



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia**

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en Psicología de la Salud**

Nombre del trabajo

**Eficacia de las Terapias de Intervención Cognitiva (TIC) para el  
tratamiento de los Síntomas Conductuales y Psicológicos (SCP)  
en adultos mayores con Alzheimer**

Tipo de investigación

Teórica

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

Nombre del alumno

Laura Patricia Moyaho Jiménez

**Director:** Gustavo Montalvo Martínez

**Dictaminador:** Claudia Elisa Canto Maya

Karla Lorena Guerrero Enríquez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México a 28 de Mayo 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETO DE ESTUDIO .....	13
CAPÍTULO 1: Acerca del Alzheimer y su relación con la problemática a abordar.....	14
Antecedentes de la enfermedad de Alzheimer .....	14
CAPÍTULO 2. Descripción de la Enfermedad de Alzheimer .....	17
Epidemiología.....	17
Áreas cognitivas afectadas.....	19
Características de la enfermedad .....	22
Fases de la enfermedad.....	26
CAPÍTULO 3: Terapias de Intervención Cognitiva.....	30
Terapias de Estimulación, Entrenamiento y Rehabilitación Cognitiva .....	33
Terapia ocupacional.....	35
Terapia de Psicoestimulación con Animales (TPA).....	37
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) .....	41
Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) .....	43
CONSIDERACIONES FINALES .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	49

# **Eficacia de las Terapias de Intervención Cognitiva (TIC) para el tratamiento de los Síntomas Conductuales y Psicológicos (SCP) en adultos mayores con Alzheimer**

## **Resumen**

En los adultos mayores con Alzheimer se observan síntomas conductuales y psicológicos característicos de la enfermedad y que permiten emitir un diagnóstico que se diferencie del envejecimiento normal donde haya clara muestra de deterioro cognitivo que puede ir de leve a grave condicionando al paciente en aspectos importantes que como pérdida de la memoria, problemas de lenguaje, desorientación, cambios de humor, problemas de pensamiento abstracto, reducción de funciones motoras y más. Para tratar los síntomas relacionados con la EA se aplican diferentes terapias de intervención cognitiva que procuren una mejor adaptación a la enfermedad buscando hacer más lento su deterioro. En la investigación realizada se buscó identificar las terapias de intervención cognitiva y su eficacia para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos en adultos mayores con Alzheimer y conocer las diferentes alternativas con las que se cuenta para tratar este trastorno que afecta a la población mayor. Al mismo tiempo se pudo conocer teóricamente la eficacia de la aplicación de las terapias cognitivas en pacientes con Alzheimer valorando sus efectos en las capacidades funcionales y cognitivas, los síntomas neuropsiquiátricos que presentan y la calidad vida en las primeras etapas y durante el transcurso de la enfermedad.

## **Palabras clave**

Envejecimiento, demencia, deterioro cognitivo, síntomas neuropsiquiátricos, psicoterapias.

## **Summary**

Characteristic behavioral and psychological symptoms of the disease are observed in older adults with Alzheimer's disease and allow a diagnosis to be made that differs from normal aging where there is a clear sign of cognitive impairment that can range from mild to severe, conditioning the patient in important aspects such as memory loss, language problems, disorientation, mood swings, abstract thinking problems, reduced motor functions and more. To treat the symptoms related to AD, different cognitive intervention therapies are applied that seek better adaptation to the disease, seeking to slow down its deterioration. The research carried out sought to identify cognitive intervention therapies and their efficacy for the treatment of behavioral and psychological symptoms in older adults with Alzheimer's and to know the different alternatives available to treat this disorder that affects the older population. At the same time, the effectiveness of the application of cognitive therapies in Alzheimer's patients could be theoretically assessed, evaluating their effects on functional and cognitive capacities, the neuropsychiatric symptoms they present and quality of life in the early stages and during the course of the disease.

## **Keywords**

Aging, dementia, cognitive decline, neuropsychiatric symptoms, psychotherapies.

## INTRODUCCIÓN

En la investigación del presente trabajo se muestra información acerca de la enfermedad de Alzheimer y los síntomas conductuales y psicológicos inherentes, mismos que son vistos desde un enfoque profesional en psicología para conocer de qué manera tal sintomatología afecta a los adultos mayores que la padecen y pueda ser abordada a través de intervenciones que van más allá de solo prescripción farmacológica, por medio de la aplicación de terapias para proporcionar tratamiento en base a diferentes técnicas llevadas a cabo dentro de la gama de terapias de intervención cognitiva.

Se parte entonces de conceptos y antecedentes relacionados con la enfermedad de Alzheimer así como sus repercusiones en la calidad de vida del paciente y su trascendencia actual en la población de adultos mayores además del curso evolutivo que este trastorno presenta respecto al deterioro en la salud cognitiva del enfermo así como las características patológicas propias de la enfermedad y las áreas cognitivas afectadas limitantes en aspectos como deterioro de la memoria principalmente, problemas de lenguaje, dificultad para llevar a cabo tareas básicas, desorientación en tiempo y lugar, cambios de humor, problemas de pensamiento abstracto y reducción de funciones motoras, de modo que toda esta sintomatología genera además en quien padece EA problemas psicológicos y afectivos como cambios de la personalidad, psicosis, trastornos en el estado de ánimo, apatía, depresión, ansiedad y trastornos del sueño por mencionar los más representativos.

En la presente investigación se abordan también de manera más detallada las diferentes terapias de intervención cognitiva que se aplican en el tratamiento de este trastorno y que sirven como herramientas enfocadas en lograr que el paciente interactúe y logre adaptarse a las circunstancias por las que atraviesa dentro de posibilidades y habilidades con las que cuenta guiado además por un equipo multidisciplinar y sobre todo por el terapeuta en psicología.

Tomando como referencia lo revisado en artículos científicos tanto teóricos como prácticos, se observa que las terapias de intervención cognitiva más utilizadas para este fin son Terapias de Estimulación, Entrenamiento y Rehabilitación Cognitiva en las que

se busca mejorar el nivel emocional del paciente y ejercitar la utilización de recursos externos o herramientas con que se dispone para mantener durante más tiempo las habilidades que aún conserva, retrasando así en el adulto mayor, la pérdida definitiva de tales habilidades. La Terapia Ocupacional por otro lado, está enfocada en capacitar al paciente con EA para participar en las actividades de la vida diaria ayudándole a retrasar su demencia, la finalidad es utilizar la actividad con propósito para auxiliarlo a adquirir las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar tareas cotidianas requeridas y conseguir la mayor integración e independencia posible por medio de realizar una serie de técnicas, estrategias y actividades en función de su grado de afectación. Por su parte, la Psicoterapia de Estimulación con Animales tiene como propósito promover una mejora en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de los pacientes pero además favorece para el tratamiento de la soledad, la inactividad, la depresión y la fatiga con la que cursan los enfermos asistiéndolos con sesiones que van dirigidas hacia la mejora la comunicación verbal y socialización sobre todo.

Respecto a las terapias de intervención cognitiva más recientes o también llamadas de última generación para efectos del trastorno de Alzheimer, la más usadas son la Terapia de Aceptación y Compromiso dirigida a tratar al paciente en lo relacionado a su identidad, autoestima, resiliencia, afectividad y velocidad del deterioro neurológico frenando su rápida evolución por medio promover en el enfermo la atención al momento presente, los valores y el compromiso a la acción. En lo que se refiere a la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness se procura la focalización de la experiencia en el momento justo en el que se produce y vivencia los acontecimientos mentales por los que atraviesa el adulto mayor, con la finalidad de lograr un proceso de autorregulación de la atención como principal referente junto a la orientación particular de sus experiencias creando en él una actitud de curiosidad, apertura y aceptación.

Todas y cada una de las terapias utilizadas para tratar los síntomas conductuales y psicológicos van en función del paciente primeramente ya que dependerá en gran parte del grado de avance de la enfermedad, la edad y demás factores genéticos y fisiológicos por lo que una intervención en trastornos como el Alzheimer siempre estará programada y aplicada en función de tales condiciones.

## MARCO TEÓRICO

El prolongar la esperanza de vida ha sido sinónimo de modernidad y progreso pero por otro lado ha implicado un aumento en el padecimiento de enfermedades degenerativas como el Cáncer, Parkinson y Alzheimer por mencionar algunas de ellas y que por lo general llevan un proceso largo, lento y doloroso. Para el caso de demencias como la enfermedad de Alzheimer, ésta, resulta ser la más común en la actualidad e implica además un deterioro cognitivo considerable en quien padece este trastorno mismo que progresa con la edad limitando la funcionalidad del enfermo. El diagnóstico de la EA involucra disciplinas como la neuropsicología, neurología, psiquiatría, psicología y su tratamiento se basa en el postergamiento del deterioro cognitivo buscando mejoramiento anímico del sujeto (Camacho y Merchán, 2019, p. 4).

Para entender la diferencia entre el envejecimiento normal vs patológico, es necesario hablar de dos conceptos: senilidad y senescencia, los cuales difieren según la importancia que se le otorga, bien a las disfunciones observadas en la persona envejecida asociándose así con un envejecimiento patológico, o bien a los decrementos benignos propios de la edad, asociándose de este modo con un envejecimiento normal. Por tanto, actualmente, se acepta la noción de una degradación difusa, por la que se sostiene que los sistemas sensoriales y cognitivos sufren un deterioro de forma paulatina pero sin llegar a una gravedad extrema. Esto es, en el proceso de envejecimiento normal tanto los sistemas sensoriales como cognitivos sufren un deterioro progresivo, además de observarse alteraciones cognitivas y morfológicas similares a las que se encuentran en los pacientes con demencia pero en menor grado. De manera que la diferencia entre envejecimiento normal y patológico la encontramos en función de los factores de riesgo y de enfermedades presentes en cada persona que varían el proceso de envejecimiento (Sánchez, 2017, p. 4).

Cuando el envejecimiento cursa con un proceso neurodegenerativo en quien lo padece, es decir, que no tiene lugar un envejecimiento normal sino patológico, el cambio implica que la persona es sustancialmente distinta y requiere la intervención de un equipo multidisciplinar, por lo que, en estos casos, puede referirse a la presencia de una demencia y en concreto a la enfermedad de Alzheimer.



La enfermedad de Alzheimer (EA) sigue siendo una de las mayores preocupaciones sanitarias para un tratamiento óptimo en el curso evolutivo de la enfermedad, especialmente en la etapa avanzada, los problemas cognitivos son de interés en el tratamiento de las personas con demencia pero los síntomas no cognitivos constituyen un problema importante en el desarrollo de la enfermedad, por su alta prevalencia y el impacto que tienen, los síntomas de EA son conocidos como trastornos del comportamiento, de conducta, psiquiátricos y están agrupados bajo el concepto de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (Velásquez, 2017, p. 2).

La enfermedad se diagnostica con datos obtenidos sobre los problemas presentes en el paciente que son notoriamente la memoria, aprendizaje y de cómo lleva su vida cotidiana, también preguntar a los familiares o personas que conviven con él resulta de gran ayuda. Para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer se utiliza principalmente la resonancia magnética (RM) y la tomografía o en otros casos la combinación de las dos, lo que permite determinar la forma y estructura del cerebro así como si hay cambios el tejido cerebral antes de que aparezcan los síntomas como el deterioro de la memoria. Para saber si una persona tiene deterioro cognitivo por la enfermedad también puede realizarse una serie de test para saber en qué grado se hallan afectadas las habilidades cognitivas. Estos test son fáciles de usar no tienen costos elevados y se obtienen resultados fiables (Velásquez, 2017, p. 18).

Para la EA no existe tratamiento alguno que revierta el proceso degenerativo pero si pueden retrasar su evolución por lo que resulta conveniente tratar al paciente lo más tempranamente posible, no ocultarle información explicándole las cosas de forma que éste entienda lo que se le está diciendo. Al ser la depresión el primer síntoma de la enfermedad de Alzheimer, causa en quien la padece, falta de atención, concentración, así como confusión, pero puede mejorar si se trata la enfermedad evitando que empeoren condiciones como la pérdida de apetito, alteraciones del sueño (vigilia), baja autoestima, apatía, cambios de humor, ansiedad, falta de concentración. (Velásquez, 2017, p. 18). Estos síntomas pueden ser tratados con antidepresivos desde el momento que son diagnosticados por el médico especialista además de la intervención con psicoterapias ya que la combinación de ambas alternativas resulta ser más eficaz.

Debe entenderse la necesidad de intervenir tempranamente en trastornos como la demencia ya que al no ser una enfermedad curable que solo pueda ser tratada con medicamentos se requiere entonces de la aplicación de terapias psicológicas y funcionales enfocadas sobre todo en mejorar las condiciones del enfermo, encontrándose en este caso, entre la población mayor, por tal motivo, se pretende intervenir desde sus etapas iniciales. La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de deterioro cognitivo en la vejez y está asociada a trastornos conductuales y alteraciones cognitivas que se diferencian de los síntomas de envejecimiento normal en adultos mayores que no cursan con tal enfermedad, para Rodrigues y Castro (2014) “mayores con Alzheimer en fase incipiente, tienen diferentes perfiles de personalidad comparados con mayores en fase de envejecimiento normal” (p.178), por lo que observar los cambios de personalidad desde el principio de la enfermedad puede permitir una intervención más eficaz.

Para la OMS (2017) las demencias generan discapacidad y dependencia en el ser humano creando un impacto psicológico, físico, social y económico no solo a quienes las padecen sino también a su entorno familiar. En los adultos mayores con EA, el síntoma inicial es la inhabilidad de adquirir nuevas memorias que en la mayoría de casos suelen confundirse con el mismo proceso de envejecimiento o con el estrés. El envejecimiento patológico de la memoria a diferencia del envejecimiento normal, se evidencia por el surgimiento de demencias que van desde la alteración de los recuerdos hasta el deterioro de otros factores cognitivos como la atención y ejecución. La demencia más común en personas mayores de 65 años es la enfermedad de Alzheimer. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el peso de esta demencia se aproximaría al 70% a nivel global, se estima que en el 2050 podría tener un alcance de 16 millones.

En la EA también pueden aparecer episodios psicóticos los cuales son provocados por una hipoperfusión sanguínea de los lóbulos frontales o temporales de estos pacientes, esto puede desencadenar en ellos ideas delirantes e incluso alucinaciones. En algunos casos la EA provoca depresión mayor en el paciente, esto se asocia a una disfunción frontal-subcortical del cerebro. Los pacientes con ambos padecimientos, EA y depresión, tienen un flujo cerebral más bajo en la región temporoparietal izquierda fácilmente visible en estudios radiológicos como la tomografía computarizada por

emisión de positrones. Esta técnica proporciona imágenes de procesos bioquímicos que permite detectar enfermedades como el Alzheimer (Moyano, 2016, p. 17).

La duración de la EA es muy variable y su patogenia muy compleja, de modo que para formular un diagnóstico, debe existir una demencia, tener un comienzo gradual y curso lentamente progresivo, descartar que se deba a otras afecciones (enfermedad cerebrovascular, Parkinson, hipotiroidismo, carencia de B12, etc.), un compromiso de conciencia o psicosis (esquizofrenia o depresión) para eso debe evaluarse la capacidad ejecutiva (Amorós, 2017, p. 5).

La EA, cursa con deterioro de la función cognitiva, aparición de dependencia funcional, alteraciones del comportamiento más o menos graves y una progresiva necesidad de atención. Según Garí (2019), estudios epidemiológicos sugieren que éste trastorno se ha convertido entre los adultos mayores en la cuarta causa de muerte solo superada por enfermedades del corazón y cáncer, lo que la convierte en un grave motivo de morbilidad para este grupo de la población. En la actualidad no existe ningún tratamiento que pueda curar esta patología o revertir su evolución progresiva. Con los tratamientos farmacológicos que se manejan actualmente se obtienen mínimos beneficios además de causar efectos adversos, tales como trastornos metabólicos y mortalidad relacionada con accidentes cerebrovasculares (Garí, 2019, p. 4).

Respecto a la evaluación clínica del Alzheimer, en el proceso se debe incluir, en primer lugar, una evaluación clínica junto con la recogida de información sobre la historia del paciente. Por tanto, debe contemplar aspectos como el nivel educativo, ocupaciones, aficiones, antecedentes familiares y personales, medicación, además de establecer el curso del deterioro, la forma de comienzo del mismo, y los síntomas cognitivos, conductuales, anímicos y emocionales. Aparte, se debe completar esta información con una entrevista de un informador fiable, para poder contrastar la información aportada por el paciente debido a que existe una alta frecuencia de presentar agnosia y otras alteraciones. Debido a que dentro de los criterios para el diagnóstico se hace referencia a la capacidad funcional del paciente, es importante evaluar la misma.

Si bien es cierto que el Alzheimer es incurable, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que ayudan a ralentizar la enfermedad aunque debido a los efectos

secundarios que causan los fármacos administrados y a su vez al mínimo efecto respecto al alivio de los síntomas, se ha optado por la alternativa en el uso de Terapias de Intervención Cognitiva mostrando ser eficaces para ralentizar en sus etapas iniciales dicha enfermedad pero sobre todo para ayudar al paciente a sobrellevar la sintomatología, ofreciéndole un alivio a manifestaciones psicológicas y emocionales propias del trastorno de Alzheimer.

En base a lo mencionado por Sánchez (2017) el uso de tratamientos no farmacológicos es una opción asequible que tiene resultados positivos en los aspectos cognitivos, en problemas de conducta, estados de ánimo y a la hora de llevar a cabo tareas de la vida diaria, con efectos similares a los que se dan con medicación. También se han observado efectos positivos con este tipo de tratamientos, en especial con la estimulación cognitiva, en la calidad de vida, en la interacción social y en la comunicación, aumentando éstos si el tratamiento se aplica a largo plazo.

Como ejemplo de terapias no farmacológicas para el tratamiento de Alzheimer, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) utiliza un amplio cuerpo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para tratar las demencias como EA. La TCC puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente adhiriéndose fuertemente a teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, ampliándose su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, del comportamiento humano, factores y modelos procedentes de otros ámbitos en la Psicología (Díaz, M., Ruíz, M. y Villalobos, A., 2017, p. 34).

En lo que respecta a terapias no farmacológicas Sánchez (2017) refiere que las terapias conductuales tienen como objetivo modificar los comportamientos problemáticos que pueden acentuar el desarrollo de la enfermedad mediante técnicas de modificación de conducta. La eficacia de estos programas ha mostrado reducción de conductas erráticas e incontinencia.

Dentro de la intervención no farmacológica se encuentran distintas propuestas: Terapia de orientación a la realidad (TOR), Terapia Retrospectiva o de Reminiscencia, y Terapias Conductuales. La TOR

tiene como objetivo trabajar la orientación temporoespacial y el reconocimiento del entorno del paciente, mientras que la terapia retrospectiva se trabaja en pequeños grupos y consiste en la evocación y discusión de eventos pasados mediante material de apoyo como fotografías antiguas u objetos de la familia. Esta terapia se basa en la preservación de la memoria remota incluso en fases avanzadas y, aunque existen pocos estudios sobre la efectividad de esta terapia, algunos observan reducción de los síntomas depresivos y mejora de interacción social aunque tenga poca influencia en la mejora del funcionamiento cognitivo (Sánchez, 2017, p. 24).

La efectividad de estos programas no farmacológicos a nivel social, cognitivo y comportamental, es que tienen en cuenta una conceptualización de las conductas desadaptativas, debido a la forma en que el paciente y su entorno se adaptan a la enfermedad y no sólo como consecuencia directa del deterioro cerebral, entendiendo al paciente como un sujeto psico-social.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Terapias de Intervención Cognitiva para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos en adultos mayores con Alzheimer son una herramienta complementaria que resulta útil para la estimulación, rehabilitación y entrenamiento cognitivos en pacientes que cursan con este trastorno, ayudándolos a reducir el impacto en el deterioro de su salud mental y proveyéndoles una mejor calidad de vida. Al ser el Alzheimer una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta a quien la padece en su capacidad cognitiva, social y psicológica y en la pérdida de varias funciones superiores que traen consigo alteraciones en la personalidad y amnesia, se hace necesario el hecho de poder optar por alternativas que brinden eficacia en el tratamiento de la enfermedad mediante la aplicación de psicoterapias de intervención cognitiva sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad y que permitan valorar los efectos en las capacidades funcionales y cognitivas del paciente así como los síntomas neuropsiquiátricos en los que se ve inmerso para ayudarlo a tener mayor bienestar.

La importancia de la intervención por medio de este tipo de terapias aplicadas a adultos mayores que padecen un trastorno neurodegenerativo como Alzheimer, radica en los efectos obtenidos en las mismas como un soporte del tratamiento habitual, puede mejorar los procesos cognitivos y funcionales de los pacientes incidiendo en su capacidad de aprendizaje y memoria semántica además de ayudarles a evocar recuerdos autobiográficos (memoria episódica), por tal motivo, tales intervenciones ofrecen la oportunidad de reducir la intensidad de comportamientos psicológicos, afectivos y neurológicos como la agitación y ansiedad proveyéndoles una mejoría en su estado de ánimo.

Lo que se pretende con la realización del presente trabajo, es reconocer la eficacia que tienen tales psicoterapias, desde las intervenciones que se han realizado con anterioridad con las Terapias Cognitivo Conductuales hasta las terapias de segunda y tercera generación que actualmente están tomando mayor fuerza entre los terapeutas quienes se basan en diferentes técnicas que se abordarán en el capítulo correspondiente, todo esto con la finalidad de ayudar a los adultos mayores que en este caso cursan con esta enfermedad a sobrellevar su condición minimizando su deterioro progresivo y brindándoles la oportunidad de vivir mejor.

## OBJETO DE ESTUDIO

El objetivo de esta investigación es el de analizar la información disponible acerca de las Terapias de Intervención Cognitiva para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos en adultos mayores con Alzheimer por medio de una revisión teórica para conocer las diferentes alternativas con las que se cuenta para tratar este trastorno de salud tan recurrente en la actualidad y que afecta a la población mayor a edades cada vez más tempranas. Al mismo tiempo se pretende evaluar la eficacia de la aplicación de las terapias cognitivas en pacientes con Alzheimer valorando los efectos en las capacidades funcionales y cognitivas, los síntomas neuropsiquiátricos que presentan y la calidad vida en las primeras etapas y durante el transcurso de la enfermedad.

# CAPÍTULO 1: Acerca del Alzheimer y su relación con la problemática a abordar

## Antecedentes de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad. Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras que trabajaban en el mismo laboratorio en Munich Alemania (Albert, Martínez, Gutiérrez, Hakim y Pérez, 2014, p.509).

A mediados del siglo XIX se empezó a enfocar el concepto de demencia como una entidad irreversible asociada a la edad, Esquirol fue uno de los primeros en plantear una aproximación descriptiva del cuadro clínico y Bayle el primero en proponer la Demencia como una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema nervioso central. Fue alrededor del año 1900 cuando Alois Alzheimer precisó las lesiones patológicas de dos entidades clínicas distintas, la primera descrita por el mismo y la segunda por Arnold Pick, conocidas hoy como enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal respectivamente. Conforme progresaron las técnicas de imágenes cerebrales y estudios del líquido cefalo-raquídeo fueron mejorando los criterios de diagnóstico para los diversos tipos de demencia con un enfoque clínico-biológico (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018, p. 236).

Etimológicamente la palabra “demencia” está compuesta por el prefijo *de* (ausencia) *mente* (mente) y el sufijo *ia* (condición o estado, por lo que puede asumirse que es una condición en la que se pierde la mente. Por su parte el concepto de deterioro cognitivo se inició de una forma más precisa a partir del siglo XVII donde se distinguen trastornos congénitos de los cognitivos adquiridos relacionados directamente con un disfuncionamiento del sistema nervioso central.

Fue hasta el siglo XIX que el concepto de demencia comienza a usarse en el sentido que tiene en la literatura médica actual

El 4 de Noviembre de 1906, Alois Alzheimer en la 37ª conferencia de psiquiatras alemanes presentó el caso de Aguste D. paciente que presentó una demencia a los 51 años, publicando sus resultados un año después bajo el título “*A characteristic serious disease of the cerebral cortex*”, donde describe las lesiones neuropatológicas clásicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares) de la demencia degenerativa más frecuente denominada después como Enfermedad de Alzheimer por Emili Krapelin en 1910 en la 8ª edición de su *Handbook of Psychiatry*. Arnold Pick en 1892 publicó bajo el título de “*On the relationship between senile cerebral atrophy and aphasia*” el caso de Augusto H. de 71 años de edad del Instituto Psiquiátrico de Praga, quien inusualmente presentó al inicio un severo desorden de lenguaje con rápido deterioro cognitivo y funcional. Luego de la muerte de Augusto, la autopsia reveló severa atrofia cerebral con predominio del lóbulo temporal izquierdo (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018, p. 240).

Entre otras investigaciones referentes a EA de acuerdo a Camacho y Merchán (2019), en el año 2015, Brunelle, L., Thivierge, S. y Simard, M. llevaron a cabo un estudio en Canadá donde evaluaron el impacto de un programa de rehabilitación cognitiva de síntomas psicológicos conductuales de EA en cuyos resultados se observa que tales síntomas mejoran significativamente por lo que dicho programa de rehabilitación tiene aspectos positivos en pacientes con Alzheimer en etapas leve y moderada, también en el año 2014 se realizó una investigación en España y Brasil desde un enfoque multidimensional que pretendía mejorar aspectos como la cognición y síntomas conductuales en personas con enfermedad de Alzheimer leve, los resultados sugirieron



que este tipo de intervención beneficia en término de síntomas cognitivos y no cognitivos además de una mejora significativa en cuanto a los niveles de ansiedad, apatía y depresión.

En base a lo descrito por González (2017) deben considerarse también los factores de riesgo que están involucrados y predisponen a padecer EA, entre los que se encuentran:

- Edad: es el factor de riesgo más destacado en el padecimiento de esta demencia porque existe un incremento significativo de su aparición conforme se avanza en edad.
- Raza: estudios demuestran mayor riesgo de demencia en sujetos de raza negra, ya que se relaciona esta raza con un mayor riesgo de sufrimiento de accidentes cerebrovasculares y desarrollo de placas y ovillos neurofibrilares.
- Diferencias geográficas: en países orientales como Japón existe mayor riesgo de sufrir demencia que en países occidentales.
- Factores hereditarios: la historia previa familiar de Alzheimer, Síndrome de Down o enfermedad de Parkinson son algunos de los factores hereditarios que hacen que haya mayores probabilidades de sufrir demencia. También la edad de la madre en el momento del nacimiento y diversas enfermedades hematológicas.
- Enfermedades previas: haber sufrido traumatismos craneales, depresiones o hipotiroidismo pueden ser factores de riesgo.
- Sustancias tóxicas: el tabaco o la exposición al aluminio.
- Factores sociales: un bajo nivel educativo y cultural supone un factor de riesgo para la aparición de la demencia.

## CAPÍTULO 2. Descripción de la Enfermedad de Alzheimer

### Epidemiología

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia entre la población anciana con un rápido desarrollo que constituye un serio deterioro en la salud de quien la padece además de constituir en este sector de la población una clara problemática de salud pública

En los últimos años, debido al incremento en el envejecimiento de la población la enfermedad de Alzheimer se ha extendido y comienza a cobrar grandes dimensiones. Entre un 30 y 40 % de esta población podría tener Alzheimer y no estar diagnosticados. Dentro de unos años puede haber muchos millones de personas afectadas (Aguado, 2016, p.1).

Por otra parte la International Journal of Developmental and Educational Psychology (2017) dice que los últimos datos aportados por la Comisión Europea señalan que la demencia afecta actualmente a casi cincuenta millones de personas en todo el mundo y que cada año se detectan 7.7 millones de nuevos casos. A día de hoy, el Alzheimer es la demencia más padecida por la población mundial pudiendo constituir en términos relativos el 70% de las demencias. En la actualidad no existen tratamientos farmacológicos que den una respuesta definitiva a este tipo de patologías. Las utilidades de terapias no farmacológicas abren un amplio abanico de posibilidades desde el ámbito de la prevención y de la mejora de la calidad de vida.

La EA se caracteriza por un deterioro progresivo en las funciones globales de las personas y que resulta limitante para su autonomía funcional cognitiva, una intervención en etapas iniciales de la enfermedad constituye una alternativa viable y de

gran ayuda cuando aún no ha habido un deterioro significativo en las funciones superiores. Para Fernández y García (2019) existe una relación directa entre prevalencia de la demencia y la edad de la persona que la padece, en personas de 65 años se sitúa entre el 1 a 5%, cada 5 años este porcentaje se duplica, por lo que en personas de 80 y 85 años habrá una prevalencia del 20 al 32%. Las previsiones indican que en 2030 el 75% de las personas mayores de 65 años padecerán Alzheimer.

Una demencia como Alzheimer, afecta más a mujeres que a hombres llegándose a producir el doble de casos en las primeras. Es la quinta causa de muerte en las mujeres, generando un 5.1% de las defunciones (Martín, 2018, p. 9). Según el Instituto Nacional de Estadística, 2016 cada año mueren aproximadamente 10,000 mujeres debido a esta enfermedad. En los hombres existen otras patologías que causan más defunciones, llegándose a producir 4,000 casos al año por EA.

La incidencia anual de demencias del tipo Alzheimer afecta en mayor medida a la población de 80 años en adelante, se considera también que este aumento se está dando en los países con una alta expectativa de vida, con un elevado costo económico, social y fundamentalmente humano. Según Niu, Álvarez, Guillen y Aguinaga (2016) los factores de riesgo que se han identificado como predisposición a padecer Alzheimer son el sexo femenino, la edad, un nivel bajo de educación, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitus.

Para Amorós (2017) los estudios de prevalencia de EA son mucho más numerosos en todo el mundo y revelan una tendencia similar al incremento según avanza la edad. En términos generales la prevalencia de demencia se sitúa por debajo del 2% en el grupo de ancianos de edades comprendidas entre 65 y 69 años, este valor se duplica cada 5 años y alcanza un 10-17% en el grupo de 80 a 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años.

Por tanto conocer la epidemiología de la EA es importante para su prevención temprana, ayudando a los departamentos pertinentes que elaboran políticas sanitarias y reduciendo el impacto en los ancianos. Las tasas de incidencia de demencia vascular y de otros subtipos de demencia son muy inferiores a las de la EA, hecho que afecta a la precisión de las estimaciones, tales resultados sugieren la posibilidad de reducir el riesgo de

demencia para generaciones futuras según su exposición a factores de riesgo y estilos de vida durante su ciclo vital (Garre, 2018, p. 381).

La determinación de la supervivencia y el riesgo de mortalidad tras el diagnóstico de demencia es una cuestión importante tanto para los médicos como para los pacientes y sus familiares y para los responsables sanitarios ya que de la utilización de los recursos disponibles va a depender la esperanza de vida de los pacientes.

### Áreas cognitivas afectadas

El Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que afecta el sistema nervioso e impide a quien lo padece llevar una vida normal. Aguado (2016) lo describe como “un trastorno degenerativo que tiene carácter progresivo y que condiciona un deterioro cognitivo y funcional grave en la persona afectada” (p.11). Esto es por estar presentes síntomas clínicos como el deterioro de la memoria, los problemas de lenguaje, dificultad para llevar a cabo tareas básicas, desorientación en tiempo y lugar, cambios de humor, problemas de pensamiento abstracto y reducción de funciones motoras. Martín (2018) menciona que “además suelen acompañarse de síntomas conductuales como apatía, ira, depresión, desinhibición, alteraciones del sueño, alucinaciones e ideas delirantes (p.5).

Según Sánchez (2017) la anatomía patológica que presenta la enfermedad de Alzheimer correlaciona con diversas alteraciones en las distintas áreas cognitivas, estas alteraciones comprenden los síntomas cognitivos característicos de la EA. Este tipo de pacientes, en los estadios iniciales presentan déficits en la memoria declarativa (capacidad para almacenar y evocar información de hechos específicos). La memoria a corto plazo también se encuentra afectada, al mostrar incapacidad de recordar episodios recientes, así como la memoria semántica (conceptos y significados), evaluada mediante tareas como la fluidez categorial y además presentan dificultad para el aprendizaje y registro de nueva información. En cuanto al lenguaje generalmente el trastorno más frecuente es el de anomia o dificultad para encontrar los nombres, afectando tanto a nombres propios como comunes, además de presentar alterada la comprensión. Así, el discurso de los pacientes afectados de EA muestran frecuentemente circunloquios

(rodeos para hacerse entender) así como perífrasis (usar frases en lugar de la palabra) y parafasias semánticas (sustitución de una palabra por otra con similar significado), resultando un lenguaje basado más en términos genéricos. Con respecto a la escritura, ésta presenta mayor grado de alteración que el lenguaje oral con fallos tales como disortografía, omisiones o perseveraciones, entre otros. De igual modo, en la lectura muestran alteración en la comprensión así como errores de omisión, sustitución y espaciales (lectura salteada). Además, presentan incapacidad de procesamiento del cálculo, así como la pérdida del valor simbólico de los números y del dinero.

Las habilidades motoras adquiridas también se encuentran deterioradas, presentando dificultades en tareas de dibujo y para llevar a cabo movimientos manuales y gestos simbólicos, ya sea de forma espontánea o por imitación. Es común la apraxia ideomotora, esto es, la incapacidad para realizar gestos simples. La capacidad para manipular objetos mediante una secuencia de gestos se encuentra alterada, lo que puede estar relacionado con el deterioro semántico, ya que es necesario acceder al conocimiento de la función del objeto. Con respecto al procesamiento visual, las alteraciones visoespaciales son de los primeros déficits en aparecer junto con los de memoria. En el procesamiento visual podemos distinguir dificultades en el reconocimiento y el procesamiento espacial. Los pacientes presentan dificultad en el reconocimiento de objetos, caras, etc. El funcionamiento ejecutivo se encuentra alterado en la EA desde fases tempranas de la misma, por lo que los pacientes presentan dificultades en planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto y juicio entre otros (Sánchez, 2017, p.19).

La comparación entre un cerebro sano y en enfermo por EA tiene que ver directamente con la muerte de neuronas y pérdida de tejido cerebral provocando que el cerebro se encoja. De acuerdo con Alzheimer's Assocoation (2018) las áreas del cerebro más afectadas son:

- La corteza. Deterioro de la memoria, el pensamiento, la capacidad de razonamiento y otras funciones ejecutivas.
- El hipocampo. Incapacidad de almacenar nueva información.
- Los ventrículos. Espacios llenos de líquidos que se expanden

Los cerebros de pacientes fallecidos con Alzheimer presentan en la corteza cerebral depósitos de un material proteico producido por las neuronas enfermas, se llama sustancia amiloide y se deposita en los espacios interneuronales. En la corteza se ven neuronas que aún sobreviven con una alteración llamada degeneración neurofibrilar así como restos de neuronas ya perdidas (Hernández y López, 2016, p. 54).

Las causas y mecanismos de las anormalidades del cerebro que subyacen a la EA todavía no se entienden en su totalidad pero se han hecho grandes progresos a través de la genética, la bioquímica, la biología celular y los tratamientos experimentales

Aparecen reducciones de los niveles de marcadores para muchos neurotransmisores incluyendo acetilcolina, somatostatina, monoaminas y glutamato que permiten a una célula comunicarse con otra. El daño de estos sistemas neurales que son críticos para la atención, memoria, aprendizaje y habilidades cognitivas superiores, se cree que causa los síntomas clínicos (Brain Facts, sf, p. 41).

Aunque la certeza solo se obtiene con la confirmación de las lesiones en el cerebro, la coincidencia diagnóstica entre Alzheimer probable (basado en las evidencias clínicas y las pruebas diagnósticas) y Alzheimer definitivo (tras el examen post-mortem) es muy alta.

En la degeneración y deterioro de la memoria, inciden múltiples factores ambientales, genéticos, socioeconómicos y sexuales que implican un descenso en el funcionamiento integral del adulto mayor. Muchos de los cambios neuronales en el envejecimiento dependen de la plasticidad del cerebro, por tal razón aparecen cambios psicológicos y cognitivos con el avance de la edad. “La memoria, está constituida de un sistema biológico, neuronal y cognitivo que almacena y recuerda información y experiencias adquiridas en el pasado y tiene la capacidad de utilizar esa vivencia para modelar el comportamiento” (Aguilar, 2018, p. 8).

Los cambios en el comportamiento y bienestar del paciente con EA están directamente relacionados con síntomas neuropsiquiátricos. La agitación, la psicosis, la depresión y la ansiedad son síntomas comunes y suponen un impacto negativo en la vida de estos pacientes y sus cuidadores. Estos síntomas son el principal desencadenante de la institucionalización. La agitación tiende a ocurrir en etapas más avanzadas del deterioro cognitivo, mientras que los síntomas psicóticos se producen hasta en un 50% de los pacientes con EA (Garí Barceló, 2019, p. 14).

### Características de la enfermedad

La Enfermedad de Alzheimer (EA) describe una condición degenerativa del cerebro donde ocurre un deterioro neuronal progresivo que comienza con una disminución de la materia gris en la amígdala, en la corteza el deterioro se expande desde los lóbulos temporal y parietal hasta el lóbulo frontal y posteriormente a regiones sensoriales, respecto a su sintomatología se presenta un declive en las funciones ejecutivas que empeora a medida que pasa el tiempo (Tafur, 2019, p. 8).

Esta enfermedad se ha relacionado con alteraciones cromosómicas con base genética o ambiental, la exposición a tóxicos como el aluminio, alteraciones en la microcirculación, anomalías en el metabolismo de fosfolípidos de la membrana neuronal y trastornos del sistema nervioso. A nivel neuropatológico los cambios que se observan en el cerebro de pacientes con Alzheimer durante la autopsia muestran una reducción del peso y un aumento de las cisuras cerebrales, los lóbulos frontal y temporal son los más afectados y se observa pérdida neuronal, disminución de la sustancia blanca, degeneración neurofibrilar y formación de placas seniles (González, 2017, p. 21).

La EA tiene un curso evolutivo largo, al igual que otra del grupo llamado también neurodegenerativo (Parkinson, por cuerpos Lewy y otras), cada uno con sus propios

síntomas. Al principio el Alzheimer no se muestra como una demencia, sino como un deterioro cognitivo leve. Al cabo de un tiempo el deterioro se agrava hasta que en algún momento del curso de la enfermedad (generalmente varios años después del comienzo) aparece la demencia del tipo Alzheimer que es la causa más frecuente de demencia (Hernández y López, 2016, p. 41).

Sánchez (2017) menciona que dentro de las características neuropatológicas de la EA, las más importantes son: la presencia de placas amiloides o seniles, provocadas por una acumulación en el espacio extracelular del péptido beta amiloide (fragmento neurotóxico insoluble), y los ovillos neurofibrilares, los cuales se tratan de una lesión intraneuronal causada por la acumulación de la proteína TAU, principalmente en los cuerpos neuronales y dendritas apicales, y que afecta a la actividad de la neurona. Estos dos tipos de agregados proteicos también se encuentran presentes en el proceso de envejecimiento normal, por lo que el diagnóstico de EA se realiza en función de la densidad y distribución que muestran.

La enfermedad de Alzheimer se produce por una destrucción masiva de las neuronas de la corteza cerebral, lo que da lugar a una atrofia. Al principio resultan afectadas determinadas áreas pero a medida que la enfermedad progresa las lesiones se extienden a toda la corteza. Cuando Alois Alzheimer estudió el cerebro de Sra. Auguste D., señaló las alteraciones características de este proceso: pérdida de neuronas en la corteza cerebral, existencia de ovillos neurofibrilares dentro de las neuronas y formación de placas seniles fuera de las neuronas (Hernández y López, 2016, p. 51).

Además de estos cambios a nivel microscópico, también se observan cambios a nivel macroscópico debido a la atrofia neuronal y la pérdida de sinapsis. La atrofia cerebral perjudica principalmente al lóbulo temporal medial, especialmente a la corteza entorrinal y el hipocampo. Posteriormente, la atrofia se extiende hasta las cortezas de asociación multimodal de los lóbulos frontales, temporales y parietales. Esto se traduce en cambios estructurales tales como la reducción significativa del volumen del hipocampo, así como una dilatación de los ventrículos (Sánchez, 2017, p. 17).

Hernández y López (2016) describen las alteraciones neuronales en la EA como muerte de las neuronas que reduce el volumen de la corteza y produce atrofia, alteración de al



menos dos proteínas que forman parte de la estructura de las neuronas que se conglomeran y generan un efecto tóxico (proteína Beta amiloide y proteína T tau) estas reacciones desencadenan una respuesta inflamatoria. La enfermedad empieza en el hipocampo ubicado en el lóbulo temporal y se propaga a la corteza vecina y después a otras zonas del cerebro (lóbulos parietal y frontal) la destrucción de neuronas se propaga a áreas corticales cada vez más alejadas (Hernández y López, 2016, p. 53).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) esta enfermedad entra dentro de la clasificación de trastornos neurodegenerativos mayores o leves cuando se presenta un deterioro progresivo de habilidades cognitivas que incluyen: habilidad perceptual motora, atención, memoria, lenguaje y función ejecutiva que haya sido detectada en una evaluación (Tafur, 2019, p. 9).

Los criterios de demencia probable de Alzheimer se establecen con la sospecha de que una persona mayor presenta pérdida de memoria y dificultad en alguna otra función cognitiva, capacidad para razonar, controlar palabras y orientarse.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR para diagnosticar una demencia tipo Alzheimer debe existir:

- Pérdida de 2 o más capacidades cognitivas (una de ellas debe ser la memoria, otra puede ser la capacidad ejecutiva, el lenguaje, praxias u otras).
- La cuantía de esa pérdida debe ser suficiente como para interferir con las actividades habituales.
- La causa demostrada o presunta debe ser una afección orgánica cerebral.
- Además debe excluirse un compromiso de conciencia, para lo cual suele agregarse el requisito que este estado mental se mantenga durante 6 meses o más.

Según González (2017) la enfermedad de Alzheimer presenta síntomas variables que pueden ser agrupados en torno a tres ámbitos: cognitivo

, conductual y funcional como se describe a continuación:

- Memoria: la pérdida de memoria es el síntoma principal en la EA. Se produce pérdida de memoria a corto plazo, hay deterioro en los recuerdos recientes y en la dificultad para almacenar nueva información. La memoria episódica se ve afectada más tempranamente y la memoria semántica también aparece alterada en la EA. Los aspectos más preservados son la memoria procedimental y el recuerdo con tono emotivo, con el paso del tiempo la pérdida de memoria va aumentando.
- Orientación: los pacientes con EA presentan mayor vulnerabilidad en orientación temporal, aunque a medida que la enfermedad avanza se produce también afectación de la orientación espacial y personal respectivamente.
- Lenguaje: el trastorno de lenguaje más frecuente en pacientes con EA es la anomia, lo que dificulta el discurso espontáneo. Aparecen problemas en comprensión y el paciente utiliza muchas perífrasis y parafasias semánticas, el lenguaje puede sufrir tal desintegración que puede llegar a ecolalia (repetir la palabra dicha por su interlocutor), palilalia (tic de sílabas, palabras o frases) e incluso a un mutismo. Se produce afectación de la escritura (disortografía, sustituciones, omisiones...), la lectura (dificultades en comprensión, omisiones, sustituciones y errores espaciales) y el cálculo (desconocimiento del valor del dinero o del valor simbólico de los números).
- Apraxia: Aparecen dificultades en el dibujo y en la reproducción e imitación de gestos y movimientos. El paciente presenta dificultades a la hora de vestirse, cocinar o coser, entre otras actividades. En fases finales de la enfermedad el paciente tiene dificultades para comer, beber o andar.
- Agnosia: aparecen alteraciones visoespaciales como la falta de reconocimiento de espacios conocidos, pérdida de orientación, dificultades en el reconocimiento de caras e incapacidad de reconocimiento personal.

- Función ejecutiva: la enfermedad de Alzheimer cursa, en sus estadios tempranos, con disfunción ejecutiva como problemas de juicio, resolución de problemas, planificación y pensamiento abstracto.
- Cambios de personalidad: puede producirse una acentuación de las características premórbidas o una tendencia a un tipo de personalidad propia del trastorno.
- Apatía: representa una pérdida de motivación e incluye menor iniciativa y menor expresión emocional y de afecto. Además puede conllevar un retraimiento social, alteraciones del estado de ánimo o depresión.
- Psicosis: puede aparecer ligada a agitación en estadios tardíos de la enfermedad. Los delirios suelen ser de carácter paranoide (acusaciones de robo, infidelidad o persecución) y las alucinaciones más comunes son las de tipo visual o auditivo.
- Trastornos del estado de ánimo: la EA puede cursar con depresión y ansiedad, sobre todo en las fases más avanzadas de la enfermedad, ya que a medida que la enfermedad se agrava estos trastornos aumentan.
- Agitación: expresada de diferentes maneras, como agresión física o verbal y comportamientos físicos no agresivos se vinculan con delirios y alucinaciones.

### Fases de la enfermedad

De acuerdo a la Society for Neuroscience, los primeros síntomas de la EA incluyen el olvido, la desorientación del tiempo o espacio y la dificultad en la concentración, cálculo, lenguaje y juicio. A medida que la enfermedad progresa algunos pacientes presentan alteraciones conductuales severas y pueden incluso llegar a ser psicóticos. En

etapas finales el individuo afectado es incapaz de autocuidado y queda postrado en cama.

Se pueden diferenciar dos tipos de enfermedad de Alzheimer atendiendo a la edad de inicio: EA de inicio temprano o presenil, que aparece antes de los 65 años y EA de inicio tardío o senil, que aparece después de los 65 años de edad. La enfermedad tiene un curso lento, progresivo e irreversible, por lo que los tratamientos farmacológicos solo sirven para atenuar los síntomas y alargar la esperanza de vida de los pacientes.

Se observan seis estadios neuropatológicos en relación a la presencia de degeneración neurofibrilar en determinadas regiones del cerebro. Los estadios I y II corresponden a la presencia de degeneración neurofibrilar en la corteza entorrinal, la corteza transentorrinal y la región CA1 subicular del hipocampo. Los estadios III y IV, se observa además dicha degeneración en el sistema límbico, y por último, en los estadios V y VI, dicha degeneración se extiende al neocórtex. Sin embargo, en las fases precoces, los cambios más llamativos se deben a una disminución de la densidad sináptica más que a una neuronal (Sánchez, 2017, p. 17).

Para Jiménez, Poot, Sarro y Murillo (2016) la Enfermedad de la Alzheimer progresa en tres fases:

- Etapa hipocámpica, en que existen defectos de la memoria y juicio o capacidad ejecutiva que a menudo se confunde con depresión generando conflictos entre el paciente y sus cuidadores, aunado a esto la falta de diagnóstico oportuno agrava la situación.
- Etapa parieto-témporo-occipital, también prefrontal con demencia evidente y gran alteración el juicio, agregando trastornos del lenguaje, apraxias y otros efectos neuropsicológicos. Se presentan trastornos emocionales, agitación, y cuadros psicóticos, alteración del sueño-vigilia, progresando en alteraciones de la marcha y pérdida del control de esfínteres.

- Etapa de daño global, cuando el paciente presenta incapacidad de caminar sin ayuda muchas veces teniéndose que postrar en cama de forma permanente además de pérdida en el tono muscular de las cuatro extremidades, prehensión forzada (agarrar con la mano), reflejo de succión con disfagia (dificultad para deglutir) y pérdida total o casi total del lenguaje, en esta condición pueden trascurrir meses o años hasta que se presente una complicación irreversible.

Por otra parte Muñoz y Alix (2011) también mencionan que durante la evolución de la enfermedad pueden distinguirse tres fases:

- Fase inicial: se aprecian alteraciones del comportamiento. Aparecen dificultades para recordar hechos recientes y leve afectación del recuerdo de los hechos lejanos. El paciente presenta desorientación temporoespacial, cambios de humor, y pérdida de interés por actividades recreativas. Es una etapa de conciencia de la enfermedad por lo que el paciente suele tender a la minimización de los síntomas.

- Fase intermedia: aparece deterioro intelectual y síntomas de confusión, así como dificultades para realizar trabajos y comunicarse con otros. El paciente en esta fase pronuncia frases cortas, mezcla ideas y presenta anomia. Repite frases y habla lentamente. Puede adoptar reacciones comportamentales anormales y violentas, a la vez que aparece incontinencia, deambulación e ideas delirantes. En esta fase el paciente no es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria por sí solo.

- Fase final: se incrementan los déficits cognitivos, no se reconoce a familiares cercanos, no hay control de esfínteres ni de movimiento, le cuesta tragar y aparece desintegración de la personalidad.

El apoyo que se ofrece a los enfermos con Alzheimer es de gran ayuda para sobrellevar de la mejor manera las etapas por las que cursa la enfermedad. De acuerdo a Moyano (2016), debe brindarse apoyo asistencial tomando en cuenta cada una de las fases, como se menciona a continuación:

- Asistencia en la fase inicial. Valorando la sintomatología que se produce en esta etapa, las características más importantes del enfermo son el desánimo para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y el olvido de factores que influyen en su ejecución. Esto repercute en el autocuidado personal y del rol habitual.
- Asistencia en la fase moderada. En esta etapa el síntoma más importante que padece el paciente con Alzheimer es el olvido del autocuidado y la pérdida de destrezas para poder realizar las AVD. Todo esto se traduce a la necesidad de ayuda, por lo que los objetivos del profesional irán destinados a que el paciente realice el mayor número de actividades con la menor ayuda posible.
- Asistencia en la fase severa. En esta fase la característica más importante del enfermo es la pérdida de la movilidad y la incapacidad para realizar las AVD. Por lo tanto, los cuidados irán dirigidos a suplir al enfermo en estas actividades y encaminados a realizar por y para el paciente las actividades básicas del cuidado, prevenir los problemas asociados a la inmovilidad.
- Asistencia en la fase terminal: La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad cuya evolución permanece hasta la muerte, en un periodo prolongado a partir de su aparición. En la última etapa de la enfermedad, el afectado es totalmente dependiente de los demás para poder seguir viviendo, ya que está postrado en la cama y con distintos grados de desconexión con el medio. El apoyo se realiza a través de la ejecución de los cuidados paliativos, que consisten en la aplicación de una serie de medidas que pretenden sobretodo evitar síntomas que provoquen malestar como: dolor, estreñimiento, dificultad respiratoria, etc.

Por lo anterior se observa que los pacientes con EA en etapas avanzadas, presentan una pérdida notoria de la memoria desde problemas para reconocer a familiares y amigos hasta la incapacidad para realizar tareas que involucren múltiples pasos a seguir como vestirse por sí mismos. Las personas con Alzheimer severo tienen dificultades para comunicarse, ya que han olvidado tanto el significado de las palabras como el uso de los

objetos cotidianos. Los síntomas que se presentan en la etapa avanzada son: convulsiones, aumento del sueño y pérdida total de la memoria (Jiménez et al., 2016).

En sus primeras etapas el diagnóstico clínico de la probabilidad de EA puede realizarse con una confianza mayor al 80 por ciento. A medida que progresa el curso de la enfermedad la certeza del diagnóstico en centros de investigación de Alzheimer excede el 90 por ciento. El diagnóstico depende de la historia médica, exámenes físicos y neurológicos, pruebas psicológicas, pruebas de laboratorio y estudios de imágenes del cerebro (Brain Facts, sf, p. 40).

### CAPÍTULO 3: Terapias de Intervención Cognitiva

Las Terapias Cognitivo Conductuales se han convertido en las últimas décadas en la orientación psicoterapéutica con mayor evidencia empírica y experimental debido a su eficacia y efectividad en trastornos psicológicos y para el caso de Alzheimer han resultado ser una herramienta útil por su capacidad para atender de mejor forma las necesidades de pacientes geriátricos con demencias. El propósito de las Terapias de Intervención Cognitiva está enfocado en el tratamiento de diversos problemas que afectan al paciente en su interacción y adaptación al entorno (Díaz, M., Ruíz, A. y Villalobos, A., 2017, p. 27).

Es importante mencionar brevemente el recorrido que han tenido las diferentes terapias dentro del campo de la Psicología, en específico las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), partiendo de pilares como el Condicionamiento Clásico con sus representantes Ivan Pavlov (1849-1936) y John B. Watson (1878-1958), el Condicionamiento Operante con B. F. Skinner (1904-1990), la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura (n. 1925) hasta la Terapia Cognitiva de Aaron Beck (n. 1921) y Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (n. 1913).

De acuerdo a Ventura (2015), la primera generación de terapia de conducta comienza en los años 60's como una alternativa a las acciones menos empíricas en donde se desarrollan intervenciones para problemas de conducta basados en el condicionamiento

clásico y operante y desarrollo de nuevas habilidades, aunque no eran idóneas para tratar con problemas de pensamiento o experiencias privadas del comportamiento humano. En la segunda generación de terapias entra el Modelo de Terapia Cognitiva Conductual (TCC), en las que el foco se mantiene en el nivel de cambio de primer orden cuyo objetivo directo es detectar aquellos pensamientos irracionales y esquemas patológicos, reestructurándolos o corrigiéndolos a través de experimentos conductuales. La tercera ola de Terapias representada principalmente por Hayes, se enfoca en los principios del aprendizaje enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y el contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos por medio de la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos.

El avance en terapias de conducta desde la primera generación con técnicas operantes, de exposición y sistémicas pasando por técnicas de modelado y habilidades sociales, técnicas de afrontamiento y solución de problemas, terapia cognitiva de Aaron Beck , la terapia racional emotiva de Ellis correspondientes a la segunda generación hasta los procedimientos de meditación por atención o conciencia plena conocidos como Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Dialéctico Conductual (DBT), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), Activación Conductual (BA) de la tercera generación, todas ellas intentan ofrecer, en este caso, a los pacientes con demencias como la EA un mayor bienestar durante la travesía de su condición crónica, siendo en las últimas generaciones de terapias un enfoque dirigido más bien a la toma de conciencia del tiempo presente, valores individuales y el aquí y ahora.

La aplicación de Terapias Cognitivo Conductuales se ha dado a través de las décadas en diversos ámbitos de la psicología

Se deben mencionar las diferentes corrientes psicológicas que han aparecido, como la Psicología de la Gestalt que se desarrolló principalmente en Alemania a inicios del siglo XX, planteado con el 10 axioma “El todo es mayor a la suma de sus partes”. En la primera mitad del siglo XX, se desarrolla el Conductismo con sus máximos exponentes Watson y Skinner. En 1951, Rogers dando un nuevo giro con la Terapia Centrada en el Cliente, hasta llegar a una de las corrientes



psicoterapéuticas más reconocida que es la del Modelo Cognitivo Conductual, desarrollada por Beck y Ellis. Con el pasar de los años, estas terapias han sido conocidas como “Terapias de primera y segunda generación” que tienen una base conductista, hasta que en la década de 1990 que surge la aparición de una nueva generación psicoterapéutica (Durand, 2018, p. 10).

Durante la década de 1990, surge las llamadas “Terapias de Tercera Generación o Tercera Ola” (TTG) que se dan gracias al énfasis del desarrollo de la conducta y del conductismo radical, que intenta superar la vocación nomotética y protocolizada de las terapias de segunda generación, este tipo de terapias se centran en la búsqueda de repertorios conductuales más amplios, flexibles y efectivos (Durand, 2018, p. 6). La característica principal de estas terapias es ser directas, objetivas y racionales en cuanto al estudio del comportamiento humano y tener una base en la aceptación radical de la experiencia.

Como se ha venido mencionando en el tema que compete a este estudio, el deterioro cognitivo que presentan los enfermos de Alzheimer está acompañado entre las principales alteraciones por afasia (perturbaciones del lenguaje), apraxia (incapacidad o mala ejecución de tareas motoras), agnosia (no reconocer o tener dificultad para reconocer personas y objetos) y perturbación en las funciones ejecutivas (planificación, organización, etc). En la Actualidad aunque se ha avanzado en el acercamiento a esta patología principalmente desde los campos farmacológico (a nivel limitado) y psicológico, la esperanza de vida es de 4 a 6 años con el deterioro gradual especificado con anterioridad (Herrero, 2017, p. 2). Por tal razón surge el interés por implementar intervenciones a nivel psicoterapéutico.

Según Muñoz (2017), un tratamiento no farmacológico o Terapias Cognitivas para las demencias como el caso de Alzheimer se definen como una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre la persona enferma potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante.

De modo que el empleo de terapias psicológicas en la demencia tipo Alzheimer resulta útil en cuanto a aspectos como el retraso del paciente a una institución sanitaria, mejorar

aspectos cognitivos aplicables a su vida diaria, mejorar el estado anímico en pacientes diagnosticados y mejorar su calidad de vida. Además la implantación de terapias psicológicas representa un menor coste económico y permite desarrollar actividades donde se trabaje sobre todo la memoria y concentración para ayudar a frenar al menos en parte su rápido desarrollo.

En la actualidad, como ya se mencionó, distintas intervenciones se han desarrollado con el objetivo de minimizar el deterioro cognitivo en pacientes con EA; además de las alternativas farmacológicas, la literatura propone modelos basados en Entrenamiento o Rehabilitación Cognitiva y Psicoterapias, la influencia de estos métodos depende de la etapa de deterioro y de la forma de implementación del programa. A continuación se mencionan las principales terapias de intervención cognitiva utilizadas en adultos mayores con Alzheimer:

### Terapias de Estimulación, Entrenamiento y Rehabilitación Cognitiva

La estimulación y entrenamiento cognitivo consiste en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que tienen alguna discapacidad, debido a una enfermedad o lesión, trabajan con profesionales y miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico y social posible. Por lo que se busca alcanzar una mejora a nivel emocional y ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva (Amorós, 2017, p. 3).

De acuerdo a Amorós (2017) la definición de estimulación cognitiva, indica que ésta no se centra solo en la parte cognitiva, sino que aporta otros factores como son la afectividad, la parte conductual, social y biológica, buscando intervenir a la persona de manera integral, persiguiendo los siguientes objetivos:

1. Mantener la habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservándolas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.

2. Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
3. Mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos.

Actualmente existe un interés en conocer las alteraciones asociadas a la edad que se encuentran entre el envejecimiento fisiológico normal y envejecimiento patológico como la enfermedad de Alzheimer. Las terapias no farmacológicas como la estimulación, rehabilitación y entrenamiento cognitivos surgen como una estrategia de tratamiento potencial para las personas con Alzheimer. El objetivo de las intervenciones con TCC es controlar y disminuir la progresión de los síntomas psicológicos y de comportamiento en los pacientes con EA, así como mejorar su calidad de vida.

Dado que con los tratamientos farmacológicos como son los inhibidores de acetilcolinesterasas se obtienen mínimos beneficios causando a su vez efectos adversos tales como trastornos metabólicos y riesgo de accidente cerebrovascular, se opta por el desarrollo de terapias enfocadas en reducir el empeoramiento del deterioro de las capacidades cognitivas y funcionales.

Entre las terapias se puede incluir técnicas de estimulación cognitiva, terapia de orientación de la realidad, terapia de reminiscencia, terapia de validación y los programas de psicoestimulación integrada (PPI), la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento cognitivo de las funciones específicas, la terapia de relajación y psicoestimulación, técnicas de adaptación al entorno físico y humano que engloban las rutinas de la vida cotidiana y ayudas externas (Garí, 2019, p. 5). Las áreas que se trabajan en la psicoestimulación cognitiva son la orientación, atención-concentración, memoria, lenguaje, cálculo, praxias y gnosias, por medio de talleres de reminiscencia, talleres de cinesiterapia, psicoexpresión y musicoterapia (Amorós, 2017, p. 9).

De acuerdo a Garí (2019) la estimulación cognitiva incluye actividades que contribuyen a una mejora general de la función mental y social, esta intervención hace hincapié en la retroalimentación positiva y la motivación de los pacientes con EA. Por otro lado la terapia de orientación ayuda a reorientar temporoespacialmente, auto psíquica y socialmente al paciente, restableciendo su identidad personal. En cuanto a la terapia de

reminiscencia se establece una forma de activar el pasado personal mediante ruidos, olores, imágenes y emociones, su objetivo principal es estimular la propia identidad y autoestima de la persona por medio del uso de fotografías, videos, objetos y diarios personales, música entre otros. El entrenamiento cognitivo incluye la práctica guiada de un conjunto de tareas estándar diseñadas para reflejar funciones cognitivas específicas como atención, memoria y solución de problemas con el propósito de mejorar o mantener el funcionamiento de un dominio dado. La rehabilitación cognitiva por su parte tiene un enfoque individualizado donde los objetivos personales relevantes son identificados y se trabaja con el paciente y su familia en el diseño de estrategias que mejoren el rendimiento de la vida cotidiana, aumentando la actividad y participación social que permita al individuo procesar y utilizar información para recuperar los déficits producidos por las alteraciones cognitivas.

## Terapia ocupacional

Cáceres y Marín (2019) definen la terapia ocupacional como “las intervenciones o rehabilitaciones a través de un conjunto de actividades. Dichas actividades, permiten la mejora de la capacidades, tanto para el ocio como para la vida diaria”. Para los pacientes con EA se utilizan diversos modelos teóricos del funcionamiento de los individuos, siendo el más conocido el modelo de Kielhofner que divide las actividades a desarrollar en productivas, de la vida diaria y recreacionales.

Para Ferrufino y Rodríguez (2017) la terapia ocupacional es una disciplina sanitaria que trata de ofrecer un tratamiento rehabilitador del estado de salud del paciente, mejorando su situación actual. El principal objetivo de esta es capacitar a los involucrados para participar en las actividades de la vida diaria ayudando a retrasar la demencia. La finalidad es utilizar la actividad con propósito para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía, integración e independencia posible por medio de realizar una serie de técnicas, estrategias y actividades con los pacientes en función de su grado de afectación.

Según la OMS (2017), la Terapia Ocupacional es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Dentro de la Terapia Ocupacional existe una alternativa llamada “doll therapy”, terapia ocupacional con muñecos que ofrece beneficios notables e inmediatos a nivel cognitivo y psicológico. A nivel cognitivo, realizar tareas cotidianas como recordar que hay que peinar, lavar o vestir al “bebé” o el hecho de tener en cuenta las atenciones que necesitaría para un cuidado correcto, producen un aumento de atención y concentración en los pacientes además de que mediante la estimulación táctil se mejora la percepción sensorial. A nivel psicológico destaca que se reduce la ansiedad, la sensación de soledad y aislamiento y mejora notablemente el estado de ánimo y la autoestima de los pacientes, aportando positividad y calma, así como la disminución de fármacos y calmantes provistos para tal fin (Rodríguez, 2018, p. 23).

Por otra parte, la Terapia Ocupacional centrada en las técnicas sensoriales de Montessori dirigida a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer es un tratamiento de fácil acceso para que el terapeuta ocupacional pueda ponerla en práctica tomando en cuenta los aspectos principales como la cognición, las actividades de la vida diaria, la conducta, el dominio físico motor de los pacientes ayudándolos a prevenir o retrasar el deterioro de sus funciones con la idea de que conserven y mantengan sus capacidades interactuando con el entorno físico y humano utilizando materiales muy simples, como plástico, lana, madera, cubiertos, flores, entre otros (Velásquez, 2017, p. 5). Esto influye positivamente en la interacción y comunicación con otros pacientes con EA y les ayuda a mejorar su estado de ánimo.

La terapia ocupacional con el libro sensorial o libro táctil, libro de tela o libro suave, contiene una serie de páginas con actividades manipulativas y multisensoriales en las que los adultos experimentan, tocan, colocan, aprietan, sacan, atan y un sin fin de posibilidades más permitiéndoles estimular el desarrollo sensorial, la motricidad fina, la coordinación de las manos y la creatividad además de despertar la curiosidad y la

exploración por los materiales, así como las formas, colores, la imaginación. Las actividades que contienen estos libros de tela están creadas en base al método Montessori, con tareas en motricidad fina y especialmente relacionadas con la vida diaria como atar los cordones de los zapatos, abotonar y desabotonar etc. Se ha verificado que la estimulación sensorial en pacientes con Alzheimer disminuye la agitación y mejora el sueño. Estos síntomas son habituales en la mayoría de demencia, y más aún en las personas con Alzheimer (Velásquez, 2017, p. 6).

La intención de este tipo de terapias es coadyuvar en el enlentecimiento de los síntomas psico-conductuales a través de la incorporación de las actividades que requieren habilidades motoras finas como manualidades, ejercicio y aprendizaje de reducción de errores. Todas estas actividades deben dirigirse a la regulación emocional, las habilidades motoras y las habilidades de procedimiento, intervenciones en el aprendizaje motor y la orientación espacial para reducir síntomas neuropsicológicos y/o cambios del comportamiento.

En base a los resultados arrojados en intervenciones del tipo ocupacional se observa que la rehabilitación cognitiva a través de las tareas funcionales mejora las tareas diarias en algunos casos, en la estimulación cognitiva algunos sujetos mantienen su desempeño en actividades de la vida diaria con respecto al control (Cáceres y Marín, 2019, p.19). Por lo tanto conociendo cada una de las fases de la EA es imprescindible empezar cuanto antes la terapia para obtener ciertos beneficios y estimular al paciente durante las siguientes etapas de la misma con diferentes tipos de actividades para mejorar el cuidado y funcionamiento integral de la persona dentro del ámbito en que se desarrolle su día a día.

### Terapia de Psicoestimulación con Animales (TPA)

El área de Intervención Asistida con Animales (IAA) es un nuevo campo de trabajo que se encuentra en auge desde el siglo pasado estableciéndose diversas entidades a nivel internacional dedicadas a estudiar y promover la relación entre los seres humano y otros animales especialmente el perro por su gran capacidad de aprendizaje y socialización

con las personas, además de su carácter alegre y afectivo, favoreciendo la creación de vínculos seguros (Mariscal, J., 2018, p. 6).

Las Terapias de Psicoestimulación con Animales en las cuales un animal es incorporado como parte integral del proceso terapéutico, tiene como objetivo el promover una mejora en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de los pacientes. Habitualmente es coadyuvante de otro tipo de tratamiento, este tipo de terapias pretende integrar todos los campos de trabajo: médico, psicológico, psiquiátrico, educativo y social.

Esta terapia o actividad asistida con animales ofrece a los pacientes con trastorno de Alzheimer

Estímulos multisensoriales y rompe la monotonía realizando mucha interacción además mejora la autoestima, es una buena distracción y da seguridad, además es más económico y accesible y una muy buena herramienta para conseguir objetivos rápidamente a nivel social porque aumenta la motivación de los pacientes y mejora parte emocional. Además los animales entrenados para este cometido, principalmente perros, carecen de prejuicios típicos de los humanos, no juzgan a las personas, es un iniciador de juego y es parte del medio natural en medio de la terapia/actividad (Moyano, 2016, p. 25).

Moyano (2016) menciona que las TPA favorecen el tratamiento de la soledad, la inactividad, la depresión y la fatiga ya que las sesiones van dirigidas hacia la mejora de las áreas de actividad, comunicación verbal, conversaciones sobre animales, socialización con trabajadores del centro, entre otras. La TAA desempeña un papel fundamental en la psicología. Dentro de los efectos positivos se mencionan los siguientes:

- Efectos para la salud a corto plazo. Tienen un impacto directo tanto en la respuesta fisiológica como en la psicológica, por la menor ansiedad y menor depresión.

- Estímulo multisensorial. Los animales son capaces de captar la atención y motivar a los pacientes, mejoran su participación en las distintas sesiones. Por este motivo pueden provocar un estado de relajación mantenido, psicológicamente tranquilizador, por el simple hecho de atraer y mantener la atención.
- Memoria a corto/largo plazo. El simple hecho de llevar a cabo una sesión de TAA a la semana con personas mayores, hace que éstos relacionen con menos dificultad el día en el que están ya que esperan la visita de los animales. Las terapias con perros ayudan a conectar cognitivamente con la persona y que de este modo vaya recordando aspectos de su vida que hacía ya tiempo que no nombraba. El usuario relaciona los sentidos (tacto, olfato, audición y vista), que se activan con el contacto del animal, con la conexión de su “YO”.
- Facilitador social. Las visitas con animales en los centros con pacientes de tercera edad con problemas de demencias, permiten que sus contactos sociales mejoren ya que los perros aumentan las conductas interactivas entre los residentes, estos efectos son a corto plazo. El perro también es un facilitador social entre paciente y terapeutas, ya que éstos últimos parecen menos amenazadores si van acompañados por un animal. El perro actúa como nexo de unión en las conversaciones y además tiene un gran efecto tranquilizador, por este motivo, el paciente se siente más dispuesto a colaborar en la sesión.
- Catalizador de emociones. Los animales pueden desencadenar comportamientos divertidos que provocan alegría y risa, es sabido que el humor resulta beneficioso para mejorar el estado mental de las personas y sus impedimentos físicos y de este modo mejorar la estancia de los pacientes con EA. Además de aportar calidez a la relación humano-animal, aportan sonrisas y alegría lo cual tiene un alto valor terapéutico.

Todas estas terapias con animales consisten en crear programas de psicoestimulación cognitiva asistida por perros principalmente, su implementación normalmente se lleva a cabo en centros geriátricos donde residan personas que se encuentren en etapa inicial de



la EA. Según Mariscal (2018) la IAA se define como aquella intervención que incluye la participación de animales en los ámbitos de la educación, la salud y los servicios sociales con el objetivo de promover la mejora socio-educativa y terapéutica de las personas por medio de incorporar a una animal como parte del tratamiento de una persona para enriquecer sus funciones físicas, cognitivas y socio emocionales.

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es una intervención donde participa un animal con criterios específicos y proporciona beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos por tanto supone una gran herramienta de intervención para mejorar la calidad de vida de los enfermos con EA reduciendo el impacto de la enfermedad y disminuyendo el progreso del deterioro en la memoria, cognición y actividades prácticas, alteración de la personalidad, el pensamiento y reduciendo la apatía. En la TAA el animal ayuda al enfermo a pasar la segunda etapa sin tantas frustraciones y sentimientos negativos como la soledad que va disminuyendo poco a poco, lo ayuda físicamente y permite que se comunique socialmente con otras personas brindándole apoyo emocional, social y físico (Robles, 2016, p. 15).

El propósito de la TAA tiene que ver con la neurorehabilitación para promover el bienestar y la salud del enfermo por lo que su papel terapéutico cobra importancia dentro de la medicina, la psicología, fisioterapia y demás áreas afines donde se intervengan grupos clínicos neurológicos para la mejoría de sus funciones motoras, contacto con el medio ambiente, reducción del estrés, ansiedad y sentimientos de soledad sobre todo.

## Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La ATC se extiende a una variedad de patologías debido a su eficacia en la regulación emocional de individuos que para el caso de demencias como el Alzheimer resulta tener repercusiones positivas en el bienestar del adulto mayor principalmente en lo que se refiere a su identidad, autoestima, resiliencia, afectividad y velocidad del deterioro neurológico. Debido a que esta enfermedad puede tardar varios años en afectar la calidad de vida de una persona, la primera etapa es esencial para intervenir profesionalmente al paciente con EA, sobre todo para facilitarle el proceso de pérdida.

Durand (2018) comenta que la Terapia de Aceptación y Compromiso surge desde el conductismo radical del siglo pasado; apareciendo como una alternativa psicoterapéutica al trabajo con pacientes ambulatorios con problemas de índole emocional y donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven. Aunque la ACT y TCC difieren principalmente en términos de sus fundamentos teóricos, comparten muchas similitudes con respecto a la técnica como la aceptación, difusión cognitiva, valores, acción comprometida, etc.

Un creciente interés por comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en poblaciones geriátricas se evidencia dentro de la literatura. ACT forma parte del enfoque cognitivo conductual e integra en la práctica conceptos de Mindfulness. Por ende, esta se basa en el principio de que un comportamiento puede ser ejecutado independientemente de la influencia de distintos factores cognitivos como pensamientos o emociones. El objetivo principal de esta terapia gira en torno a la movilización de las personas hacia comportamientos congruentes con lo que valoran en la vida (Tafur, 2019, p.12).

Las investigaciones enfocadas en la población de tercera edad con EA mediante la implementación de nuevas intervenciones es esencial para mejorar las alternativas de quienes se encuentran en una etapa temprana de esta condición, puesto que podría mejorar sus condiciones de vida a corto y mediano plazo. Según Tafur (2019), la ACT está basada en la Teoría del Marco Relacional propuesta por Hayes (2001), quien defiende que la disolución entre la cognición y el lenguaje se genera cuando en

diferentes eventos que se conectan a través de la experiencia, un sujeto transfiere el significado de un mensaje a la acción como tal. Esto influye en la respuesta comportamental a pesar de que no existe un estímulo físico real.

Una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso se lleva a cabo a través de componentes básicos: Aceptación, difusión cognitiva, atención al momento presente, diferenciación del yo como contexto, valores y compromiso a la acción. La duración estándar de la Terapia de Aceptación y Compromiso es de 12 a 16 sesiones de aproximadamente cincuenta minutos cada una (Pachana y Laidlaw, 2014). Esta busca que los pacientes desarrollen un nivel de apertura suficiente hacia experiencias emocionales y cognitivas que generan sufrimiento o cualquier tipo de emoción aversiva. Este procedimiento resulta útil para contrarrestar la evitación como mecanismo de afrontamiento y permite que disminuya la necesidad de control sobre las propias emociones.

Luoma y Hayes (2017) describen algunas técnicas útiles para intervención TAC por medio de la difusión como proceso mental a través del cual una persona consigue diferenciar entre la realidad y sus pensamientos, algunas de estas técnicas desarrolladas para concebir el lenguaje separado de su significado se describen a continuación:

1. Evitar el lenguaje literal: Repetición y “Llevar a la mente de paseo”
2. Reestructuración del lenguaje
3. Escritura autobiográfica

Para dejar de concebir el lenguaje literalmente, el terapeuta intenta desconectar el vínculo entre el contenido de las palabras y sus respectivos fonemas. Una técnica eficaz para esto es la repetición, donde se le pide al paciente que repita una palabra cualquiera como “leche” una y otra vez en voz alta durante 30 o 60 segundos. Al finalizar el ejercicio, la persona logra escuchar la palabra únicamente en función de cómo suena en lugar de lo que representa en su idioma como tal. Hayes también plantea el ejercicio de “llevar a tu mente de paseo”, donde se le da indicaciones al cliente de autoimponerse una orden (en este caso caminar) mientras sus acciones omiten sus instrucciones y contradicen lo que se hayan dicho a ellos mismos, ya sea detenerse o saltar. Otra de las

técnicas se basa en transformar un pensamiento y darle características concretas en términos de color y tamaño o visualizarlo como una idea que pasa.

Dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso un punto importante de abordaje es el momento presente, es decir, la atención plena o mindfulness, visto como el proceso que ocurre al enfocar los recursos cognitivos con los estímulos del entorno y experiencias físicas o emocionales para tratar de direccionar la conciencia hacia el tiempo presente útil en la práctica psicoterapéutica dirigida a pacientes geriátricos con EA.

Otro componente de la TAC es el nivel de compromiso hacia la acción que se tiene para llevar a cabo acciones congruentes con la dirección establecida de acuerdo a valores personales. El objetivo de llevar a cabo tales actividades es incrementar la flexibilidad de reacciones personales ante experiencias que se desean evitar. Dentro de esta fase se incorporan técnicas de enfoques comportamentales como la exposición y la creación supervisada de un plan de acción. El trabajo del terapeuta entonces recae en generar oportunidades donde el paciente pueda tener nuevas alternativas para responder de forma adaptativa en circunstancias que le producen malestar y así pueda practicar su tolerancia a estímulos internos o externos a medida que se presenten fuera de la sesión (Tafur, 2019, p. 32).

Una de las áreas de intervención más importantes a lo largo de la ACT para la tercera edad es la identificación de valores, teniendo en cuenta el impacto negativo que pueden tener los estereotipos sobre el envejecimiento en el propio self, sobre todo cuando se enfrentan enfermedades crónicas como el Alzheimer, la aceptación a través de mindfulness funciona adecuadamente en este grupo de edad.

### Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)

En base al International Journal of Developmental and Educational Psychology (2017) en el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas relacionadas con la tercera edad, la implementación del Mindfulness ha experimentado un alcance más que significativo durante los últimos años, por los efectos que se vienen evidenciando en la reducción de

aquellos síntomas relacionados con este tipo de patologías. Esta técnica introduce una serie de herramientas que muestran a corto plazo importantes beneficios tanto en el ámbito de la prevención como de la intervención propiamente dicha. En este estudio hacemos una recopilación de los principales hallazgos experimentados en este campo, siempre atendiendo a las dificultades metodológicas que concurren a la hora de buscar evidencia científica suficiente que valide este tipo de intervenciones.

Los componentes del modelo que plantea la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness toman como eje fundamental la atención en una doble vertiente: focalización de la experiencia en el momento justo en el que se produce y vivencia de los acontecimientos mentales en el momento presente. De esta manera se produce un proceso de autorregulación de la atención que será uno de los principales referentes a considerar en este tipo de prácticas, junto a la orientación particular que el individuo hace de estas experiencias, caracterizada por una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Sánchez y Castro, 2016, p. 25).

En el abordaje de las demencias, la implementación de este tipo de terapias se ajusta a distintos tipos de meditación, desde el punto de vista neuropsicológico los resultados tras la aplicación de este método producen la activación de las áreas cerebrales asociadas con la atención y funciones exclusivas (lóbulo frontal, corteza cingulada) en relación con la enfermedad de Alzheimer. La aplicación de Mindfulness en el tratamiento adyuvante para pacientes con demencias, ha sido objeto de importantes investigaciones que apoyan la aplicación de estas técnicas de meditación para ayudar a mejorar la cognición y la memoria en pacientes con enfermedades neurodegenerativas (Newberg et al., 2014, p. 26).

La mejora obtenida en las respuestas conductuales relacionadas con la atención a través de la práctica de Mindfulness contribuyó a probar la hipótesis de que la atención plena podría alterar o mejorar aspectos relacionados con la atención en tres subcomponentes específicos: alerta, orientación y control del conflicto. Las evidencias a través de estudios con Neuroimagen muestran que la práctica de Mindfulness activa la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior y que el ejercicio de esta práctica a largo plazo se asocia con una mejora de las áreas cerebrales relacionadas con la atención (Sánchez y Castro, 2016, p.27).

Durante los últimos años se han ido incrementando aquellos estudios que tratan de demostrar como la práctica del MF produce cambios significativos sobre la estructura cerebral, así como la magnitud de los mismos. La utilización de metodologías a través de neuroimagen morfométrica, son fundamentales a la hora de abordar este tipo de investigaciones. En ellas se constatan evidencias más que significativas que aluden a las diferencias morfológicas observadas en varias áreas de la estructura cerebral (International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2017, p. 27).

La práctica del MF puede tener efectos favorables, amplios y medibles, en la intervención con pacientes que padecen patologías neurocognitivas, con significación en el ámbito de la prevención. Existe evidencia suficiente sobre los efectos positivos de, este tipo de terapias no farmacológicas, en el “cerebro, el cuerpo y el comportamiento” por lo que la comprensión de los mecanismos biológicos que subyacen a estos efectos es de suma importancia tanto científica como de salud pública por lo que la práctica de mindfulness está demostrando ser útil para disminuir la sintomatología en la demencia en general, dicha práctica produce efectos positivos en aspectos especialmente relevantes para el control clínico de la EA como son la actividad cerebral, la salud mental y física y la capacidad cognitiva (Gómez, 2016, p. 5).

Para Quintana, et al. (2015), en el momento de la práctica en Mindfulness para EA, se produce un aumento de la irrigación cerebral en zonas subcorticales y corticales, se modifica la función cerebral en los momentos de estado de reposo, se incrementa la conectividad en la densidad neuronal y las estructuras cerebrales, se produce una activación de aquellas áreas a nivel cerebral que median en la regulación emocional, la consciencia corporal y la atención. La aplicación de mindfulness en enfermedades neurodegenerativas en estadio leve, está demostrando efectos positivos en capacidades cognitivas tales como la memoria, la atención, la capacidad de abstracción, el cálculo, las praxias y la fluidez verbal, entre otras.

## CONSIDERACIONES FINALES

En base a la revisión de diferentes recursos sobre Terapias de Intervención Cognitiva para el tratamiento de los Síntomas Conductuales y Psicológicos en adultos mayores con Alzheimer se obtiene información acerca de los distintos efectos de las terapias cognitivas como soporte al tratamiento habitual a la enfermedad en el entendido de que tales intervenciones pueden mejorar los procesos cognitivos y funcionales de estos pacientes incidiendo en su capacidad de aprendizaje y memoria semántica, evocando recuerdos y ayudándoles a reducir la intensidad de los comportamientos de agitación y ansiedad mejorando con esto su estado de ánimo y permitiéndoles tener un mayor bienestar en el transcurso de su enfermedad.

Por tal razón se puede observar que de acuerdo a diferentes estudios que se han llevado a cabo en esta materia, los resultados obtenidos apuntan a que las psicoterapias cognitivas son un tratamiento no farmacológico fácil de introducir en los cuidados habituales de los pacientes con Alzheimer proporcionándoles efectos beneficiosos en su estado de salud. Por otra parte, los resultados en diversos estudios en estimulación cognitiva la efectividad de estas psicoterapias resulta ser más elevada cuando la intervención de la actividad proactiva tiene un propósito determinado pues permite obtener un beneficio mayor ya que ayuda en parte a reducir los Síntomas Psicológicos Conductuales (SPC) tales como depresión, agitación y apatía, aunque los efectos a largo plazo no quedan del todo claros respecto a la mejoría después de la intervención, motivo por el cual se sugiere dada la duración de la intervenciones, el sexo y grado de avance de la enfermedad, homogeneizar estudios futuros para poder obtener resultados más significativos.

Respecto a la terapia ocupacional se sugiere que el terapeuta forme parte del equipo profesional para las intervenciones contando con una adecuada estructura compuesta por actividades propositivas para los síntomas específicos de los pacientes de EA, en el caso de agitación, apatía y depresión resulta más útil la psicoterapia con animales, la intervención sensorial y la estimulación cognitiva ya que brindan mejores resultados.

En base al hecho de saber que una enfermedad como el Alzheimer es crónica y de efecto neurodegenerativo progresivo que afecta en gran manera la mente y cerebro del

paciente, es importante atender desde un inicio los primeros síntomas con la ayuda de herramientas disponibles para tal fin, el utilizar terapias complementarias como la estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitivos, terapia ocupacional, psicoestimulación con animales de ayuda entrenados para tal cometido, terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitiva basada en Mindfulness y demás técnicas que favorezcan a reducir los efectos adversos presentes en la sintomatología de un trastorno como el Alzheimer sin duda proveen una buena alternativa en el tratamiento de estos pacientes pues favorecerá a un mejor afrontamiento de su condición así como tener una mejor calidad de vida en lo que la enfermedad sigue su avance.

Por lo revisado en este tema, se entiende que el Alzheimer compromete directamente los procesos neuropsicológicos básicos y si el paciente no recibe el tratamiento adecuado se acelera la pérdida de dichos procesos. Esta problemática sin duda es un tema de interés para la Psicología al ser la encargada del estudio del comportamiento humano, los procesos mentales y afecciones de los mismos, por tal razón resulta pertinente el uso de terapias cognitivo conductuales clásicas y también de tercera generación que en su combinación contemplen integralmente aspectos mentales, psicológicos y neurológicos para tratar este trastorno de salud.

Es significativo reconocer que el adecuado tratamiento de las personas con enfermedad de Alzheimer no solo les ayuda a estabilizar su condición también evita que se agrave aún más su estado pues esta enfermedad como bien se sabe termina siendo invalidante por lo mismo ayudar a los pacientes en este caso adultos mayores a tener una mejor condición de vida respecto a los síntomas psicológicos y conductuales, es sin duda una buena manera de apoyarlos.

Debe resaltarse también que el trabajo del psicólogo está dirigido al mejoramiento emocional y/o anímico que realice con sus pacientes, entendiendo la parte emocional como un factor de gran importancia frente a la intervención ya que a partir del bienestar del sujeto se puede hablar de una mejor condición de vida por lo que debe hacerse desde programas de psicoestimulación y neuropsicoestimulación para impedir sobre todo la evolución de la enfermedad reforzando las capacidades cognitivas como son la memoria, el lenguaje, la atención, las funciones ejecutivas, principalmente.



Retomando lo mencionado al inicio de la investigación respecto a la información disponible acerca de las Terapias de Intervención Cognitiva para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos en adultos mayores con Alzheimer se encontraron fuentes suficientes que avalan las diferentes alternativas con las que se cuenta para tratar este trastorno encontrándose como una demencia recurrente en la actualidad y que en efecto está relacionada directamente con la población de edad avanzada y con mayor predominio en el sexo femenino. En base a lo analizado en diferentes fuentes tanto teóricas como prácticas se pudo corroborar la eficacia que tiene la aplicación de las terapias cognitivas en pacientes con EA pues por medio de ellas se puede valorar los efectos en las capacidades funcionales y cognitivas, los síntomas neuropsiquiátricos que presentan durante el transcurso de la enfermedad. Siendo entonces una herramienta útil para tratar este trastorno.

Con el empleo de terapias de intervención cognitiva pueden lograrse resultados más eficaces para los tratamientos de enfermos con Alzheimer y de cierto modo, las TTG, vienen a revolucionar las TC que se venían manejando con éxito en el tratamiento de distintos trastornos, esto es de acuerdo a las investigaciones realizadas que confirman con éxito el tratamiento en diferentes trastornos pues además de contar con el historial médico y familiar del paciente se toma como punto de partida en la terapia, la relación terapeuta paciente intentando que sea más lineal, es decir, que se cree una relación interpersonal más flexible y menos estructurada. Aunque en algunos casos no puede eliminarse por completo el uso de pastillas como parte del tratamiento farmacológico debe ponerse énfasis en la aceptación y compromiso basándose en las habilidades de cada enfermo para lograr con éxito al menos en parte su recuperación, siempre guiado por el terapeuta debidamente entrenado en este tipo de terapias.

Se considera de gran importancia abordar a los adultos mayores que presentan EA tomando en cuenta como punto de partida sus condiciones propias, grado de avance e historial familiar y médica, ya que, mientras más información se tenga mejor podrá llevarse a cabo la intervención, no debe perderse de vista que mientras más pronto se evalúe, diagnostique y trate al enfermo con EA mejor será el tratamiento y sobre todo la manera en como el paciente afronte la situación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, P. y Abreu, J. (2017). La cuarta generación de terapias conductuales. *Rev Brasileira de Terapia Comportamental y Cognitiva*. 3(19). Recuperado de: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1069/538>
- Aguado., M. (2016). El baúl de mi memoria. Proyecto de intervención socioeducativa de estimulación cognitiva para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Universidad de Oviedo. Facultad de Formación del Profesorado y Educación*. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38172/4/TFM.Marta.Aguado.Mart%c3%adnez.pdf>
- Aguilar., M. (2018). Alzheimer: Trastorno de la memoria en el adulto mayor, mal del siglo XXI. *Universidad Técnica de Machala. Unidad Académica de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12671/1/ECUACS-2018-PSC-DE00018.pdf.pdf>
- Albert, M., Martínez, R., Gutiérrez, A., Hakim, D., Pérez, G. (2014). Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia*. 2 (48). Recueprado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v48n3/far16314.pdf>
- Alzheimer Association. (2018). La Enfermedad de Alzheimer. Recuperado de: <https://www.alz.org/espanol/overview-espanol.asp>
- Amorós, M. (2017). Revisión exhaustiva sobre la estimulación cognitiva en ancianos con demencia tipo Alzheimer. *Universidad Miguel Hernández. Departamento de Psicología de Salud*. Recuperado de: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4209/1/Maria%20Bel%C3%A9n%20Amor%C3%B3s%20Fern%C3%A1ndez%20TFG%20FINAL.pdf>
- Cáceres, M. y Marín, M. (2019). Efectividad de la terapia ocupacional en el deterioro cognitivo del adulto mayor con Alzheimer. *Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud*. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3288/TRABAJO%20ACAD%38MICO%20C%a1ceres%20Maribel%20-%20Mar%c3%adn%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Camacho, G., Merchán, I. (2019). Caracterización de un modelo interventivo integral en pacientes con Alzheimer: una mirada desde la salud psico-mental y neurológica. *Universidad de San Buena Vista. Colombia*. Recuperado de: [http://45.5.172.45/bitstream/10819/6770/1/Modelo\\_Interventivo\\_Alzheimer\\_Camacho\\_2019.pdf](http://45.5.172.45/bitstream/10819/6770/1/Modelo_Interventivo_Alzheimer_Camacho_2019.pdf)

- Custodio, N., Montesinos, R. y Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista Neuropsiquiatría*. 81(4). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>
- Díaz, M., Ruíz, M. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivas conductuales. Biblioteca de Psicología. UNED. Recuperado de: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Fernández, S. y García, A. (2019). Adaptaciones del entorno y de las actividades de la vida diaria en enfermos con Alzheimer desde terapia ocupacional. *Colegio Oficial de Terapia Ocupacional de Galicia*. 30 (16). Recuperado de: <http://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/45/35>
- Ferrufino, M., Rodríguez, C. (2017). Beneficios de la terapia ocupacional, en pacientes que asisten a la asociación de Alzheimer, San Miguel en el año 2017. Universidad de El Salvador. Fisioterapia y Terapia ocupacional. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17111/1/50108403.pdf>
- Garí., M. (2019). Efectividad de la aplicación de psicoterapias cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Recuperado de: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149802/Gari\\_Barcelo\\_Margarida.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149802/Gari_Barcelo_Margarida.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev. Neurol* 66(11). Recueprado de: <http://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>
- González, P. (2017). Evaluación e intervención cognitiva un caso de enfermedad de Alzheimer. Universidad de Almería. Recueprado de: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6686/14561\\_Paula%20Gonzalez%20Santana.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6686/14561_Paula%20Gonzalez%20Santana.pdf?sequence=1)
- Hernández, C. y López, S. (2016). Alzheimer. Guía práctica para conocer, comprender y convivir con la enfermedad. Ed Nobel. España. Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=lang\\_es&id=gzX2CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&dq=Alzheimer&ots=D7BkDSFfzx&sig=0GBdwl6BbWAAAtUHK9i3OxxMPVM&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Alzheimer&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=lang_es&id=gzX2CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&dq=Alzheimer&ots=D7BkDSFfzx&sig=0GBdwl6BbWAAAtUHK9i3OxxMPVM&redir_esc=y#v=onepage&q=Alzheimer&f=false)
- Herrero, M. (2017). Terapias no farmacológicas contra el Alzheimer. Ed Punto Rojo. Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=lang\\_es&id=Zba2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=P6&dq=Alzheimer+terapias+cognitivas&ots=V495spTpsD&sig=bEe3C0jxl4e0\\_ixbUBntlyxN1DA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Alzheimer%20terapias%20cognitivas&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=lang_es&id=Zba2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=P6&dq=Alzheimer+terapias+cognitivas&ots=V495spTpsD&sig=bEe3C0jxl4e0_ixbUBntlyxN1DA&redir_esc=y#v=onepage&q=Alzheimer%20terapias%20cognitivas&f=false)
- Instituto Nacional de Estadística (2016). México. Estadísticas 2016. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/303/datafile/F5/V128>
- International Journal of Developmental and Educational Psychology (2017). Mindfulness y Rehabilitación Neurocognitiva. *Rev en Psicología INFAD*. No. 1. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/13149/MindfulnessRehabilitacionNeurocognitiva.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Jiménez, R., Poot, A., Sarro, A. y Murillo, E. (2016). ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? *Revista Ciencia*. Recuperado de: [http://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/67\\_2/PDF/Alzheimer.pdf](http://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/67_2/PDF/Alzheimer.pdf)
- López-Ibor, J. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Recuperado de: [https://books.google.es/books?id=m6Wdcfn80DwC&pg=PP5&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=m6Wdcfn80DwC&pg=PP5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false)
- Luoma, J., Hayes, S. y Walser, R. (2017). Learning ACT. Oakland: New Harbinger Publications.

- Mariscal, J. (2018). Diseño de un programa de psicoestimulación integral asistida por perros en personas mayores con Alzheimer. Universidad Internacional de Andalucía. Recuperado de: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/8047/1/TFM\\_MIAA\\_Lopez\\_Mariscal\\_Jesus.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/8047/1/TFM_MIAA_Lopez_Mariscal_Jesus.pdf)
- Martín, V. (2018). Terapias de Estimulación Cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer. Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14128/MartinHernandoV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moyano, L. (2016). Terapia asistida con animales en personas con Alzheimer. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernart. Barcelona, España. Recuperado de: <http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/392/Terapia%20asistida%20con%20animales%20en%20personas%20con%20Alzheimer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz, B. (2017). Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Asturiana de Terapia Ocupacional* 12(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562812>
- Muñoz, J. y Alix, C. (2011). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En J. Muñoz, *Psicología del Envejecimiento*, pp. 19-28. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., & Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2). Recuperado de: <https://content.iospress.com/download/journal-of-alzheimers-disease/jad142766?id=journal-of-alzheimers-disease%2Fjad142766>
- OMS (2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de demencia: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pachana, N, y Laidlaw, K. (2014). *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology*. UK: Oxford University Press. Recueprado de: [http://www.nardisteverink.nl/wp-content/uploads/2018/06/2014\\_Steeverink\\_Chapter\\_Successful\\_aging\\_Oxford-handbook\\_in-press.pdf](http://www.nardisteverink.nl/wp-content/uploads/2018/06/2014_Steeverink_Chapter_Successful_aging_Oxford-handbook_in-press.pdf)
- Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las Demencias. *Escritos de Psicología*. 3(6). Universidad de Málaga, España. Recueprado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271030534001>
- Quintana, D.J., Miró, M.T., Ibáñez, I., Santana, A., García, J.R. & Rojas, J. (2015). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(4). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14002571>
- Robles, N. (2016). El perro de terapia como instrumento complementario en el habla espontánea de pacientes con Alzheimer en su segunda etapa. Universidad de Turabo.

Escuela de Ciencias de la Salud. Recueprado de:  
<https://gurabo.uagm.edu/sites/default/files/uploads/Health-Sciences/Thesis/2016/Nereida-Robles-PHL-2016.pdf>

- Rodríguez, A. (2018). Terapia ocupacional con muñecos en enfermedades de tipo neurodegenerativo: Alzheimer. Universidad de Sevilla. Recuperado de: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80784/WAOTFG\\_186.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80784/WAOTFG_186.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodrigues, Ch., Castro, F., Cruz Roja Española. (2014). Los cambios de personalidad en la enfermedad de Alzheimer. *International Journal or Developmental and Educational Psychology*. 1(5). Asociación Nacional de Psicología Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851788019>
- Sánchez, A y Castro, F. (2016). “mindfulness”revisión sobre su estado de arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 21. Recuperado de: [file:///C:/Users/Home/Downloads/MINDFULNESS\\_REVISION\\_SOBRE\\_SU\\_ESTADO\\_DE\\_ART\\_E.pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/MINDFULNESS_REVISION_SOBRE_SU_ESTADO_DE_ART_E.pdf)
- Sánchez, M. (2017). Elaboración y aplicación de un taller de estimulación cognitiva en una paciente diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer. Universidad de Almería. Facultad de Psicología. Recuperado de: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6694/14866\\_S%C3%A1nchez%20Alonso,%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6694/14866_S%C3%A1nchez%20Alonso,%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9.pdf?sequence=1)
- Society for Nueroscience (sf). Brains Facts. Apuntes sobre el cerebro y el sistema nervioso. *Universidad Veracruzana*. Programa de Neurobiología.
- Velásquez, P. (2017). Beneficios del uso del Libro sensorial basado en el método Montessori en Terapia Ocupacional para el mantenimiento de la memoria a largo plazo en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en etapa leve-moderado en la Fundación Geovasanic. Universidad Central del Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12951/1/T-UCE-0020-015-2017.pdf>
- Ventura, C. (2015). Terapias de tercera generación: el modelo de la terapia de adaptación y compromiso. Recuperado de: <https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/12/Expo-terapia-de-tercera-genracion-carlos-ventura.pdf>