



# 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 Clínica**

**BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVA  
EN PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

**Reporte de Investigación Teórica**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

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

**Cinthya Berenice Muciño Nuñez**

**Director:** Mtra. Jenifer Pamela Salgado Magallanes

**Vocal:** Mtro. Eben-Ezer Oviedo Rodríguez

Dra. Julieta Moreno Villagómez

Mtra. Brenda Elena Naffate Ballesteros

Mtro. José Manuel Rizo Diego



Los Reyes Iztacala Tlalneptla, Estado de México, 29 de Enero de 2021.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.....	4
-------------------	---

## Capítulo I

### Características de las Demencias

1.- Definición de Demencia.....	9
1.1- Datos Estadísticos.....	10
1.2.- Clasificación de demencias del DSM-IV.....	11
1.2.1.- Demencias Corticales.....	11
1.2.2.- Demencias Subcorticales.....	14
1.2.3.- Demencias Vasculares.....	15
1.2.4.- Demencias Secundarias.....	16
1.3.- Evaluación.....	17
1.4.- Criterios Diagnósticos de Demencia del DSM-V.....	20

## Capítulo II

### Demencia Tipo Alzheimer

2.- Definición de Alzhéimer.....	22
2.1.- Tipos de Alzhéimer.....	23
2.2.- Causas neurofisiológicas de la demencia tipo Alzheimer.....	24
2.3.- Signos y síntomas conductuales y psicológicos de la demencia tipo Alzheimer.....	26
2.4.- Prevención.....	31

### **Capítulo III**

#### **Tipos de Intervención Psicológica en el Alzheimer**

3.- Intervención Cognitiva en la Demencia tipo Alzheimer.....	33
3.1.- Tipos de Intervención Cognitiva.....	33

### **Capítulo IV**

#### **Estudios Realizados en el Tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer**

4.- Estudios Realizados en el Tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer.....	40
5.- Discusión.....	45
6.- Referencias.....	49

## Introducción

El trabajo presentado aborda lo relacionado con la intervención cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer mediante la revisión de diversos estudios que se han realizado para su tratamiento.

El interés de este trabajo viene dado debido a que en la actualidad ha aumentado el número de personas que presentan esta enfermedad y a que como lo indicó la Secretaría de Salud (2017) se prevé que para el año 2050, el grupo poblacional correspondiente a la tercera edad (de 65 años o más) aumentará desde casi un 5% al 21% en el período comprendido entre 2007 y 2050. De este modo, el incremento en la población de personas adultas mayores irá en aumento con la utilización de los servicios de salud destinados a la atención de enfermedades propias del envejecimiento como las demencias (p.13).

Así mismo, este trabajo sirvió para dar a conocer las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer, así como los estudios que se han realizado para su tratamiento, mediante los cuales se pudo determinar cuáles han dado resultados más favorables en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer, y que pueden servir para ralentizar su aparición.

También se habló respecto a la definición, clasificación, evaluación, etc., de la demencia, así como de la demencia tipo Alzheimer.

Por lo cual se consideró necesario hacer mención a que es la demencia y que es el Alzheimer.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2018), define la demencia como la pérdida de la función cognitiva (es decir, la pérdida de la capacidad para pensar, recordar o razonar), a tal punto que interfiere con la vida y las actividades diarias. Estas funciones incluyen la memoria, las habilidades lingüísticas, la percepción visual, la resolución de problemas, la autogestión y la capacidad de enfocarse y prestar atención (p.1).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), la demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

Respecto a la definición de Alzheimer, la Alzheimer's Association (2016), la define como una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento (p.1).

## **Justificación**

Los motivos por los cuales se realizó esta investigación se deben principalmente a que el Alzheimer ocasiona un deterioro cognitivo irreversible, la persona que lo padece va perdiendo gradualmente la memoria, comenzando por la memoria a corto plazo, van perdiendo también sus funciones motoras y los cambios en su estado de ánimo cada vez afectan más sus relaciones tanto familiares como laborales y sociales.

Todo lo anterior, ocasiona que la persona con Alzheimer sea aislada, aunado a esto, esta demencia es una de las principales causas de muerte en México. Se prevé que para el año 2050, la proporción de los menores de 15 años en la población total disminuirá de 30.0% a 17.4% por el contrario, el grupo poblacional correspondiente a la tercera edad (de 65 años o más) aumentará desde casi un 5% al 21% en el período comprendido entre 2007 y 2050, según las estimaciones de hace una década. De este modo, el incremento en la población de personas adultas mayores irá en aumento con la utilización de los servicios de salud destinados a la atención de enfermedades propias del envejecimiento como las demencias (Secretaría de Salud, 2017, p.13).

Lo anterior significa que, en un futuro cercano, la mayor parte de la población mexicana puede llegar a padecer este tipo de demencia, ya que es la más común en personas de la tercera edad.

Debido a estos datos estadísticos, es necesario investigar si las intervenciones cognitivas que se han realizado en los últimos diez años han logrado obtener resultados en el

tratamiento de personas con demencia tipo Alzheimer, que hayan ayudado a retardar el desarrollo de esta enfermedad.

De igual manera es imprescindible saber qué tipos de intervención cognitiva se han utilizado con mayor frecuencia en el tratamiento de personas con esta enfermedad, lo cual servirá como base para en un futuro poder realizar una propuesta de prevención primaria que ayude a reducir el riesgo de padecer algún tipo de demencia y la correcta intervención de quienes ya padecen esta enfermedad.

Con la revisión de estos puntos, se beneficiaría principalmente a personas mayores de 50 años, ya que la propuesta de prevención se enfocaría en este sector de la población, a quienes se les brindaría información relevante relacionada con la demencia tipo Alzheimer y la forma en que podrían ralentizar la aparición de esta enfermedad.

Por otro lado, la información presentada puede apoyar a los profesionales que intervienen en todo el proceso terapéutico con estos pacientes, de tal manera que sea una guía de las propuestas de tratamiento que se han realizado con esta población.

A partir de la revisión de diversas fuentes de información, se hace necesario formular las siguientes preguntas: **¿De las investigaciones revisadas, se puede decir que la intervención cognitiva, ha dado resultados favorables en el tratamiento de pacientes con Alzheimer en etapa leve a moderada? y ¿este tipo de intervenciones son viables para prevenir este tipo de demencia?**



## **Objetivo General**

Investigar los resultados de la intervención cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer, para saber si ha dado resultados favorables en el tratamiento de pacientes con esta demencia en etapa leve a moderada.

## **Objetivos Específicos**

- Analizar los resultados generales de investigaciones en terapia cognitiva que se hayan llevado a cabo entre los años 2010 y 2020.
- Revisar las técnicas de intervención cognitiva utilizadas para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en etapa leve a moderada.
- Definir que técnicas de intervención cognitiva son las más utilizadas en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer leve a moderada y que hayan logrado retardar la demencia tipo Alzheimer en etapa leve a moderada.

# CAPÍTULO I

## CARACTERÍSTICAS DE LAS DEMENCIAS

### 1. Definición de Demencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2020), la demencia es un síndrome, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva y que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

El Instituto Nacional de Cáncer la define como una afección por la cual una persona pierde la capacidad de pensar, recordar, aprender, tomar decisiones y resolver problemas (p.1).

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-5), define la demencia como un síndrome que incluye la pérdida de funciones cognitivas con compromiso de la funcionalidad, es decir, pérdida de las actividades de la vida diaria para el funcionamiento laboral, social y familiar, sin mencionar los síntomas psicológicos y conductuales, que en algunos casos pueden ser las primeras manifestaciones, cuya frecuencia se incrementa conforme evoluciona en severidad el síndrome de demencia (Custodio, Montesinos, y Alarcón, 2018, p. 237).

Con todas estas definiciones se puede observar que la demencia es un síndrome que ocasiona la pérdida paulatina de las funciones cognitivas, como lo son la memoria, la orientación, el lenguaje, el cálculo, etc., lo que desencadena en problemas familiares, sociales y laborales, en la vida de la persona que la padece y en algunas ocasiones en la de sus familiares.

### **1.1. Datos Estadísticos**

El primer estudio nacional sobre prevalencia del deterioro cognoscitivo y los factores asociados en adultos mayores se efectuó a partir de los datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en el año 2001. En aquel entonces, un 7% de la población mexicana presentaba deterioro cognoscitivo menor y 3.3% deterioro cognoscitivo mayor, con dependencia funcional (Reyna, et. al., 5 y 6 de Septiembre de 2014, p. 13).

La OMS informó que durante el 2016 se registraron alrededor de 56.4 millones de defunciones a nivel mundial, de las cuales, cerca de 54 por ciento fueron atribuidas a 10 padecimientos, de entre los cuales el Alzheimer se encuentra entre los cinco primeros (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por otra parte, la Academia Nacional de Medicina de México, estima que entre 2015 y 2030, se prevé que haya un incremento de 56% en las personas de 60 años o más a nivel mundial, pasando de 901 millones a mil 400 millones; y para 2050 se espera que la

población se duplique, llegando a casi 2 mil 100 millones (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2014-2016.).

Así mismo, el Informe mundial sobre el Alzheimer 2018, respecto al efecto mundial de la demencia, advierte que cada 3 segundos habrá un nuevo caso de demencia en todo el mundo. El informe destacó que 50 millones de personas en todo el mundo viven con alguna demencia desde el 2018 y se estima que para el 2050 haya cerca de 152 millones de casos (Alzheimer's Disease International, 2018). Así mismo, es importante mencionar que existe una clasificación específica para este síndrome la cual se revisará a continuación.

## **1.2. Clasificación de Demencias del DSM-IV**

Respecto a la Clasificación de demencias, Gil y Martín (s.f) mencionan las siguientes:

### **1.2.1. Demencias Corticales**

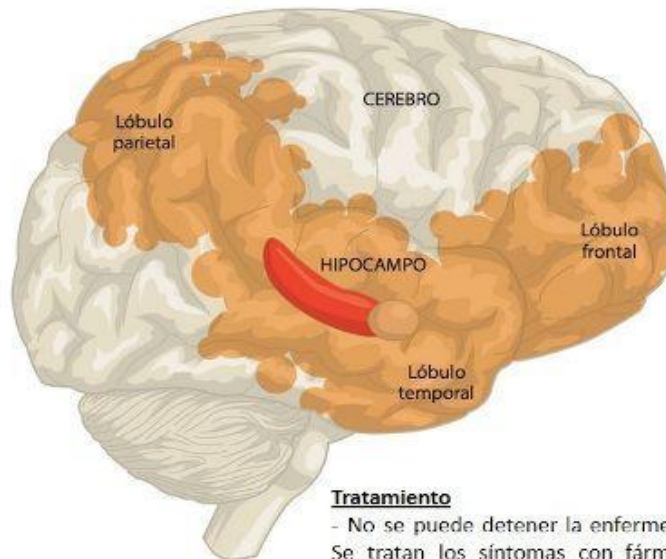
**a) Enfermedad de Alzheimer (EA).** Es una enfermedad degenerativa primaria de origen desconocido, caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que conlleva la repercusión consecuente en la actividad laboral o social. En la Figura 1, se pueden observar las partes del cerebro que son afectadas por esta enfermedad, así como los síntomas y el tratamiento.

**Figura 1.**

*Esquema que muestra algunas características de la Enfermedad de Alzheimer*

### Enfermedad de Alzheimer

- Es la causa más frecuente de demencia



#### Tratamiento

- No se puede detener la enfermedad. Se tratan los síntomas con fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa.
- Estimulación cognitiva y unidades de recuperación funcional.

#### Síntomas

##### ● Inicio

- Comienza en el hipocampo, por lo que afecta especialmente a la memoria.



##### ● Fases avanzadas

- Se extiende a regiones temporales y parietales, apareciendo alteraciones en el lenguaje, desorientación y dificultades para razonar.



- También se extiende a regiones frontales generando cambios de conducta

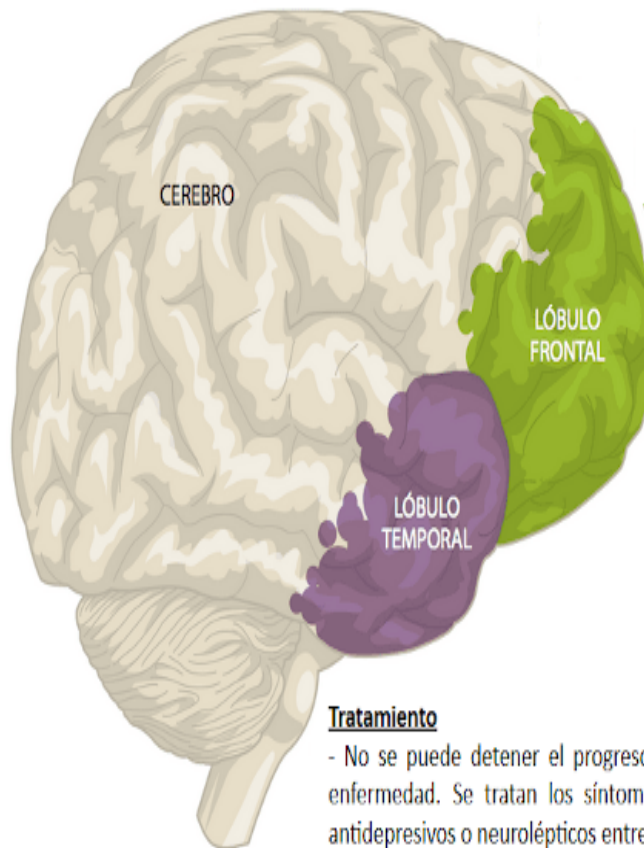


*Nota.* Adaptado de *Enfermedad de Alzheimer*, por Clínica Josefina Arregui, 2019, <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/enfermedad-de-alzheimer/>. Copyright [2019] por Clínica Josefina Arregui.

**b) Demencias Frontotemporales.** Se caracteriza por el declive de las funciones superiores de inicio insidioso y progresión lenta, acompañada de alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y lenguaje desproporcionado en relación con el defecto de memoria. En la Figura 2, se pueden observar las partes del cerebro que son afectadas por esta enfermedad, así como los síntomas y el tratamiento.

**Figura 2.***Demencia fronto-temporal***Demencia fronto-temporal**

- Afecta predominantemente al lenguaje o la conducta dependiendo de la región afectada

**Síntomas**● **Daño lóbulo frontal:**

- Aparecen alteraciones de conducta y cambios de personalidad. También desinhibición, apatía y obsesiones.

● **Daño lóbulo temporal:**

- Aparecen alteraciones predominantemente en el lenguaje: dificultad para encontrar palabras, frases incorrectas etc.

**Tratamiento**

- No se puede detener el progreso de la enfermedad. Se tratan los síntomas con antidepresivos o neurolépticos entre otros.  
- Terapia del lenguaje, logopedia y técnicas de modificación conductual.

*Nota.* Adaptado de *Demencia fronto-temporal*, por Clínica Josefina Arregui, 2019, <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-fronto-temporal/>.

Copyright [2019] por Clínica Josefina Arregui.

**1.2.2. Demencias Subcorticales.** La demencia subcortical se ha aplicado a las alteraciones cognitivas que aparecen en los pacientes con la enfermedad de Huntington, con parálisis supranuclear progresiva o con enfermedad de Parkinson. Es habitual encontrar alteración de la marcha, rigidez, bradicinesia, movimientos anormales o afectación de las vías largas.

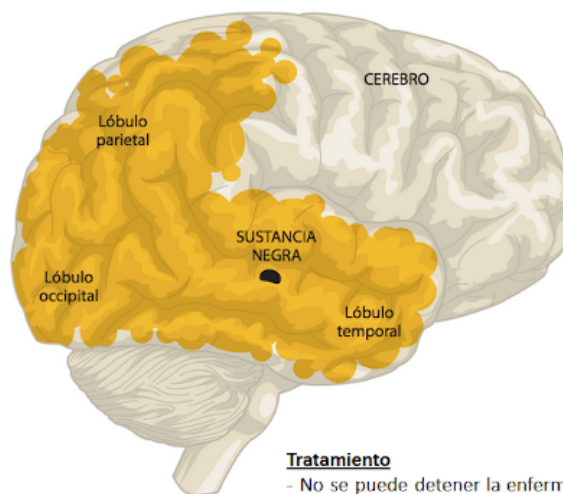
**a) La Demencia con Cuerpos de Lewy.** Según McKeith, se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo asociado a cognición y alerta fluctuante, alucinaciones visuales (alucinaciones no visuales o delirios sistematizados) y parkinsonismo, con mayor frecuencia de episodios de pérdida transitoria de conciencia y síncope, y tendencia a caídas repetidas. En la Figura 3, se pueden observar las partes del cerebro que son afectadas por esta enfermedad, así como los síntomas y el tratamiento.

### Figura 3.

#### Demencia con Cuerpos de Lewy

##### Demencia con cuerpos de Lewy

- Se caracteriza por deterioro cognitivo, alteraciones visuales y trastornos del movimiento.



##### Tratamiento

- No se puede detener la enfermedad. Los inhibidores de acetilcolinesterasa y los fármacos dopaminérgicos pueden mejorar algunos síntomas.

##### Síntomas

###### ● Daño sustancia negra y ganglios basales:

- Rigidez, lentitud de movimientos, temblor y alteración de la marcha



###### ● Otras regiones afectadas:

- Alteración de la capacidad visoespacial, fallos de memoria, alucinaciones visuales y fluctuaciones cognitivas.



*Nota.* Adaptado de *Demencia con cuerpos de Lewy*, por Clínica Josefina Arregui, 2019, <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-por-cuerpos-de-lewy/>. Copyright [2019] por Clínica Josefina Arregui.

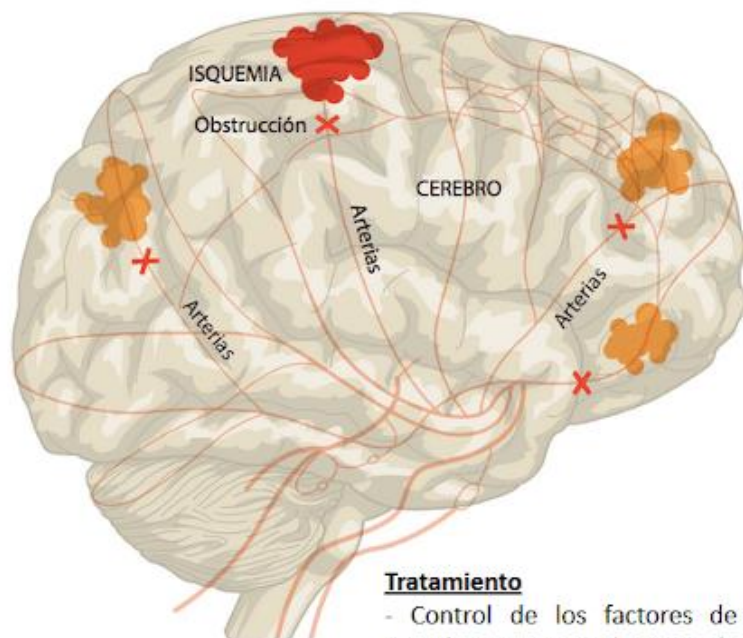
**1.2.3. Demencias Vasculares.** Se define como toda demencia secundaria a la muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Presenta mayor incidencia en varones, pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía y diabetes. En la Figura 4, se pueden observar las partes del cerebro que son afectadas por esta enfermedad, así como los síntomas y el tratamiento.

#### Figura 4.

##### *Demencia Vascular*

### Demencia vascular

- La acumulación de lesiones vasculares por obstrucción de arterias y/o sangrados, produce un deterioro cognitivo progresivo.



#### Tratamiento

- Control de los factores de riesgo vascular para prevenir nuevas lesiones.
- Anticoagulantes y/o antiagregantes.
- Estimulación cognitiva y física.

#### Síntomas

- Las primeras lesiones pueden pasar desapercibidas dependiendo de su tamaño y localización.
- Los síntomas dependerán de la región afectada: disminución de velocidad de procesamiento mental, dificultad para tomar decisiones, falta de atención, alteración de la marcha etc.



*Nota.* Adaptado de *Demencia Vascular*, por Clínica Josefina Arregui, 2019, <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-vascular/>. Copyright [2019] por Clínica Josefina Arregui.



**1.2.4. Demencias Secundarias.** Se trata de un conjunto de procesos que pueden producir deterioro cognitivo. En el paciente anciano hay que destacar cualquier enfermedad del sistema nervioso central (infecciones, tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia a presión normal), sistémicos o metabólicos (enfermedades tiroideas, déficit vitamínico B12, etc.) y polifarmacia. En la Figura 5, se pueden observar algunas de las causas de demencia secundaria.

**a) Demencia Asociada al VIH.** - La demencia asociada al VIH es un deterioro cognitivo crónico debido a una infección encefálica por el VIH (pp.174-179).

**Figura 5.**

*Algunas causas de demencia secundaria*



*Nota.* Adaptado de *Demencias: algunas enfermedades que pueden desencadenarlas*, por O'Farril, J. C., 2017, <https://infotiti.com/2016/03/demencias/>. Copyright [2019], por TiTi.

Hasta aquí se han descrito los diferentes tipos de demencia más importantes, entre los cuales la enfermedad de Alzheimer es la de mayor incidencia en la actualidad. A continuación, se revisarán los criterios diagnósticos de demencia y la forma de diagnosticarla.

### **1.3. Evaluación**

Según lo menciona el Servicio Navarro de salud-Osasunbidea. (2008), en la Guía de actuación en la coordinación. Atención primaria. Neurología, el diagnóstico de demencia se basa en los siguientes puntos clave:

#### **a) La historia clínica del deterioro cognitivo**

Debe incluir los siguientes puntos:

- Antecedentes familiares de demencia (padres, hermanos, hijos).
- Antecedentes personales.
- Fármacos que está tomando actualmente.
- Forma de inicio y evolución de cada uno de los síntomas (alteración de memoria, lenguaje, orientación, praxis, cálculo, abstracción, depresión, alucinaciones, agitación, insomnio, incontinencia urinaria, crisis).
- Exploración física y neurológica básica.

**b) Entrevista con una persona informadora**

Debe realizarse, siempre para confirmar la existencia de cambios en las funciones cognitivas. En muchos casos es la única fuente de información y permite valorar la repercusión en las actividades de la vida diaria.

**c) Test cognitivos**

Los test cognitivos permiten evaluar las diferentes funciones cognitivas de un paciente, teniendo en cuenta los valores normalizados para la población de su misma edad y el nivel de escolaridad.

**Mini Mental (MMSE).** Este test es uno de los más utilizados e incluye subtest de orientación, cálculo, memoria, praxis y lenguaje. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico no lo da únicamente la puntuación de la prueba. En todos los casos debe valorarse la actitud y colaboración del paciente y todos los factores que pueden modificar los resultados (capacidad visual y auditiva, nivel de atención y distractibilidad, etc.).

**Test de Aprendizaje de Palabras de CERAD (Consorcio para el Establecimiento de un Registro para la Enfermedad de Alzheimer)** que permite evaluar ante un determinado paciente la capacidad de aprendizaje, recuerdo inmediato y recuerdo diferido. Se mide también la capacidad de reconocimiento de los ítems aprendidos.

Se recomienda utilizar la prueba de memoria de CERAD en los sujetos con quejas de memoria que obtienen puntuaciones normales o dudosas en el Mini Mental (Grado C u Opción).

#### d) Baterías Neuropsicológicas

La evaluación neuropsicológica detallada se realiza mediante baterías de test más o menos extensas que permiten reconocer las alteraciones en las diferentes esferas neuropsicológicas y caracterizar los distintos tipos de demencia (pp.21-24). En la Tabla 1 se presentan las pruebas neuropsicológicas utilizadas según la función a evaluar en la enfermedad de Alzheimer (Lanfranco et. al., 2012, p. 1196).

**TABLA 1.** Pruebas neuropsicológicas según la función evaluada EA.

<b>Funciones cognitivas</b>	<b>Pruebas Neuropsicológicas</b>
Funciones ejecutivas y atención-concentración	Test de Stroop Torre de Londres Wisconsin Card Sorting Test Trail Making Test
Memoria episódica verbal	Rey Auditory Verbal Learning Test Wechsler Memory Scale III (WMS) California Verbal Learning Test II
Memoria episódica visual	Figura Compleja de Rey-Osterrieth Benton Visual Retention Test

Memoria de trabajo	Subtest de Dígitos (WAIS)
Lenguaje	Boston Naming Test (Nominación) Token Test (Comprensión y percepción) Test de Fluencia Verbal
Habilidades visuoespaciales	Figura Compleja de Rey-Osterrieth Test de Bender BIP Subtest de Cubos (WAIS) Subtest de Rompecabezas (WAIS)
Razonamiento lógico y abstracción	Subtest de Comprensión (WAIS) Subtest de Semejanzas (WAIS)

Nota. Lanfranco, Manríquez, Avello y Canales, 2012, p.1196. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n9/art14.pdf>

#### 1.4. Criterios Diagnósticos de Demencia del DSM V

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM 5 (2018), un diagnóstico general de demencia requiere lo siguiente:

- 1) Deterioro de la memoria a corto plazo (5 minutos) y largo plazo (hechos, fechas, personas conocidas en el pasado).
- 2) Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - **Afasia:** alteración del lenguaje (comprender, denominar, etc.).

- **Apraxia:** deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta.
- **Agnosia:** fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta.
- **Alteración de las capacidades constructivas y función ejecutiva** (por ejemplo, planificar, organizar, secuenciar y abstraer).

3) Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales.

4) Debe suponer un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo más elevado.

5) Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium, aunque este puede superponerse a la demencia.

6) Etiológicamente relacionada con una causa orgánica o a los efectos persistentes de una sustancia incluyendo exposición a tóxicos o a una combinación de ambos.

La correcta evaluación permitirá realizar un diagnóstico apropiado de la demencia, dicho diagnóstico inicia desde la entrevista que se lleva a cabo. Por ello, en este capítulo se pudieron conocer los criterios diagnósticos de demencia según lo que establece el DSM y las pruebas más utilizadas para realizarlo, sin olvidar factores como la edad y el nivel educativo del paciente. A continuación, se hablará acerca de la enfermedad de Alzheimer la cual es uno de los tipos de demencia más frecuente en la actualidad.

## **CAPITULO II**

### **DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

#### **2. Definición de Alzheimer**

Según la Alzheimer's Association (2016), la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. El Alzheimer empeora con el tiempo, es decir es degenerativo. El primer problema que muchas personas refieren es el olvido lo suficientemente grave como para afectar su capacidad para funcionar en el hogar o en el trabajo, o para disfrutar de pasatiempos permanentes. La enfermedad puede causar que una persona se confunda, se pierda en lugares conocidos, extravíe las cosas o tenga problemas con el lenguaje (p.1).

La Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (s.f), define el Alzheimer como un proceso degenerativo, progresivo, irreversible y, hasta el momento, incurable, que ataca las partes del cerebro que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje (p.1).

Por otra parte, Fernández (s.f), define el Alzheimer como una enfermedad neurológica, degenerativa e irreversible que en su progresión va a provocar demencia (161).

## 2.1. Tipos de Alzheimer

La fundación Pasqual Maragall (2019), menciona que existen dos principales tipos de Alzheimer:

**Alzheimer familiar:** El cual suele tener un inicio precoz y los síntomas aparecen frecuentemente antes de los 60 años, pudiendo incluso manifestarse en la década de los 40 años. El patrón familiar se caracteriza básicamente por, al menos, tres casos en dos o más generaciones consecutivas y todos diagnosticados antes de los 60 años.

Cuando el Alzheimer esta genéticamente determinado, la persona afectada es portadora de una mutación genética que, en la mayoría de los casos, provocará la aparición de la enfermedad en una edad precoz.

**Alzheimer esporádico:** Suele aparecer a partir de los 65 años. Actualmente se desconoce el origen de esta forma de la enfermedad de alzhéimer, aunque se cree que no existe una única causa sino una combinación compleja de distintos factores de riesgo, algunos modificables, como aquello relacionado con los hábitos de vida y el control de la salud cardiovascular, y otros no modificables, como la edad o la genética que, en mayor o menor medida, pueden estar implicados en el desarrollo de la enfermedad (p1).



## 2.2. Causas Neurofisiológicas de la Demencia tipo Alzheimer

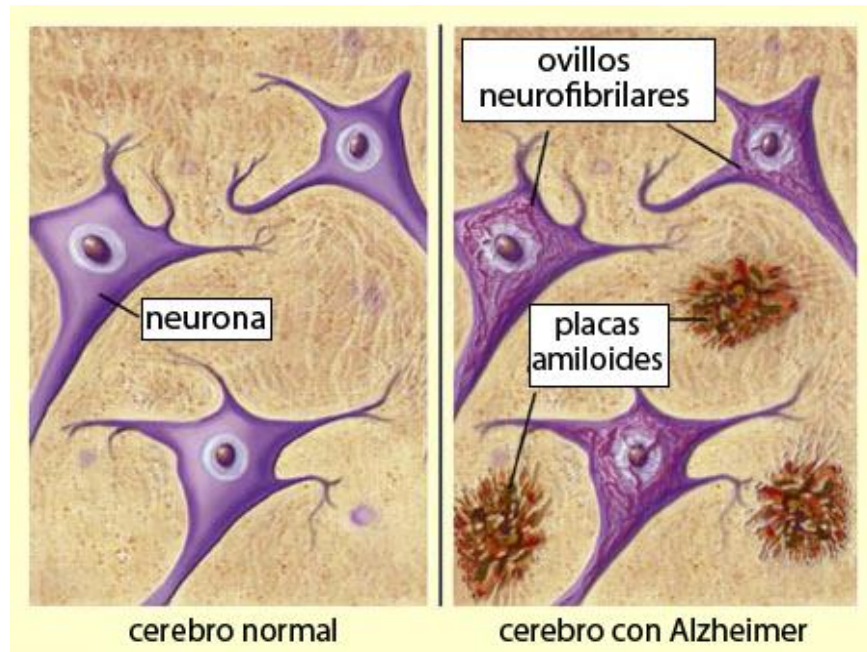
Las placas seniles y los ovillos neurofibrilares son los dos marcadores histopatológicos característicos de la enfermedad de Alzheimer. Por un lado, las placas seniles están compuestas por agregados insolubles de una proteína llamada beta-amiloide y por otro lado los ovillos neurofibrilares están compuestos por agregados de la proteína tau.

Las placas seniles se acumulan entre las neuronas mientras que los ovillos principalmente se encuentran de manera intracelular, ambos interrumpen la actividad de los neurotransmisores, ocasionando la muerte de neuronas (apoptosis) y la pérdida de tejido en todo el cerebro. Con el tiempo, el cerebro se encoge sufriendo atrofia cortical, dañando las áreas encargadas de recordar, pensar y planear. Esta atrofia es más severa en el hipocampo, (área de la corteza que juega un papel clave en la formación de nuevos recuerdos) y ocasiona que los ventrículos, (espacios llenos de líquido dentro del cerebro) se hagan más grandes (Alzheimer's Association, 2020, p. 1).

En la Figura 6, del lado izquierdo se puede observar una neurona en condiciones normales, y del lado derecho una neurona con Alzheimer, en la cual vamos a encontrar estos dos marcadores histopatológicos. (Sinapsis MX, 2018).

## Figura 6

*Ovillos neurofibrilares y placas amiloides*

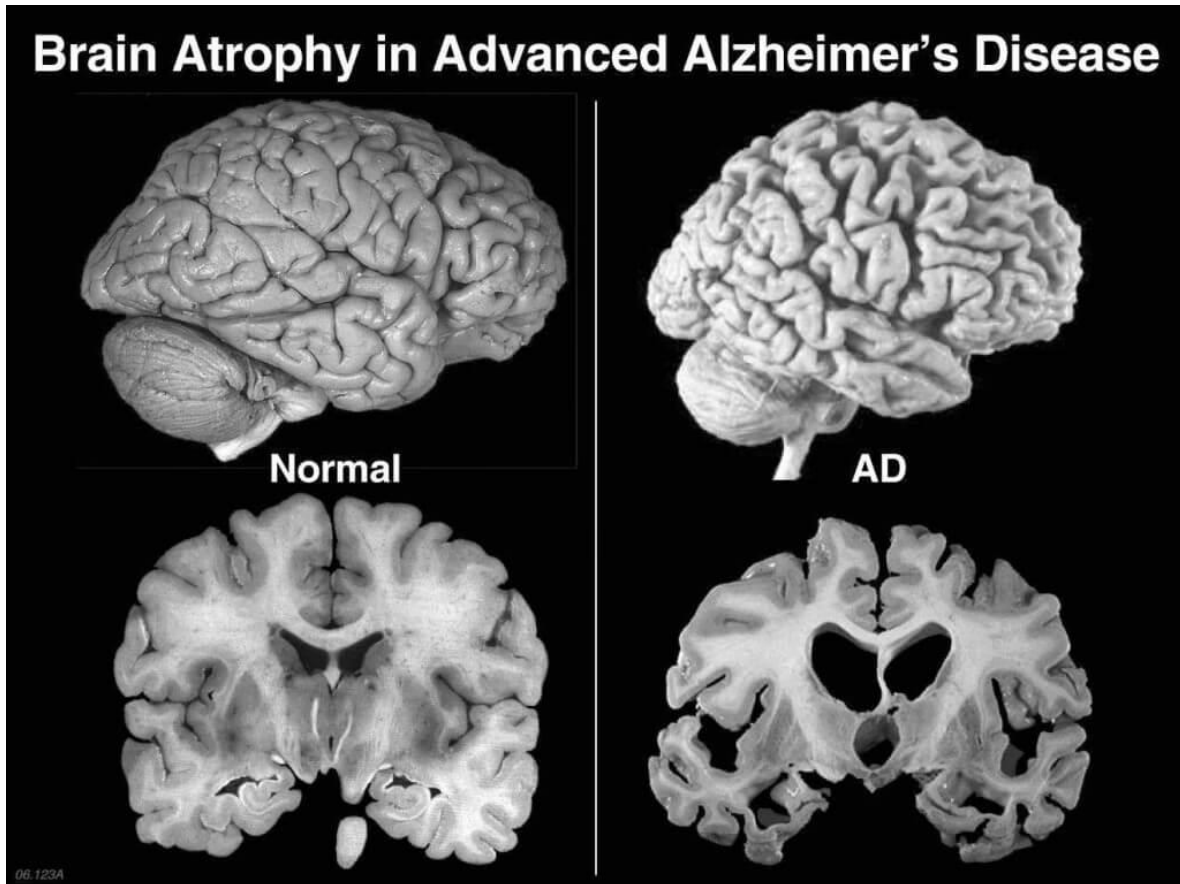


*Nota.* Adaptado de *Que son las placas neuríticas o placas seniles*, Curiosoando, 2018, <https://curiosoando.com/que-son-las-placas-neuríticas-o-placas-seniles>.

En la Figura 7, se puede observar la reducción de la masa cerebral de pacientes con enfermedad de Alzheimer (Goodman, como se citó en Alzheimer`s Association, 2020). En dichas imágenes se observa la atrofia cortical principalmente en los hipocampos y el agrandamiento de los ventrículos cerebrales con respecto a un cerebro normal.

## Figura 6

Vista lateral y frontal de la atrofia del cerebro causada por la enfermedad de Alzheimer.



*Nota.* Adaptado de *Diez datos sobre la demencia según la OMS*, Alzheimer Universal. No hay dos enfermos iguales, 2015, <https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/09/01/10-datos-sobre-la-demencia-segun-la-oms-y-que-todos-deberiamos-conocer/>. Copyright [2020], por Alzheimer Universal.

### 2.3. Signos y Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia tipo Alzheimer

Según la Alzheimer's Association (2016), algunos síntomas conductuales que se pueden observar en las primeras etapas de la enfermedad, están relacionados con los cambios de personalidad tales como irritabilidad, ansiedad o depresión. En etapas posteriores, los

individuos pueden desarrollar trastornos del sueño, tener impulsos deambulatorios, agitación (agresión física o verbal, angustia emocional en general, impaciencia, pasarse de un lado a otro, romper papel o gritar), delirios (creer firmemente en cosas que no son reales) o alucinaciones (ver, oír o sentir cosas que no están allí).

Así mismo, las personas que padecen esta enfermedad se vuelven más proclives a enojarse en casa, en el trabajo, con amigos o en lugares donde están fuera de su ambiente (p.1).

Por otra parte, las dificultades en la memoria, la conciencia, el lenguaje, el discernimiento y la capacidad para planificar, organizar y llevar a cabo otros procesos de pensamiento, son los síntomas psicológicos que se observan con mayor frecuencia en estos pacientes.

Aunado a lo anterior, se hallan dificultades para desempeñar tareas habituales en casa, el trabajo o en su tiempo libre, la desorientación de tiempo o lugar, la dificultad para comprender imágenes visuales y cómo objetos se relacionan uno al otro en el ambiente, problemas con el uso de palabras en el habla o lo escrito, colocación de objetos fuera de lugar y la falta de habilidad para recordar dónde estaban, la disminución o falta del buen juicio, la pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo o en las actividades sociales, etc. (p.1).

Fernández, (s.f), refiere que la evolución de la enfermedad de Alzheimer fue estudiada por Barry Reisberg, en 1982 y sus colaboradores del centro Médico de Universidad de Nueva York. Del cual se extrae una clasificación en 7 etapas, que nos sirve para detectar el estadio evolutivo de la enfermedad, así como para conocer más a fondo la misma.

**Tabla 2**

*Esta escala gradúa la demencia de tipo Alzheimer en 7 estadios.*

Estadio	Déficit cognitivo	Características clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

*Nota.* Reinsberg (1982-1988), Fernández (s.f, 161-162).

**GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):** ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria.

**GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):** en este estadio hay quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: olvido de dónde ha colocado objetos familiares, de nombres previamente bien conocidos; no hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico ni defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales; y hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

**GDS-3 (Defecto cognitivo leve):** en esta etapa se identifican los primeros defectos claros de la enfermedad de Alzheimer y se pueden encontrar algunas manifestaciones en una o más de estas áreas:

- a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar
- b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre
- c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres
- d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material
- e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos
- f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor
- g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica
- h) Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva
- i) Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes
- j) Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada

**GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):**

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes
- b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal
- c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes
- d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- e) Incapacidad para realizar las tareas complejas
- f) La negación es el mecanismo de defensa dominante
- g) Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

- h) Frecuentemente las áreas relacionadas con la Orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de personas y caras familiares y la capacidad de desplazarse a lugares familiares permanecen intactas:

**GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):**

- a) El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- b) No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.
- c) Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.
- d) Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2.
- e) Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- f) Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.
- g) No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

**GDS-6 (Defecto cognitivo grave):**

- a) Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir
- b) Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida
- c) Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario
- d) Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- e) Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante
- f) Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares
- g) El ritmo diurno está frecuentemente alterado
- h) Casi siempre recuerda su nombre

- i) Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno
- j) Cambios emocionales y de personalidad bastante variables
- k) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo
- l) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza
- m) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente
- n) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo

**GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):**

- a) Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- b) Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación
- c) Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación
- d) El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales

**2.4. Prevención**

Según Ribes (2018) las terapias cognitivas (terapia de orientación a la realidad, terapias de aprendizaje de habilidades) y la estimulación de funciones cognitivas como memoria, lenguaje, praxias, cálculo y reconocimiento, son efectivas para mantener la cognición, la funcionalidad y tratar los síntomas psicológicos.



La práctica regular de actividad física también mejora la función cognitiva. Del mismo modo, técnicas asociadas con el control de estrés como la musicoterapia, y el mindfulness (meditación consciente) pueden mejorar la velocidad de procesamiento y la cognición (atención, memoria, función ejecutiva) reduciendo el deterioro cognitivo relacionado con la edad, así como mejorar la memoria, calidad de vida y los síntomas depresivos en pacientes con deterioro cognitivo leve (ídem).

Finalmente, es importante considerar la relevancia de las actividades sociales en la edad adulta para proteger al cerebro del deterioro cognitivo, por lo que la interacción social es un factor de prevención para la demencia, observándose que ésta mejora la calidad de vida en pacientes afectados (ídem).

## CAPÍTULO III

### TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ALZHEIMER

En este capítulo se abordará el tema de la intervención cognitiva, que es, los bloques en los que se divide, entre los que se encuentran la intervención en el ámbito cognitivo, funcional y afectivo/emocional, así como los tipos, entre los que se pueden mencionar: la terapia cognitiva específica, la psicomotricidad, la orientación a la realidad, la reminiscencia, la jardinería, la musicoterapia, las actividades ocupacionales, y la terapia de validación.

#### **3. Intervención Cognitiva en la Demencia tipo Alzheimer**

Respecto a la intervención cognitiva, Del Hoyo (2018) refiere que la intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer se fundamenta en los principios de la rehabilitación neuropsicológica y consiste en la aplicación de una serie de técnicas desarrolladas de manera específica para el tratamiento de las demencias y los problemas de memoria.

Por su parte, Gómez, Estévez y García (2003), mencionan que la intervención cognitiva en la demencia tipo Alzheimer, parte, en primer lugar, del conocimiento del estado mental del paciente, determinando el grado de afectación y preservación de las diferentes funciones mentales, así como del estado afectivo-emocional y de las capacidades funcionales del paciente en las actividades de la vida diaria. Para posteriormente, determinar el plan terapéutico que mejor se adecue a las características del paciente.

Así mismo, consideran que la intervención en la demencia tipo Alzheimer se puede dividir en 3 grandes bloques:

**1) Intervención en el ámbito cognitivo:** incidiendo sobre las diferentes funciones mentales (orientación, atención, memoria, lenguaje, gnosia, praxis, funciones ejecutivas) a través de diferentes estrategias: orientación a la realidad, reminiscencia, programas de estimulación global de las funciones mentales y programas específicos de entrenamiento en una función cognitiva determinada (por ejemplo, programas de entrenamiento de la memoria).

**2) Intervención en el ámbito funcional:** adaptación del entorno físico, entrenamiento basado en las actividades de la vida diaria (AVD) y ocupacionales.

**3) Intervención en el ámbito afectivo/emocional y conductual del paciente:** la familia debe participar del proceso, así como recibir apoyo psicosocial (ídem, p.4). Por cuanto hace a la familia, el psicólogo actuará como orientador y consejero, durante el proceso diagnóstico, informando sobre prognosis, medidas profilácticas a adoptar en diferentes fases de la enfermedad, dando pautas de actuación ante las alteraciones conductuales, las emocionales, y de estimulación cognitiva para compensar, así como derivando hacia otras redes de apoyo socio-sanitarios, y/u organizaciones de ayuda mutua (Ruiz, 2000, p.1).

### **3.1. Tipos de Intervención Cognitiva**

Dentro de la amplia variedad de técnicas o métodos de intervención que se pueden utilizar en el trabajo con enfermos de Alzheimer, los más utilizados son los siguientes:

### **a) Terapia Cognitiva Específica**

Se fundamenta en el análisis detallado de las capacidades mentales y posteriormente se centra en el tratamiento de aspectos particulares de las capacidades cognitivas.

### **b) Psicomotricidad**

Esta técnica tiende a favorecer el dominio del propio cuerpo, la relación y comunicación con uno mismo y con los demás objetos y personas en el espacio que le rodea. Esta terapia se aplica abarcando los tres esquemas que conforman nuestra psicomotricidad. Estos esquemas son:

**Esquema corporal:** es el conjunto de capacidades relacionadas con la percepción y conocimiento del propio cuerpo. Del esquema corporal dependen funciones como la imagen corporal, el control de la postura, la lateralidad (discriminar partes derechas e izquierdas del cuerpo), el equilibrio y la coordinación.

**Esquema espacial:** son las capacidades de percepción del espacio y localización en él, de uno mismo y de otros objetos y personas. Del esquema espacial depende la capacidad de seguir itinerarios o movernos en parcelas limitadas, el manejo de conceptos como: cerca-lejos, encima-debajo, detrás-delante, etc.; y la capacidad de salvar obstáculos.

**Esquema temporal:** comprende las capacidades relativas a la orientación en el tiempo y noción de uno mismo. De él depende la percepción de la duración de los acontecimientos,

su ordenación en el tiempo, el conocimiento del momento actual (fecha y hora), el sentido del ritmo y la periodicidad, etc.

### **c) Orientación a la Realidad**

La Orientación a la Realidad constituye un método de tratamiento de la confusión y las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes con el objetivo de que compensen o reaprendan datos sobre sí mismos y sobre su entorno.

### **d) Reminiscencia**

Constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad. Utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento como técnicas.

### **e) Jardineroterapia**

El cuidado integral de la persona implica también la ejecución de actividades que la motiven, que se encuentren basadas en sus creencias y en sus costumbres. El trabajo de la agricultura, cuidado de huertos y jardines se ha encontrado muy ligado a la vida cotidiana de muchos adultos mayores, y es con ellos con los que esta forma de intervención estaría más indicada.

### **f) Musicoterapia**

La Musicoterapia es un abordaje particular del sujeto y su problemática vital, a través de sus producciones sonoras y el movimiento corporal, que está relacionado con un elemento fundamental de la música como lo es el ritmo. Entendiendo como sujetos a una unidad biopsicosocial espiritual.

Mediante la música se promueve en el paciente el juego musical y el descubrimiento de su creatividad utilizando, la voz, el cuerpo, el canto, la palabra y los instrumentos musicales.

### **g) Actividades Ocupacionales**

La realización de actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria constituye un método de rehabilitación y de readaptación. Se pretende rehabilitar a través de la terapia ocupacional o de unas actividades que conducen a un fin. Por otro lado, se realiza una readaptación a través de nuevas formas de acción y de la adaptación del medio técnico.

Las actividades deberán escogerse con una finalidad terapéutica y, lógicamente, en función del grado de deterioro, por tanto, no deberemos olvidar las posibles dificultades en la retención de la consigna, en planificación y ejecución de las actividades, en la comprensión de las órdenes dadas, así como dificultades prácticas.

El tipo de actividades del que podríamos servirnos serían las siguientes: actividad física, cuidado de la casa, cocinar, costura, aseo personal, compras, jardinería, manualidades y arte.

### **h) Terapia de Validación**

La validación constituye un conjunto de técnicas simples de comunicación con personas enfermas de Alzheimer. Se basa en una actitud de respeto y empatía con el enfermo y se fundamenta en una serie de principios que se presentan a continuación:

- Cada persona es única y debe ser tratada como un individuo específico.
  
- Cada persona tiene valor propio con independencia del grado de desorientación o demencia. Se debe aceptar al paciente sin prejuicios.
  
- Se ha de considerar que existe una razón tras las conductas de las personas desorientadas y demenciales. La conducta observada no es el simple resultado de cambios anatómicos acontecidos en el cerebro, sino la combinación de cambios físicos, sociales y personales que tienen lugar a lo largo de la vida.

Conducta = Cambios físicos + Sociales + Personales

- Las conductas que aparecen se asocian normalmente con una fase de la vida. Los fallos, problemas o vivencias de un momento de la vida pueden conducir a ulteriores problemas psicológicos.

- Cuando falla la memoria reciente, las personas de edad y dementes tratan de restaurar el equilibrio en sus vidas a través de la evocación de recuerdos tempranos (antiguos).

- Los sentimientos dolorosos que sean reconocidos y validados disminuirán su efecto negativo. La empatía crea confianza, reduce la ansiedad y restablece la dignidad.

En ciertos casos es posible que tras las conductas anómalas observadas exista una razón relacionada con conflictos o problemas no resueltos, pero no se puede pasar por alto las frecuentes causas actuales o recientes. Además, es lógico que una persona use recuerdos antiguos en su expresión emocional y conductual si están fallando los recuerdos actuales. La validación no tiene como objetivo adquirir conciencia sobre el tiempo y el espacio actual, sino que pretende respetar la realidad de la persona enferma de Alzheimer, que puede encontrarse en el tiempo presente o no (Acinas, s.f.).



## **CAPÍTULO IV**

### **ESTUDIOS REALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

Algunos estudios se han realizado con la finalidad de tratar la demencia tipo Alzheimer y están relacionados con los resultados de la intervención cognitiva.

Al respecto, Miranda et. Al., (2013), realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva en personas chilenas, en la que participaron 22 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA) en fase leve a moderada, pertenecientes a un centro asistencial de la ciudad de Quillota, Chile.

La evaluación de la eficacia consistió en una estimulación multisensorial, en la que los participantes realizaron tareas como hacer coincidir sonidos comunes e imágenes y también se integraron aspectos de reminiscencia y orientación. En dicho estudio se asignó aleatoriamente la muestra a dos grupos: intervención (GI) y control (GC) y se establecieron tres dimensiones para evaluar: cognición, calidad de vida y capacidad funcional de la persona con demencia, cuyos resultados se describen a continuación.

En relación con el desempeño asociado a las funciones cognitivas tanto gruesas (medidas por el MMSE) como específicas (medidas por el ADAS Cog.), se observó un efecto de interacción significativo entre las mediciones pre-post y el recibir o no la intervención. De esta manera, contrariamente a lo que sucedió con el GC que mantuvo su progresión de

deterioro, las personas del GI incrementaron su rendimiento cognitivo significativamente en todos los niveles evaluados.

Por cuanto hace a la calidad de vida, solo se observó un efecto principal significativo intragrupal que muestra que la calidad de vida aumentó significativamente en el GI ( $F(1, 20) = 6.07, p < 0.05$ ). Además, se encontró una tendencia a un efecto de interacción entre las mediciones pre-post de calidad de vida y el recibir o no la intervención. Sin embargo, dicho efecto no alcanzó la significancia estadística ( $F(1, 20) = 4.09, p = 0.057$ ). De lo cual se deduce que, si bien es cierto, no hubo diferencias significativas entre el grupo que recibió y no la intervención si se encontraron diferencias dentro del mismo grupo que recibió la intervención.

Por cuanto hace al nivel de funcionalidad, no se encontró ningún efecto significativo en el nivel de funcionalidad tanto a nivel intragrupal ( $F(1, 20) = 2.08, p > 0.05$ ), intergrupala ( $F(1, 20) = 0.09, p > 0.05$ ) y de interacción ( $F(1, 20) = 0.23, p > 0.05$ ).

Posteriormente Urrutia et. al, (2017), realizaron un estudio para evaluar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con EA probable en estadio leve, en una muestra de 80 personas, la cual se dividió en dos grupos, uno experimental y otro control. Se aplicó el programa de estimulación cognitiva creado por el autor, el cual tuvo como objetivos estimular las capacidades cognitivas específicas como la memoria, la orientación, la atención, el cálculo, el lenguaje, la gnosia, la apraxia, y las habilidades ejecutivas, esto en sesiones de 45 a 50 minutos dos veces por semana durante dos meses.

Aplicándoseles a todos los pacientes la prueba Montreal Cognitive Assessment (MOCA), antes y después de aplicar el programa de estimulación cognitiva. Esta prueba dio como resultado un aumento en el puntaje después de la intervención de la mayoría de las capacidades cognitivas de los pacientes del grupo experimental y disminuyó el rendimiento de los pacientes del grupo control. Lo que demostró la efectividad del programa propuesto por el autor, para entrenar las capacidades cognitivas en el grupo intervenido.

Así mismo, Gómez y Gómez, (2017), realizaron un estudio para evaluar los efectos cognitivos, psicológicos y conductuales de la musicoterapia en la EA, para lo cual aplicaron un tratamiento con musicoterapia durante 6 semanas a 42 pacientes en estadio leve-moderado. También estudiaron los cambios en las puntuaciones del MMSE, el Inventario de síntomas neuropsiquiátricos (NPI), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), y el índice de Barthel (IB) y si estos cambios se influían por el grado de severidad de la demencia. La musicoterapia aumentó de forma muy significativa la puntuación en el MMSE, en particular los dominios de orientación, lenguaje y memoria. El tamaño del efecto es grande para los dominios orientación y memoria. Estas funciones cognitivas mejoraron progresivamente durante el estudio. Respecto del lenguaje, solo hubo cambios significativos entre las puntuaciones basales y finales ( $p=0,047$ ). Se observó un descenso muy significativo en las puntuaciones totales en NPI y descensos variables en la mayoría de sus ítems. Sin embargo, estos descensos no se apreciaron en la primera medida de seguimiento. Así no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones basales y de seguimiento de ningún síntoma NPI ( $P>0,050$  para todos los síntomas). Se evidenció mejora en la puntuación de la subescala de ansiedad y en la puntuación de la

subescala de depresión de la HAD, siendo alto el tamaño del efecto en este último caso. No hubo mejora en la depresión a las 6 sesiones de tratamiento ( $p > 0,050$ ).

Por otro lado, la musicoterapia no tuvo efecto significativo sobre las puntuaciones en el IB ( $p = 0,338$ ). Al segmentar la muestra en dos grupos de distinto CDR, se comprobó que la mejoría en los dominios del MMSE memoria y orientación se mantiene significativa en los 2 grupos. La mejoría del lenguaje solo fue significativa en el grupo de demencia moderada. Respecto a los síntomas neuropsiquiátricos, se observó una mejoría significativa en los delirios, alucinaciones, irritabilidad y agitación solo en el grupo de pacientes con demencia moderada. El efecto sobre la desinhibición fue significativo en los 2 grupos. La ansiedad y la depresión medidas a través de la HAD mejoraron en ambos grupos. La ansiedad medida a través del NPI mejoró significativamente en el grupo leve y mostró una tendencia a la mejoría en el grupo moderado ( $p = 0,080$ ). Los cambios en depresión medidos a través del NPI no alcanzaron significación estadística en el grupo moderado y mostraron una tendencia a la mejoría en el grupo leve ( $p = 0,087$ ).

En otro estudio, realizado por Aschiero et. al., (2018), se exploró la aplicabilidad de un método de estimulación cognitiva basado en evaluación dinámica en personas mayores con enfermedad de Alzheimer leve (EAL), el cual tenía como objetivos evaluar la cognición y el comportamiento de los pacientes luego de implementar la intervención, así como indagar la sobrecarga del cuidador.

Este estudio piloto observacional, se realizó con 6 pacientes diagnosticados con EAL, durante ocho sesiones individuales de estimulación cognitiva y en el hogar (2 meses) y

cuatro entrevistas psicoeducativas al cuidador. La estimulación cognitiva se realizó mediante ejercicios de basados en evaluación dinámica, la cual hace referencia a un enfoque centrado en la evaluación del potencial de aprendizaje y la plasticidad cognitiva (Vygotsky, 1979; Calero, 2006). Mediante este enfoque se analiza el rendimiento actual y potencial del paciente según el tipo de ayuda (andamiaje-mediación) que necesita el paciente para resolver los ejercicios. La evaluación pre y post- intervención se realizó mediante MMSE, test del Reloj, fluencia verbal semántica, escala de Yessavage, Clínica Demential Rating Scale (CDR). La cual evidenció que el 100% de los pacientes mejoró en el tiempo de ejecución de las tareas mientras que el 75% mejoró en fluencia semántica, No se evidenciaron cambios en la escala de depresión. Adicionalmente se logró que 3 cuidadores informales con indicadores de sobrecarga (50%) incorpore un cuidador formal (p.162).

De los estudios anteriormente revisados se puede resaltar la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva, en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en fase leve a moderada, lo que se pudo observar ya que en la mayoría de los estudios se dividió a las personas en dos grupos uno experimental y otro control.

## DISCUSIÓN

Es importante intervenir en las personas mayores y específicamente en las que tienen demencia tipo Alzheimer, esto debido a que el Alzheimer es una enfermedad neurológica, degenerativa e irreversible que en su progresión va a provocar demencia, y a ocasionar la pérdida paulatina de las funciones cognitivas, como lo son la memoria, la orientación, el lenguaje, el cálculo, etc., lo que va a desencadenar en problemas familiares, sociales y laborales, en la vida de la persona que la padece y en algunas ocasiones en la de sus familiares.

En relación a esto, es necesario hacer mención, respecto a las técnicas que resultan más útiles para tratar la demencia tipo Alzheimer en etapa leve a moderada, entre las que se encuentran la estimulación cognitiva, la orientación a la realidad, la terapia ocupacional y la musicoterapia. Sin embargo, en este trabajo la revisión de las fuentes bibliográficas se limitó a las investigaciones relacionadas con la intervención cognitiva debido a que como lo refiere Morales (2016) la estimulación cognitiva es un conjunto de varias técnicas que se centra en mantener y optimizar el funcionamiento de las capacidades cognitivas, así como de enlentecer su deterioro, trabajando áreas como la memoria, el cálculo, la percepción, la atención o el lenguaje. Cuando se aplican dichas técnicas para tratar el Alzheimer se encaminan al desarrollo de estrategias compensatorias, que sirvan como vía alterna de las funciones perdidas.

Como se mencionó anteriormente este trabajo se dirigió al estudio de la demencia tipo Alzheimer debido a que es una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad y quienes la padecen presentan un deterioro progresivo en la capacidad para procesar el pensamiento (memoria, orientación, lenguaje, aprendizaje, cálculo, etc.) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015), esto aunado, a lo que se menciona en el Informe mundial sobre el Alzheimer en 2018, respecto al efecto mundial de la demencia, en el que se advierte que cada 3 segundos habrá un nuevo caso de demencia en todo el mundo. En él se destacó que 50 millones de personas en todo el mundo viven con alguna demencia desde el 2018 y se estima que para el 2050 haya cerca de 152 millones de casos (Alzheimer's Disease International, 2018). Por lo anterior, el objetivo de la intervención cognitiva es retrasar el deterioro cognitivo de las personas que presentan este tipo de enfermedad así como mejorar su calidad de vida.

De las investigaciones revisadas se pueden destacar los resultados relacionados con el rendimiento cognitivo, los cuales son la base de esta investigación y sirven para determinar los efectos favorables de la intervención cognitiva en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer.

Según los resultados encontrados en los estudios de Miranda et. al. (2013), Urrutia et. al. (2017), Gómez y Gómez (2017) y Aschiero et. al. (2018), se puede afirmar que la intervención cognitiva, ha dado resultados favorables en el tratamiento de pacientes con Alzheimer en etapa leve a moderada, ya que, en todos estos estudios, las personas que formaron parte del grupo experimental presentaron mejoras significativas en su rendimiento cognitivo, es decir, mejoraron sus capacidades cognitivas relacionadas con la memoria, la

orientación, la atención, el cálculo, el lenguaje, la gnosia, la praxia y las capacidades ejecutivas, a diferencia de lo que sucedió con las personas que formaron parte del grupo control, en las cuales se pudo observar un aumento en la progresión del deterioro cognitivo, esto debido a que no les fue aplicado ningún tipo de intervención.

Cabe mencionar que, aunque se encontraron diferencias entre los resultados de las investigaciones realizadas por Urrutia et. al. (2017), y Gómez y Gómez (2017), por cuanto hace al lenguaje en sus variantes de repetición y fluidez, ambos concuerdan en la eficacia de la de la intervención cognitiva para el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer.

Lo anterior explica por qué se considera que la intervención cognitiva es eficaz en el tratamiento de personas con demencia tipo Alzheimer. Tal y como lo menciona Acinas (s.f), cuando dice que la intervención cognitiva y en especial los programas de estimulación, ejercen un efecto positivo en el nivel de atención y estimulación en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (p. 171).

Por otra parte, es necesario mencionar que se recolectó información relacionada con la etapa leve a moderada ya que en estas etapas las personas aun no dependen en gran medida de otros y pueden mejorar su función cognitiva. Al respecto, Del Hoyo (2018) menciona que la estimulación cognitiva está indicada para personas con demencia tipo Alzheimer en fases leve a moderada, con un determinado grado de independencia para que esas actividades resulten efectivas.



Así mismo, se considera que este tipo de intervención se podría utilizar para ralentizar la demencia tipo Alzheimer, ya que el aprender nuevas actividades contribuye al nacimiento de nuevas neuronas, y esto ayuda a mantener y mejorar las capacidades mentales de las personas. Tal y como lo mencionan Villalba y Espert (2014) cuando refieren que al tratar a personas con demencia a través de la estimulación cognitiva se produce neurogénesis, es decir, nacimiento y proliferación de nuevas neuronas, y al mismo tiempo se incrementa la reserva cognitiva, ya que mediante entrenamientos específicos se mejoran o se restauran las capacidades cognitivas, de modo que el deterioro puede ralentizarse y también retrasar sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria.

Entre las limitaciones que tiene este reporte, se encuentra el rango de fechas de revisión de los estudios relacionados con la intervención cognitiva pues sólo se abarcó desde el año 2010 a la fecha. El principal objetivo de esto fue revisar investigaciones recientes que abordaran el tema en estudio, y que dieran una respuesta más clara a las preguntas de investigación planteadas, tomando en consideración las condiciones de las personas de la tercera edad en la actualidad.

Otra limitación es el hecho de que este estudio sólo se enfocó en la estimulación cognitiva por lo que se sugiere investigar si otros tipos de intervenciones relacionados con el Alzheimer pueden ralentizar ese deterioro cognitivo y poder hacer incluso comparaciones entre dichas terapias.

## Referencias bibliográficas

Acinas, V. (s.f). Estimulación cognitiva con enfermos de alzhéimer. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1165494.pdf>

Alzheimer´s Association. (2016). Información básica sobre la enfermedad de alzhéimer.

Que es y que se puede hacer. Recuperado de:

[https://www.alz.org/national/documents/sp\\_brochure\\_basicsofalz.pdf](https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf)

Alzheimer´s Association. (2018). ¿Qué es el Alzheimer? Recuperado de:

<https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX>

Alzheimer´s Association. (2020). El alzhéimer y el cerebro. Recuperado de:

[https://www.alz.org/espanol/about/el\\_alzheimer\\_y\\_el\\_cerebro.asp](https://www.alz.org/espanol/about/el_alzheimer_y_el_cerebro.asp)

American Psychiatric Association. (2018). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM-5 Actualización. Quinta edición. Recuperado de:

[https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)

Aschiero, MB., Mascotena, M., Liu, M., Gaitán, S., Bravo, Y., Gonzáles, C., Giannaula, RJ. & Grasso, L. (2018). *Estudio piloto de un Método de Estimulación Cognitiva*

*basada en evaluación dinámica para adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer* [Sesión de Conferencia]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.

329738550\_Estudio\_piloto\_de\_un\_Metodo\_de\_Estimulacion\_Cognitiva\_basada\_en\_evaluacion\_dinamica\_para\_adultos\_mayores\_con\_Enfermedad\_de\_Alzheimer

Asociación mexicana de alzhéimer y enfermedades similares. (s.f). Alzheimer. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Alz-10.pdf>

Clínica Josefina Arregui (2019). Demencia con cuerpos de Lewy [IMAGEN]. Recuperado de: <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-por-cuerpos-de-lewy/>

Clínica Josefina Arregui (2019). Demencia fronto-temporal [IMAGEN]. Recuperado de: <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-fronto-temporal/>

Clínica Josefina Arregui (2019). Demencia vascular [IMAGEN]. Recuperado de: <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/demencia-vascular/>

Clínica Josefina Arregui (2019). Enfermedad de Alzheimer [IMAGEN]. Recuperado de: <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/enfermedad-de-alzheimer/>

Clínica Josefina Arregui. (2019). Enfermedad de Alzheimer. Enfermedades y tratamientos.

Recuperado de: <https://josefinaarregui.com/enfermedades-y-tratamientos/enfermedad-de-alzheimer/>

Confederación Española de Alzheimer. (2020). El alzhéimer: la enfermedad. Recuperado

de: <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>

Curiosoando, (2018). [IMAGEN]. Recuperado de: [https://curiosoando.com/que-son-las-](https://curiosoando.com/que-son-las-placas-neuriticcas-o-placas-seniles)

[placas-neuriticcas-o-placas-seniles](https://curiosoando.com/que-son-las-placas-neuriticcas-o-placas-seniles)

Custodio, N., Montesinos, R. & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y

criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev. Neuropsiquiatría*, 81(4),

235-250. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>

Del Hoyo, N. (2018). Intervención cognitiva y social con enfermos de Alzheimer y sus

familiares. *NPunto*, 1(8). Recuperado de:

<https://www.npunto.es/revista/8/intervencion-cognitiva-y-social-con-enfermos-de-alzheimer-y-sus-familiares>

Fernández, A. (s.f). Acercamiento a la demencia. La enfermedad de Alzheimer.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/979140.pdf>

Fundación Pasqual Maragall (2019). Hablemos de alzhéimer [Mensaje en un blog]. El blog de la Fundación Pasqual Maragall. Recuperado de:

<https://blog.fpmaragall.org/alzheimer-familiar>

Gil, P. & Martín, j. (s.f). Demencia. Tratado de geriatría para residentes. Recuperado de:

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrgDdtwSq9fiEgA30XD8Qt.;\\_ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1605352176/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.segg.es%2fdownload.asp%3ffile%3d%2ftratadogeriatría%2fPDF%2fS35-05%252017\\_II.pdf/RK=2/RS=2XrGS7n6w8xfiha6M49aPLwVsaY-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrgDdtwSq9fiEgA30XD8Qt.;_ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1605352176/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.segg.es%2fdownload.asp%3ffile%3d%2ftratadogeriatría%2fPDF%2fS35-05%252017_II.pdf/RK=2/RS=2XrGS7n6w8xfiha6M49aPLwVsaY-)

Gómez, M., Estévez, A. & García, C. (2003). Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: revisión de técnicas y recursos disponibles. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/266144377\\_Estimulacion\\_cognitiva\\_en\\_la\\_enfermedad\\_de\\_Alzheimer\\_revision\\_de\\_tecnicas\\_y\\_discursos\\_disponibles](https://www.researchgate.net/publication/266144377_Estimulacion_cognitiva_en_la_enfermedad_de_Alzheimer_revision_de_tecnicas_y_discursos_disponibles)

Gómez, M. & Gómez, J. (2017). Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurología*, 32(5), 300-308. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316000049>

González, A. I. [Sinapsis Mx]. (2018, 01, 18). Una introducción a la enfermedad de alzhéimer [Archivo de video]. Recuperado de:

<https://www.youtube.com/watch?v=CD3QCChcW8M>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). Enfermedad de Alzheimer. Recuperado de:

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-alzheimer>

Lanfranco, R., Manríquez, P., Avello, L., & Canales, A. (2012). Evaluación de la

enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas

neuropsicológicas. *Rev. Med. Chile*, *140*, 1191-1200. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n9/art14.pdf>

Miranda, C., Mascayano, F., Roa, A., Maray, F. & Serraino, L. (2013). Implementación de

un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer:

un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, *12* (2),

445-455. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4996786>

Morales, T. (2016). Alzheimer: siete terapias para mejorar la calidad de vida. *Muy*

*saludable*. Recuperado de: [https://muysaludable.sanitas.es/mente-sana/alzheimer-7-](https://muysaludable.sanitas.es/mente-sana/alzheimer-7-terapias-mejorar-la-calidad-vida/)

[terapias-mejorar-la-calidad-vida/](https://muysaludable.sanitas.es/mente-sana/alzheimer-7-terapias-mejorar-la-calidad-vida/)

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2018). Las demencias:

Esperanza en la investigación. Recuperado de:

<https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm>

O'Farril, J. C. (2017). Demencias: algunas enfermedades que pueden desencadenarlas

[IMAGEN]. Recuperado de: <https://infotiti.com/2016/03/demencias/>

Organización mundial de la salud. (2018). Las diez principales causas de defunción

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Organización Mundial de la salud (2020). Demencia. Recuperado de:

<https://www.who.int/topics/dementia/es/>

Reyna, M., González, M., López, F. & González, G. (5 y 6 de Septiembre de 2014).

Demencias. Una visión panorámica. Temas derivados del V Simposio de Medicina

Geriátrica, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Recuperado de:

<http://geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>

Ribes, D. (2018). Enfermedad de alzhéimer, ¿Qué estrategias preventivas y terapéuticas

están en nuestras manos?. Recuperado de:

<https://www.universidadviu.com/enfermedad-de-alzheimer-que-estrategias-preventivas-y-terapeuticas-estan-en-nuestras-manos/>

Ruiz, M. (2000). El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Psicología y*

*envejecimiento*, 76. Recuperado de:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=833>

Secretaría de Salud. (2017). Género y salud en cifras, 15(3). Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315224/revista\\_15-3-1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315224/revista_15-3-1.pdf)

Servicio Navarro de salud-Osasunbidea. (2008). Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación. Atención primaria. Neurología. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>

TJ, J. (1 de Septiembre de 2015). *10 datos sobre la demencia según la OMS (y que todos deberíamos conocer)*. Alzheimer Universal. No hay dos enfermos iguales. <https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/09/01/10-datos-sobre-la-demencia-segun-la-oms-y-que-todos-deberiamos-conocer/>.

Urrutia, N., Sosa, S., Álvarez, Y., López, D. & Hernández, E., (2017). Estimulación cognitiva en pacientes con alzhéimer en Artemisa, Cuba, 2014-2016. *Rev. Cubana Hig. Epidemiología*, 55(2), 13-30. Recuperado de: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/157/234>

Villalba, S. & Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una mirada neuropsicológica. *Therapeia*, estudios y propuestas en ciencias de la salud, 6, 73-93. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>