvador-Carulla et. Al. (2004) se define como la edad alcanzada a la muerte de un individuo. El término "Maximum life-span" se refiere a la vida absoluta, duración total, genéticamente determinada, de un individuo bajo las mejores condiciones ambientales, como frontera vital máxima. O bien, lapso total de la vida de un individuo.

En sociología la teoría del "life span" se refiere a la una aproximación al ciclo vital que considera como determinantes los aspectos sociales ligados a las diferentes etapas de la vida. Es decir, si el individuo se sitúa en las estructuras sociales en función de estatus ordenados de forma jerárquica, las estructuras determinan un sistema de desigualdades sociales que a su vez moldean el autoconcepto y la identidad del individuo. Esta teoría, se contrapone a la teoría del curso de la vida que tiene en cuenta la maleabilidad, el cambio personal y otros factores personales en la construcción de la propia identidad.

Continuando con este autor, el “**Active-ageing**” o **envejecimiento activo** es utilizado en relación al empleo tras los 55 o 65 años, o la promoción de hábitos saludables en la tercera etapa de la vida. La OMS sustituyó el concepto anterior de envejecimiento saludable por el de **envejecimiento activo** como “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad para facilitar la calidad de vida a medida que las personas ganan años “. Es decir, mantener la participación en los asuntos públicos, sociales, económicos, espirituales y cívicos, además de mantenerse físicamente activo y empleado. Es un nuevo paradigma que considera al anciano como un integrante activo de una sociedad de todas las edades, contribuyente y beneficiario del desarrollo.

La promoción de la longevidad se traduce en el aumento de la esperanza de vida sana. La mejora de esperanza de vida parece ligada a la promoción de hábitos saludables y la erradicación de conductas de riesgo.

La **longevidad** es un área de conocimiento que trata de los factores asociados a una esperanza de vida sana después de los 65 años desde una perspectiva multidisciplinaria e integradora (biopsicosocial). La longevidad se relaciona con la promoción de la salud y estudia factores y procesos que ocupan todo el ciclo de vida.

La OMS ha explorado también la aplicación del concepto de salud a la longevidad relacionándola con el envejecimiento activo y la promoción de la salud. En este contexto la salud debería ser promocionada durante toda la vida, para que al llegar a edades mayores se pueda continuar disfrutando de un bienestar.

También se describe el término **bienestar** como el universo de dominios de aspectos físicos, mentales y sociales, educación, el trabajo y el ambiente (OMS, Madrid, 2001; en Salvador- Carulla et al., 2004).

Sin embargo, Who (en 2002, en Salvador-Carulla et al., 2004), establece que en la medida en que la persona envejece, la calidad de vida se relaciona con la capacidad de mantener la **autonomía e independencia**. Definiendo la autonomía como “la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo uno vive su vida cotidiana, en relación a las normas y preferencias. La

independencia, entendida como la capacidad de efectuar funciones de la vida diaria” (p. 36).

La sabiduría designa el conocimiento experto que se concentra en los aspectos esenciales de la vida y comprende un juicio y consejo. Con la edad mejora la cantidad y calidad de conocimientos del individuo relacionados con la sabiduría.

Las investigaciones y el progreso del Proyecto Genoma Humano, de acuerdo a Lozano (en Salvador-Carulla et al., 2004); la genómica y proteómica abren nuevos horizontes respecto a conocer y controlar la expresión de nuestros genes y la posibilidad de modificar los genes para corregir defectos o modular procesos. Así como la aplicación de la medicina predictiva para localizar los riesgos individuales para enfermedades impulsoras y asociadas al envejecimiento. La esperanza de vida se relaciona íntimamente con el envejecimiento y la longevidad.

Actualmente se carece de conocimientos para establecer relaciones de causa-efecto entre envejecimiento y longevidad y las alteraciones. Así también, las interacciones entre los factores biológicos y ambientales que condicionan el proceso del envejecimiento, por lo que aún no hay forma de explicar el fenómeno global.

Varias investigaciones (Cournil A. 2001, De Benedictis G, et al., 2001, Haveman-Nies A, et al. 2002 en Salvador-Carulla et al., 2004), han llegado a la conclusión que alrededor de 25-30% de los factores condicionantes de la duración de la vida están genéticamente determinados. Siendo que el resto de los factores guardan un 70-75% de relación con los hábitos de la vida, como puede ser la actitud mental positiva, adecuadas relaciones humanas, aceptación de limitaciones, hábitos saludables de alimentación, actividad física, etc.

Los avances científicos mostrados en el congreso de la American Academy de Anti-Aging Medicine (A4M, 2002 en Salvador-Carulla et al., 2004), respecto a la prolongación de la juventud y la longevidad, así como la posibilidad de rejuvenecimiento, mostraron previsiones que incluían generalización en el plazo de dos años de los tratamientos anti envejecimiento basados en estructuras hormonales, la implantación cerebral de dispositivos útiles en enfermedades neurodegenerativas, eliminadores de sustancias neurotóxicas (Silverberg GD. et

al., 2002), desarrollo de nuevos inhibidores del sistema ACE útiles hacia diversas patologías, combinación de tecnologías de imágenes no invasivas, suministros nanotecnológicos de fármacos y terapias laser-ultrasonidos capaces de eliminar los depósitos causantes de aterosclerosis.

Algunos autores como Olshansky, Hayflick y Carnes, en su publicación *The Truth about Human Aging* (2002, en Salvador-Carulla et al., 2004) hacen un resumen donde destacan:

“Una hipotética inmortalidad queda fuera del contexto científico; la esperanza de vida no supera los 90 años en el transcurso del siglo XXI; no existe método científico establecido que permita conocer la verdadera edad biológica de una persona; no hay hormona cuya administración ha demostrado reducir, interrumpir o revertir el envejecimiento. El efecto de las dietas hipocalóricas en humanos no está bien establecido y su posible eficacia, pero sí los importantes efectos sobre la calidad de vida. No es posible llevar a cabo ningún rejuvenecimiento, ni existe medicina con efecto anti envejecimiento real; los suplementos dietéticos de antioxidantes no tienen demostrado un efecto directo contra el envejecimiento. La medicina geriátrica, combate los efectos del envejecimiento; las terapias génicas y la sustitución de órganos y tejidos que retrasen o reviertan el envejecimiento tienen posibilidades lejanas. Y por último, los estilos de vida saludables, ayudan a conseguir mayores expectativas de vida al retrasar o evitar las enfermedades relacionadas con la edad” (pp 19-20).

Lozano (en Salvador-Carulla et al., 2004) concluye que se están haciendo investigaciones sobre las causas de las enfermedades y de la mortalidad, siendo necesario hacer esfuerzos sobre los mecanismos de envejecimiento y

senescencia, para mejorar las condiciones del envejecimiento o incrementar la longevidad.

#### 1.4 Teorías del envejecimiento

Espinosa (2004) refiere que existen “más de 300 teorías del envejecimiento”, ya que intervienen múltiples procesos.

Feldman (2006) menciona las *teorías de la preprogramación genética* del envejecimiento, donde las células humanas tienen un límite de tiempo preestablecido para su reproducción, y dejan de dividirse o se vuelven perjudiciales para el cuerpo. En contraste, las *teorías del envejecimiento por desgaste*, que propone donde las funciones mecánicas del cuerpo dejan de funcionar eficazmente con el envejecimiento, los subproductos de desecho en la producción de energía terminan por acumularse y se generan errores en la división de las células. Este mismo autor, plantea que ambos procesos contribuyen al envejecimiento natural; siendo que el envejecimiento físico no es una enfermedad, sino un proceso biológico natural.

Ruiz (citado en Deví & Magán, 2004), menciona que después de analizar teorías y datos sobre el envejecimiento, apunta que ninguna de estas teorías, aclara la causa de envejecimiento. Sin embargo, propone diferentes **mecanismos de acción en el envejecimiento** como son:

-*Autointoxicación*.- Proveniente de sustancias tóxicas generadas por productos de desecho procedentes del intestino.

-*Programación de forma genética*.- Se refiere a que existen genes específicos que regulan el envejecimiento, como un reloj biológico.

-*Acumulación de errores*.- Con base genética, se refiere a la producción de errores en la activación de los distintos aminoácidos que intervienen en la síntesis del ácido desoxirribonucleico, produciéndose una cadena de errores que finaliza con la muerte celular.

-*Estrés carbonílico*.- En donde sostiene que la oxidación de carbohidratos y lípidos y/o una inadecuada detoxificación de compuestos carbonilo pueden contribuir al

proceso de envejecimiento. El estrés y la lesión celular, pueden acelerar el envejecimiento de los tejidos.

*-Teoría autoinmunitaria.-* Se cree que durante el envejecimiento se produce una disminución en la calidad de las defensas inmunitarias, por mal funcionamiento entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario.

*-Teoría de los radicales libres.-* Miquel *et al.*, (1980, citado en Deví & Magán) propusieron la teoría mitocondrial que postula que el daño oxidativo producido por los radicales libres derivados del oxígeno en la mitocondria, y sobre el ADN mitocondrial, sería la principal causa del envejecimiento. Siendo la *Teoría de los radicales libres* la que relaciona el envejecimiento con fenómenos del desarrollo.

Deví y Magán (2004) concluyen que se afectan todos los sistemas del individuo que determinan la forma y función, con una disminución en la capacidad de resistencia y de respuesta ante las fluctuaciones y las agresiones del medio interno y externo.

La edad cronológica, el número de años de una persona, no suele ser un buen indicador del avance del proceso de envejecimiento. Aún no se ha podido idear un biomarcador del envejecimiento moderadamente útil. Se han utilizado como biomarcadores los genes, las hormonas, células, la tomografía computarizada, etc. Sólo las investigaciones pueden servir como aproximaciones parcialmente útiles y comprender la complejidad del proceso.

Desde los años 30 se ha demostrado que una dieta hipocalórica, equilibrada, incrementan la longevidad y prologan el estado de buena salud, disminuyendo enfermedades. Por lo que la restricción calórica, puede ser el único mecanismo capaz de incrementar la longevidad, por la disminución del estrés oxidativo de los procesos metabólicos aerobios. Un enlentecimiento del progreso de los cambios que se dan en el envejecimiento en diferentes especies, en humanos significaría disminuir la ingesta calórica habitual en un 30%, es decir, 1750 calorías diarias.

El sistema inmunitario experimenta modificaciones y deterioros importantes en el envejecimiento, proceso llamado inmunosenescencia, que favorece una mayor incidencia de infecciones, reacciones antiinmunes y cánceres.

Se espera que con los avances en investigaciones futuras, puedan llegar a completarse las interacciones neurológicas y el sistema endocrino (sistema neuroinmunoendócrino), en conjunto con la dieta y el ejercicio. Relaciones estudiadas recientemente, proponen que el envejecimiento se acelera con el estrés o desequilibrio oxidativo. El ejercicio físico y la nutrición (antioxidantes, restricción calórica) favorecen el equilibrio oxidativo, manteniendo la homeóstasis y favorece la longevidad.

En resumen, el envejecimiento es un proceso fisiológico, genéticamente modulado, que tiene lugar continua y progresivamente desde el nacimiento hasta la muerte de cada ser vivo. En el ser humano se traduce como el conjunto de alteraciones moleculares, genéticas, celulares, tisulares y orgánicas que afectan a su morfología, fisiología y comportamiento. Los enfoques científicos nos brindan modelos moleculares del envejecimiento, mecanismos simultáneos a estas alteraciones que podrían modificar la velocidad y evolución del proceso.

El proceso de envejecimiento se asocia a una mayor propensión para enfermar y sufrir cierto deterioro fisiológico. Sin embargo, en la práctica nos enfrentamos a dificultades para diferenciar entre los cambios debidos al proceso de envejecimiento y los que son consecuencia a enfermedades.

La mayoría de los biogerontólogos creen que la rápida expansión del conocimiento científico puede llevar al descubrimiento de los medios para retrasar la tasa de envejecimiento.

Es interesante la controversia sobre el papel de los genes y del ambiente sobre el envejecimiento, sin embargo, no hay duda de que a nivel celular la longevidad está determinada genéticamente de modo esencial. “Los humanos somos estructuras genéticas mucho más complejas”. (Lozano, Salvador-Carulla et al., 2004).

Las enfermedades neurodegenerativas podrían ser objeto preferente de técnicas de terapia celular, ya que en el sistema nervioso central el envejecimiento está asociado a una progresiva pérdida de la función que se incrementa en los trastornos neurodegenerativos como en las enfermedades de Parkinson y Alzheimer.



En el ámbito **psicosocial**, también se han formulado diversas teorías para tratar de entender el desarrollo psicosocial durante el envejecimiento.

Berger (2009), establece tres grupos de teorías: teorías del sí mismo, teorías de estratificación y teorías dinámicas.

Las teorías del sí mismo tienen la premisa de que los adultos buscan ser ellos mismos. La manera en que toman decisiones, resuelven problemas y se interpreta la realidad los define. Estas teorías enfatizan “la manera en que la gente negocia los desafíos del yo” (Sneed y Whitbourne, 2005, p380), habilidad que los adultos mayores utilizan para enfrentar enfermedades, retiros, pérdidas de seres amados, etc. Las teorías del sí mismo (self), se centran en que cada persona depende de sí misma.

Según Erik Erikson (1982), hay una serie de tareas implícitas en el desarrollo del ser humano, propias de las sucesivas etapas. Estas tareas son, en gran parte, impuestas por la sociedad y la cultura. A través del proceso de socialización, el cumplir estas tareas llega a convertirse en una aspiración del propio individuo, marcando definitivamente su proceder en determinados momentos de su vida.

La etapa adulto tardío (adulto mayor) es un proceso que va desde los sesenta años en adelante. A medida que el adulto completa el ciclo de haber vivido él, y asegurado que viva la generación siguiente, se llega al tema final del ciclo vital: la integridad reposa en la aceptación de la sucesión de las generaciones y de la finitud de la vida natural. Esta fase final implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía trascendente de la vida. Por el contrario, si no se adquiere esta noción de integridad, la desesperación y el temor a la muerte se presentarán como resultado de una vida irrealizada. La tensión entre los aspectos de integridad y desesperación, como parte de la crisis del desarrollo ayuda a la persona a avanzar hacia un entendimiento integral.

Para mantener la integridad, Berger (2009) concluye que los adultos mayores están orgullosos de estar alerta, ser independientes y respetados, ya que la integridad comienza a forjarse mucho antes de la vejez.

A través de la vida, cada experiencia, requiere de una reevaluación de la identidad, (Cross & Markus, 1991; Kroeger, 2007; van der Meulen, 2001; Zucker y

Cols, 2002; en Berger, 2009) y es en la vejez donde se pone a prueba la identidad, por los cambios de apariencia, salud y empleo. La teoría del sí mismo, que se origina en la quinta etapa de Erikson llamada “*Identidad frente a confusión de rol*”, explica por qué durante la adultez tardía, se suele dar a algunos objetos y lugares un valor mayor y diferente a lo que fueron antes; como una manera de aferrarse a la identidad. La acumulación de cosas puede tornarse compulsiva, pero es una forma de no perderse a sí mismo.

Así algunos pueden asimilar o reinterpretar las nuevas experiencias como parte del mismo patrón anterior, otros llegan a elegir la acomodación, es decir abandonar la identidad vieja de frente a nuevos contextos.

Es en la asimilación donde la identidad permanece sin cambios y las nuevas experiencias se incorporan o asimilan en estructuras previas. La persona distorsiona la realidad para negar lo nuevo, dando un valor como que la vida pasada fue mejor.

La asimilación resguarda el auto concepto de la discriminación por la edad (Sneed & Whithbourne, 2005; en Berger, 2009). La asimilación puede ser parte del rechazo, y conducir a una posición rígida.

En cambio la acomodación, es peor para la autoestima, donde las personas se adapta al cambio abandonando su identidad, en la premura de quererse ajustar demasiado, se aceptan estereotipos de discriminación por la edad, produciendo depresión y deterioro de la salud, mismas que pueden acelerar la mortalidad. Así la integridad es imposible.

Entonces, continúa Berger, lo ideal es que la persona combine una identidad bajo circunstancias cambiantes, evitando la resistencia sin sentido o asimilación, y la derrota total o acomodación. La identidad constructiva, conlleva creencias durables y estables, como algunas de corta duración y variables.

Las características y tareas de cada una de las etapas descritas por Erickson constituyen fases en constante movimiento, un individuo siempre está en el proceso de desarrollar su personalidad.

Paul y Margaret Baltes propusieron la **estrategia optimización selectiva con compensación**, en donde *selectiva* se refiere a que una persona disminuya el

número y la magnitud de sus metas personales, *optimización* se refiere a ejercitar o entrenamiento de las áreas que son de alta prioridad para ellos. La *compensación* implica que las personas utilicen formas alternativas para enfrentar sus pérdidas. Y forma parte de las teorías del sí mismo.

Es así como las personas pueden proponerse metas, evaluar sus propias habilidades, y resolver cómo llevar a cabo la realización de lo que quieren alcanzar a pesar de las limitaciones y el deterioro que los años traen consigo. Siendo que la gente adulta durante los últimos años, busca mantener las habilidades relacionadas con el bienestar (Ebner y cols., 2006). Por lo que la optimización se combina con la compensación y la asimilación con la acomodación.

Las teorías de estratificación de Cummings y Henry de 1961 (Berger 2009), enfatizan que las fuerzas sociales e influencias culturales, son las que limitan las elecciones y dirigen la vida. Las sociedad organiza a la personas, en la adultez tardía, la acumulación de la estratificación pasada es grande. Siendo la edad, el género y la etnia las tres categorías principales de estratificación.

La teoría de la ruptura del compromiso, es una versión de la teoría de estratificación, en donde la perspectiva de que en el envejecimiento la esfera social disminuya progresivamente, abandonando un rol, retiro y pasividad. Los roles tradicionales pierden disponibilidad o importancia.

Por el contrario, gerontólogos desarrollaron la “Teoría de la actividad” (Kelly, 1993; Rosow, 1985; en Berger 2009) que sostiene que la gente mayor quiere y necesita mantenerse activa, en contacto con sus parientes, amigos y grupos. En caso de que la persona rompa el compromiso y se retire, es tomado como una actitud no deseada.

Hay diversas investigaciones que avalan, de alguna manera, la teoría de la actividad (Rowe & Kahn, 1998; Manini y cols., 2006; Silverstein & Parker, 2002 en Berger 2009), en donde se concluye que mientras más activos estén los adultos mayores y más roles tengan, mayor es la satisfacción y más largas sus vidas.

Las teorías dinámicas, consideran a cada persona como un proceso activo, cambiante, autopropulsado que ocurren dentro de un contexto social que también está en cambio.

Como parte de las teorías dinámicas, se encuentra la teoría de la continuidad misma que se centra en cómo mutan las propiedades del sí mismo junto con los cambios sociales y biológicos; donde la meta primaria del desarrollo es adaptarse al cambio. La continuidad es posible en la medida que la gente responde a su contexto; es decir la gente se acomoda al envejecimiento y a las circunstancias.

Las teorías dinámicas consideran las experiencias tempranas como eventos psíquicos que se incorporan para toda la vida.

Feldman (2006), retoma la “*La teoría del retiro en el envejecimiento*”, que propone que el envejecimiento genera un retraimiento gradual del mundo en los planos físico, psicológico y social (Cummings y Henry, 1961). En donde esta separación ofrece la oportunidad para reflexionar y menos inversión emocional en los demás, en un periodo de la vida en que es inevitable que las relaciones sociales terminen por muerte.

Blau (1973) propuso “La teoría de la actividad en el envejecimiento”, que sostiene que las personas que mejor envejecen son las que mantienen intereses, actividades y el nivel de interacción social que experimentaban durante la mediana edad...” (p.384). En donde la edad adulta tardía es parte de la continuidad del funcionamiento de la persona, durante la primera parte de la vida.

La forma en que se percibe el proceso de envejecimiento, según evidencias, muestran cómo las percepciones personales positivas sobre el envejecimiento se asocian con una mayor longevidad (Charles, Reynolds y Gatz, 2001; Levy et al., 2002; en Feldman, 2006).

El proceso de revisión de vida: es cuando las personas examinan y evalúan su vida. Es decir, recordar o reconsiderar el pasado, buscando una comprensión de sí mismos, dando como resultado mayor sabiduría y seguridad. Por lo que ahora se considera, la vejez como un periodo de crecimiento y desarrollo, como cualquier otro periodo en la vida.

En la actualidad, la muerte es un tema temido y cargado de emociones. Siendo un tema estresante para la mayoría de los adultos tardíos, ya sea por la muerte de seres amados, o la contemplación de la propia muerte. Prepararse para la muerte es “una tarea de desarrollo más crucial. (Aiken, 2000; en Feldman, 2006). La

conciencia de sus aspectos y consecuencias psicológicas, pueden hacer que su llegada inevitable produzca menos ansiedad y sea más comprensible.

### **1.5 Cambios durante el envejecimiento**

Los **cambios físicos** aparecen paulatinamente en el proceso de envejecimiento. Así tenemos los cambios en la apariencia en donde el cabello disminuye y encanece, la piel se arruga y pierde tono, y en ocasiones se produce una ligera pérdida de peso cuando disminuye el grosor entre las vértebras de la espina dorsal. Los sentidos como la vista, el oído, el olfato y el gusto pierden sensibilidad; el tiempo de reacción se vuelve más lento y cambia la resistencia física (DiGiovanna, 1994; Whalley, 2003; en Feldman, 2006).

En Espinosa et al. (2004) describen las causas de los cambios físicos en el envejecimiento, donde se encuentran:

- Pérdida de la estatura (a partir de los 40 años), debido a la pérdida de masa ósea y la reducción de los cuerpos vertebrales.
- Piel, se producen fenómenos atróficos, la capa basal se hiperpigmenta y aparece hiperqueratosis.
- Aparato cardiovascular, al acumularse tejido graso alrededor del nodo sinusal, se incrementa las lesiones fibrosas auriculares, hay pérdida de fibras musculares y de fibras específicas de conducción, entre otras alteraciones. Los cambios fundamentales se deben a la diferente adaptación del corazón a esfuerzo, debido a la incapacidad del anciano para alcanzar frecuencias cardíacas elevadas.
- Los vasos sanguíneos, incrementan las resistencias periféricas, que contribuyen a la elevación de la tensión arterial sistólica asociada al envejecimiento, alterándose las respuestas vasculares (vasodilatadoras y vasoconstrictoras).
- En el aparato respiratorio, el cambio más importante es la pérdida de la elasticidad pulmonar. Así también, hay una disminución de la tasa de transporte mucociliar y durante el sueño hay menos inspiraciones profundas, incrementándose el riesgo de sufrir neumonías.
- En los riñones, hay disminución de la masa, aumento de la grasa intra y perirrenal, con una reducción del número y tamaño de las nefronas, con pérdida

del parénquima y aumento del espacio intersticial entre túbulos y tejido conectivo. Se produce una esclerosis en la pared de los grandes vasos renales, con afectación de los pequeños vasos y disminución del flujo sanguíneo. Disminuye la capacidad de excreción y reabsorción en los túbulos renales. La sensación de sed es menor y hay disminución de la capacidad de reabsorción de glucosa.

-En el aparato digestivo, las piezas dentales disminuyen en cantidad y función, se altera la secreción de saliva, se atrofian las papilas linguales, se altera movilidad esofágica y aumenta la susceptibilidad de la mucosa gástrica. En el colon, disminuye la elasticidad y motilidad. Aumenta la prevalencia de coleditiasis.

- En el sistema nervioso, hay una reducción del peso del 7% al 10%, una pérdida de volumen cerebral y aumentan los surcos y adelgazan las circunvoluciones corticales, engrosamiento de las meninges y coloración cremosa de la superficie cerebral. Hay una pérdida del número de sinapsis y se desarrollan lesiones neuríticas. Empeoran la transmisión dopaminérgica, se reducen las células colinérgicas, la síntesis y liberación de acetilcolina, los niveles de serotonina permanecen estables entre otras. Por lo que hay una pérdida de la sensibilidad táctil, vibratoria y discriminatoria y la capacidad motora, con menor coordinación y control muscular.” inmun. end.

-El volumen cerebral alcanza su máximo desarrollo alrededor de los 20 años, posteriormente declina gradualmente hasta los 55 años que es cuando se acelera el proceso de reducción. Esto trae como consecuencias otros cambios como la atrofia cortical, dilatación ventricular, degeneración subcortical, las funciones fisiológicas del flujo cerebral de intensidad variable, en las ondas cerebrales. Cabe mencionar que el metabolismo cerebral no se altera.

Lozano (en Salvador-Carulla, et al., 2004) menciona que después de cuatro décadas de investigaciones, se podría afirmar “Aún nos encontramos en la infancia del proceso de comprensión de los daños oxidativos y del papel de los antioxidantes en el fenómeno del envejecimiento” (p. 22).

La apoptosis es la muerte celular programada, proceso fisiológico, regulada genéticamente, juega un papel importante en los organismos multicelulares por la

participación en el mantenimiento del equilibrio entre los procesos de proliferación, diferenciación y muerte celulares.

A lo largo del envejecimiento se produce una desregulación del proceso apoptótico, pero el posible uso práctico de activadores e inhibidores es un proyecto lejano.

Una buena parte de las enfermedades causantes de la disminución de años de vida, tiene condicionamientos poli genético indirectos. Los genes asociados a una mayor vulnerabilidad para sufrir enfermedades, la capacidad de reparación se relaciona con la duración del ciclo vital y los mecanismos reparadores pierden eficacia con el envejecimiento. (De Boer, et al., 2002, en Salvador-Carulla et al., 2004).

Durante la vejez, se observan **cambios** en el patrón **cognitivo**, aunado a los problemas motores y sensoriales asociados al envejecimiento. Al menos hasta los 75 años las funciones mentales se mantienen, con excepción de algunas funciones psicológicas que requieren velocidad.

Ahora, existen técnicas de investigación complejas que permiten estudiar los cambios cognoscitivos en los adultos tardíos, y se pueden desempeñar mejor en las pruebas de inteligencia práctica que los individuos más jóvenes (Cornelius y Caspi, 1987, Kausler, 1994; Willis y Schaie, 1994; Dixon y Cohen, 2003; en Feldman, 2006).

Sin embargo, ocurre una disminución en el funcionamiento intelectual en la edad adulta tardía, aunque el patrón de diferencias de edad no es uniforme en los casos de diferentes tipos de capacidades cognoscitivas. Las habilidades relacionadas con la inteligencia fluida (razonamiento, memoria y procesamiento de la información) se presentan disminuciones, en comparación con las habilidades que tienen que ver con la inteligencia cristalizada (información, habilidades y estrategias de resolución de problemas) que permanecen constantes, y en algunas personas pueden llegar a mejorar (Schaie, 1994; Saltouse, 1996; Stankov, 2003; en Feldman, 2006).

El estado de salud es una variable muy importante en la evolución de las capacidades cognitivas. El declinar cognitivo se asocia con un incremento de

problemas de salud. Las personas que conservan su salud mental y física, suelen mantener su nivel de habilidades cognitivas y pueden mejorar el rendimiento verbal hasta los 75 u 80 años.

Ardila y Roselli (citado en Arango et al., 2003) administraron una batería de pruebas neuropsicológicas a 346 sujetos normales con edades comprendidas entre los 55 y 80 años; encontraron diferencias significativas dependientes de la edad y del nivel educacional. Es decir, la disminución en las habilidades visoespaciales, visoperceptuales y construccionales es un elemento central durante el envejecimiento. La lentificación motora, el aumento en los tiempos de reacción, disminución en el reconocimiento de figuras incompletas, errores en la copia de figuras bidimensionales y tridimensionales, problemas de segmentación y perseverancia representan un declive progresivo de la velocidad cognitiva correlacionado con la edad.

Alrededor de 5% de la población experimenta grandes pérdidas en el funcionamiento cognoscitivo. Esto es cuando el deterioro de funcionamiento cognoscitivo está relacionado con la edad, por lo que se limita a algunas capacidades. La inteligencia se separa en componentes que conforman las habilidades verbales (inteligencia cristalizada) y las capacidades para aprender con rapidez y profundidad (inteligencia fluida). Siendo esta última la que muestra el principal deterioro por causa de la edad, básicamente por la disminución de la velocidad de procesamiento (Baltes y Staudinger, 1993; Singer et al., 2003; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

La inteligencia fluida es concebida de origen biológico, se beneficia poco de la educación o experiencias culturales. Llega a su máximo en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y decae en la ancianidad, junto con los cambios cerebrales.

La inteligencia cristalizada se refiere a la reserva de la persona de conocimientos que se acumulan poco a poco, como el vocabulario, matemáticas, razonamiento social e información. Se necesitan excelentes capacidades fluidas para adquirir las cristalizadas de alto nivel. Las habilidades cristalizadas pueden mejorar durante toda la vida adulta. (Davidoff 2003)



Las investigaciones, indican que los adultos mayores que buscan altos niveles de estimulación ambiental, tienden a mantener altos niveles de capacidades cognoscitivas. (Gerrig & Zimbardo, 2005).

La conclusión: se debe mantener la mente trabajando. Warner Schaie y cols. Han podido demostrar que el programa de entrenamiento puede revertir el deterioro de algunas habilidades cognoscitivas de adultos mayores (1994; Schaie y Willis, 1986; en Gerrig, 2005). Es decir, la falta de uso puede ser el responsable de las deficiencias en el desempeño intelectual que no está relacionado con la velocidad de procesamiento (Hultsch et al., 1999; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

La senectud se asocia con la disminución en la capacidad de memoria y aprendizaje. Se incrementa la tasa de olvido y se reduce la habilidad para adquirir nueva información. Estas dificultades se inician hacia la quinta década de la vida y son lentamente progresivas. Este deterioro de la memoria es lento en el envejecimiento normal pero acelerado en caso de demencia. Además, las disminuciones cognoscitivas pueden deberse a ansiedad y depresión temporal que pueden ser tratadas.

Los adultos mayores, muestran disminución en la memoria sólo en determinados tipos de recuerdos. Las pérdidas de memoria tienden a ser recuerdos episódicos, relacionados con experiencias específicas. Por otra parte, los recuerdos semánticos (conocimientos y hechos generales) y los implícitos (no conscientes), no se ven tan afectados por la edad (Graf, 1990; Russo y Parkin, 1993; en Feldman, 2006).

Los adultos mayores de 60 años tienen un peor desempeño que los adultos jóvenes de 20 años (Craik, 1994, Hultsch et al., 1998; en Gerrig & Zimbardo, 2005). Las personas experimentan pérdidas de la memoria con el envejecimiento, aun cuando hayan recibido una gran educación y tengan buenas habilidades intelectuales (Zelinski et al., 1993; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

El envejecimiento afecta los procesos que permiten que la nueva información se organice, almacene y evoque de manera efectiva (Crail, 1994; Giambra y Arenberg, 1993; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

Hasta ahora, los investigadores no han podido desarrollar una descripción por completo adecuada de los mecanismos que subyacen al deterioro de la memoria en los ancianos (Craik, 1999; en Gerrig & Zimbardo, 2005). También consideran que el desempeño de los ancianos puede estar deteriorado por la creencia de que su memoria es mala (Hertzog et al., 1990; Levy y Langer, 1994; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

Muchos adultos mayores conservan las capacidades de memoria y adquieren sabiduría, algunos pueden presentar un deterioro notable en el funcionamiento cognitivo, que puede ser temporal, progresivo o intermitente, leve o severo.

De acuerdo a Todd, Rossi, Triunfo (en Craig, 2009), el deterioro no es intrínseco al proceso de envejecimiento, se atribuye a otros factores como problemas de salud, una deficiente instrucción formal, pobreza y falta de motivación.

Al respecto Feldman (2006) comenta que el cambio de la memoria no es una parte inevitable del proceso de envejecimiento. Las investigaciones demuestran que los ancianos de culturas en las que a los adultos mayores se les tiene en alta estima, como en el interior de China, tienen menos probabilidades de manifestar pérdidas de memoria que los que viven en culturas en las que la expectativa es que la memoria disminuya.

Se cree que el intelecto de los adultos mayores se deterioró de manera automática. Siendo que casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas, si hay una reducción de la rapidez del procesamiento cognoscitivo. El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo cambian un poco, pero se deteriora la memoria a largo plazo. Los recuerdos de hechos remotos parecen conservarse intactos.

Los adultos mayores que mantienen o renuevan un programa de ejercicio físico pueden experimentar una menor cantidad de dificultades que con frecuencia se consideran consecuencias inevitables de la edad. Lo mismo sucede con aspectos cognitivos y sociales de la adultez intermedia y tardía.

Es a través de un entrenamiento, práctica que se pueden compensar, mejorar y evitar el deterioro de capacidades que van disminuyendo con el paso de los años.

Entre las causas primarias de deterioro cognitivo está la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía o infartos cerebrales. Craig, Gracel y Baucum (2009) contemplan como causas secundarias factores como la pobreza y mala salud.

Cuando llegamos a la adultez tardía, los estereotipos culturales sugieren que “cambio” significa “cambio para empeorar” (Parr y Siegert, 1993; en Gerrig & Zimbardo, 2005).

En relación al prejuicio y estereotipos hacia envejecimiento Palmore, en 2005, establece un prejuicio llamado **discriminación por la edad**; es decir, categorizar y juzgar a la gente basándose en la edad cronológica. “La discriminación por la edad es una enfermedad social, como el racismo y el sexismo...basados en estereotipos” p. 90 (en Berger 2009).

Una expresión común de la discriminación por la edad, es el discurso deteriorado llamado conversación para ancianos o “elderspeak”. Se utilizan oraciones cortas, con énfasis exagerado, velocidad reducida del habla, tono más agudo y fuerte y repetición frecuente. “La conversación para ancianos es condescendiente, especialmente cuando la gente se expresa de manera falsa, o llaman a una persona mayor –mi amor- o –querido-, o usan un apodo en lugar de su apellido” (See y cols., 1999; Berger 2009).

Así, cuando los niños adoptan ideas de discriminación por la edad, y no se les enseña que es incorrecto, al crecer y envejecer, esos niños aplicarán el prejuicio a sus propias vidas, como una “profecía autocumplida” deteriorando su salud e intelecto, según Golub y Langer (2007, Berger 2009).

Los estereotipos dificultan ver a los ancianos con objetividad y entender su diversidad, como lo plantean Todd, Rossi, Triunfo (2006; en Craig, 2009). “Estos estereotipos pueden incluso originar actitudes y políticas que desalientan la participación activa de los ancianos en el trabajo y actividades recreativas” p. 545

Sin embargo, Salvador-Carulla (2004) concluye que “Las etapas del ser humano tienen un valor distinto para el sujeto, para las poblaciones y par la especie” p12

Los decrementos de las funciones mentales con la edad son pequeños en sujetos sanos. Sin embargo, existe una variabilidad interindividual en la evolución de las funciones mentales durante el envejecimiento. Siendo que los factores sociales y

culturales contribuyen al aumento de las diferencias interindividuales en el envejecimiento normal (Feldman, 2006).

La interrelación social forma parte del bienestar de acuerdo a la definición de salud de la OMS. La red social es la estructura en la que se recibe y se aporta apoyo social. De acuerdo a Melgarejo y Salvador-Carulla (Salvador-Carulla, et. Al. 2004), hay tres atributos del apoyo social que actúan moderando las consecuencias del estrés, interviniendo con conductas de salud y enfermedad, siendo éstas: el apoyo emocional, apoyo material o instrumental y el apoyo de información y apreciación. En ocasiones el apoyo percibido es más importante en el alivio del estrés psíquico y físico que el apoyo real. Rutter (Salvador-Carulla, et. Al. 2004), comenta que lo importante es la satisfacción con las relaciones sociales.

La soledad y el aislamiento suelen presentarse en la vida cotidiana de los adultos mayores, en donde la soledad es la incapacidad de conseguir niveles de satisfacción de las relaciones sociales. Es un conjunto de sentimientos de insatisfacción de necesidades sociales y de intimidad. La soledad puede ser transitoria o duradera y crónica, y representa un factor de riesgo de morbimortalidad, además de relacionarse con una mala salud subjetiva, disminución de la función inmune y depresión grave. Existe una relación positiva entre el apoyo social y bienestar objetivo, percibido como calidad de vida. Los vínculos sociales se relacionan también con la salud en general.

El bienestar personal se relaciona con la ejecución de roles familiares, laborales y otros. El desarrollo de roles múltiples al inicio de la edad adulta facilita el desarrollo de la identidad y de creatividad en etapas posteriores. La pérdida de roles constituye un factor de estrés, con impacto en el afrontamiento como en la satisfacción de las personas mayores.

Algunos autores relacionan los declives funcionales biológicos pueden ser también producidos por la pérdida de roles y funciones sociales. De manera inversa, cuanto mayores redes sociales mantenga una persona, menores serán sus patologías.

En 1979, Berkman y Syne (Salvador-Carulla, et. Al. 2004) identificaron una serie de predictores sociales de la longevidad, como son: el estado marital, número de familiares cercanos y amigos, asistencia a la iglesia y grado de afiliación grupal.

Entre las características protectoras de la salud en las relaciones familiares están la intimidad y la cohesión, las habilidades de afrontamiento, la organización y toma de decisiones definidas, y por último la comunicación directa. (Fernández-Ballesteros, en Peña-Casanova, 1999) Y por el contrario tenemos las características que aumentan el riesgo de enfermedad, que son la falta de apoyo social, hostilidad, censura, culpabilización, perfeccionismo, rigidez familiar y presencia de psicopatología. La pérdida de vínculos personales, por separación, divorcio o muerte, constituyen eventos vitales estresantes.

Según Berger (2009), las personas continúan con la misma estructura de personalidad durante toda su vida. Por lo que cambios dramáticos en la personalidad son escasos.

En la adultez temprana y la vejez, surge un cambio que se conoce como efecto positivo, donde los adultos mayores tienen más probabilidad de percibir, preferir y recordar experiencias e imágenes positivas que las negativas (Cartensen y cols, 2006), trátese de aspectos sociales como cognitivos.

Se consideran aspectos perdurables de la personalidad la apertura, conciencia, extroversión, afabilidad, neuroticismo y la dependencia de los otros. Rasgos que pueden ser calificados en ambos extremos, es decir elevada o baja. Se espera que con los años en la adultez, el rasgo de neuroticismo disminuya, pues puede causar daño, ya que la ansiedad pasada y las preocupaciones se correlacionan con un aumento del deterioro cognitivo en la vida posterior.

Para concluir, las relaciones sociales tienen un efecto protector ante la enfermedad. El apoyo social se ha relacionado con una mejor recuperación de la enfermedad, por ejemplo en depresión mayor y en el infarto al miocardio (Salvador- Carulla 2004).

Muchos ancianos conservan sus capacidades de memoria y adquieren la sabiduría, algunos presentan un deterioro notable de su funcionamiento cognoscitivo que puede ser temporal, progreso o intermitente. El deterioro puede

deberse a causas primarias o secundarias. Pero conviene precisar que el deterioro no es intrínseco al proceso de envejecimiento, sino que se atribuye a otros factores como problemas de salud, deficiente instrucción formal, pobreza y falta de motivación.

## DEMENCIA

### 2.1 Concepto

El término demencia posee varios conceptos. Así, pues deriva del latín de (ausencia de) mens (mente), ia (estado de), donde su significado literal es un estado de privación o falta de la mente de uno mismo. (Gabbard, 2002).

Thomas (1889), utilizó el término demencia para designar alteraciones mentales de diferentes etiologías. Phinel (1806) lo describió como un trastorno que suprime la capacidad de pensar, demencia parece referirse a esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Fue Esquirol en 1845, quien utilizó el la palabra demencia para describir los trastornos mentales que se manifestaban como alteración a la sensibilidad, juicio y voluntad, con afectación en la memoria reciente, atención, razonamiento y capacidad de abstracción.

Prichard en 1837, sugirió que la demencia podría ser primaria o secundaria a otros trastornos y describió la historia natural de la demencia.

Kraepelin (1913), distinguió las llamadas psicosis funcionales de la consecuencias de un evidente daño cerebral, llamando a las primeras locuras y, a las últimas, variantes de la imbecilidad; imbecilidad adquirida o demencia, y la imbecilidad congénita u ordinaria.

De acuerdo a López-Pousa (2007), en las últimas décadas la población mundial ha sufrido importantes cambios en su estructura, el incremento de la longevidad ha ido al paralelo a la aparición de enfermedades ligadas a la edad, como las que se deben a pérdidas físicas y mentales que surgen durante el proceso de envejecimiento. Siendo las demencias, las enfermedades que despiertan preocupación clínica sanitaria ya que es la primera causa de incapacitación y muerte, provocando gastos sanitarios elevados.

Algunos casos de pérdida de memoria se producen por una enfermedad real. El 19% de quienes tienen 75 a 84 años de edad padece Alzheimer y esta

enfermedad afecta a casi 50% de quienes tienen más de 85 años. A menos que se descubra una cura, unas 14 millones de personas experimentarían Alzheimer para el año 2050, más de tres veces la cantidad actual (Cowley, 2000b; Feinberg, 2002; en Feldman, 2006).

Existe acuerdo en considerar que la prevalencia de las demencias aumenta con la edad de modo que se duplica cada 5-5,1 años, (Jorm, 1990; Bermejo & Colmenarejo, 1989; en López-Pousa, 2007) sin que se hayan observado diferencias significativas entre los sexos. En los estudios europeos se observó una mayor proporción en las mujeres cuando se sobrepasaba la edad de 75 años.

López-Pousa (2007) define la **demencia** como “un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia” .pp33

Además, considera que la causa precisa de la demencia es difícil de determinar en los estadios tempranos. Así un diagnóstico temprano, correcto, puede llevar a un tratamiento que ralentice la demencia o incluso que la detenga, así como un diagnóstico temprano equivocado, suele llevar a un tratamiento inefectivo y esperanza falsa o desesperación innecesaria.

Más de 70 enfermedades pueden causar demencia, cada una se diferencia en sus consecuencias, gravedad y particularidades. Pero, todas se caracterizan por confusión mental y olvidos (Fromholt y Bruhn, 1998) y es crónica.

Todd, Rossi, Triunfo (en Craig, 2009), establecen que la demencia designa confusión, olvido y cambios de personalidad crónicos. Determina también que la demencia tiene muchas causas, y que el temor a la demencia, puede hacer creer erróneamente que es parte inevitable de la vejez, es decir, “ perder el control intelectual y emocional, para convertirse en personas desvalidas e inútiles que llegan a ser una carga para su familia”.p.p. 567.

Estos mismos autores, considera que los que sufren demencia muestran poca capacidad para entender las abstracciones, carecen de ideas, repiten lo mismo una y otra vez, piensan con lentitud, no prestan atención a quienes los rodean;



pierden el flujo del pensamiento a la mitad de una frase y oración, no recuerdan los acontecimientos recientes, pueden recordar claramente un suceso de su niñez, pero no de algo que ocurrió hace una hora, estos son síntomas de deterioro mental, por lo que tal vez no puedan realizar actividades de la vida cotidiana.

Las expectativas psicológicas, la salud mental y otros factores pueden ejercer una influencia en el funcionamiento cognoscitivo en el adulto mayor. Es difícil hacer un diagnóstico seguro, ya que existen numerosas causas secundarias.

La demencia es un conjunto de signos y síntomas que constituyen un síndrome caracterizado por su carácter plurietiológico. Generalmente se hace referencia solo a los aspectos generales de las demencias y las demencias de mayor importancia epidemiológica. (Todd, Rossi, Triunfo, 2007; en Craig, 2009).

De acuerdo con el Servicio de Salud Mental SERSAME (2007), en la República Mexicana se estima que el 6% de la población mayor de 60 años padece Alzheimer o algún otro tipo de demencia. Mientras que en el Distrito Federal se estima que hay 40 mil personas con este padecimiento, cantidad que aumentara conforme incrementa la población adulta mayor, se calcula que puede duplicarse en promedio de cada 5 años.

Una gran parte de los estudios actuales se realizan o bien con muestras aleatorias de la población, o bien en las últimas décadas de vida porque se detecta un mayor número de casos. En los estudios de prevalencia, es frecuente la exclusión de los casos leves, o la tendencia a incluir exclusivamente los casos moderados o graves. Este error es especialmente importante, ya que puede hacer que las cifras de demencia sean más bajas de lo real y que, al tratarse de un proceso de larga evolución, el sujeto sufra patologías intercurrentes que den lugar a una mala clasificación.

Existe la creencia que un alto nivel educacional es un **factor protector** de la demencia.

## 2.2 Tipos de demencia

### DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Numerosos estudios relacionan la demencia tipo Alzheimer con factores genéticos, no solo en las formas iniciales sino también en las formas avanzadas.

López-Pousa (2006; en Alberca 2007), refiere que no todas las formas de inicio tardío pueden ser explicadas genéticamente y es probable, que existan otro tipo de factores que provoquen este tipo de demencia, cuyo riesgo de padecerla a largo de la vida es muy elevado, calculándose que para los hombres es del 25,5% y para las mujeres, del 31,9%. Así la incidencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) en términos generales, se considera que aumenta exponencialmente con la edad, y a partir de los 65 años, se multiplica por tres cada 10 años, considerándose el 1% entre personas de los 70 y 79 años de edad y del 3% entre los 80 y 84 años de edad. La esperanza de vida de los pacientes con EA es cada vez mayor, incluyendo a los que presentan un inicio precoz que aunque tienen una esperanza de vida mayor mueren antes que los pacientes con demencia de inicio avanzado.

Como factores de riesgo, se cree que la edad es el factor más importante, ya que el riesgo se duplica cada 5,1 años hasta los 85 años, a partir de los cuales disminuye levemente, el hecho de ser mujer confiere un riesgo 1,6 veces mayor que el de ser hombre. Los antecedentes familiares de demencia en primer grado suponen un riesgo del 3,5% para el desarrollo de una demencia al igual que el tener un familiar afectado de síndrome de Down aumenta un riesgo a un 2,7%. La raza negra tiene un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad. Al hábito de fumar se le ha atribuido un efecto protector contra la demencia del tipo Alzheimer, en relación a la inhalación de la nicotina. López-Pousa (2006; en Alberca 2007), menciona que esta hipótesis aún no está confirmada.

De acuerdo a este mismo autor, concluye que no todos los estudios han observado una clara relación entre traumatismos craneales y demencia del tipo Alzheimer, la mayoría de ellos le suponen un riesgo que ha situado en 1,8% si el traumatismo se acompañó de pérdida de conciencia.

También, Doll, 1993, Mason (1993; en Craig, Gracel y Baucum 2009), refieren que el haber sufrido un cuadro depresivo en edad avanzada, parece aumentar el riesgo de desarrollar demencia, principalmente en las mujeres. Sin embargo, estos autores exponen que, la investigación no ha comprobado la existencia de otras causas posibles como los altos niveles de aluminio en el cerebro.

Ellos concluyen, que la EA produce un deterioro progresivo de las células cerebrales que comienza en la corteza cerebral externa. Las necropsias revelan un patrón característico en las zonas con daño como fragmentos de hilaza enmarañada. Así en vida el paciente es diagnosticado en base a patrones de pérdida de memoria y desorientación progresivas.

Los primeros síntomas son el olvido y pequeñas alteraciones en el habla. Se olvidan detalles poco relevantes, conforme avanza la enfermedad, ya no se recuerdan lugares, nombres, rutinas, hechos recién ocurridos, el olvido se acompaña de sentimientos de confusión.

De acuerdo con Ardila y Ostrosky, (1991), en la EA el deterioro intelectual global es muy prominente, y puede estar encubierto por un correcto manejo postural y buenas relaciones sociales. Por lo cual hay que tener en cuenta que aspectos como la pérdida de contacto con la rutina y aspectos de la vida cotidiana, produce síntomas como la desorientación, confusión y ansiedad. Por lo que es necesario el acompañamiento y supervisión del paciente.

En la demencia total, el paciente no puede realizar actividades sencillas como vestirse o comer, no reconoce a los parientes más cercanos, cualquiera puede parecerle un extraño. Los efectos de la enfermedad son devastadores para el paciente y la familia, por lo que se sugiere el apoyo de otras familias con experiencias parecidas (Cohen y Eisdorfer; 1986; Zarit y et al. 1985; en Craig, Gracel y Baucum 2009).

## **DEMENCIA VASCULAR**

La demencia vascular es una entidad compleja, ya que su etiología es secundaria a diferentes patologías cerebrovasculares (demencia multiinfarto, demencia por infarto estratégico, demencia secundaria a lesiones de vasos pequeños, demencia

isquemicohipoxica y demencia hemorrágica) lo que le confiere unas características especiales tanto en la forma de presentación como en su evolución.

La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en países orientales (Graves, 1994; en López-Pousa, 2007), consideran a la demencia vascular como el subtipo de demencia más frecuente. Algunos estudios occidentales han observado frecuencias similares con la demencia tipo Alzheimer. En una revisión reciente de diversos estudios orientales se postula que existe una reducción de la demencia vascular a expensas de la demencia tipo Alzheimer. La prevalencia de la demencia vascular en la población con edades superiores a los 64 años oscila según diferentes estudios entre 3,1 y el 20,8% (Del Ser, Bermejo, Román, 1993; en López-Pousa, 2007). Existen diferencias en cuanto al sexo en diferentes estudios, la mayoría han observado una mayor prevalencia en los hombres, sobre todo en las últimas décadas. El riesgo de demencia vascular aumenta con la edad y al igual que suceden en la prevalencia es más alta en los hombres que en las mujeres. (Hagnell, Franck, Gräsbeck, Öhman et al, 1992; en López-Pousa, 2007).

La esperanza de vida de los pacientes con demencia vascular desde que se inicia el proceso es de ocho años (Sulkava, Valden, Erkinjuntti, 1992; en López-Pousa, 2007). En edades inferiores a los 75 años los pacientes con demencia vascular viven un menor número de años que aquellos que tienen una enfermedad de Alzheimer, igualándose a partir de esta edad. Un paciente diagnosticado entre los 65 y 74 años, tiene un riesgo relativo de morir a los cinco años del 7,2% y por encima de los 75 años de un 3,5% (Katzman & Kawas, 1994; en López-Pousa, 2007).

En todos los estudios se observa que la edad es el factor de riesgo más importante para desarrollar una demencia vascular y que el riesgo se duplica cada 5,3 años a partir de los 65 años (Jorm, Korten, Herderson, 1987; en López-Pousa, 2007). No está clara la influencia del sexo en la presentación de la enfermedad aunque la mayoría de los estudios otorgan a los hombres un mayor riesgo (Nilsson, 1984; Mölsä, Marttila, Rinne, 1982; en López-Pousa, 2007). El ser de raza negra supone un mayor riesgo de presentar la enfermedad. Los accidentes cerebrovasculares son la causa más directa de la demencia vascular y los

accidentes isquémicos transitorios como factor de riesgo para las enfermedades cerebrovasculares agudas. El factor más importante es la hipertensión arterial, el padecer diabetes mellitus y la fibrilación auricular que es una enfermedad cardiaca.

Las apoplejías, mini apoplejías, son otra causa primaria de demencia, es un tipo de deterioro cognoscitivo que se le llama también demencia por infartos múltiples. El infarto es la obstrucción de un vaso sanguíneo que impide que llegue la sangre necesaria a alguna zona del cerebro. La insuficiencia destruye el tejido cerebral y se le llama apoplejía. Si se trata de episodios muy pequeños y temporales, se les denomina ataques isquémicos transitorios. Es posible que quien ha sufrido de infartos múltiples ni siquiera se da cuenta.

En ocasiones la causa latente de la destrucción del tejido cerebral es una aterosclerosis, o acumulación de placas de grasa en el revestimiento de las arterias. Además de cardiopatías, hipertensión y la diabetes.

## **OTROS SUBTIPOS**

La prevalencia de las **demencias mixtas** es variable y depende de la metodología utilizada para diferenciar los diferentes subtipos. La prevalencia oscila entre el 0,2 y el 1,4% la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson es a la que se le supone una prevalencia más elevada ya que un 30% de los pacientes con enfermedad de Parkinson presenta demencia.

## **TIPOS BÁSICOS Y CLASIFICACIÓN**

Los tipos de demencia pueden clasificarse de acuerdo al **predominio lesional cerebral**, ya sea cortical, subcortical, global y focal. (Alom, 1998; Pascual, 1997; Relkin & Caporaso, 2004; en Alberca 2007). También pueden clasificarse de acuerdo al síntoma dominante inicial como puede ser la amnesia, alteraciones en el comportamiento y conducta, trastorno en el lenguaje, alteraciones asociadas, entre otros. (Relkin & Caporaso, 2004; en Pascual 2007).

En función del predominio topográfico de la histopatología cerebral se pueden diferenciar tres tipos principales de demencia: cortical, subcortical y global; se pueden añadir las demencias de inicio focal (Pascual, 1997; en Alberca 2007).

## **DEMENCIA CORTICAL**

En la demencia cortical hay afectación de funciones que dependen del procesamiento neocortical asociativo. Los síntomas abarcan déficit predominantemente en áreas corticales como puede ser el córtex sensorial (inatención, agnosia, alucinaciones), en el córtex motor superior (apraxias), en el córtex lingüístico (afasias), en el córtex entorrino-hipocampal (amnesias) o bien en el córtex frontal y prefrontal (alteraciones del comportamiento y la conducta. (López-Pousa, 2007; p.p.43).

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

## **DEMENCIA SUBCORTICALES**

El término demencia subcortical “designa el deterioro cognitivo que aparece en las enfermedades de las regiones subcorticales cerebrales,... casi siempre existe una disfunción cortical acompañante, en general, un déficit frontal.” (López-Pousa, 2007; p.p.44).

Los síntomas característicos incluyen bradipsiquia, apatía, alteraciones frontales, amnesia leve, trastornos motores en diversos grados y ausencia de signos corticales. No se presentan afasia, apraxia o agnosia. Hay conductas afectivas como llanto o risa espasmódicos, la alteración en la memoria es diferente a las demencias corticales, es más tardía en la evolución y no tan intensa.

Las enfermedades relacionadas con la demencia subcortical son la enfermedad de Corea de Huntington (CE), la demencia en la enfermedad de Parkinson (EP) o la demencia por encefalopatía de Binswagner, y la Parálisis Suprarrenal Progresiva (PSP) (Redondo, 2001).

## **DEMENCIA SUBCORTICAL Y SUSTANCIA BLANCA**

Las lesiones de la sustancia blanca originan un deterioro cognitivo de características subcorticales, dependiendo del tipo de lesión pueden aparecer

signos bilaterales (cuerpo calloso) o unilaterales hemisféricos (afasia, apraxia unilateral, alexia sin agrafia, hemiagnosias visoespacial) por desconexión córtico-cortical. La sustancia blanca se afecta en demencias vasculares, hidrocefalias, trastornos desmielinizadores y traumatismos craneoencefálicos (Erkinjuntti & Pantoni, 2000; en Alberca 2007).

## **DEMENCIA Y CEREBELO**

Los estudios con PET han permitido observar que el córtex cerebeloso se activa en tareas que aplican lenguaje, memoria, cambios de foco atencional y planificación. Existe una mayor activación cuando la tarea es nueva, y menor cuando la tarea ya estaba bien aprendida. Estos datos sugieren un papel de cerebelo en el progreso cognitivo, sobre todo en las tareas de aprendizaje, tanto explícito como implícito.

Se han descrito casos en los que incluso lesiones unilaterales del cerebro pueden afectar a las tareas de atención, fluidez verbal y razonamiento. También se ha descrito un síndrome cognitivo afectivo en los trastornos cerebelosos, tanto por origen vascular focal como el trastorno postinfeccioso o degenerativo.

## **DEMENCIA GLOBAL**

En la demencia global hay la presencia de déficit corticales y subcorticales en la forma conjunta, generalizada e intensa. Es frecuente en las etapas avanzadas de las demencias corticales y subcorticales, en las que el paciente se encuentra en estado de déficit cerebral profundo, con desconexión e indiferencia en medio externo e interno, incontinencia de esfínteres y estado vegetativo.

## **DEMENCIA DE INICIO FOCAL**

Existen numerosos trastornos que cursan con demencia cortical que los estadios iniciales e incluso intermedios cursan con una afectación cognitiva selectiva y a nivel histopatológico se correlaciona con una atrofia focal o circunscrita. En las fases iniciales no hay demencia, aunque puede haberla en distintos grados en las etapas más avanzadas.

Los patrones topográficos deben considerarse como una descripción aproximada de la realidad patológica (Renzi 1986, en Alberca & López Pousa, 2007).

“A pesar de un mismo fenotipo clínico pueda ser causado por distintos trastornos, las distintas enfermedades que originan el síndrome de demencia en sus diversas variantes deben ser abordadas desde una perspectiva etiopatogénica” (pp. 45)

## **CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DE LAS DEMENCIAS**

Es habitual diferenciar tres tipos de demencia en función de su etiopatogenia (Fernández, Marubens 1993, Robles A. et. Al 2000, en Alberca & López Pousa, 2007) : demencias primarias o degenerativas (DDP), demencias secundarias y demencias combinadas o de etiología múltiple.

En las demencias primarias o degenerativas (DDP), el factor fisiopatológico principal radica en la hipofunción o pérdida de sinapsis y neuronas debido a alteraciones intrínsecas en el metabolismo neuronal (degeneración de proteínas del citoesqueleto, etc.). Las DDP suelen mostrar una distribución característica, con el fenómeno de la vulnerabilidad selectiva para determinados tipos neuronales, selectividad lesional lobular o regional y presencia de materiales de inclusión.

Entre las demencias primarias encontramos la Enfermedad de Alzheimer, la demencia por cuerpos de Lewy difusos, la demencia frontotemporal (variante frontal, demencia frontal), o Complejo de Pick (distintos síndromes clínico-topográficos que se presentan en las degeneraciones frontales y temporales). Siendo los síntomas característicos las alteraciones en el comportamiento o personalidad del paciente y la variante temporal o demencia semántica, inicialmente con afasia progresiva fluida, caracterizada por anomia grave, con una pérdida progresiva y multimodal del reconocimiento tanto de objetos lingüísticos como no lingüísticos, lo que lo diferencia de la afasia. Así también, en este grupo se encuentran la afasia progresiva primaria de Mesulam, la demencia frontotemporal con parkinsonismo asociada al cromosoma 17, la asociada al cromosoma 3 y las asociadas a enfermedades motoneurona. Además encontramos el tipo desinhibido, el tipo apático y el tipo de conductas estereotipadas.



En las demencias secundarias, el factor patogénico principal es también una disfunción o pérdida de neuronas, pero por causas externas al metabolismo neuronal (p.ej. trastornos vasculares, lesiones traumáticas, ocupantes de espacio, alteraciones metabólicas, infecciosas, carenciales, tóxicas, etc.).

En las demencias combinadas existe a la vez más de una causa suficiente para originar el síndrome demencia. Un caso especial lo constituye la demencia mixta en el sentido clásico del umbral de Roth, Tomlinson y Blessed (Martínez 1998, Roth 1967, Tomlinson 1970, en Alberca & López Pousa, 2007), hay presencia combinada de lesiones de tipo enfermedad de Alzheimer y lesiones vasculares, pero en cantidad insuficiente de cada una para causar demencia por sí sola, siendo precisamente la suma de los dos tipos de lesiones lo que origina la demencia.

Este mismo autor concluye que la clásica diferenciación entre demencias corticales y subcorticales se mantiene como un enfoque clínico útil al que debe añadirse el enfoque según el síntoma principal de inicio.

### **2.3 Diagnóstico**

En base al DSM-IV, la demencia se caracteriza por déficit cognoscitivo múltiple que implica un deterioro de la memoria. Las demencias son enumeradas de acuerdo a su etiología, que pueden ser debidos a una enfermedad médica, inducida por sustancias, por etiologías múltiples o no especificadas.

“Los trastornos del apartado “demencia” se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías. Los trastornos del apartado, se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes que se diferencian en su etiología. Los síntomas diagnósticos pertenecen a la demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a traumatismo cerebral, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras

enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples.

La **característica esencial de la demencia** consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos como la afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración debe ser grave, que interfiera significativamente en las actividades laborales y sociales, respecto al mayor nivel previo del sujeto.

Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la **memoria** sea el síntoma más precoz y prominente (Criterio A). Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente. Ambos tipos de deterioro en la memoria están presentes en la demencia, se pueden perder objetos, olvidan lo que están cocinando, o perderse en lugares no conocidos. En las formas avanzadas el deterioro de la memoria es tan intenso que la persona olvida su ocupación, el grado de escolarización, los aniversarios, los familiares e incluso su propio nombre.

El deterioro del lenguaje o **afasia**, puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos (Criterio A2a). El lenguaje puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia generales como “cosa o ello”. Pueden estar comprometida la comprensión del lenguaje hablado y escrito así como la repetición del lenguaje. En fases avanzadas los sujetos pueden enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, se puede presentar ecolalia (repite lo que oye) o palilalia (repetir sonidos o palabras una y otra vez).

Los sujetos con demencia pueden presentar **apraxia** o deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que la capacidad motora, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas (Criterio A2b). Su capacidad de uso de objetos podría estar deteriorada, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos.

Los sujetos con demencia pueden presentar **agnosia** o fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensoria está intacta (Criterio A2c)

Las alteraciones de la **actividad constructiva** (de ejecución) son manifestaciones habituales de la demencia (Criterio A2d) y pueden estar especialmente relacionadas con trastorno del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas.

“..Los criterios A1 (deterioro de la memoria) y A2 (afasia, apraxia, agnosia o alteraciones de la actividad de ejecución) deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral, y han de representar un déficit respecto al nivel previo de actividad (Criterio B)” (p. 141).

El diagnóstico de demencia debe reunir los criterios para poder establecerse. Los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), que se detallan a continuación.

Criterios de demencia de DSM-IV (1995).

- 1.- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos, etc.
- 2.- Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas: Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar... Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada. Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta. Alteración de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización.
- 3.- Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
- 4.- Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
- 5.- Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
- 6.- Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

Dado que el presente trabajo, está dirigido a una institución hospitalaria donde se utiliza la clasificación del CIE-10, se ha considerado importante mencionar el diagnóstico desde esta referencia.

El síndrome de la demencia carece de criterios diagnósticos bien establecidos. Siendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien hizo los primeros intentos en clasificar las enfermedades a través del CIE-10 (OMS, 1992).

De acuerdo al CIE-10 (Tabla 1) la demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, por lo general de naturaleza crónica y progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Los factores motivacionales o emocionales, en especial la depresión, la inhibición motriz y la debilidad física general, pueden provocar un fallo funcional que no es debido a una disminución de la capacidad intelectual.

La demencia produce un deterioro intelectual que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, ya sea en el aseo personal, el vestirse, en el comer o funciones excretoras. El deterioro en las actividades cotidianas depende de factores socioculturales.

El requisito primordial para el diagnóstico es el deterioro tanto de la memoria, del pensamiento y razonamiento. Es característico que el deterioro de la memoria afecte a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar la información reciente. En estadios avanzados pueden perderse contenidos familiares y material aprendido en el pasado. En el flujo de ideas, por lo que a la persona con demencia se le dificulta prestar atención a más de un estímulo a la vez, cambiar el foco de un tema a otro. Los síntomas y el deterioro deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses.

La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastorno mental. También, pueden presentarse diagnósticos dobles, como ejemplo el de delirium superpuesto a demencia, situación que se da con frecuencia.

Por otra parte, para el diagnóstico diferencial es importante tomar en cuenta los rasgos diferenciales generales. El Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (en Olanzaran J. & García M.L., 2002), establece como rasgos diferenciales generales:

- El Síndrome Confusional o Delirium, puede aparecer en el curso de una demencia o ser la forma de inicio de la misma, no es una demencia en sí misma, se distingue de ésta por la alteración a nivel de conciencia.
- Los Trastornos Depresivos, donde puede aparecer un humor triste, con lentitud en el flujo de las ideas, falta de motivación y disminución en la atención, y fallar en el registro. En ocasiones, se pueden presentar algunas características de demencia incipiente, en lo que respecta a la memoria, el enlentecimiento del pensamiento y la falta de espontaneidad.
- En el Retraso Mental leve o moderado, donde no exista un nivel previo superior al actual, por fallo en la adquisición de puntos de referencia. Puede añadirse una demencia a un retraso mental, como el caso de pacientes con síndrome de Down.
- En relación a las alteraciones cognitivas que no alcanzan el grado de demencia, en donde se puede observar que no existen alteraciones importantes en las actividades de la vida cotidiana.

Además de carencias de estimulación, educación escasa, o bien a trastornos mentales secundarios al consumo de medicamentos.

Carnero (en Alberca 2007), considera que el diagnóstico de la demencia en estadios iniciales es difícil y requiere una experiencia y destreza de la que no pueden disponer profesionales que carecen de una dedicación específica en el tema.

La consulta por pérdida de memoria, que puede indicar un estadio inicial de un deterioro cognitivo o una demencia, ha aumentado en los últimos años. También

Tabla 1.-CLASIFICACION DE DEMENCIA EN CIE-10

CIE_COD	CIE_DES
F00.0	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TEMPRANO
F00.1	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO
F00.2	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ATIPICA O DE TIPO MIXTO
F00.9	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA
F00X	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
F01.0	DEMENCIA VASCULAR DE COMIENZO AGUDO
F01.1	DEMENCIA VASCULAR POR INFARTOS MULTIPLES
F01.2	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL
F01.3	DEMENCIA VASCULAR MIXTA, CORTICAL Y SUBCORTICAL
F01.8	OTRAS DEMENCIA VASCULARES
F01.9	DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA
F01X	DEMENCIA VASCULAR
F02.0	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PICK
F02.1	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB
F02.2	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON
F02.3	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
F02.4	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]
F02.8	DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
F02X	DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

hay que poner atención a síntomas como dificultades en la orientación, problemas de lenguaje, los errores en tareas complejas, dificultades en el manejo del dinero, olvidos de citas, el incumplimiento de tratamientos, la repetición de consultas, el desaliño y descuido en el vestir, la falta de compostura o cambio de carácter, siendo éstos los más frecuente. Es así que las demencias no se identifican en la atención primaria. La demencia no puede ser considerada como algo inevitable y tomar una posición de no poder hacer nada. Al contrario, continúa este autor, todas las demencias tienen tratamiento, para mejorar o estabilizar; algunas pueden ser reversible y curarse. El diagnóstico precoz de la demencia proporciona beneficios.

En el caso de la demencia, las dificultades cognoscitivas o los cambios de conducta, pueden verse reflejados en el funcionamiento social y laboral. Por lo que es necesario incluir en la evaluación, aspectos funcionales que ayude a determinar el caso de una demencia o el impacto en las actividades de la vida diaria del paciente, como son actividades básicas, como el de cuidado personal, y actividades más complejas o instrumentales como cocinar o conducir. La severidad de deterioro cognoscitivo se correlaciona con el grado de disfunción social y laboral.

Rosselli (en Arango, 2003) concluye que un diagnóstico temprano de demencia ofrece oportunidades de tratamiento al paciente, así como ayuda a la familia para comprender y manejar mejor la condición del paciente.

## **2.4 Proceso psicodinámico**

La presentación clínica de cualquier demencia varía de un individuo a otro, porque los síntomas son el resultado de una interacción de fuerzas sociales, psicológicas, físicas y bioquímicas, según Weiner (2005). Por ejemplo, cuando un paciente con demencia presenta niveles elevados de ansiedad o depresión, pueden mostrarse confusos porque son incapaces de enfrentarse simultáneamente con emociones intensas y múltiples estímulos ambientales.

Weiner contempla el esquema freudiano, que concibe el funcionamiento de la mente como un equilibrio entre los mecanismos de adaptación, afrontamiento y

defensa, la presión de los impulsos sexuales y agresivos y las normas internas de conducta.

La capacidad de afrontamiento o adaptación, es necesaria para los requerimientos de la vida diaria, y cuando una persona pierde la capacidad de reprimir, suprimir o sustituir, aparecen mecanismos de defensa (Ana Freud, 1946). La capacidad de afrontamiento está relacionada con la integridad de las funciones cognitivas; así como, con la integridad biológica del individuo y la capacidad de establecer relaciones gratificantes con los demás, de controlar impulsos, de analizar, de asumir responsabilidades, etc.

La integridad biológica se refiere a la capacidad para recibir e interpretar los estímulos, para iniciar y llevar a cabo conductas motoras para la supervivencia y tener energía para ocuparse de tareas.

La personalidad se refiere a los patrones predominantes de afrontamiento y defensa de un individuo. La personalidad premórbida se relaciona con la capacidad para concentrarse, para establecer relaciones gratificantes con los demás, para examinar la realidad y asumir responsabilidades. En las demencias se descubren aspectos de la personalidad que están parcialmente suprimidos cuando la persona se encuentra biológicamente sana.

## **2.5 Intervención en demencias**

La creciente necesidad de dar contención y tratamiento a los pacientes con demencia, y en ausencia de un tratamiento curativo hasta ahora, se han desarrollado diferentes líneas de investigación y manejo de la intervención en las demencias.

Es común encontrar dos modalidades de tratamiento, las llamadas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Patterson, 2004; en Hernández, 2007), siendo necesario el abordaje terapéutico dual, que incluya tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares.

Las intervenciones no farmacológicas, también llamadas intervenciones psicosociales (entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, rehabilitación



cognitiva), están dirigidas a optimizar la cognición, la conducta y al función de los adultos mayores con demencia. Son estrategias basadas en el fundamento científico de la neuroplasticidad.

Barandian (2002; en Doménech, 2004) clasifica los tratamientos no farmacológicos aplicados en las demencias en la Tabla 2.

Tabla 2.- Clasificación de tratamientos no farmacológicos en las demencias

---

1. Programas de estimulación y actividad

Terapia de orientación a la realidad

Reminiscencia

Musicoterapia

Actividad física

Programa de psicoestimulación integral

2. Reestructuración ambiental

3. Técnicas de modificación de la conducta

4. Programa para familiares

5. Entrenamiento de capacidades cognitivas específicas

6. Nuevas intervenciones

Programas interactivos con ordenadores

Programa intergeneracional (metodología Montessori)

---

Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas para las demencias, se basan en la neuroplasticidad y la psicoestimulación, mismas que actúan sobre las capacidades cognitivas que presentan una mayor alteración.

Para Geshwind (1985; en Doménech, 2004) la **neuroplasticidad** es “la respuesta del cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y restablecer el equilibrio

alterado,...se trata de una flexibilidad morfológica del sistema nervioso”. Por ejemplo, en traumatismos craneales se constata la capacidad de las neuronas lesionadas para generarse y establecer nuevas conexiones, y las neuronas no lesionadas se adaptan a la lesión de forma funcional (Tárraga, 1998).

Erostegui en el 2000, demostró que las estructuras y redes cerebrales pueden ser modificadas potencialmente bajo ciertas circunstancias, como la rehabilitación o estimulación. La plasticidad puede explicar el fenómeno del aprendizaje.

Gómez L. (2000), define a la plasticidad neuronal o neuroplasticidad, como la propiedad del sistema nervioso central (SNC) de cambiar, modificar su funcionamiento y reorganizarse, en compensación ante cambios ambientales o lesiones.

Goldman (1995; en Hernández, 2007), demostró que existe neuroplasticidad en el cerebro del adulto mayor, incluso en el paciente con demencia, con menor intensidad. En donde la persona de edad avanzada, continúa teniendo la capacidad de aprender, suficiente como para mantener su funcionamiento cognitivo con una intervención sistemática.

Así mismo, se considera que en el deterioro cognitivo elevado, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neural, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

De acuerdo con Uzell y Gross (1986, en Fernández-Ballesteros, et al. 2003), la **psicoestimulación** es un conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con el objetivo de hacer rehabilitación.

Por lo que la psicoestimulación es la intervención a partir de la psicología para la rehabilitación de las funciones cognitivas, relacionales y afectivas.

El objetivo de la psicoestimulación es el favorecer la neuroplasticidad, a través de la presentación de estímulos previamente estudiados, que faciliten las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de manera integral. De manera que el deterioro se pueda atenuar y compensarse, o bien, retardarse.

Doménech (2004), refiere que la estimulación cognitiva debe ser individualizada, es decir, adaptada a las capacidades funcionales residuales, para la utilización y despertar de los olvidos por el abandono que algunos adultos mayores padecen.

Por lo que es necesaria una **exploración neuropsicológica**, para contemplar un programa de psicoestimulación individualizada, estructuradas a partir de las capacidades cognitivas preservadas.

Fernández-Ballesteros, et al. (2003), propone la idea de la **capacidad de aprendizaje** para pacientes con Alzheimer, donde el desarrollo de técnicas específicas ayudan a los pacientes a mejorar su vida. Se refiere a técnicas de psicoestimulación cognitiva, y otro tipo de intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia y la relajación, entre otras.

También, están las **intervenciones psicosociales** que son dirigidas a la optimización de la función del paciente y apoyo a la familia en su cuidado, técnicas cognitivas para mejorar las funciones, las conductuales para los problemas de conducta, otras ambientales para disminuir la dependencia del paciente mediante técnicas de reestructuración, y por último, las enfocadas a la familia.

Las intervenciones psicosociales para las demencias, están basadas en el modelo de “exceso de discapacidad”, en donde las personas pueden demostrar un mayor grado de discapacidad de aquél que correspondería a los cambios neuropatológicos reales.

De acuerdo con la teoría de Kitwood (1997), sobre los cuidados en demencia, sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante, interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observada en las personas con demencia. Siendo que el entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos, formando un declinar y degeneración.

Este tipo de intervenciones están dirigidas al cuidado de pacientes con demencia, para mantener y estimular las capacidades preservadas, en búsqueda de la mejor situación funcional posible en cada uno de los estadios de la enfermedad, y mantener al paciente activo y estimulado, favoreciendo el mantenimiento funcional en la vida cotidiana. Así como, relentizar el declive generado por factores externos.

La intervención de psicoestimulación con pacientes con demencia, ha sido estudiada bajo los procedimientos de terapia de orientación a realidad (ROT), la

terapia de reminiscencia, los programas de psicoestimulación, terapia comportamental y terapia de validación. Mismas que se abordan más adelante.

## DETERIORO COGNITIVO LEVE

### 3.1 Concepto

El deterioro cognitivo ligero o leve (DCL) constituye una especie de "frontera" entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia; el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, pero no suficiente como para impedir su funcionalidad. En cambio, la demencia leve es la fase inicial en las demencias, un síndrome cuyas afectaciones intelectuales repercuten en las actividades sociales y laborales del sujeto, su detección y tratamiento temprano resulta vital para la lentificación del curso involutivo de ésta y el mantenimiento de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria. (Martín & de Blas, 2004; Robles, 2002; en Díaz & Sosa,).

El Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (Olazarán & García, en Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, 2002), explora los inicios del concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) con dos grupos de autores.

El primero de ellos es el de Crook y colaboradores, del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. El cual introdujo en 1986, el constructo "deterioro de memoria asociado a la edad" (DMAE), para las personas de 50 años o más con quejas de pérdida de la memoria que puntuaban al menos una desviación estándar (DE) por debajo de la media establecida para adultos jóvenes en un test estandarizado de memoria secundaria.

Posteriormente en 1989, Blackford y La Rue propusieron la creación de dos subtipos de categorías para la DMAE. Una, es la que muestra un deterioro de memoria consistente con la edad (DMCE), donde las personas rinden dentro de  $\pm 1$  de DE respecto al grupo de su misma edad en el 75% o más de los test administrados. Y la otra, es el olvido de la vejez (OV) para los que muestran un rendimiento situado entre 1 y 2 DE por debajo del grupo de su misma edad en al

menos el 50 % de los test, tomando en cuenta la administración de al menos cuatro tests de memoria secundaria y con límite de edad de 79 años.

Continuando con el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, las primeras conceptualizaciones del trastorno cognitivo asociado a la edad se centraban en la pérdida de la memoria y estaban implícitamente orientadas hacia la detección de la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta aproximación terminó con la delimitación del síndrome, por parte de Petersen y sus colaboradores, del Deterioro Cognitivo Ligero (también utilizando las siglas DCL).

El grupo de la Clínica Mayo de Petersen (2003; 2001; en Alberca 2007), plantean que algunas personas se encuentran en un estado intermedio entre la vejez normal y la demencia, estado denominado Deterioro Cognitivo Leve (DCL). El deterioro puede afectar cualquiera de las funciones del cerebro, de forma múltiple o aislada, lo que lleva a establecer diferentes tipos de DCL: Amnésico, Simple y no amnésico y Múltiple.

En el tipo DCL Amnésico y Simple, no amnésico, se espera la evolución posible a Enfermedad de Alzheimer, Demencia Frontal, Afasia primaria progresiva, Demencias con cuerpos de Lewy y Demencia vascular. Y el caso del DCL Múltiple, la evolución posible es hacia Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular o Envejecimiento normal.

De acuerdo con este grupo de especialistas, el trastorno más frecuente, es la pérdida de memoria patológica sin demencia, denominado Deterioro Cognitivo Leve Amnésico (DCL-A).

Sin embargo, cuanto más intensa es la alteración cognitiva, aumenta el riesgo de demencia.

En el DCL simple, la prevalencia es del 6% y se altera sólo una función cerebral, puede ser el lenguaje, las funciones ejecutivas o procesamiento visual; mismo que puede representar una demencia incipiente, cuando el área cerebral alterada es la función ejecutiva o lenguaje.

El deterioro cognitivo múltiple (DCL-M) la prevalencia es del 3.4%, enfermedad que altera varias funciones, donde la afectación de la memoria, y otras funciones son leves.

De acuerdo con Petersen (Black SE, 1999; en Alberca 2007), para el diagnóstico del DCL-A, la persona debe contar con los siguientes criterios:

1. Quejas de pérdida de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador.
2. Pérdida de memoria objetiva para su edad y escolaridad
3. Funcionamiento cognitivo global intacto (p.ej. WAIS Y MMSE).
4. Sin alteraciones de la Actividades de la Vida Diaria (escala no especificada)
5. Ausencia de demencia

El DCL-A se debe diferenciar de la pérdida de memoria secundaria a enfermedades médicas y neurológicas, como ingesta de medicamentos y tóxicas, anemia, enfermedades del tiroides, procesos cerebrales, entre otros.

Existen otros tipos de deterioro cognitivo leve, como son:

**Deterioro Cognitivo Asociado al Envejecimiento (DECAE)**, la utilidad clínica de este diagnóstico en la práctica es dudosa y los criterios diagnósticos y neurológicos, no están bien establecidos. Como parte de los criterios diagnósticos se consideran: una ejecución anormal en un examen cuantitativo cognitivo, con normas para la edad y nivel educativo, en donde la ejecución debe caer por debajo del 1 DE de la media para la población control.

**Pérdida aislada de la memoria (PAM)**, de Bowen et al. (1997, en Alberca 2007), definieron la pérdida de memoria como una puntuación inferior a 2 DE por debajo de la media para edad y escolarización en los test correspondientes

**Deterioro aislado de la memoria (DAM)**. Se refiere a personas de edad que tienen una afectación en la memoria en ausencia de una alteración cognitiva general y sin que la alteración afecte las actividades de la vida diaria (AVD); es la pérdida de memoria gradual y progresiva, con dificultad en las áreas del aprendizaje y memoria inmediata.

**Deterioro cognitivo sin demencia (DCSD)**. Es una categoría situada entre la normalidad y la demencia, utilizada en estudios epidemiológicos. La DCSD está presente en alteraciones psiquiátricas o médicas, (p.ej. delirium, depresión, retraso mental, entre otras) y otros procesos neurológicos (enfermedad de Parkinson,

esclerosis múltiple, etc.). Además, de la pérdida aislada de memoria DEMAE, DCL, etc.

**Demencia mínima** (CAMDEX), que es un deterioro variable de la capacidad de evocación, con errores leves en la orientación, en el razonamiento y dificultades poco frecuentes en las AVD. Los criterios diagnósticos son difíciles de aplicar.

**Declinar cognitivo leve** (“Mild cognitive decline” de Reisberg B. Ferris SH, Shulamn E et al.1986) en donde se deben considerar por lo menos dos criterios siguientes:

- Se pierden en sitios no familiarizados
- Deterioro en el trabajo
- Dificultades para la denominación
- Pierden objetos de valor
- Tienen déficit en la concentración

De acuerdo a los estudios de Reisberg B. Ferris SH, Shulamn E et al.(1986), el factor predictivo más importante de la conversión en demencia fue la alteración de la memoria de evocación.

**Declinar cognitivo leve de la CIE-10** (DCL-ICD10). Se refiere a la existencia de una enfermedad médica capaz de causar una disfunción cerebral que altera la memoria y otras funciones, no se presenta sólo en personas mayores. Puede preceder, acompañar o seguir a una variedad de problemas infecciosos y físicos.

**Declinar cognitivo relacionado con el envejecimiento** (Aging-related cognitive decline, DSMIV) se refiere a un deterioro del funcionamiento cognitivo producido por la edad y se manifiesta por la dificultad para evocar nombres y citas, o bien, solucionar problemas. Aun no hay criterios diagnósticos, pero no se debe a una enfermedad neurológica ni mental. Se emplea para estudios relacionados con el proceso de envejecimiento.

**Demencia cuestionable o estadio CDR 0.5.** Se define como una situación entre la normalidad y la demencia leve. La queja primordial es la pérdida de memoria, puede haber déficit en otras áreas, sin que se cumplan criterios de demencia.

De acuerdo con Alberca (2007), al analizar una población de edad avanzada, se observa que casi un tercio de las personas no tienen alteraciones cognitivas, en



otro tercio ya hay demencia, y el último tercio padece de una alteración cognitiva leve. Sin embargo, la progresión desde el funcionamiento normal hacia el deterioro cognitivo leve y hacia la demencia puede ser sutil y gradual.

Las alteraciones cognitivas de baja intensidad se pueden relacionar con enfermedades médicas y neurológicas, el 18.6% de estas personas con una afectación cognitiva leve desarrollan una demencia en el primer año y medio de seguimiento.

La prevalencia del DCL, varía del 10,7% al 26,6% de las personas que son valoradas, y la base biológica de este padecimiento se desconoce. Desde el punto de vista cualitativo los enfermos con DCL sólo llegan a cumplir algunos de los criterios de demencia e incumplen con otros, es decir se encuentran intermedios entre lo normal y la demencia. Y la predicción de la transformación del DCL en demencia es imposible a nivel individual.

De acuerdo con Perlmutter y otros (1987; en Craig, 2009), hay factores secundarios que producen deterioro cognoscitivo, como son: la condición física, las deficiencias nutricionales, el alcohol consumido durante largo tiempo; los medicamentos como somníferos, analgésicos y fármacos para la hipertensión, producen efectos secundarios que disminuyen el estado de alerta y atención. Por último, la inactividad del funcionamiento mental, como son periodos largos de enfermedad, aislamiento social o depresión, donde algunas personas no recobran el nivel de funcionamiento mental anterior.

En el capítulo 1, sobre el envejecimiento se revisó la teoría de la optimización selectiva con compensación de Baltes (1993), en donde afirma que a medida que los ancianos reconocen sus pérdidas objetivas y subjetivas, así como el equilibrio cambiante entre ganancias y pérdidas, reorganizan y ajustan su sentido del yo. Así también hay otras investigaciones, como la de Leibovici y otros (1996), que refieren que el nivel escolar elevado y el nivel sostenido de actividad global, ayudan a compensar y a minimizar algunos aspectos del deterioro cognoscitivo a edades avanzadas.

Son escasos los reportes científicos en relación a la prevalencia de deterioro cognitivo en la población mexicana. Sin embargo, Cruz-Alcalá y Vázquez en el

2000, realizaron un estudio en la ciudad de Tepatitlán, Jalisco, con una población de 9,082 pacientes y encontraron una prevalencia de 3.3 por cada 1000 personas mayores de 60 años (Cruz-Alcalá & Vázquez, 2002).

También, Mejía y colaboradores, en el año 2003, realizaron en México un estudio de 4,183 sujetos mayores de 65 años, con el objetivo de reportar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en los adultos mayores y su relación con factores sociodemográficos y de salud en la población mexicana. Los resultados sugieren que el deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población de adultos mayores mexicanos. La prevalencia del 7% de deterioro cognitivo relacionado con baja escolaridad, es similar a la reportada en otros estudios como Di Carlo & Balderaschi (1997); Unverzagt et al. (2001). Además, de que en relación a ambas condiciones, deterioro cognoscitivo y dependencia funcional, la prevalencia fue de 3.3% similar a la reportada para la demencia en algunos países de Latinoamérica como son los de Ketzoian, et al. (1997); Herrera et al. (1997).

Mejía y cols. (2007), relacionan el bajo nivel escolar, característico de la población mexicana, y que tiene un efecto sobre el desempeño en las pruebas cognoscitivas, clasificando con deterioro a sujetos con bajas puntuaciones. Además, de la aparición de alteraciones en actividades de la vida diaria y la asociación con algunas comorbilidades (diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva y depresión) constituyen características importantes que dan la diferencia entre grupos analizados. La presencia de estas alteraciones podría determinar el alto riesgo de convertirse en demencia.

Por último, en el grupo de sujetos que presenta deterioro cognoscitivo sin alteración funcional, no se observaron asociaciones significativas con variables sociodemográficas y de salud.

### **3.2 Diagnóstico**

De acuerdo con Olazarán & García (2002), el estudio de los trastornos cognoscitivos intermedios, entre la normalidad y la demencia, se ha ampliado en los últimos años. En donde el DSM-IV introduce el “deterioro cognoscitivo

relacionado con la edad”, con la colaboración de la Asociación Psicogeriátrica Internacional (IPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) los criterios de diagnóstico del deterioro cognitivo asociado a la edad. Tabla 3.

Por otra parte, en el CIE-10 (1992), refiere que el DCL (F06.7), puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos muy diversos. Puede no existir una afectación cerebral puesta de manifiesto por signos neurológicos, pero sí grandes molestias e interferencias con actividades. Los límites de esta categoría están sin establecerse definitivamente. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga más de unas pocas semanas. “Este trastorno sólo debe de diagnosticarse en ausencia de claros trastornos mentales o comportamentales... ( p. 90)”.

Tabla 3. Criterios de diagnóstico del deterioro cognitivo asociado a la edad IPA-OMS

---

No restricción de edades

Decremento de la capacidad cognitiva afirmada por el paciente o un informante.

Decremento gradual y de duración mínima de 6 meses

Cualquiera de los siguientes ámbitos puede estar afectado:

- Memoria y aprendizaje
- Atención y concentración
- Pensamiento
- Lenguaje
- Función visoespacial

Disminución de las puntuaciones de evaluación del estado mental o de los tests neuropsicológicos una desviación estándar por debajo del valor del grupo control. El trastorno no tiene suficiente intensidad para establecer el diagnóstico de demencia, no existe delirium.

No existen procesos cerebrales, sistémicos o psiquiátricos que puedan explicar el cuadro.

---

(Olazarán & García, en Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, 2002), p.p. 11.

---

La principal característica de este trastorno es una disminución del rendimiento cognitivo, incluyendo deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración.

Así también, la salud mental influye en la realización de actividades cognoscitivas, siendo la depresión una reacción frecuente en la senectud, por las diversas pérdidas propias de la vida. Por lo que la presencia de depresión puede disminuir la concentración y la atención, reduciendo el nivel general del funcionamiento cognoscitivo.

El Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (2002), considera que el foco de estudio de los trastornos cognoscitivos intermedios entre la normalidad y la demencia se ha ido ampliando en los últimos años. Así el DSM-IV introduce el “deterioro cognoscitivo relacionado a la edad”, a través de la colaboración de la Asociación Psicogeriátrica Internacional (IPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece la siguiente comparación de semejanzas y diferencias entre el trastorno cognitivo ligero y el trastorno neurocognoscitivo (Tabla 4).

Tabla 4. Semejanzas y diferencias entre el trastorno cognitivo ligero (CIE-10) y el trastorno neurocognoscitivo ligero (DSM-IV)

	CIE-10	DSM-IV
Fuente de la queja	Paciente o informador	Paciente o informador
Trastorno causal	Sistémico o neurológico	Sistémico o neurológico
Áreas cognitivas alteradas en test neuropsicológicos	Memoria, atención, <b>pensamiento</b> , lenguaje, <b>área visoespacial</b> (al menos <b>un</b> área alterada)	Memoria, <b>función ejecutiva</b> , atención, <b>capacidad perceptivo-motora</b> , lenguaje (al menos <b>dos</b> áreas alteradas)
Malestar significativo o deterioro funcional	No necesariamente	Si
Incompatibilidades	Demencia, síndrome confusional, síndrome amnésico y otra entidad	Demencia, síndrome confusional, síndrome amnésico y otra entidad

Hoy se acepta que el DCL es una entidad nosológica definida, cuya prevalencia crecerá proporcionalmente al aumento del envejecimiento de la población. A

muchos pacientes con dificultades de memoria les preocupa la posibilidad de sufrir una demencia. Por lo que es importante establecer el diagnóstico claro y hacer un seguimiento cercano para intentar retrasar la evolución.

En una reunión internacional de expertos se ha recomendado la subdivisión del DCL según el perfil neuropsicológico. Rosselli (en Arango, 2003) reconoce que el objetivo de una evaluación neuropsicológica es determinar la presencia de cambios cognoscitivos y de conducta en las personas con sospecha de algún tipo de alteración o disfunción cerebral. Estos cambios pueden cuantificarse a través de la observación clínica, e instrumentos especializados y estandarizados de evaluación. Tomando en cuenta, que durante la ejecución en una tarea determinada, pueden intervenir varios factores a considerar, como el nivel premórbido, el nivel de escolaridad y la edad.

El paciente con sospecha de deterioro cognitivo, debe ser sometido a dos tipos de evaluación: una evaluación neuropsicológica que está centrada en la función cognoscitiva y que permita determinar si el paciente presenta un cuadro de deterioro cognitivo y su grado; y otra neuropsiquiátrica que determine los síntomas neurológicos y psiquiátricos, en caso de una demencia.

La evaluación neuropsicológica incluye el nivel de funcionamiento de las áreas: Funcionamiento cognoscitivo general, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales y visomotoras, praxis y funciones ejecutivas.

Es importante, tener en cuenta que la manifestación neuropsicológica más importante durante la vejez es la depresión. Por lo que es muy frecuente encontrar síntomas depresivos asociados a otras condiciones neurológicas, y es conveniente la valoración y el tratamiento de aspectos del paciente.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta los mecanismos de afrontamiento, ya que de acuerdo con Weiner (2005), estos mecanismos empiezan a fallar en personas con deterioro cognitivo. La toma de decisiones y la realización se vuelve complicada. Por ejemplo, suelen culpar a otros, en lugar de reconocer que han perdido la iniciativa, la capacidad para tomar decisiones, la incapacidad para recordar y de no poder asumir las responsabilidades. Racionalizan conductas inadecuadas y evitan nuevos estímulos.

Por lo que este autor, propone que una estrategia positiva para resolver la reducción de la capacidad de afrontamiento es reconocer el déficit y desarrollar mecanismos compensatorios de forma consciente, mediante la realización de enlistados, evitar lugares poco familiares, hacer preguntas y depender de otros para resolver problemas. Sin conciencia de uno mismo es menos probable que se desarrollen los mecanismos de compensación.

La capacidad de los pacientes para utilizar los mecanismos más apropiados, sirve para aumentar la autoestima y reforzar el sentido de integridad personal; como son tomar decisiones, manejo de la voluntad y asumir responsabilidades al alcance de la capacidad del paciente. Esto en ocasiones, crea dificultades entre los pacientes y sus cuidadores.

Cuando el paciente es consciente de sus déficits cognitivos mantiene la esperanza de poder mejorar o mantenerse estables. Si el deterioro cognitivo es considerado reversible, o si el funcionamiento empeora por factores emocionales (como la ansiedad o depresión) se debe de reforzar el sentimiento de mejoría.

Por último, Weiner (2005) expone los principios generales del tratamiento de los pacientes con demencia:

- ✓ Corregir el deterioro sensorial
- ✓ No enfrentarse
- ✓ Encontrar el nivel óptimo de autonomía
- ✓ Simplificar
- ✓ Estructurar
- ✓ Pistas múltiples
- ✓ Repetir
- ✓ Guiar y demostrar
- ✓ Refuerzo
- ✓ Reducir las opciones
- ✓ Estimulación óptima
- ✓ Evitar nuevos aprendizajes
- ✓ Determinar y utilizar tareas sobre aprendidas
- ✓ Minimizar la ansiedad
- ✓ Distracciones

### 3.3 Tratamiento

Gallego, Novalbos y García, (2002) consideran que el DCL se caracteriza por la pérdida reciente y ligera de memoria, más allá de la pérdida esperada para la edad y nivel educativo del paciente, donde no hay demencia ni afectación significativa de las funciones cognitivas.

Estos autores, realizaron una revisión de Schaie y Willis (1986), en donde concluyen que en la vejez, el cerebro conserva un elevado grado de plasticidad. Siendo que la pérdida de memoria puede frenarse y aún revertirse, con una intervención precoz, pues con la edad se deteriora la capacidad funcional.

También hacen una revisión de las medicaciones que pueden mejorar la memoria y retrasar el proceso de deterioro cognitivo. Tabla 5.

---

Tabla 5.- Medicaciones que pueden mejorar la memoria y retrasar el deterioro cognitivo.

---

- Nootropos : piracetam.
  - Antioxidantes: selegilina, vitamina E, extracto de Ginkgo biloba, estrógenos.
  - Antiinflamatorios no esteroides inhibidores selectivos de la COX-2: rofecoxib, celecoxib.
  - Inhibidores de la acetilcolinesterasa: rivastigmina, donepezilio, galantamina.
  - Antagonistas no competitivos del receptor NMDA: memantina.
  - Protección de la membrana neuronal y precursor colinérgico: Citicolina.
- 

Tratamientos que tienen la finalidad de mejorar la actividad cognitiva y la memoria, particularmente en hipoxia, intoxicación, traumatismos, trombosis o envejecimiento normal.

Dentro de la terapia farmacológica, como ha sido demostrado en varias investigaciones, los anticolinestresáicos, donepezino, rivastigmina y galantamina, son de gran eficacia. Sin embargo, para fines de este trabajo de tesina, se enfocan las estrategias de intervención cognitiva.

Alberca (2007), contempla que el **control** adecuado de la **tensión arterial y la actividad física**, parecen posponer el deterioro cognitivo y ha sido útil en programas de intervención cognitivo-motora en casos de demencia leve, mejorando el equilibrio y la coordinación, para prevenir caídas y fracturas.

Sin embargo, el deterioro cognitivo puede ir desde el olvido senil benigno, hasta un deterioro cognitivo profundo. Y los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal.

Ajmani R.S. et al. (2000; en Garamendi F; Delgado DA; Amaya MA, 2010) comprobaron que existe una **capacidad de reserva** en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez. Por lo que es posible la rehabilitación y prevenir el deterioro cognitivo. Los tratamientos psicoterapéuticos para el DCL, se basan en la noción de “**plasticidad del sistema nervioso**”, tomando en cuenta no sólo los síntomas cognitivos, y se presta más atención a la calidad de vida del paciente.

En diversos estudios, se han realizado programas para los adultos mayores con el objetivo de prevenir y mejorar su estado cognitivo (Ball, y colaboradores ,2002; Tárraga & Boada, 1999; Puig, 2000; Montenegro y cols., 2003; Valencia y cols, 2008; Garamendi F; Delgado DA; Amaya MA, 2010); éstos tenían como estrategia el entrenamiento cognitivo, para mejorar las habilidades mentales y funcionamiento de la vida diaria. El deterioro cognitivo en adultos mayores, concluyen, mejora con la aplicación de programas de ejercicios de estimulación cognitiva.

De acuerdo a Díaz y, Sosa (2010) en Cuba, los profesionales de la salud que laboran con pacientes con DCL y sus familiares, aplican el tratamiento no farmacológico, desde la rehabilitación integral tomando en cuenta el funcionamiento, el ámbito psíquico y social. En su trabajo analizan los instrumentos y estrategias de intervención cognitiva que podrían utilizarse según el déficit cognitivo del paciente en los estados patológicos de deterioro cognitivo ligero y demencia leve, como alternativas de terapias para la rehabilitación, que posibilite retrasar o modificar el curso de la entidad clínica.



Además de resaltar que es necesario, previo a cualquier estrategia cognitiva, realizarse la exploración neuropsicológica, que posibilite determinar las funciones cognitivas afectadas y aquellas residuales, para la posterior planificación de las estrategias de intervención. Teniendo en cuenta, la capacidad funcional del paciente (índices de funcionalidad), la edad y su nivel intelectual premórbido. (Rabassa & Gómez, 2006; en Díaz & Sosa; Tárraga, 1998).

Por lo cual, la intervención a través de la Terapia Cognitiva parte del conocimiento del estado mental del paciente, por medio de una evaluación neuropsicológica, para valorar las capacidades y comportamiento del paciente en su entorno familiar y social. Además, de determinar cuáles son las capacidades funcionales reales del paciente en las Actividades de la Vida Diaria y poder determinar un plan terapéutico que se adecúe al paciente, el cual debe ser flexible, adaptable e individualizado (Drake, 2006; en Hernández 2007).

La intervención en rehabilitación cognitiva comprende diversas tareas que tiene como finalidad el estimular y mantener las capacidades mentales del paciente, incidiendo de forma global sobre las diferentes funciones cognoscitivas.

## **Estrategias de intervención cognitiva**

### TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

La Terapia de Orientación a la Realidad (ROT siglas en inglés) fue desarrollada por Folsom en 1968, y modificada por Holden y Woods en 1982. En sus inicios se utilizó para los veteranos de guerra con graves trastornos; luego para mejorar la calidad de vida de personas mayores en el ámbito geriátrico con estado de confusión.

La ROT es una técnica psicoterapéutica grupal, para personas mayores confusas y desorientadas, para aprender y practicar técnicas que los ayuden a afrontar los problemas causados por la confusión y desorientación, a través de estimulación y provisión estructurada de información sobre sí mismos y el entorno. La información es estructurada y repetida, respecto a la orientación temporal,

espacial y personal, favoreciendo la orientación de las personas, reforzando la percepción de situaciones familiares.

La ROT es un conjunto de técnicas que sirven para que una persona tome conciencia de su situación en el tiempo, el espacio y la persona. Es un método para tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes.

La forma de trabajo de la ROT, puede ser a través de sesiones de 30 a 60 minutos, varios días a la semana, en pequeños grupos, en donde se estimula la orientación temporal y espacial. Se utiliza un tablero de orientación que contiene: el día de la semana, la fecha, la estación del año y el lugar.

La ROT también se puede trabajar con la orientación a la realidad de 24 horas, donde el objetivo es trabajar la reorientación durante todo el día, con el apoyo de referencias y señales del ambiente; donde las personas próximas al paciente, responden las preguntas y les facilitan descubrir la información por ellos mismos.

La ROT O TOR 24 horas, se realiza durante todo el día con el auxilio de toda persona que tenga contacto con el paciente y el uso de ayudas externas como son las señalizaciones, calendarios, relojes grandes, pegatinas con el nombre y utilidad del objeto y la realización de actividades rutinarias (Tárraga 1998).

Spector (2000) examinó la efectividad de las sesiones de la ROT en personas con demencia. Los resultados se mostraron a favor del tratamiento cognitivo y conductual. La ROT ha sido criticada porque la mayoría de los estudios se realizaron en residencias u hospitales. Sin embargo, la ROT se considera de utilidad dentro de las sesiones de psicoestimulación.

## TERAPIA DE REMINISCENCIA

Es una técnica que al igual que la anterior puede realizarse de manera formal por medio de sesiones dirigidas o informalmente a lo largo de todo el día. Consiste en recordar recuerdos de la historia personal del sujeto, estimular el proceso de la memoria, con la reactivación del pasado personal y el mantenimiento de su propia identidad y orientación psíquica. La variante más formal puede desarrollarse por medio de talleres grupales, al estimular el intercambio entre sus miembros sobre eventos pasados. Posibilita, además, la activación de la atención y el aumento del

lapso de tiempo de concentración de ésta en pacientes con demencia. El terapeuta puede apoyarse de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no sólo cognitiva, sino además funcional y social (Francés, 2003).

La terapia de reminiscencia se refiere a una respuesta adaptativa caracterizada por el acto de pensar en las propias experiencias y relatarlas, de hacer consciente la historia personal, las experiencias significativas.

En sus inicios, se utilizó para personas mayores con envejecimiento normal, para ofrecer una ocasión para recordar y organizar los hechos más significativos de su vida (Butler, 1963). Posteriormente, Kiernat en 1979, introdujo la idea de utilizar la terapia de reminiscencia en personas con demencia.

Así la reminiscencia provocada y controlada, constituye un recuerdo sistemático de memorias antiguas, como el hecho de recordar hechos personales, emociones, imágenes, vivencias, etc. Se centra el recuerdo en los aspectos personales, más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final, es el mejorar la memoria, favorecer la creatividad y aumentar la socialización de los pacientes estimulando la conversación, mejorar la autoestima, la satisfacción personal, el bienestar y la satisfacción por la vida.

La reminiscencia, es una terapia que se puede utilizar como parte de la estimulación cognitiva; se realiza de forma grupal, facilitando discusiones para mejorar la interacción en un ambiente agradable y atractivo.

## PROGRAMAS DE PSICOESTIMULACIÓN

Con fundamentos en el conocimiento de las demencias y el diagnóstico precoz, surge la necesidad de la aplicación de tratamientos para pacientes con menor grado de deterioro. Los programas específicos de estimulación, combinan actividades grupales e individuales, diseñadas en función del déficit que presenta el paciente. Los programas de psicoestimulación, suelen utilizarse en centros de día, residencias para adultos mayores y servicios ambulatorios.

El Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) de Tàrraga y Boada (1991), es un programa pionero fundamentado en la neuroplasticidad, basado en técnicas de neuropsicología y modificación de la conducta, bajo el modelo de Reisberg, donde

una persona con Enfermedad de Alzheimer sigue un curso involutivo, inverso a la formación de inteligencia descrita por Piaget, “retrogénesis”, en donde el objetivo es favorecer las capacidades funcionales del enfermo y mantener su autonomía.

Tárraga en 1994, evaluó la eficacia del PPI en 39 enfermos con demencia, que acudían a un centro de día terapéutico, obteniendo como resultados una mejoría general, conservando la puntuación superior en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) a la evaluación previa al ingreso.

Luego en 1998, este mismo autor evaluó otro estudio de la eficacia del PPI, donde hace el seguimiento de pacientes durante un año, evaluados bimestralmente con las pruebas: MMSE de Folstein, MEC de Lobo, Set-Test de Isaacs, Boston Name Test, Índice de Barthel y GDS de Reisberg. El PPI resultó eficaz en el mantenimiento de la evolución del deterioro y el mantenimiento del grado de autonomía en las actividades de la vida diaria. Mejoró las funciones cognitivas de los pacientes (Tárraga, 1994).

Este programa del PPI, consistía en un taller de psicoestimulación cognitiva, en donde se tenían sesiones de: razonamiento, atención-concentración, orientación, memoria, lenguaje verbal y escrito, praxias, gnosias, aritmética y cálculo, asociación-ordenación.

Posteriormente, en otro estudio de Tárraga (2000), analizó la evolución de la respuesta al PPI. Los resultados indicaron que los sujetos mejoraban sus puntuaciones en el MMSE a los dos meses de tratamiento.

Ermini-Fünschilling, (1998), encontró que 38 pacientes afectados con demencia leve, acudieron semanalmente a seis sesiones de estimulación cognitiva de una hora, por un año. El entrenamiento cognitivo era semiestructurado y consistía en ejercicios cognitivos (de orientación, cálculo, memoria y lenguaje) y de relajación de manera grupal. El objetivo era analizar los efectos del entrenamiento cognitivo sobre las funciones cognitivas y el estado de ánimo. Los resultados indicaron puntuaciones estables en el MMSE en el grupo sometido al programa, demostrando el mantenimiento de las funciones cognitivas. El entrenamiento cognitivo influyó positivamente en el estado de ánimo de los sujetos.

De Franco (2000) formularon un entrenamiento cognitivo, a través de un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica por ordenador, en una pantalla táctil. Luego hicieron un estudio con pacientes con enfermedad de Alzheimer con deterioro leve, por año y medio, resultando que el grupo experimental mantuvo sus funciones cognitivas.

## TERAPIA DE VALIDACIÓN Y COMUNICACIÓN

La terapia de validación fue introducida por Naoni Feil en 1992, en donde la validación se define como la aceptación de las personas ancianas desorientadas, ayudándoles a reasumir su vida. Se basa en tomar una actitud de empatía y respeto hacia el paciente, adaptándose, aceptando y validando la conducta del paciente.

Hace referencia al cuidador, familiar u otra persona que interactúe con el paciente como facilitador de la adaptación de éste en su vínculo interpersonal. Significa adecuar la comunicación verbal y no verbal al grado de deterioro cognitivo del paciente. Permite con el entrenamiento y empleo de técnicas de comunicación y terapia de validación, establecer una interacción humana positiva para que el paciente alcance el máximo de sus posibilidades funcionales.

Las técnicas de comunicación consisten en aspectos como la adecuación de la comunicación verbal que se resumen en hablar clara y pausadamente, con mensajes cortos y simples, mantener el contacto visual cara a cara, para conservar la atención y concentración; pronunciar los mensajes más importantes al inicio de la frase si ésta es larga y compleja, repetir las informaciones necesarias, dejar tiempo para que se comprenda lo que se le dice, hacer comentarios sobre los acontecimientos en curso y formular preguntas cerradas que favorezcan la elección.

Otra técnica favorecedora de la comunicación, es la reinterpretación del lenguaje y la conducta, la cual consiste en desatender la forma incorrecta del lenguaje e intentar deducir e interpretar su significado como una demanda del sujeto, con la atención a sus palabras y expresiones no verbales.

Peña Casanova (1999) considera que la estimulación de la expresión es una técnica que consiste en incitar y animar al paciente a las respuestas y repeticiones

aunque sean incorrectas. Se resalta la expresión correcta en vez de corregir los errores. Se ayuda diciendo la palabra que tiene dificultad en evocar, en vez de esperar a que lo haga por sí mismo. Ayudarle a encontrar el hilo de la conversación. No molestarse por las dificultades que muestre el paciente en la expresión y comprensión. Darle tiempo suficiente para que se exprese. Se estimula a la conversación aludiendo temas familiares y de su interés.

Este mismo autor, menciona que el retomar experiencias pasadas como contacto con el presente propicia la comprensión de situaciones actuales por medio de la asociación con recuerdos significativos de situaciones semejantes anteriores. El control de la comunicación no verbal radica en ayudarse con gestos para hacerse entender, por medio de movimientos, expresiones faciales y posturas positivas, suaves; al mostrar buen ánimo, alegría, sonrisa, amabilidad, relajación, proximidad, gestos de seguridad, lo cual favorece la comunicación y facilita un clima de buen humor.

La terapia de validación, por su parte, se basa en una actitud de respeto y empatía con el paciente. Resume técnicas como parafrasear o repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente al emplear sus mismas palabras, imitar el tono de voz y la cadencia del habla para hacer que el anciano se sienta más seguro; imaginar lo opuesto que consiste en cambiar la distorsión cognitiva de un pensamiento (pensamiento negativo) y sustituirlo por otro positivo sobre el mismo objeto, para así solucionar al problema; observar e imitar los movimientos y emociones de la persona para crear confianza mediante la empatía e imitación al paciente, con la mejoría de la comunicación interpersonal; emplear la ambigüedad, donde ante comentarios o expresiones del paciente carentes de significado, podemos hacer comentarios o preguntas ambiguas que permitan mantener la comunicación y eviten la confrontación con el paciente (Peña Casanova, 1999).

La terapia de validación, incluye la terapia de reminiscencia, la revisión de vida, la orientación a la realidad, la remotivación, modificación de conducta, el esparcimiento y psicoterapia.

## ANÁLISIS DE LAS RUPTURAS CONVERSACIONALES

El Análisis de las Rupturas Conversacionales es una de las técnicas de reeducación cognitiva que pretende la adaptación interpersonal del paciente y su mejoría comunicativa.

De acuerdo con Tárraga (1997), el análisis de rupturas conversacionales posibilita analizar las interrupciones que se producen en la comunicación, para desarrollar la estrategia más eficaz en función de su restablecimiento. Por ejemplo: si no se ha comprendido al paciente, se procura reestablecer la conversación con éste mediante la formulación de una hipótesis o de una paráfrasis, en vez de requerirle más información.

## TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN DE MEMORIA

Las técnicas específicas de rehabilitación de la memoria, se basan en el principio de que la pérdida de memoria se produce de una forma gradual y su intensidad es variable.

Por ejemplo, en la EA en el proceso inicial se afecta la memoria episódica y la semántica, es decir la memoria explícita, de acuerdo con Francés (2003). Sin embargo, Bäckman (1991; en Doménech, 2004), refiere que las funciones mnésicas de los pacientes con EA, pueden estar reducidas y requerir la utilización de estrategias, por medio de apoyo cognitivo en la recuperación de la información. Doménech (2004) comenta que las estrategias para estimular la memoria se dividen en: estrategias facilitadoras o compensatorias.

Las **estrategias facilitadoras** son un soporte dual en la codificación y en la recuperación, imaginería visual, método de recuperación espaciada, método de desvanecimiento de las ayudas, aprendizaje sin error y ayudas diádicas.

- Soporte dual en la codificación y en la recuperación.- Es la estrategia de memoria tradicional, que a través de un soporte dual de la codificación (procesamiento del estímulo asociado) y de la recuperación posterior (recuerdo de la información almacenada), se ofrecen consignas que informen sobre la naturaleza del material que se desea memorizar, como secuencias de aprendizaje, de recuperación, manipulación de la

información. Es decir, mejorar la codificación a partir de estímulos multimodales, para conseguir una huella mnésica más elaborada.

La carga emocional, la activación de tareas o eventos importantes conocidos, pueden mejorar la codificación, en relación a la información que se desea aprender. (Francés, 2003).

- Imaginería visual.- Se intenta realizar asociaciones visuales al material verbal para mejorar el proceso de codificación, consolidación y recuerdo en la tareas de memoria.
- Recuperación espaciada.- Es un método de recuperación de Landauer (1978), que parte de las capacidades de aprendizaje que están intactas, se utiliza para desarrollar memoria implícita. Se trata de hacer recordar al paciente alguna información en cortos periodos de tiempo que gradualmente van aumentando de 5-10-20-40-90-120 segundos, por ejemplo. En caso de que el recuerdo falle en algún intervalo, se vuelve al anterior donde el recuerdo es acertado. Se continúa con exposiciones de la información. Entre los intervalos, se realizan tareas de interferencia.
- Desvanecimiento de las ayudas.- Es el método de difuminación de Glisky (1986), que es una técnica de aprendizaje en que las claves proporcionadas a los pacientes, sobre la información a recuperar, son difuminados de forma progresiva. Se les puede ir proporcionando letra por letra hasta conseguir la respuesta deseada. En la siguiente sesión, se le brinda el mismo número de letras menos una. Se espera que las letras serán difuminadas una a una durante el proceso de aprendizaje. Esta técnica está diseñada para el desarrollo de memoria implícita.
- Aprendizaje sin error.- Es un método que procede del condicionamiento clásico. En donde se busca que si se evitan errores durante la fase de aprendizaje, se evita la perseverancia de los errores en el futuro. La finalidad es conseguir un reforzamiento positivo. En algunos estudios se ha encontrado que mejora la adquisición de conocimientos específicos relacionados con el aprendizaje por ensayo y error.



- Ayudas diádicas.- son una forma de prótesis de memoria derivada de la terapia cognitiva conductual, en donde el cuidador principal favorece programas internos de estimulación de memoria.

Las **estrategias compensatorias** o ayudas de memoria externas, suelen optimizar lo cognitivo y mostrar cómo aprender nuevos conocimientos y conservar las capacidades preservadas. Tienen la finalidad de reducir el impacto del déficit cognitivos en la vida cotidiana.

- Ayudas de memoria no electrónicas.- son apoyos externos como las agendas, libro de notas, etcétera, y se consideran útiles para mejorar la autonomía en la vida diaria.
- Ayudas de memoria electrónicas.- se intenta enseñar a los pacientes a utilizar ayudas externas, como son las agendas electrónicas, teléfonos celulares, etcétera; que en algunos casos emitan alguna señal acústica o vibratoria, proporcionando mensajes específicos, en búsqueda de la autonomía diaria.

#### TALLERES DE ENTRENAMIENTO DE MEMORIA

Estos talleres están diseñados, tanto para personas sin alteraciones cognitivas y funcionales significativas, más bien afectaciones de la memoria asociado a la edad, como para aquellas con alteraciones leves (deterioro cognitivo muy leve y leve), los cuales por medio del adiestramiento en el conocimiento, empleo y control de las estrategias y técnicas implicadas en el proceso de la memoria, buscan la mejoría en el rendimiento, la prevención de posibles deterioros y el mantenimiento de la memoria como proceso residual en el anciano (Maroto 2003). En el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (Díaz & Sosa, 2010) se realizan ejercicios individuales o talleres grupales, donde se trabajan las siguientes técnicas: el aprendizaje y utilización de estrategias de memoria como la categorización, visualización y asociación.

La **visualización** consiste en favorecer la fijación y evocación por medio de las imágenes visuales. Permite la recuperación de información a partir de la combinación de la codificación visual de la información procesada, con otras como la verbal en su cotidiano vivir. Un ejemplo de visualización combinada con la

codificación verbal podría ser al mostrar una lámina a los participantes, e indicarles que traten de recordar los detalles y decirlo en voz alta, como forma de recordar mejor una imagen, o la combinación visualización con codificación afectiva (dar valor afectivo a las asociaciones de imágenes realizadas).

La **asociación**, la cual permite relacionar la información nueva con la existente previamente según su similitud con fecha, lugar, sonido, significado, semejanza visual, sonora, entre otras. En el caso de la asociación nombre-cara (asociación-visualización), para reconocer el nombre y apellidos de un sujeto, se puede asociar un atributo físico con su nombre, por ejemplo: un individuo de raza negra cuyo apellido se denomina "Prieto".

La **categorización** consiste en el empleo de categorías en el ordenamiento, retención y recuperación de la información (Maroto 2003).

Algunas **técnicas de reeducación y estimulación** relacionadas con las estrategias de memoria anteriores, para pacientes con deterioro cognitivo moderado son: la facilitación de la codificación y la recuperación de la información. De acuerdo con Tárraga (1998), para el entrenamiento de la memoria, se emplea diversidad de códigos (emocionales, semánticos, motores) en el almacenamiento y posterior recuperación de la información; por ejemplo, para aprender mejor las palabras mango y naranja, se podría potenciar una codificación de tipo léxico-semántico (frutas), entre otros. Muy útiles si el paciente genera por sí mismo estos tipos de codificaciones y si son usados en el momento de la recuperación (frutas, se pelan).

En la recuperación espaciada, se trata de hacer recordar al paciente una determinada información en intervalos de tiempo cada vez más largos (5, 40, 90 segundos). Cuando se presenta un fallo en la recuperación de la información, se lleva al intervalo de tiempo anterior en que se logró el recuerdo. Este método se relaciona con la memoria implícita. La mayoría de las intervenciones, que han utilizado esta técnica de recuperación espaciada, han encontrado una mejoría en el aprendizaje de nombres de objetos, asociaciones de nombre-cara y objeto-lugar. (Tárraga 1998).

Este mismo autor define la **difuminación de los indicios de recuperación**, que consisten en la disminución progresiva de los indicios dados al paciente en relación a la información que se desea recuperar, por ejemplo: en las asociaciones de nombre-profesión, luego de proporcionada la información se le pide que recuerde la profesión del nombre presentado; de fallar, se agregarían letras hasta que aflore la respuesta correcta. En la próxima sesión se brindaría información hasta la última letra que requirió, menos una, y se van eliminando progresivamente hasta que se dé la recuperación deseada. También se pueden asociar con direcciones, números de teléfonos, etc.

El entrenamiento con estrategias y técnicas en la solución de olvidos cotidianos pretende el aprendizaje de estrategias para situaciones de la vida diaria que pueden constituir olvidos cotidianos. Entre estos ejercicios están los dirigidos a la memoria prospectiva (recordar alguna tarea por hacer, un mensaje que dar), los relacionados con la memoria retrospectiva (el recuerdo de una actividad que se haya realizado), las acciones automáticas (abrir-cerrar el gas, una llave, la olla de presión, ingerir sus medicamentos), la memorización de nombres y textos (Maroto 2003).

#### PARADIGMA DE APRENDIZAJE CON EL MENOR NÚMERO DE ERRORES

Pretende evitar la ocurrencia de errores a la vez que favorece el aprendizaje. Los errores durante el aprendizaje se refuerzan por medio de la repetición. (Tárraga 1998).

El entrenamiento en el desarrollo de la metamemoria busca el análisis de las quejas de fallos de memoria más frecuentes que refiere la persona, los mecanismos que éste utiliza, que podrían constituir las posibles causas, y las posibilidades en cuanto a estrategias a emplear, para su corrección. Como ejemplo, se puede trabajar con un objeto que se pierde, el lugar donde lo deja y repasar las estrategias que se pueden emplear, para controlar así los fallos y reforzar positivamente los buenos resultados de las estrategias o técnicas empleadas (Maroto 2003).

Algunos de los instrumentos para la estimulación del proceso de la memoria son las adivinanzas, los ejercicios de completar frases, la descripción de objetos, el

reconocimiento de personas, entre otros. Igualmente existen algunos procedimientos más específicos aplicables a fenómenos más concretos, entre ellos se encuentran la técnica de recuerdo de nombres, la cual trata de que el sujeto pueda registrar, retener y evocar los nombres de las personas siguiendo los siguientes pasos:

- Atender realmente el nombre.
- Repetirlo.
- Asociarlo a algún rasgo físico, cualidades, y otros.
- Buscar un significado al nombre y apellido.

Otro aspecto son las ayudas externas que se pueden usar como instrumentos para ganarle a los olvidos, entre ellos se encuentran las agendas o libretas de notas, tarjetas y demás (Maroto 2003).

## PROPUESTAS DE ADAPTACIÓN AL ENTORNO FÍSICO

La orientación es el principal proceso cognitivo sobre el cual se trabaja. Busca la compensación del paciente por medio de modificaciones ambientales basadas en los principios de seguridad, prevención y simplificación. Propone un medio físico que le facilite una mejor adaptación y autonomía funcional (Rabassa & Gómez 2006; en Díaz & Sosa, 2010)

Entre las estrategias que la incluyen están el establecimiento de una rutina diaria que favorezca la orientación en el tiempo, evitando cambios de horario y lugares. También la facilitación de los lugares con señales, letreros y rótulos, la colocación de relojes, calendarios, programaciones del día, la creación de un ambiente agradable con luz y colores decorativos suaves y agradables, ayudas técnicas para el baño y la movilización para prever caídas y accidentes, la adecuación de las tareas cognitivas y de la vida diaria a las capacidades del paciente (vestirse-arreglarse, bañarse-lavarse, alimentarse, dormir, evacuar, moverse y caminar, tener ocupaciones y sentirse útil, distraerse y divertirse).

La adaptación al entorno físico incluye las técnicas de procesamiento de las rutinas de la vida cotidiana y el acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas (Zaldivar, Vega, Roca, 2004; Yanguas, 2000; en Díaz & Sosa, 2010).

## PSICOESTIMULACIÓN A TRAVÉS DE LAS ARTES

Consiste en el uso de las diversas manifestaciones del arte (música, dibujo, pintura, danza, cuentos) como terapia. Su objetivo es el de estimular funciones como la praxia, atención y concentración, función ejecutiva y visoespacial, memoria episódica y remota y lenguaje en el paciente con deterioro cognitivo. Se llevan a cabo en espacios parecidos a los talleres de actividad artística. (Rabassa & Cullell 2006; en Díaz & Sosa, 2010).

Taller de musicoterapia en relación con el deterioro cognitivo tiene gran relevancia en el campo de la rehabilitación. Consiste en el uso terapéutico de la música para conseguir favorecer en el paciente la mejoría comunicativa y de las relaciones interpersonales, el mantenimiento de la atención-concentración en función de una tarea concreta y el estímulo de la memoria a corto y largo plazo (Francés, 2003).

De acuerdo con Lanch (2006; en Díaz & Sosa, 2010), hay 2 formas de musicoterapia: un método activo y otro pasivo. Para el desarrollo del proceso de intervención de la musicoterapia activa se realiza mediante:

1. Hacer una recopilación y análisis de información detallada en cuanto a la capacidad cognitiva, funcional y física del paciente.
2. Comprobar la habilidad o capacidad en la actividad musical (cantar, tocar un instrumento, bailar).
3. Determinar la necesidad del paciente y objetivos de la actividad.
4. Planificar y desarrollar la actividad.
5. La evaluación final y control de los cambios detectados.

En la musicoterapia pasiva se incluyen técnicas pasivas de audición musical, con el objetivo de favorecer los recuerdos, manteniendo la orientación e identidad personal. Además, la relajación del paciente.

Por otra parte, la práctica de las diferentes modalidades de musicoterapia requiere de los siguientes pasos:

1. Un encuentro inicial donde se exploran los gustos que tiene el paciente en cuanto a la música, confeccionándose así su historia psicomusical.

2. La aplicación de una prueba de receptividad musical, para explorar los efectos que provocará en el paciente los diferentes ritmos musicales.
3. La planificación y selección de la música correspondiente en dependencia de la historia psicosocial y datos obtenidos previamente, así como de los objetivos perseguidos.
4. El desarrollo del tratamiento musicoterapéutico.
5. La evaluación individual de los resultados obtenidos.

Taller de arteterapia: Consiste en la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura), con fines terapéuticos. Constituye un espacio donde con medios técnicos básicos: pintura, papel, y acompañado de un especialista entendido en aplicación de técnicas de creación artística, estimula las capacidades del paciente: atención, secuenciación, praxias y capacidades visoespaciales (Rabassa & Cullell, 2006; en Díaz & Sosa, 2010).

Taller de cuentos y leyendas: Son narraciones cortas de sucesos reales o imaginarios con la finalidad de entretener, hacer reír y educar, pero también con su carácter terapéutico. Es un espacio de expresión verbal y extraverbal, de relación interpersonal, socialización y participación. Favorece el uso de la imaginación y la creatividad. Trabaja la memoria episódica y remota. Propicia al que escucha mantener la atención y concentración. Durante la narración del cuento, el narrador se puede acompañar de objetos, marionetas, entre otros. Su mejor realización será mediante la escenificación teatral de los personajes del cuento (Rabassa & Cullell, 2006; en Díaz & Sosa, 2010).

Taller de danzoterapia: Ampliamente utilizado en el campo de los trastornos mentales. De igual modo posee gran utilidad en el tratamiento del deterioro cognitivo. La psicodanza permite mediante sus varias metodologías, fundirse en sus varias interpretaciones técnicas de la danza. En Cuba los ritmos tradicionales como el danzón, cha cha cha, mambo, mozambique, pilón, danzonete, guaracha, rumba y son, constituyen los bailes populares más afines al anciano. Busca el desarrollo del vínculo interpersonal por medio del movimiento, la memorización de acontecimientos vividos, la mejoría del estado emocional, la liberación de

tensiones y energía física y la facilitación del conocimiento del esquema corporal, lateralidad, agilidad y coordinación motriz, equilibrio y estructuración espacial (Rabassa & Cullell, 2006; en Díaz & Sosa, 2010) .

#### TERAPIA DE CONDUCTA O PSICOTERAPIA ESPECÍFICA

La terapia de conducta o comportamental, tiene como objetivo reforzar, mantener o disminuir la frecuencia de una conducta, modificando las relaciones existentes en dicha conducta, así como los hechos anteriores como consecuentes.

La rehabilitación mediante la psicoterapia en el anciano con deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia en la fase leve, alcanza gran efectividad con la terapia conductual. El modelo conductista centrado en el aquí y ahora, pretende llevar al paciente hacia la conducta adecuada y deseada por medio de procesos de aprendizaje (Zaldívar, Vega, Roca, 2004; en Díaz & Sosa, 2010).

Entre estas técnicas de aprendizaje el reforzamiento consiste en incrementar la aparición de una conducta deseada. Existe el denominado reforzamiento positivo cuando la posibilidad de aparición de la conducta adecuada es seguida por una determinada consecuencia positiva como la aprobación, el elogio, frases de alabanzas, un gesto o una sonrisa. Si el aumento de la posibilidad de la conducta adecuada es seguido de la retirada del estímulo aversivo; es decir, un estímulo que tiene la propiedad de ser desagradable para quien lo recibe, y se denomina reforzamiento negativo. Es un tipo de paradigma respuesta-consecuencia.

El castigo pretende reducir la probabilidad de la conducta inadecuada por medio de la presentación de un estímulo aversivo o retirada de uno positivo. Es un paradigma de tipo estímulo-respuesta. En la extinción al contrario del reforzamiento positivo o negativo, se trata de ignorar, retirar la atención, desatender continuamente la conducta que se desea eliminar, para que pierda su efecto cada vez que se presenta.

El reforzamiento diferencial consiste en la combinación de la extinción con el reforzamiento de conductas incompatibles con la conducta no deseada. Éste se basa en ignorar o desatender la conducta que se desea eliminar, al tiempo que se refuerza una conducta que sirva de disociación al paciente y de modificación de la conducta indeseada.

Por otra parte, el moldeamiento es ir reforzando, paso a paso, pequeños comportamientos que aproximan a la conducta deseada. El modelado es enseñar al paciente cómo ejecutar un comportamiento determinado; es servir de modelo al paciente para que imite y aprenda la conducta que se desea.

El ensayo de conducta consiste en la práctica repetitiva de la conducta deseada. Es útil en el mantenimiento de las rutinas cotidianas. En el desarrollo del control estimular se trata de crear señales o estímulos anticipatorios a la conducta deseada como facilitadores de su aparición, por ejemplo: una música determinada. Por último, la motivación radica en estimular verbal y no verbalmente al paciente para que ejecute una conducta deseada; por ejemplo: una palabra o gestos de aprobación (Martínez, 2002, en Díaz & Sosa, 2010).

## PSICOTERAPIA

Es frecuente que los psicoterapeutas perciban a los pacientes con demencia como carentes de la capacidad de abstracción, resultando inaccesibles a la intervención psicoterapéutica.

Sin embargo, el creciente conocimiento del funcionamiento del SNC y la personalidad, da como resultado una serie de funciones complejas que ocurren en las estructuras corticales y subcorticales.

Gabbard (2009), establece que los factores psicodinámicos, en los trastornos que implican daño cerebral, se pueden dividir entre condiciones presentes desde el nacimiento y las que implican un daño más tarde en el ciclo de vida. Las cuestiones psicológicas de cada fase del desarrollo a lo largo del ciclo de vida son modeladas por los déficits neuroanatómicos de cada persona. Y el daño cerebral y la demencia, se consideran condiciones de comienzo tardío.

Para la comprensión psicodinámica de las condiciones de comienzo tardío, continua Gabbard, es importante reconocer que el self, en su mayor nivel, es producto del funcionamiento cerebral. Por lo que el daño cerebral, puede producir alteraciones significativas en el sentido de la identidad individual, por lo que las personas cercanas y familiares de los pacientes con demencia, sientan que el paciente ya no es la misma persona.



“Las afectaciones de los lóbulos temporal y frontal, influye negativamente en la capacidad para interpretar el sentido de los estímulos y conectarlos con sentimientos relevantes” (Prigatano, 1989; en Gabbard, 2002).

Goldstein (1952, en Gabbard, 2002) describió un estado de ansiedad que denominó condición o reacción catastrófica. Observando apacientes con lesiones cerebrales, que al realizar una tarea simple y que no implicaba mayor problemas antes del trauma, se enojaban, se agitaban y se ponían extremadamente ansiosos. Percibiendo el fracaso como una amenaza. Por lo que los pacientes suelen restringir su vida; es decir, se defienden contra la ansiedad catastrófica evitando la conciencia de sus defectos.

Las personas con demencia preservan un sentido de quiénes son, hasta un proceso tardío de la enfermedad.

Weiner (1991; en Gabbard, 2002) refiere que desde una perspectiva psicodinámica, la pérdida de las facultades mentales asociadas a la demencia progresiva puede ser entendida como un proceso regresivo del yo, en el cual los mecanismos de defensa más maduros dan lugar a maneras de defensa más primitivos.

En el proceso de envejecimiento con demencia, la memoria reciente tiende a ser la primera en ser mermada por el padecimiento, lo que deja a la memoria remota que el paciente pueda darse cuenta de cómo eran anteriormente, lo que hace que los déficits y disfuncionalidad presentes sean más perturbadores.

Así Gabbard, hace mención de que los objetos internos, “los introyectos tranquilizadores”, también son sacrificados como parte del proceso demencial, ya que la memoria implica a otros, tanto como a sí mismo.

Por una parte, retoma lo que Lewis (1986), Priagatano y Klonoff (1988) plantean como parte de factores de evaluación, información detallada tanto de una historia del paciente como de un miembro de la familia:

1. La manera exacta en la cual la lesión cerebral ha afectado las esferas sensoriales, motoras y cognitivas.
2. La reacción psicológica del paciente al déficit orgánico.

3. El impacto de la lesión cerebral y la reacción del paciente, sobre la adaptación psicológica y social.
4. La contribución de la estructura de personalidad premórbida al cuadro clínico.
5. La diferenciación de esos síntomas que son secuela directa del daño cerebral de aquellos conflictos previamente defendidos o déficits yoicos.

Además, de incluir una evaluación para psicoterapia expresiva de apoyo de Lewis y Rosemberg (1990), donde propusieron cinco indicadores para seleccionar los pacientes con déficit neurológico y puedan beneficiarse de la terapia dinámica: la motivación personal para iniciar y mantenerse en un proceso psicoterapéutico, una historia de al menos una relación interpersonal significativa, un grado de éxito y dominio activo de algún área de la vida, ausencia de problemas serios de lenguaje, y ausencia de síntomas de lóbulo frontal como anosognosia, apatía severa y marcada impulsividad.

Por último, Gabbard menciona que el objetivo mayor de la psicoterapia en pacientes con demencia, es ayudarlos a aceptar el alcance de sus déficits y limitaciones en cuanto volver al trabajo. El terapeuta debe ser sensible a la herida narcisista inherente a la aceptación del daño irreparable de las habilidades, capacidades intelectuales, talentos y de la esencia misma de su personalidad. A través de promover la autoestima, la cual se está escindiendo cognitivamente, la autoaceptación y simbolización; por medio de modelos psicoeducacionales, procesos de psicoterapia individual, terapia familiar o de pareja.

En conclusión, la rehabilitación cognitiva a través de programas integrales, ha demostrado ser eficaz en los trastornos asociados al envejecimiento y en enfermedades degenerativas como las demencias.

De acuerdo con Tárraga (1998), el objetivo de la rehabilitación cognitiva es retrasar el avance de la enfermedad, más que la recuperación de la función dañada. Por lo cual se da el nombre de estimulación cognitiva, a la búsqueda del mantenimiento y el fortalecimiento del funcionamiento actual para evitar un mayor deterioro.

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### 4.1 Antecedentes

El DCL es una entidad nosológica definida, cuya prevalencia crecerá proporcionalmente al aumento del envejecimiento de la población. Es frecuente que a los adultos mayores que presentan algunas dificultades de memoria, les preocupa la posibilidad de sufrir demencia, por lo que es importante establecer un diagnóstico claro y darles seguimiento para intentar retrasar su evolución. (García A. & Gandía L, 2002).

La presencia de deterioro cognoscitivo más la dependencia funcional constituyen dos de los criterios principales para el diagnóstico de demencia. La alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana, y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor.

La probabilidad de presentar deterioro cognoscitivo más dependencia funcional, es mayor en mujeres, aumenta con la edad y la baja escolaridad; resultados que coinciden con diversos estudios realizados en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa (Mejía-Arango, et al. 2007).

Los trastornos cognoscitivos y del comportamiento constituyen una de las consecuencias más discapacitantes. Así las demencias son una amenaza para la convivencia y estabilidad de la familia (Leng, Woodward, Stokes, Swan, Wareing y Baker, 2003; en Hernández, 2007).

Feldman (2006), retoma de varios autores posturas que consideran que enseñar estrategias a los adultos mayores para enfrentar nuevos problemas impide o aplaza el deterioro. También, la capacitación en estrategias para la memoria, no solo la mantiene, sino también ayuda a mejorarla. Las habilidades cognoscitivas, se pueden mantener mediante la estimulación intelectual y un entorno adecuado (Willis y Nesselroade, 1990; Coffey et al., 1999; Verhaeghen, Marcoen y

Goossens, 1992; West, 1995; Bosma et al., 2002; Bosma, van Boxtel, Ponds, Houx y Jolles, 2003).

Como parte de las actividades en el desarrollo profesional del psicólogo, están proporcionar apoyo emocional, y brindar estrategias terapéuticas orientadas a la rehabilitación de procesos y funciones. En este sentido, “es mucho lo que se puede hacer para facilitar la vida de los adultos mayores y sus familiares” (Mace y Rabins, 1988; Mittelman, Ferris, Steinberg, Shulman, Mackell y Ambinder, 1993; Zanetti, Binetti, Magni, Rozzini, Biachetti y Trabucchi, 1997; Peña-Casanova, 1999<sup>a</sup>; Bondi y Kaszniak, 2001; Patterson, 2004; Drake, 2006; en Hernández, 2007).

Hoy en día, es común, que los pacientes con diagnósticos de deterioro cognitivo leve hasta demencia leve, puedan acceder a tratamiento farmacológico y terapia ocupacional. Sin embargo, esta última, no impacta sobre las áreas funcionales y cognitivas. En ocasiones, puede llegar a ser solo actividad de ocio y asistencia, y en algunas instituciones carecen de diseño, planificación, implantación y seguimiento.

La rehabilitación cognitiva ha demostrado ser eficaz en los trastornos asociados al envejecimiento y enfermedades degenerativas como las demencias.

De acuerdo con Tárraga (1998) el **objetivo de la rehabilitación** es retrasar el avance de la enfermedad más que la recuperación de la función dañada. El término **estimulación cognitiva**, se refiere a mantener y fortalecer el funcionamiento actual para evitar un deterioro mayor.

Wilson (1997) amplía el concepto al de **rehabilitación cognitiva**, y lo define como toda estrategia o técnica de intervención que se proponga posibilitar a los pacientes y a sus familiares a vivir, manejar, reducir o sobrellevar las alteraciones presentes. Es decir, tareas que tienen como objetivo estimular y mantener las capacidades mentales del paciente, incidiendo en forma global sobre las funciones cognoscitivas e intervenir en funciones mentales preservadas o no, con la finalidad de mantener y mitigar la progresión del déficit. Los ejercicios proporcionados al paciente, tendrán que ser adaptados al grado de deterioro, teniendo en cuenta el

nivel de cada una de las funciones cognitivas, con sucesivos controles (Peña-Casanova, 1999<sup>a</sup>).

La rehabilitación cognitiva, es una intervención proporcionada después de una evaluación y diagnóstico neuropsicológico precisos. Debe ser continua, sistematizada, reforzadora y estimuladora para el paciente, evitando rutinas; en busca de potenciar positivamente sobre las actividades cotidianas, adecuadas a las capacidades y déficits cognitivos.

Goldman y Plum (2000, en Hernández, 2007), consideran que la neuroplasticidad está presente en los adultos mayores, aún en procesos degenerativos en sus fases iniciales y moderadas

De acuerdo con Peña- Casanova (1999<sup>a</sup>), la **rehabilitación neuropsicológica** se refiere a todos los métodos y estrategias que tienen como finalidad, mejorar las funciones cognitivas de los pacientes, así como su estado afectivo-emocional, incrementando su calidad de vida. La intervención está basada en los principios de la plasticidad cerebral y la rehabilitación cognitiva.

Este mismo autor, establece que la intervención cognitiva puede dividirse en:

1. Intervención en el ámbito cognitivo, incidiendo sobre las diferentes funciones mentales (orientación, atención, memoria, lenguaje, gnosis, praxis y funciones ejecutivas) por medio de estrategias como la orientación a la realidad, reminiscencia, programas de estimulación global de las funciones mentales y programas específicos de entrenamiento de una función cognitiva determinada.
2. Intervención en el ámbito funcional, con estrategias como adaptación al entorno físico, entrenamiento basado en las Actividades de la Vida Diaria y ocupacionales.
3. Intervención en el ámbito afectivo y conductual del paciente.

En la intervención efectuada al **cuidador primario**, se debe brindar información clara, sencilla y precisa en relación al padecimiento del paciente, la evolución de la enfermedad, síntomas y maneras de enfrentar las vicisitudes; además de

prepararlo para que lo acompañe en el proceso de duelo, respecto a la pérdida de su salud.

La colaboración y participación de la familia es muy importante, durante todo el proceso, por lo que es necesario que los familiares reciban un apoyo psicosocial.

Es imprescindible tomar en cuenta, que en el proceso degenerativo del deterioro cognitivo, pueden aparecer alteraciones psicológicas y conductuales, ejerciendo un impacto negativo en la vida del paciente y en las interacciones con el entorno familiar y social, dificultándose la adaptación.

Ante la percepción social de la vejez y senectud, con una connotación negativa y permeada de un deterioro progresivo de capacidades en descenso, es frecuente que el diagnóstico del deterioro cognitivo se retrase, y con ello las posibilidades de una intervención cognitiva oportuna.

Transcurren varios años, antes de que los familiares o el paciente, acudan a solicitar una valoración por parte de profesionistas de la salud mental. Y después otros tantos, en que se decida considerar si requieren o no, atender y dar seguimiento al déficit funcional del anciano.

La rehabilitación, debe centrarse en la mejoría y optimización del funcionamiento, para reducir la discapacidad, la frecuencia de conductas y trastornos psicológicos; así como minimizar el grado de dependencia. Por lo que es necesario, continuar investigando y demostrar la eficacia de los programas.

Basado en lo anterior, se diseñó el presente trabajo de intervención, partiendo en estrategias cognitivas.

## **4.2 Objetivo General**

Al concluir el programa de rehabilitación cognitiva para adultos mayores, de baja escolaridad y con deterioro cognitivo, los pacientes y sus familiares o cuidadores primarios, serán capaces de emplear estrategias, para mejorar o mantener, el funcionamiento global del paciente.

### **4.3 Objetivos Específicos**

1. Dirigido a: pacientes adultos mayores y sus cuidadores primarios
2. Favorecer las capacidades funcionales y adherencia al tratamiento
3. Incrementar la autonomía de los pacientes
4. Prevenir la pérdida funcional
5. Generar un cambio en las actitudes respecto al envejecimiento
6. Mejorar la calidad de vida del paciente y cuidador

### **4.4 Población**

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener 60 años de edad o más
- Presentar síntomas de pérdida de memoria, referidas por el paciente y/o familiar
- Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve
- Con nivel de escolaridad de 1-4 años de primaria
- Que vivan en el D.F. o área Metropolitana
- Disponibilidad de tiempo (por las mañanas)
- Venir acompañado de un familiar o cuidador primario
- Que tanto el paciente como el familiar firmen de conformidad la Carta de Tratamiento

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cuenten con habilidades para trabajar en grupo, (p.ej. conductas disruptivas, violentas, paranoia severa, trastornos de personalidad graves, etc.)

### **4.5 Producto propuesto**

“PROGRAMA DE REHABILITACION COGNITIVA PARA ADULTOS MAYORES DE BAJA ESCOLARIDAD Y CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”

## **PROCEDIMIENTO GENERAL**

Los pacientes del área de Psicogeriatría, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, cuentan con tres clínicas: Clínica de Esquizofrenia, Clínica de Demencias y la Clínica de la Memoria.

Los pacientes que son canalizados a la Clínica de la Memoria, son usuarios que presentan quejas de la memoria u otras funciones cognitivas, o bien, son llevados por sus familiares o cuidadores primarios por cambios en la conducta o en la personalidad.

El objetivo de la Clínica de la Memoria, es atender a la población de adultos mayores que presenten alteraciones en la memoria y/o en las funciones cognoscitivas, para mantener o disminuir los riesgos de desarrollar una demencia. El paciente será evaluado psicológica, neurológica y psiquiátricamente; y en el caso de que el diagnóstico sea una demencia, el paciente es canalizado a la Clínica de Demencias.

La valoración neuropsicológica se realizará con base en la Batería Neuropsicológica Breve en Español "**NEUROPSI**" (Ostrosky-Solís F., Ardila A., Rosselli M., s/f) y el Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto mayor "**INACVIDIAM**", (Acosta, 2011). Los pacientes que cumplan con el diagnóstico de Deterioro cognitivo de leve con escolaridad de 1 a 4 años de primaria, serán canalizados al área de psicología para integrarlos al Programa de rehabilitación cognitiva.

Con la finalidad de dar continuidad y seguimiento a los pacientes de la Clínica de la Memoria, se pretende la medición del funcionamiento cognitivo y calidad de vida del paciente, con periodicidad de cada 6 meses. Así mismo, se llevará el registro de las valoraciones para observar los cambios.

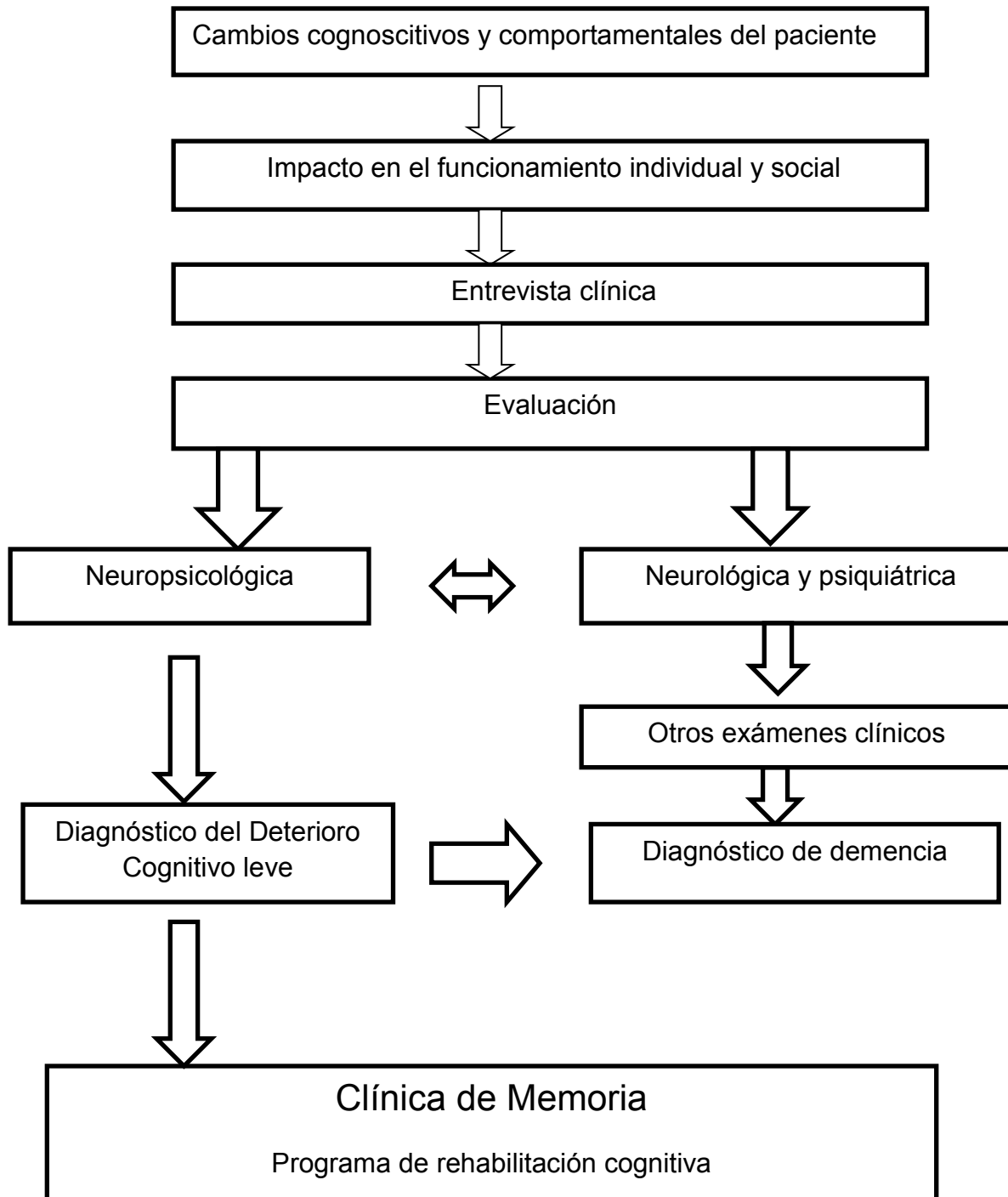
Además de una entrevista clínica, se realizará la lectura, firma y entrega de la carta compromiso para tratamiento terapéutico.

El paciente acudirá al Taller de psicoeducación, su familiar o cuidador primario deberá asistir al Curso psicoeducativo los mismos días y en el mismo horario. Al concluir el Taller y el Curso, el paciente acudirá a sesiones de estimulación y



rehabilitación cognitiva, en donde se pretende mejorar las áreas de funcionamiento, principalmente las observadas con déficits.

A continuación se muestra el Diagrama de Flujo sobre el procedimiento del “PROGRAMA DE REHABILITACION COGNITIVA PARA ADULTOS MAYORES DE BAJA ESCOLARIDAD Y DETERIORO COGNITIVO LEVE”:



## FASES DEL PROGRAMA

FASE	OBJETIVO	POBLACION	No. SESIONES
FASE I	VALORACION Y DIAGNOSTICO (NEUROPSI e INACVIDIAM )	PACIENTES	3 (3 HORAS)
FASE II	PSICOEDUCACION DISPOSITIVO GRUPAL	PACIENTES Y CUIDADOR	6 (9 HORAS)
FASE III	ESTIMULACIÓN Y REHABILITACION COGNITIVA	PACIENTES	20 (20 HORAS)
FASE IV	REVALORACION (NEUROPSI e INACVIDIAM )	PACIENTES	2 (2 HORAS)
	TOTAL DE SESIONES		30 (34 HORAS)

## OBJETIVOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS.

### FASE I. Valoración y diagnóstico

Al ser el Deterioro Cognitivo Leve, un continuo entre el funcionamiento cognitivo esperado en el envejecimiento normal y el patológico, es necesario investigar si los síntomas presentados repercuten objetivamente sobre las funciones, el grado y las funciones con déficits, o bien si puede considerarse indicio de una demencia. Se llevará a cabo una intervención multidisciplinaria, para la valoración, tratamiento y rehabilitación.

La primera fase tiene como objetivo específico valorar y conocer al paciente, las quejas y funcionamiento general descritos por el paciente y su familiar; por medio de la entrevista clínica, la Batería Neuropsicológica Breve en Español “**NEUROPSI**” (Ostrosky-Solís F., Ardila A., Rosselli M., s/a) y el Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto mayor “**INACVIDIAM**” (Acosta, 2011).

El NEUROPSI es una prueba para valorar el funcionamiento cognitivo, fue diseñado para evaluar las funciones cognoscitivas (Ostrosky-Solis, Ardila; Rosselli 1999, en Garamendi, Delgado, Amaya, 2010). Explora nueve áreas: Orientación, Atención/ Concentración, Lenguaje, Memoria, Funciones Ejecutivas,

Procesamiento Viso-espacial, Lectura, Escritura y Cálculo.  
Proporciona datos cuantitativos y cualitativos.

El perfil permite obtener calificaciones individuales para cada área. Se obtiene un grado de severidad del daño cognoscitivo, el rango de funcionamiento que incluye normal y leve, trastornos moderados y severos. Se basa en sólidos datos normativos que permiten la comparación y corrección de acuerdo a la edad y la educación.

El rango de edades para obtener el perfil de ejecución es:

56 a 64 años

65 a 85 años

Los rangos de escolaridad para obtener el perfil de ejecución son:

Analfabetas 0 años

1 a 4 años

5 a 9 años

10 a 24 años

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN: 20 a 35 minutos en poblaciones sin patología.

Las diferencias de dialecto no afectan o interfieren con la administración o calificación.

La población clínica incluye demencia (leve y moderada), depresión, lupus, esquizofrenia, alcoholismo, daño cerebral (derecho e izquierdo), e hipertensión. El Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto mayor "INACVIDIAM" (Acosta, 2011), está centrado en el adulto mayor para obtener su frecuencia de actividades de la vida diaria, su satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades, así como identificar las estrategias de selección, optimización y compensación que haya utilizado para adaptarse a las pérdidas asociadas al envejecimiento. El INACVIDIAM puede apoyar en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas en adultos mayores, y medir los resultados de éstas. Es un inventario auto aplicable que utiliza dibujos que hacen alusión a actividades de la vida diaria del adulto mayor, donde cada reactivo presenta un dibujo representativo de la actividad en cuestión (con variantes en el diseño del dibujo

según se trate de la versión femenina o masculina del inventario) y cada uno con sus respectivas preguntas sobre “frecuencia”, “satisfacción” y “dificultad”.

Evalúa:

Adultos mayores de 60 años

Aplicación:

La aplicación puede ser individual o colectiva.

Tiempo de aplicación:

10 a 15 minutos aproximadamente

### **FASE II. A) Taller psicoeducativo para pacientes**

El objetivo del taller es brindar al paciente información básica sobre los procesos del envejecimiento exitoso y el deterioro cognitivo. Además de la adquisición de conciencia de los propios déficit y enseñar algunas estrategias para afrontarlos.

Duración: 6 Sesiones

Frecuencia: 1 sesión semanal

Tiempo estimado por sesión: Una hora y media

Tipo de intervención: grupal

Mínimo: 3 participantes

Máximo: 12 participantes

Temas:

- ❖ Envejecimiento normal
- ❖ Deterioro cognitivo leve
- ❖ Demencia
- ❖ Funciones mentales superiores
- ❖ Estrategias de estimulación cognitiva
- ❖ Envejecimiento activo
- ❖ Elaboración de proyecto de vida

### **B) Curso psicoeducativo para familiares**

El objetivo de la intervención con los familiares o cuidador primario, es el proporcionar información sobre el proceso normal de envejecimiento, el deterioro esperado y el patológico. Además, apoyar para el desarrollo de estrategias cognitivas ambientales y mejorar la calidad de vida.

Duración: 6 Sesiones

Frecuencia: 1 sesión semanal

Tiempo estimado por sesión: Una hora y media

Tipo de intervención: grupal

Mínimo: 3 participantes

Máximo: 12 participantes

Temas:

- ❖ Envejecimiento normal
- ❖ Deterioro cognitivo leve y Demencia
- ❖ Estilos de vida para envejecer con éxito (actividad física, alimentación, tabaquismo y alcohol, hábitos saludables, adherencia terapéutica)
- ❖ Estrategias de estimulación cognitiva (adaptación del entorno físico, actividades de la vida diaria instrumentales, intervención en el ámbito afectivo-emocional y conductual)
- ❖ Proceso de duelo

### **FASE III. Programa de intervención individual para pacientes**

El programa de intervención individual para pacientes con deterioro cognitivo leve, tiene por objetivo rehabilitar y estimular y/o mantener las capacidades mentales del paciente, para disminuir la progresión de los déficits encontrados en la valoración previa.

Los ejercicios realizados durante esta fase, serán adaptados al grado de deterioro, y en lo posible a situaciones idiosincrásicas del paciente.

Duración: 6 meses

Frecuencia: Sesiones semanales (20 sesiones)

Tiempo estimado por sesión: una hora

Tipo de intervención: individual

Técnicas utilizadas: estrategias de estimulación cognitiva

Sesiones de rehabilitación, basados en el déficit encontrados en la valoración, en las áreas:

- ❖ Orientación
- ❖ Atención y concentración
- ❖ Memoria
- ❖ Lenguaje
- ❖ Lectura y escritura
- ❖ Funciones ejecutivas, conceptuales y motoras

## 4.6 Materiales

Los siguientes materiales impresos, se utilizarán de manera directa y también se hacen adaptaciones. Por ejemplo, en ocasiones se puede cambiar el tipo de letra debido a que el paciente sólo reconoce las mayúsculas; no recuerda o no reconoce la canción a completar; se aumenta en tamaño de la letra y los renglones con oraciones para acomodar en orden son más grandes y el paciente puede manipularlos mejor, un mismo ejercicio aún no lo domina y resulta benéfico, etcétera.

- ❖ Ostrosky F., Gómez E., Chayo.Dichy R., Flores J.C. ¿Problemas de memoria? Un programa para su estimulación y rehabilitación. LP Editorial. México. 2005

Es un programa de entrenamiento para estimular y mejorar la memoria, para el desarrollo de la capacidad mnésica en personas de cualquier edad, que se encuentren en condiciones normales o que presenten déficit en los procesos reguladores de la memoria. Está basado en un conjunto de conceptos teóricos, producto de investigaciones científicas de avanzada, e incluye la revisión de algunos conceptos relevantes utilizados tanto en investigación como en la clínica. Se considera que la memoria involucra tres actividades: la codificación o registro inicial, el almacenamiento que permite guardar la información a través del tiempo, y la recuperación del material almacenado.

Se incluyen actividades que pueden realizarse fuera del contexto terapéutico por medio de guías prácticas y fáciles de seguir tanto por la familia como por el paciente.

- ❖ Ostrosky F., Gómez E., Chayo.Dichy R., Flores J.C. ¿Problemas de atención? Un programa para su estimulación y rehabilitación. American Book Store, México, 2004.

Se exponen ejercicios para el tratamiento de cada nivel atencional. Se proponen actividades que pueden hacerse fuera del contexto terapéutico en guías prácticas y fáciles de seguir tanto para la familia como para el paciente.

La atención está regulada por centros neurológicos que deben funcionar adecuadamente para que no se afecte el resultado final: atender eficazmente. Sin

embargo, atender no es sólo un proceso biológico, sino que también es una conducta psicológica voluntaria, regulada por variables internas del individuo así como por factores externos.

La atención es un proceso necesario para realizar muchas actividades mentales, como: memorizar, comprender el lenguaje y resolver problemas.

Existe una relación estrecha entre la atención y la memoria. Los especialistas afirman que las deficiencias de la atención son responsables del 50% de los problemas de memoria. Atender o prestar atención implica estar despierto, vigilante y tener la capacidad de percibir estímulos relevantes y desechar la información insignificante.

- ❖ Cores M.C., Negrete A., (2008) Rehabilitación del lenguaje, lectura y escritura, después de un daño cerebral. Editorial Trillas.

Las afasias son patologías neurológicas, afectan principalmente al lenguaje e impiden al paciente comunicarse en los ámbitos familiar, laboral y social. Esto acarrea trastornos emocionales y problemas económicos, ya que su capacidad para desenvolverse con normalidad se ve mermada. Los trastornos cerebrales atañen directamente a los neurólogos especialistas en comunicación humana, campo en el que se han realizado investigaciones enfocadas a la generación de nuevas metodologías, estrategias y técnicas para recuperar las capacidades afectadas por las afasias en el lenguaje, la lectura, la escritura y el cálculo.

El manual contiene los fundamentos teóricos y metodológicos para la aplicación de un programa de rehabilitación de pacientes con afasia expresiva, cuyo objetivo es que mejore su habilidad para comunicarse y logre reintegrarse a su ámbito biopsicosocial.

- ❖ Sardinero A. Estimulación cognitiva para adultos. Cuaderno de introducción y ejemplos, Barcelona, 1999.
- ❖ Peña-Casanova J., Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundación “La Caixa”, Barcelona, 1999.

#### **FASE IV. Revaloración NEUROPSI e INACVIDIAM**

#### **4.7 Espacio de trabajo**

- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”
- CONSULTORIO DE LA CLÍNICA DE LA MEMORIA (PSICOLOGÍA)
- CÁMARA DE GESELL DE LA CLÍNICA DE LA MEMORIA
- AULA DEL 6° PISO
- EQUIPO: SILLAS, MESAS, COJINES, PIZARRON, ESCRITORIO, CAÑON.

#### **4.8 Recursos humanos**

Al reconocer la necesidad de una intervención multidisciplinaria para la evaluación, tratamiento y rehabilitación, se requieren dos psicólogos, un neurólogo y un psicogeriatra.



## 4.9 Cartas descriptivas

### FASE I.- VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN 1. Valorar y conocer al paciente y su familiar

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
1	Entrevista y valoración.	Mediante entrevista, se llenará el formato de información básica para el paciente y su familiar. Se realizará la aplicación del instrumento INACVIDIAM	Formato de envío e información básica. Formato del INACVIDIAM	1 hora	Valoración PACIENTE-FAMILIAR / Psicólogo

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN 2. Valorar al paciente

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
2	Valoración.	Aplicación del instrumento NEUROPSI	Formato NEUROPSI. Manuales de aplicación y calificación.	1 hora	Valoración PACIENTE / Psicólogo

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN 3. Devolución y consentimiento del programa

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
3	Devolución de resultados e ingreso al programa.	Se realizará una entrevista para la devolución de resultados, indicando la posibilidad de poder ingresar al programa de rehabilitación cognitiva para adultos mayores de baja escolaridad y con deterioro cognitivo, en caso necesario. Si el paciente cubre los criterios de inclusión, se llenará la Carta Compromiso de Tratamiento para el paciente y su familiar.(ver anexo)	Formato de Consentimiento informado para paciente y familiar, bolígrafo.	1 hora	Inclusión al programa PACIENTE-FAMILIAR / Psicólogo
	Cita para inicio del programa de rehabilitación	Se le proporcionará una cita para inicio del programa de rehabilitación cognitiva.	Carnet		

## FASE II.- TALLER PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN 1.-. Integración de los participantes y presentación del programa

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
1	Presentación de los participantes por parejas.	Se pide al grupo elija una pareja, la persona a la cual menos conozca. Se dan 5 minutos para que se presenten entre sí, y después se pide que presenten a su pareja ante el grupo. Tratando de recordar sus datos generales, así como sus gestos y posturas. Se pueden dar unos minutos después de la presentación para hacer aclaraciones.	Número de sillas igual al de participantes.	25 minutos	Integración PACIENTES /Psicólogo
	Presentación del objetivo del taller y temas a tratar.	Se entregará un temario del taller, que contengan horarios, fechas y directorio. Se realizará una lectura con la finalidad de aclarar dudas.	folletos	10 minutos	Información/ Psicólogo
	Encuadre	Se realizará un consenso sobre las condiciones en las que se trabajará en las sesiones. En relación a la difusión de información, dentro y fuera del espacio grupal. Así como, lo relacionado con situaciones personales y la confidencialidad, manejo de registros	Pizarrón y gises	25 minutos	Encuadre/Psicólogo

		personales, uso de registros electrónicos, celulares, etc. Las reglas que decida el grupo serán escritas sobre el pizarrón.			
	Expectativas	Dinámica “El chamán”. Se pide al grupo que caminen por el salón, e imaginen que irán con un chamán al cual le dirán lo que esperan del taller. El chamán, que será protagonizado por el psicólogo, decidirá si aquella expectativa podrá ser cumplida o no por el taller. Se buscarán expectativas alternativas, en caso de que ésta no pueda cumplirse.	sillas	30 minutos	Conocer expectativas/ Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 2.- Los participantes conocerán el proceso de envejecimiento normal

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
2	Definiendo el envejecimiento	Se realizará un listado de todos los términos que se utilizan para designar a las personas adultas mayores, diferenciándolas entre sí desde una perspectiva social: negativa o positiva.	Pizarrón y gises	15 minutos	Conocimiento grupal PACIENTES/ Psicólogo
	Proceso de envejecimiento normal	Se pide al grupo se dividan en dos equipos, los cuales discutirán aspectos del proceso normal de envejecimiento y las vicisitudes. Realizará un listado de aspectos que consideren en cada uno. Se expondrán ambas discusiones al grupo y se aclaran dudas.	Lápices, hojas blancas, pizarrón y gises	20 minutos	Distinguir entre el proceso normal y las vicisitudes en el desarrollo/ Psicólogo
	Sensibilización	Se pide al grupo imaginar una línea continua que va desde el envejecimiento exitoso hasta el envejecimiento con incapacidad. Y caminando por este continuo se coloque donde cada uno crea donde está situado. Se pide que piense en una frase que defina la situación personal al respecto, con la frase que cada uno exprese, se pide se coloque en subgrupos o equipos y hablen sobre lo que pensaron. Se pide piensen en una representación que	Sillas y cojines	55 minutos	Desensibilización/ Psicólogo

		pueda mostrar al resto del grupo, la situación del equipo. Se muestran las representaciones o escenas. Se realiza un cierre con comentarios respecto a cómo se sintieron, lo que pensaron de sí mismos o de las otras situaciones presentadas.			
--	--	--	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 3.- Los participantes conocerán los síntomas del deterioro cognitivo leve y la demencia

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
3	Mitos y realidades	De manera grupal, se realizará un listado de todos aquellos aspectos que tengan que ver con las ideas, pensamientos, creencias y conocimientos, relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia. El instructor irá colocando, uno a uno, estas cogniciones dependiendo si son mitos o realidades, en relación a los síntomas de deterioro cognitivo y demencia. Se mencionarán brevemente, los síntomas o aspectos que el grupo no exponga.	Pizarrón y gises	1 hora 30 minutos	Conocimiento grupal PACIENTES/ Psicogeriatra

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 4.- Los participantes mejorarán la conciencia de déficits cognitivos

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
4	Armando el rompecabezas	<p>Sobre la base de una silueta humana de papel o bien dibujada sobre el pizarrón, se pide al grupo que vaya escribiendo los síntomas o déficits cognitivos, que crean que tienen o conozca de sí mismos.</p> <p>Luego, en cartulinas individuales con títulos de estrategias cognitivas y una breve descripción, se explica al grupo en qué consiste. Se pide al grupo conecte el síntoma o déficit cognitivo con la estrategia crea puede ayudar a mejorar.</p> <p>Comentarios.</p> <p>*Los déficits se trabajan de manera individual.</p>	Cartulinas, plumones, gises o plumones de color.	1 hora y media	Conciencia de enfermedad de PACIENTES / Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 5.- Los participantes conocerán aspectos de estilo de vida y factores de riesgo durante el envejecimiento

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
5	Serpientes y Escaleras	Bajo las reglas del juego de Serpientes y escaleras, con un tablero que contenga aspectos de estilo de vida que favorezcan el envejecimiento activo y factores de riesgo.	Tablero, dados y fichas.	1 hora	Estilos de vida y factores de riesgo PACIENTES/ Psicólogo
	Reflexión	Sentados en círculo se realizarán comentarios de la actividad, con reflexiones sobre los temas vistos.		30 minutos	



OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 6.- Los participantes reconocerán la utilidad de las actividades ocupacionales y el proyecto de vida

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
6	El escultor	Se pide al grupo que cada uno a su turno, deberá ocupar el lugar del escultor quien deberá moldear a sus compañeros y mostrar una escultura colectiva o escena congelada, sobre actividades de la vida diaria que se consideran favorables para el envejecimiento activo.	sillas	40 minutos	Actividades de la vida diaria y ocupacionales y proyecto de vida PACIENTES/ Psicólogo
	La galería	Se realiza relajación breve, con apoyo de fantasía dirigida se pide al grupo imagine una galería donde hay diversas esculturas futuristas. Se pide que cada uno imagine como podría ser su escultura de sí mismo en el futuro. Pensando en qué se quiere para sí mismo; se pide le den un nombre a la escultura. Luego, ya con los ojos abiertos se comparte con todo el grupo.	sillas	20 minutos	
	cierre	Se realiza el cierre del taller. Se pide al grupo hacer comentarios y retroalimentación		30 minutos	

## FASE II.- INTERVENCION CON FAMILIARES O CUIDADORES PRIMARIOS

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN 1.- Integración de los participantes y presentación del programa

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
1	Presentación y sensibilización de los participantes, mediante ejercicio de memoria.	Se pide al grupo sentarse en círculo. Se realizará una ronda, en donde cada uno a su turno dirá su nombre y el nombre de la persona o personas anteriores, posteriormente se anexarán hasta 5 datos más sobre los participantes. P. ej. Edad, ocupación, lugar de residencia, lo que más le gusta hacer, lo que menos le gusta hacer, etcétera.	Número de sillas igual al de participantes.	20 minutos	Integración de FAMILIARES /Psicólogo
	Presentación del curso, metodología y temas a tratar.	Se entregará un tríptico con los datos generales del curso, que contengan horarios, fechas, temas y directorio. Se realizará una lectura con la finalidad de aclarar dudas.	tríptico	10 minutos	Información/ Psicólogo
	Encuadre	Se realizará un consenso sobre las condiciones en las que se trabajará en las sesiones. En relación a la difusión de información, dentro y fuera del espacio grupal. Así como, lo relacionado con situaciones personales y la confidencialidad, manejo de registros	Pizarrón y gises	25 minutos	Encuadre/Psicólogo

		personales, uso de registros electrónicos, celulares, etc. Las reglas que decida el grupo serán escritas sobre el pizarrón.			
	Expectativas	Se cuestionará al grupo sobre las expectativas del curso y se realizarán aclaraciones.		30 minutos	Conocer expectativas/ Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 2.- Los participantes conocerán el proceso de envejecimiento normal

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
2	Definiendo el envejecimiento	Se realizará un listado de todos los términos que se utilizan para designar a las personas adultas mayores, diferenciándolas entre sí desde una perspectiva social: negativa o positiva.	Pizarrón y gises	10 minutos	Conocimiento grupal de FAMILIARES / Psicólogo
	Proceso de envejecimiento normal	Se realizará la exposición del tema proceso normal de envejecimiento y sus vicisitudes, por parte del coordinador. Tomando en cuenta el listado anterior. Se aclaran dudas.	Cañón	40 minutos	Distinguir entre el proceso normal y las vicisitudes en el desarrollo/ Psicólogo
	Desensibilización	Se pide al grupo hacer ejercicio de relajación. Después, utilizando técnica de fantasía dirigida se pide piensen en su familiar, su nombre, edad, parentesco, características físicas, tono de voz, etc. Luego se pide cambien de rol con el familiar que acompañan y lo presenten al grupo. Se pide al grupo hacer una entrevista. Se hacen comentarios.	Sillas	40 minutos	Desensibilización/ Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESION 3.- Los participantes conocerán los síntomas del deterioro cognitivo leve y la demencia

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
3	Mitos y realidades	De manera grupal, se realizará un listado de todos aquellos aspectos que tengan que ver con las ideas, pensamientos, creencias y conocimientos, relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia. El instructor irá colocando, uno a uno, estas cogniciones dependiendo si son mitos o realidades, en relación a los síntomas de deterioro cognitivo y demencia. Se expondrá verbalmente el tema sobre los síntomas del deterioro cognitivo leve y demencia.	Pizarrón y gises	1 hora 30 minutos	Conocimiento grupal de FAMILIARES/ Psicogeriatra

OBJETIVO ESPECÍFICO SESION 4.- Los participantes conocerán aspectos de estilo de vida y factores de riesgo durante el envejecimiento (actividad física, alimentación, tabaquismo y alcohol, hábitos saludables, adherencia terapéutica)

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
4	Exposición del tema	Por medio de la exposición verbal del tema, el coordinador dará a conocer los aspectos de estilo de vida que favorecen un envejecimiento activo, y los factores de riesgo durante el envejecimiento.	Cañón	1 hora	Conocimiento de estilos de vida y factores de riesgo FAMILIARES / Psicólogo
	Jugando a ser adulto mayor	Se hacen dos equipos, y se pide a sus integrantes realizar actividades sencillas, como hacer 5 sentadillas, traer rápidamente 2 celulares, etc. Luego se reparten a cada integrante, tarjetas con roles de adultos mayores con discapacidades diferentes. Por ejemplo: no ve, no escucha, no puede caminar, etc. Se vuelven a hacer solicitudes sencillas. Se hacen comentarios	Tarjetas	30 minutos	Sensibilización de discapacidades en el adulto mayor FAMILIARES/ Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESION 5.- Estrategias de estimulación cognitiva

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
5	Exposición verbal	<p>El instructor expondrá de manera verbal las estrategias de estimulación cognitiva como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de comunicación</li> <li>• Reinterpretación de lenguaje y conducta</li> <li>• Estimulación de la expresión de respuestas y repeticiones</li> <li>• Actividades de la vida diaria instrumental</li> <li>• Adaptación del entorno físico</li> <li>• Desarrollo de habilidades sociales y de comunicación</li> </ul> <p>Se aclaran dudas.</p>	cañón	1 hora 30 minutos	Conocimiento de estrategias de estimulación cognitiva / Psicólogo

OBJETIVO ESPECÍFICO SESIÓN 6.- Los participantes reconocerán la importancia del proceso de duelo durante en envejecimiento.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
6	Exposición teórica	El coordinador expondrá las fases del proceso de duelo, y su implicación en la conciencia terapéutica. Cierre.		1 hora 30 minutos	Proceso de duelo y conciencia / Psicólogo



FASE III. Programa de intervención individual (véase Anexos).

OBJETIVO ESPECIFICO.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
1-20	Intervención individual	Sesiones individuales acorde a los déficits y escolaridad de los pacientes	Manuales, hojas, etc.	1 HORA 30 MINUTOS	Intervención / Psicólogo

FASE IV. Revaloración NEUROPSI e INACVIDIAM

OBJETIVO ESPECIFICO SESIÓN. Valorar y conocer al paciente y su familiar

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
1	Entrevista y valoración.	Se realizará la aplicación del instrumento NEUROPSIC e INACVIDIAM	Formato NEUROPSI e INACVIDIAM Bolígrafo, lápices y borrador	1 hora 30 minutos	Valoración / Psicólogo

## *SUGERENCIAS Y LIMITACIONES*

---

En la formación profesional como psicóloga se me proporcionó una serie de conocimientos relacionados con el desarrollo del ser humano, desde la importancia psicosocial y biológica de la llegada de un nuevo ser, hasta el alcance de la madurez; atravesando vicisitudes y psicopatías esperadas en estos procesos de crecimiento.

Sin embargo, el ejercicio de la profesión es diversa, y en cada área en donde hay cabida para un psicólogo, es un área de oportunidad para despertar la inquietud por conocer y saber que la materia prima con la que se trabaja, es sumamente preciada: las personas y sus historias de vida.

Las personas que se dan la oportunidad de buscar un consejo, una respuesta o una posible salida a las complicaciones de vivir, a través de un psicólogo; no ven en sí mismas las implicaciones de sus procesos, etapas, capacidades, motivaciones, déficits, etc. Acuden a nosotros los profesionales con la idea de encontrarse. Esperan respuestas que proporcionen sentido de vida; siendo ellas mismas quienes traen consigo sus respuestas.

El quehacer del psicólogo clínico se convierte en generar procesos de apoyo, al proporcionar estructura, aclarar, orientar, informar, contener, dar forma a sus vivencias, enseñar, modelar, rehabilitar y estimular. Por lo que es importante establecer puentes entre las situaciones vivenciales de nuestros clientes y el sustento teórico y práctico; diseñar estrategias apropiadas para cada una de las demandas.

Durante la elaboración de este trabajo, ha sido de gran apoyo conocer que el estudio del envejecimiento, el deterioro cognitivo y las demencias, son temas contemporáneos. Por lo cual, ha sido relevante conocer los aspectos sociales, biológicos y psicológicos de estos procesos; así como compartirlos.

Así como considerar que más de un tercio (35.6%) de los adultos mayores mexicanos, cursan con sintomatología depresiva clínicamente significativa (3.5

millones), 8% con demencia (800 mil) y un número similar con deterioro cognoscitivo; diagnósticos potencialmente incapacitantes y generadores de alto gasto socioeconómico y mala calidad de vida en quien lo sufre y sus familias (Foro Envejecimiento y salud, 2013).

Por tanto, ha sido imprescindible para el desenvolvimiento profesional la revisión de estos temas y conocimientos sobre las formas de abordaje accesibles a las necesidades tanto del cliente como de las instituciones.

No es posible cerrar los ojos y negar que estamos envejeciendo. En abril del 2013, la población adulta mayor era de 11,217,486 (Instituto de Geriatria, 2013), lo que nos convierte en una sociedad compleja, llena de contradicciones y con la necesidad de dar apertura a nuevos procesos.

Además, de considerar los procesos de negación propia del adulto mayor. El generar conciencia respecto al ciclo vital o momento de vida, la disposición para pedir y aceptar ayuda, la herida narcisista y los duelos complicados, entre otros; se convierten en retos que debemos tomar en cuenta para el manejo de la frustración profesional, en la atención a este grupo etario.

Por lo que es importante aplicarse en la materia y darse a la tarea de iniciar, rediseñar e implementar programas para la mejora de las condiciones de vida en los adultos mayores y sus familias. Además de la difusión de los procesos después de la madurez, en busca de la prevención de vicisitudes antes del término de la vida. Proponer programas de largo alcance, que estén diseñados con base en la investigación científica, y a partir de las actualizaciones sociales y políticas; que permitan, faciliten y difundan el aprendizaje del envejecimiento activo y longevidad.

Al concluir la tesis, se obtiene las bases para comprender la etapa del adulto mayor, desde una perspectiva social, biológica y cognitiva. Información que me permite ser capaz de responder a las preguntas constantes de los clientes y sus familiares. Así como, proporcionar un tratamiento bajo criterios y procedimientos

clínicos comprobados. Estructurar la intervención del psicólogo clínico, mediante un programa apropiado para la población, en base a la investigación e innovaciones actuales.

Los pacientes que participan, refieren mejoría relacionada a sintomatología como ansiedad, depresión, disminución de quejas subjetivas de falta de memoria y la alerta hacia situaciones de olvido. Además, cierta aceptación a la pérdida de habilidades cognitivas y motoras, como parte del proceso natural de envejecimiento y la necesidad de continuar aprendiendo.

Sin embargo, sería muy útil en un futuro contar con un análisis cualitativo y cuantitativo, que permita medir el impacto de la intervención.

Se sugiere revisar el tema de Depresión en el Adulto Mayor, ya que las implicaciones afectivas tienen gran impacto en las funciones cognitivas.

En el ámbito social, queda pendiente valorar los roles del paciente dentro del funcionamiento familiar, o de la inserción en el albergue. Así como el tipo de vínculo con el familiar o cuidador responsable.

El trato con el adulto mayor, debe ser de respeto y tacto, no importando su edad, condición social o educativa. Situación, que es redituada con mayor apego terapéutico y motivación para dar continuidad al tratamiento.

Sería necesario realizar algunas modificaciones en el programa, como son el iniciar el trabajo de manera individual, para que el paciente pueda mejorar su autoconfianza, comprender el objetivo de la clínica y mantener la adherencia terapéutica. En los grupos psicoeducativos, pueden ampliarse los temas iniciando en temas generales y proyectándolos a otros más específicos, favoreciendo en mayor medida la participación activa de los pacientes y sus familiares o cuidadores.

Al término del programa propuesto, cabría bien una intervención psicoterapéutica, que permita el análisis, como psicoterapia o psicodrama.

## REFERENCIAS

---

Acosta, CO. (2011). INACVIDIAM: inventario de actividades de la vida diaria del adulto mayor. México: editorial El Manual Moderno.

Alberca, R. & López-Pousa S. (2007). Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. (3) Tomo 1. México: Editorial Medica Panamericana.

American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.

Arango J.C., Fernández S. Ardila A. (2003) Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. (Capítulo 1-2). México: Manual Moderno.

Arz Médica (2001). Guía Clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. 66-70. España: Psiquiatría Editores.

Ball K. et al.(2002) Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. JAMA: 2008, p.p.2271-2281.

Berger, Kathleen. (2009). Psicología del Desarrollo. (Capitulo 7,8) España: Editorial Medica Panamericana.

Carmichel, L.; Martín, M.F.; Orvis, C.I; Cole, L.; Kaplan O.J. (1967) Psicología de las edades. 133-153. Argentina: Editorial Paidós.

Cores M.C., Negrete A., (2008) Rehabilitación del lenguaje, lectura y escritura, después de un daño cerebral. Editorial Trillas.

Craig; Grace, J; Baucum, Don. (2009). Desarrollo Psicológico. Novena edición, México: Pearson Educación.

Cruz P. (2007). Propuesta de un programa de información y prevención de envejecimiento prematuro dirigido a personas de la tercera edad. Tesina de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.

Cruz-Alcalá L. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la ciudad de Tepatitlán, Jalisco. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 2002; 3: 71-76.

Davidoff, L.L. (2003). *Introducción a la Psicología*. (3), 495-505. México: Mc Graw Hill.

De la Vega, R. y Zambrano, A. Las demencias (junio 2012). *Circunvalación del Hipocampo*. [Consulta: 25 enero 2013]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/menudemencias.asp>

Deví, J. & Deus, J. (2004). *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer, una aproximación práctica e interdisciplinaria*. 65-116. España: \_\_

Díaz E. & Sosa A.M. (julio-agosto, 2010). *Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve*. *Medisan*, v 14, n6, Santiago de Cuba. Recuperado de [www.:/htp:Scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1029-3019201000060015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-3019201000060015&script=sci_arttext) Consultado 10 abril 2013.

Doménech S. (2004), "Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve", Tesis Doctoral. España: Universidad de Barcelona. [Consulta: 20 enero 2013]. Disponible en: [http://www.tdx.cat/bitstream/10803/2642/TESIS\\_SDOMENECH.pdf](http://www.tdx.cat/bitstream/10803/2642/TESIS_SDOMENECH.pdf)

Erikson, E.H, (1985). *El ciclo vital completado*. 69-83. Argentina: Editorial Paidós.

Feldman, R.S. (2006). *Psicología*. (6º), 380-385. México: Mc Graw Hill.

Fernández-Ballesteros R., Zamarrón M., Tárraga L. (2008). *Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva*. *Psicothema*, vol.20 No.3 p. 432-437 en [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)

Foro Envejecimiento y Salud: Investigación para un Plan de Acción, 2013

Francés T., Barandiarán M., Marcellán T., Moreno L., (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales de Sistema Sanitario de Navarra: Anales Sis San Navarra v.26 n3: Pampona (dic. 2003). Recuperado en <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272003000500007>

Freud A. (1980) El yo y los mecanismos de defensa. España: Paidós.

Gabbard G.O., (2002) Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. (3 ed.) México: Medica Panamericana

Garamendi F, Delgado DA, Amaya MA. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2010, 22: 26-31, [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

García A. & Gandía L. (2002). Fronteras en la Enfermedad de Alzheimer.

Gallego-Sandin S. Novalbos J.,, García AG (2002). Tratamiento del deterioro cognitivo leve. Capítulo 14. [www.mural.uv.es/pamuan/deterioro%20lem.pdf](http://www.mural.uv.es/pamuan/deterioro%20lem.pdf) revisado 20/02/13

García, M. (2010). Análisis de las investigaciones realizadas en la UNAM acerca del envejecimiento normal y las demencias del 2000 al 2009. Tesina de licenciatura en Psicología. México: UNAM.

Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2005). Psicología y vida. (17), 323-357. México: Pearson Educación.

Hernández A.M. (2007). Programa de rehabilitación neuropsicológica de la disfunción ejecutiva en la Corea de Huntington. Reporte de experiencia laboral en Maestría en Psicología. México: UNAM.

Kaplan H.L., Sadock B.J., Grebb J.A. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. (7ª), p. 286-291. Argentina: Editorial Panamericana

León E. & Ontiveros M., (2012) Actualidades Terapéuticas en trastornos Neuropsiquiátricos. Asociación Psiquiátrica Mexicana. (Tomo 9). P.269. México: editorial M&M S.A. de C.V.

León, E. & Ontiveros M. (2012). Actualidades Terapéuticas en Trastornos Neuropsiquiátricos: Trastornos Demenciales. (9) México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Manual Práctico de la clínica de la memoria.

Martínez L. & Millán P. (2003). Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo? Madrid: Aula Medica.

Mejía S., et al. (2007) Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Pública. México; 49 suplemento 4:p 481. [www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spirsa/.../tapia.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spirsa/.../tapia.pdf). Revisado el 20/02/13

Mier, G. (2006). La tercera edad: presencia social indiscutible, imagen que exige reflexión y cambio. Revista Decisión, del Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL). Septiembre-Diciembre 2006. Pátzcuaro, México. [www.atzimba.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio\\_15/decisio15\\_saberl.pdf](http://www.atzimba.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_15/decisio15_saberl.pdf) Revisado el 25 abril 2013.

Olazaran J. & García M.L.,(2002) Trastorno cognitivo asociado a la edad frente a deterioro cognitivo ligero. Guías en Demencias. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. España: Masson (2003).

Organización Mundial de la Salud, Ginebra. (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento (ed.) Madrid, España: Meditor.



Ostrosky-Solís F., Ardila A., Rosselli M. (s/f) NEUROPSI: Evaluación Neuropsicológica Breve en Español. Editado y diseñado por Publingenio, S.A. de C.V. México.

Ostrosky-Solís F., Gómez E., Chayo.Dichy R., Flores J.C. (2005) ¿Problemas de memoria? Un programa para su estimulación y rehabilitación. LP Editorial. México.

Ostrosky-Solís F., Gómez E., Chayo.Dichy R., Flores J.C. (2005B)¿Problemas de memoria? Cuaderno de trabajo. LP Editorial. México.

Ostrosky-Solís F., Gómez E., Chayo.Dichy R., Flores J.C.(2004) ¿Problemas de atención? Un programa para su estimulación y rehabilitación. American Book Store, México.

Papalia, D.E. & Olds, S.W. Psicología. 491-499. México: Mc Graw Hill.

Peña-Casanova J.(1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer.[en línea] Barcelona: Fundación “La Caixa”. [www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/ullo/intervencion\\_cognitiva\\_alzheimer\\_i.pdf](http://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/ullo/intervencion_cognitiva_alzheimer_i.pdf) Revisado 30 abril 2013.

Salvador-Carulla, L.; Cano, A.; Cabo-Soler, J.R. (2004). Longevidad: tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. (Capitulo 1,2,3,7, 9 36, 37). España: Panamericana.

Sardinero A. (1999) Estimulación cognitiva para adultos. Cuaderno de introducción y ejemplos. Barcelona. [www.ciapat.org/biblioteca/pdf/1170-Estimulacion\\_cognitiva\\_para\\_adultos\\_cuaderno\\_de\\_introduccion\\_y\\_ejemplos.pdf](http://www.ciapat.org/biblioteca/pdf/1170-Estimulacion_cognitiva_para_adultos_cuaderno_de_introduccion_y_ejemplos.pdf) Revisado 15 abril 2013.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código ético del psicólogo. (4ª. Ed.). México: Trillas, S.A. de C.V.

Tárraga L. (1998) Terapias Blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa psicoterapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1998; 27(supl.1):S51-S62.

Ugalde O. (2010). Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos psicogerítricos. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Editores: Shushana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro y Ma. Elena Medina-Mora. Secretaría de Salud.

Velázquez J. (2011). Alteraciones en la memoria en pacientes geriátricos con Deterioro Cognitivo Leve y Trastorno Depresivo Mayor: Correlación del test de alteraciones de memoria (TaM) con el Neuropsi y el test Minimental (MMSE), Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, México: UNAM.

Weiner, M.F. & Lipton, A. M. (2005). Demencias, investigación, diagnóstico y tratamiento. (3) p.1-77, 181-217. España: Masson S. A.



SECRETARÍA DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES  
 DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA  
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”  
 SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN  
 PSICOGERIATRÍA-CLÍNICA DE LA MEMORIA  
 “PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS MAYORES”  
**CARTA COMPROMISO PARA TRATAMIENTO**

México D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

Por este conducto manifiesto mi autorización para que al usuario de nombre \_\_\_\_\_ y número de expediente \_\_\_\_\_, le sean realizados estudios psicológicos; así como los tratamientos convenientes para el caso, con previa notificación.

Estoy enterado(a) que el tratamiento que ofrece la Clínica de la Memoria, a través del “Programa de rehabilitación cognitiva para adultos mayores”, cuenta con dispositivos individual y grupal, con el objetivo mejorar, mantener y estimular funciones cognitivas. Además de recibir información de la evaluación, evolución y objetivos clínicos alcanzados; así como de acudir a sesiones de orientación y psicoeducación en que se me solicite.

Estoy de acuerdo que las sesiones son de tiempo limitado a un máximo de 20 sesiones semanales, o bien 10 sesiones cada quince días por 6 meses, con previo acuerdo.

También estoy informado(a) de que el programa es renovable, por lo que deberemos acudir a revaloración cada 6 meses.

Y otorgo mi consentimiento para que de manera anónima, mi caso pueda ser utilizado con fines de investigación.

Cualquier asunto relacionado con en tratamiento, se atenderá por conducto del Jefe o Coordinador del Servicio.

<b>FAMILIAR</b>	<b>USUARIO</b>
NOMBRE Y PARENTESCO:	NOMBRE:
DOMICILIO:	DOMICILIO:
FIRMA:	FIRMA:

## INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

### SESIÓN DE VALORACIÓN

MOTIVO DE VALORACIÓN: “Se me olvidan las cosas para adelante...todo se me olvida.” Sic.pac. “Ya no puede hacer nada, todo se le olvida...ha dejado de hacer de comer, se la pasa sentada viendo a la nada, casi no habla” sic. Fam.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: M	EDAD: 72 AÑOS
GENERO: FEMENINO	ESTADO CIVIL: VIUDA
FECHA DE NACIMIENTO 1939	ESCOLARIDAD: 3° PRIMARIA
LUGAR DE NACIMIENTO: HIDALGO, MEX.	OCUPACIÓN: HOGAR
DIAGNÓSTICO MÉDICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL +DISMINUCIÓN AGUDEZA VISUAL	LATERALIDAD: DIESTRA
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE F33.1 + DETERIORO COGNITIVO MODERADO	INICIO DE PADECIMIENTO: FEBRERO 2012
	TRATAMIENTO: CITALOPRAM Y MEMANTINA
SITUACIÓN SOCIAL: LA PACIENTE VIVE Y SE DEDICA AL CUIDADO DE TRES NIETOS (29 y 26 a), DESDE HACE 7 AÑOS, LA NUERA FALLECIO POR ENFERMEDAD Y SU HIJO FALLECIÓ EN NOVIEMBRE 2011 EN ACCIDENTE.	No. APLICACIÓN: 1

### ESTADO MENTAL (EM) de Kaplan 1996

#### I.DESCRIPCIÓN GENERAL

La paciente aparenta misma edad cronológica, limpia y desaliño, porta ropas y accesorios discretos adecuados a edad, género y circunstancias, sin maquillaje, utiliza lentes graduados en muy mal estado físico, es de complexión robusta, estatura alta, se observa ansiosa y dependiente de su familiar, con dificultades para la marcha y sus movimientos son aletargados. A la entrevista se muestra evasiva y mantiene contacto visual de manera intermitente.

#### II.HUMOR Y AFECTO

Su humor es depresivo, con afecto plano.

#### III.LENGUAJE

Lenguaje emitido en tono adecuado, suficiente, lento y parco.

#### IV. TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

No impresionan alteraciones en la sensorio-percepción.

#### V. PENSAMIENTO

Su discurso es coherente, en ocasiones puede llegar a ser incongruente, perseverante y circunloquio, con pobreza del pensamiento.

#### VI. SENSORIO Y COGNICIÓN

Alerta neurológica, orientada en persona, no en tiempo ni espacio; memoria remota conservada, empleando la negación y la circunstancialidad para encubrir el déficit; atención y concentración disminuidas, pensamiento concreto. Impresiona con deterioro cognitivo e inteligencia disminuidas.

#### VII. CONTROL DE IMPULSOS

Adecuado control de impulsos.

#### VIII. JUICIO E INSIGHT

Juicio disminuido y nula conciencia de enfermedad.

#### IX. FIABILIDAD

La mayor parte de la entrevista fue respondida por la hija de la paciente quien la acompaña.

#### *RESULTADOS DEL NEUROPSI*

PUNTAJE= 51    DETERIORO COGNITIVO LEVE F06.7
---

Subescalas con menor puntaje en el NEUROPSI.

- Orientación: **tiempo y lugar (severos)**
- Atención y concentración: **20-3 (severo)**
- Memoria de codificación: palabras
- Memoria de evocación: **reconocimiento y figura semicompleja (severos)**  
“pues ya no me acuerdo, pero le voy a hacer este dibujo” sic. Pac. -dibuja un corazón-
- Lenguaje: comprensión
- Funciones ejecutivas, conceptuales y motoras: mano derecha y reacciones opuestas.

Observaciones y sugerencias.

La paciente accede a la aplicación de la pruebas, sus respuestas son rápidas, impresiona sin interés por responder adecuadamente, en datos personales intenta apoyarse en su familiar para que le dé la respuestas.

Se obtienen rangos de deterioro leve, sin embargo, se presenta 5 subescalas con puntajes dentro de deterioro severo.

Se sugiere continuar bajo tratamiento médico, psicoterapia y acudir a sesiones en la Clínica de la Memoria.

#### *SESIONES DE INTERVENCIÓN*

### **SESIÓN 1**

EM.- La paciente se observa igual que en la sesión de valoración. Es acompañada por su hija Ma (no vive con ella).

OBJETIVO.- Establecer encuadre y aclarar dudas.

- ❖ Se establece el encuadre, con 10 sesiones cada 15 días de hora y media.
- ❖ Se explica el objetivo de las sesiones individuales, y la necesidad de realizar ejercicios en casa con apoyo de la familia.
- ❖ Se aclaran dudas de la paciente y su familiar.
- ❖ Se proporcionan sugerencias de actividades para estimulación en casa:
  1. Facilitar un calendario con número grandes, donde la paciente pueda marcar el día de la fecha de hoy.
  2. Realizar juegos y actividades con números, por ejemplo; sumas de uno y dos dígitos, restas de uno o dos dígitos, tripas de gato, etc.
  3. Cadenas de palabras, ya sea por escrito o de manera verbal.
  4. Proporcionar cuadernos de dibujos sencillos y lápices de colores.
  5. Realizar lecturas cortas y sencillas.
  6. Motivar a que la paciente realice actividades de la vida diaria con ambas manos.
  7. Establecer conversación con la paciente evitando contradecirla y corregir, con oraciones cortas y utilizando lenguaje sencillo.
- ❖ Se solicita al familiar un cuaderno profesional de cuadro grande.

## **SESIÓN 2**

**OBJETIVO.-** Rehabilitación y estimulación de la orientación, atención y concentración, memoria y funciones ejecutivas.

**EM.-** La paciente continúa igual que en la sesión anterior. En esta ocasión, le acompaña su nieto J, quien desconoce el padecimiento de su abuela y las recomendaciones iniciales para la estimulación en casa. Por lo que no sabe dar razón, si se iniciaron o no.

- ❖ Se realiza juego de cartas o memorama, se incluye al familiar. Luego se entrevista a la paciente, con ayuda de su familiar, para elaborar un árbol genealógico, escribiendo el nombre y 3 características de cada miembro recordado.

## **SESIÓN 3**

**OBJETIVO.-** Rehabilitación y estimulación de orientación tiempo-lugar, memoria de codificación y evocación.

**EM.-** La paciente acude en compañía de su nieto J, se observa orientada en persona y lugar, no en tiempo, coopera medianamente y mantiene contacto visual, lenguaje abundante. Resto igual.

- ❖ En base a imágenes sencillas de objetos cotidianos como: una jarra, sartén, abrigo, vestido, gato, guitarra y globo, se le pregunta qué es?, para que se usa? , De que materiales esta hecho?, con que otros objetos los relaciona?, etc. Además, se elaboró un enlistado de fechas de los eventos que suelen celebrar dentro del círculo familiar; como cumpleaños de familiares cercanos, fiestas de barrio, patrias, días festivos, etc.

## **SESIÓN 4**

**OBJETIVO.-** Rehabilitación y estimulación de: orientación, atención, memoria de codificación, lenguaje y funciones ejecutivas.

**EM.-** La paciente viene acompañada por su nieta L, con marcha lenta, arrastrando sus piernas, se ayuda con un bastón, orientada en persona y lugar, no en tiempo, coopera medianamente y mantiene contacto visual, humor tendiente a la eutimia. Resto igual.



- ❖ Durante la sesión se trabaja la orientación, logra dar la fecha debido a que es su cumpleaños. Se intenta trabajar con memoria de evocación, a través de la lectura de un párrafo de dos líneas y se le pregunta de qué trata el párrafo, la paciente no logra dar respuestas cercanas ni aun con pistas. Se realiza ejercicio de memoria verbal por medio de un enlistado de palabras, donde se le pide mencione las semejanzas y diferencias entre los objetos. Por último, se trabaja la pinza fina con ambas manos, con regular desempeño.
- ❖ OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS.- Es necesario la supervisión y motivación constante, además de repetir las indicaciones y asegurarme que las comprendió. Se vuelve a sugerir al familiar el revisar diariamente el calendario y decirle la fecha, además de estimulación diaria con apoyo de material escrito, como pueden ser actividades sencillas.

## **SESIÓN 5**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de: orientación, atención, memoria de codificación, lenguaje y funciones ejecutivas.

EM.- En esta ocasión acude su hija Ma, no trae bastón y mejora un poco en la marcha, su humor tendiente a la eutimia, con resonancia afectiva. Resto igual.

- ❖ Se realiza actividad con cuentas y botellas de plástico, donde se le pide coloque las cuentas de color rosa en la botella más pequeña, las azules y moradas en la más grande. Se le menciona un enlistado de 5 palabras, luego se le pide repita las mismas, actividad que no la logra realizar adecuadamente. Se le va disminuyendo el número de palabras, hasta llega a 2, donde logra repetir adecuadamente.
- ❖ Se solicita al familiar y la paciente, marcar en un calendario las fechas de festejos familiares.

## **SESIÓN 6**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de: orientación, atención, memoria de codificación, lenguaje y escritura.

EM.- Se presenta la paciente M en compañía de su nieta L, con marcha lenta, arrastrando sus piernas, vuelve la ayuda de un bastón, motricidad disminuida,

orientada en persona y lugar, humor tendiente a la eutimia, tranquila, comprensión disminuida. Resto igual.

- ❖ En la sesión se trabaja en base a imágenes en la computadora, donde se le pide vaya describiendo los paisajes, situando lugar, hora del día y reconocimientos de objetos. Con dificultad para expresar ideas, formas y tamaños de los objetos. Luego se le muestra una serie de objetos donde se le pide las semejanzas, donde la categorización se dificulta. Se le pide realizar un mapa del lugar donde vive, donde la paciente no logra ubicar calles ni lugares, además su escritura es ilegible.
- ❖ Se vuelve a solicitar al familiar, realizar un calendario por fechas de festejos familiares, en conjunto con la paciente.

## **SESIÓN 7**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de: orientación, atención, memoria de codificación, lenguaje y funciones ejecutivas

EM.- Acude la paciente M en compañía de su nieta, a la entrevista con dificultades para la comprensión, orientada en persona y lugar, coopera medianamente y mantiene contacto visual, hipotímica, su discurso es coherente e incongruente la mayor parte del tiempo, circunloquial, con pararespuestas, lenguaje aletargado, parco, abundante, en tono alto, juicio dentro del marco de realidad.

- ❖ Se realiza lectura de cuento corto, llamado “La cucaracha comelona”, donde logra reconocer al personaje principal y dos o tres sucesos de la historia, después de motivarla a que dé una respuesta. Se le pide haga un dibujo relacionado a la lectura, respondiendo que no sabe dibujar. Se le motiva verbalmente y logra hacer tres figuras sin forma definida, y las ilumina, expresando que no se definen los trazos que hizo. Se trabajó la orientación del tiempo, preguntándole fechas patrias, con deficientes resultados aun dándole pistas.
- ❖ Se sugiere a la familia estimular y reforzar la conversación, evitar que pase tiempo sola. Se vuelve a solicitar un cuaderno para el trabajo en las sesiones.

## **SESIÓN 8**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de: atención, memoria de codificación, lenguaje y funciones ejecutivas.

EM.- Se presenta la paciente, en compañía de su nieto J. Continúa igual.

- ❖ Se realiza lectura de cuento corto, llamado “Los tres deseos”, se le pide hacer un resumen por escrito, recuerda parte de la historia completa pero no logra integrarla, se observan palabras entrecortadas, poco legibles, oraciones incompletas, logra recordar el inicio y el final de la historia. Es necesario, limitar al familiar que intenta responder por la paciente. Se intenta motivar a la paciente, de forma verbal, siendo que sus respuestas mejoran.
- ❖ Se pide al familiar continuar reforzando la verbalización y evitar que pase tiempo sola. Se solicita un cuaderno.

## **SESIÓN 9**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de. Atención y concentración, comprensión y funciones ejecutivas.

EM.- Se presenta la paciente M en compañía de su nieto J, la paciente se observa tendiente a la eutimia, su discurso es coherente y congruente la mayor parte del tiempo, mejora la comprensión de indicaciones, logra ser concreta durante la sesión, juicio disminuido. Resto igual.

- ❖ En la sesión se trabaja en la elaboración de una flor de papel, con material para reciclar. Se explica el objetivo de la sesión, se le muestra una flor terminada y se le va dando las indicaciones, paso a paso. Llama mi atención, la adecuada manera de trabajar de la paciente, se le da una sola vez la indicación y logra comprenderla, su trabajo es limpio y ordenado. Se le reconoce su trabajo de manera verbal.
- ❖ INDICACIONES Y TAREAS. Se sugiere al familiar, realizar actividades manuales sencillas en casa y acompañamiento. Se solicita un cuaderno profesional para las sesiones.

## **SESIÓN 10**

OBJETIVO.- Rehabilitación y estimulación de: orientación, atención, memoria de codificación, lenguaje y funciones ejecutivas.

- ❖ Se presenta la paciente con su nieta, puntual, en regulares condiciones generales, limpia, con descuido en su arreglo personal, marcha lenta, motricidad disminuida, alerta, orientada en persona y lugar, no sabe la fecha exacta, coopera y mantiene contacto visual, afecto tendiente a la eutimia, su discurso es coherente y congruente, ocasionalmente circunloquial, lenguaje espontáneo, aletargado, cantidad adecuada, tono alto, juicio dentro del marco de realidad.
- ❖ En la sesión comenta que se fue unos días de vacaciones a la playa, se hace una breve entrevista sobre su viaje, se observa motivada. Sobre un calendario se le pide recuerde los días festivos, logra recordar varios eventos y sus fechas. Se hace lectura de cuento corto “La estrellita fugaz”, donde hace un resumen de forma oral y hace un dibujo, por cierto incoherente con la historia, pero se observa motivada en dibujar.
- ❖ Se programa la paciente para revaloración.

### ***OBSERVACIONES SOBRE CASO CLÍNICO***

El presente caso clínico, está planteado básicamente para mostrar la forma de trabajo de las sesiones de intervención individual. Es importante mencionar, que aún no estaba implementado el programa propuesto en esta tesina, por lo que ni la paciente ni su familiar cuentan con psicoeducación, ni valoración a través del Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto mayor (INACVIDIAM).

Por otra parte, el estado afectivo de la paciente repercute en el rendimiento neuropsicológico, por lo que es importante considerar que el desarrollo de la sesiones puede llevar un ritmo más lento.

Además, la colaboración de la familia y/o cuidador primario durante la sesiones no estaba establecido, lo que en ocasiones puede generar que la paciente se muestre más limitada de lo que en verdad esta. Y algunos familiares suelen minimizar los avances del paciente, considerar irrelevantes las tareas realizadas en las sesiones, posibilitando el abandono por falta de interés del familiar o cuidador. Por lo cual, es imprescindible establecer el rol del familiar en el proceso de terapia o intervención individual, o bien, mantenerlo fuera.

Por último, sería útil manejar un control individual de la sesiones, respecto a las áreas trabajadas en las sesiones.

**CLÍNICA DE LA MEMORIA**

---

NOMBRE:

No. EXPEDIENTE:

No. SESIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ORIENTACIÓN																					
ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN																					
MEMORIA																					
LENGUAJE																					
LECTURA Y ESCRITURA																					
FUNCIONES EJECUTIVAS, CONCEPTUALES Y MOTORAS																					

NEUROPSI

INICIO: \_\_\_\_\_

TERMINO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE

TERMINO: \_\_\_\_\_

COMISIÓN COORDINADORA  
DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD  
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

CLÍNICA DE LA MEMORIA

“PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS  
MAYORES DE BAJA ESCOLARIDAD Y DETERIORO  
COGNITIVO LEVE”



INFORMES: Calle Niño de Jesús No. 2 Col. Tlalpan Centro,  
Delegación Tlalpan, México D.F. Teléfono: 5573-1500  
ext. 189

## CLÍNICA DE LA MEMORIA

El objetivo de la Clínica de la Memoria, es atender a la población de adultos mayores que presenten alteraciones en la memoria y/o en las funciones cognoscitivas, para mantener o disminuir los riesgos de desarrollar una demencia.

### 1. REQUISITOS

- Tener 60 años de edad o más.
- Alteraciones en la memoria y en las funciones cognoscitivas, como son: fallas en la memoria, referidas por el paciente y/o familiar, disminución de actividades cotidianas, falta de atención y concentración, dificultades para dar recados y platicar (cambiar el tema de conversación, repetir lo que se acaba de decir, etc), para el movimiento coordinado y seguir indicaciones.
- Que vivan en el D.F. o área Metropolitana
- Disponibilidad de tiempo (por las mañanas)
- Venir acompañado de un familiar o cuidador primario
- Tanto el paciente como el familiar firmen de conformidad la Carta de Tratamiento

## 2. PSICOEDUCACIÓN

El paciente acudirá al Taller de psicoeducación, su familiar o cuidador primario deberá asistir al Curso psicoeducativo los mismos días y en el mismo horario.

### Taller psicoeducativo para pacientes

El objetivo del taller es brindar al paciente información sobre los procesos del envejecimiento exitoso y el deterioro cognitivo.

Duración: 6 Sesiones

Frecuencia: 1 sesión semanal

Tiempo por sesión: 1HORA 30 MINUTOS

Temas:

- ❖ Envejecimiento normal
- ❖ Deterioro cognitivo leve
- ❖ Demencia
- ❖ Conciencia de déficit cognitivos
- ❖ Estrategias de estimulación cognitiva
- ❖ Envejecimiento activo
- ❖ Proceso de duelo
- ❖ Elaboración de proyecto de vida

## 3 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA INDIVIDUAL

El programa de rehabilitación individual para pacientes con deterioro cognitivo leve, tiene por objetivo rehabilitar y estimular y/o mantener las capacidades mentales.

Duración: 6 meses

Frecuencia: 20 Sesiones semanales

Tiempo por sesión: 1 hora.

Técnicas utilizadas: estrategias de estimulación cognitiva

Los ejercicios realizados serán adaptados al grado de deterioro en las áreas:

- ❖ Orientación
- ❖ Atención y concentración
- ❖ Memoria
- ❖ Lenguaje
- ❖ Lectura y escritura
- ❖ Funciones ejecutivas, conceptuales y motoras

## 4. SEGUIMIENTO

Con la finalidad de dar continuidad y seguimiento a los pacientes de la Clínica de la Memoria, se realizara una valoración cada 6 meses.