UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

"FACULTAD DE PSICOLOGIA"

División de Estudios Profesionales

Área Clínica

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEMENCIA

PRESENTA:

OLIVIA SANTIAGO LÓPEZ

INFORME DE PRÁCTICAS

Director:

Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez

Facultad de Psicología

MÉXICO D.F. **OCTUBRE 2011**

AGRADECIMIENTOS

A MARGARITO ROMERO "MORFI":

UN HOMBRE FUERTE, CARIÑOSO, UN LUCHADOR INCANSABLE, INCAPAZ DE DARSE POR VENCIDO, FIRME COMO UN ROBLE ANTE LA ADVERSIDAD, TE EXTRAÑAREMOS. *"DESCANSE EN PAZ".*

A CARMEN "MIMI":

UNA MUJER NOBLE, ADMIRABLE E INTELIGENTE, UN EJEMPLO A SEGUIR. *"FUERTE Y ORGULLOSA HASTA EL FINAL"*

***A LA FUNDACIÓN ALZHÉIMER "ALGUIEN CON QUIEN CONTAR" Y LOS PACIENTES QUE AHÍ SE ENCUENTRAN*:**

POR HABER PARTICIPADO CONMIGO, COOPERAR Y ENSEÑARME QUE LA VIDA PUEDE SER DIFÍCIL, PERO DEPENDE DE NOSOTROS COMO QUERAMOS TOMAR LAS COSAS, QUE TODO ES TAN OSCURO COMO SE QUIERA VER Y QUE LA VIDA TIENE MUCHAS COSAS GUARDADAS PARA QUE NOSOTROS LAS DESCUBRAMOS EN EL CAMINO, POR ESO POR DIFÍCIL QUE PAREZCA, NO HAY QUE DETENERNOS. *"HAY QUE SEGUIR ADELANTE".*

A LA FAMILIA DE TODOS LOS PACIENTES QUE PADEZCAN ALGUNA ENFERMEDAD DIFÍCIL, COMO LO ES LA DEMENCIA, POR TENER LA FUERZA NECESARIA PARA PODER SALIR ADELANTE Y QUE EL AMOR A SU PACIENTE SEA MÁS FUERTE QUE TODO, POR COMPARTIR CONMIGO ESTA EXPERIENCIA. *"CON AMOR TODO ES MÁS FÁCIL.*

A MI FAMILIA

A MI PADRE:

POR TODO LO BUENO Y LO MALO QUE HA FORMADO MI CARÁCTER, YA QUE TODOS AQUELLOS PROBLEMAS EN CASA ME IMPULSARON A SALIR ADELANTE A PESAR DE LAS ADVERSIDADES, A VENCER LOS OBSTÁCULOS Y A SIEMPRE BUSCAR LA MANERA DE NO ESTANCARME.

LOS OBSTÁCULOS ME HICIERON UNA PERSONA FUERTE E INDEPENDIENTE, CAPAZ DE SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS PARA BUSCAR UNA VIDA MEJOR PARA MÍ Y LOS QUE ME RODEAN. *"NUNCA ES TARDE PARA MEJORAR Y EL CAMBIO DEPENDE DE NOSOTROS".*

A MI MADRE:

POR SER EL PILAR QUE MANTIENE DE PIE LA CASA JUNTO CON NOSOTROS DENTRO, EL MOTIVO QUE NOS MANTIENE UNIDOS, QUE NOS IMPULSA A LEVENTARNOS, HACIENDO NUESTRO MEJOR ESFUERZO POR SUPERARNOS, POR

EDUCARNOS, QUERERNOS Y CUIDARNOS A TODOS, AUN ESTANDO CANSADA Y SIN SABER QUE HACER, POR QUE SIN TI NOS PERDERÍAMOS, QUE CON TU DULZURA NOS COBIJAS POR HACERME FUERTE PARA SOPORTAR EL DURO GRANIZO DE LA VIDA.

A MIS HERMANAS:

POR SER MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS, ESTANDO JUNTO CONMIGO EN TODO MOMENTO, COMPARTIENDO LAS EXPERIENCIAS QUE LA VIDA NOS HA BRINDADO. NO SE DEJEN VENCER POR NADA, NO DEJEN QUE NADA OBSTACULICE SU CAMINO.

AL AMOR DE MI VIDA:

POR ESTAR A MI LADO, SIENDO LA LUZ QUE GUÍA MIS PASOS CUANDO ME ENCUENTRO PERDIDA EN LA OSCURIDAD, POR MOTIVARME, SOSTENIENDO MI MANO CUANDO ME ENCUENTRO CANSADA, POR NO FIJARTE EN MIS ERRORES; PERO POR SOBRE TODO NO TENDRÍA PALABRAS PARA AGRADECERTE EL ESFORZARTE POR MEJORAR DÍA A DÍA, CONSINTIENDOME PARA RECONQUISTARME CUANTAS VECES SEA NECESARIO, REPARANDO TUS ERRORES QUE ALGÚN DÍA NOS SEPARARON, GANANDOTE MI PERDON A CADA MINUTO, POR QUE NOS HEMOS SUPERADO Y SE QUE LO SEGUIREMOS HACIENDO, POR QUE NO HABRA NADA EN ESTE MUNDO QUE NOS SEPARE, POR QUE MIENTRAS SIGAMOS APRENDIENDO Y MEJORANDO, SEGUIREMOS JUNTOS. ❤*TE AMO TANTO* ❤

A MI HERMANITO:

POR DEMOSTRARME QUE EL PARENTESCO NO LO HACE LA SANGRE, POR SER UNA INSPIRACIÓN, POR SER TU, LIBRE, AUTENTICO, POR ESTAR CONMIGO Y ENSEÑARME A VIVIR, RESCATANDOME CUANDO LO HE NECESITADO.

A LA UNAM:

QUE PUEDO DECIR, MÁS QUE ESTOY ORGULLOSA DE PERTENECER A ESTA ENORME INSTITUCIÓN QUE ME ACOGIÓ EN SU MANTO DE SABIDURÍA, EL SOLO HECHO DE PENSAR EN ELLA ME LLENA DE ESPERANZA EN QUE PUEDE HABER UN MUNDO MEJOR, EN EL QUE EL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA LLEGUE A TODOS LADOS PARA MEJORAR LAS VIDAS DE TODAS LAS PERSONAS.

A LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS QUE AQUÍ CONOCÍ, POR HABERME ESCUCHADO Y APOYADO CUANDO MÁS LO NECESITABA.

MAESTROS:

POR TRANSMITIRME UN POCO DE SU SABIDURÍA, APOYARME Y GUIARME, EN ESPECIAL A TODOS AQUELLOS QUE APORTARON SU GRANITO DE ARENA PARA MI TITULACIÓN.

A DIOS:

POR CADA MAÑANA BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE SER MEJOR, LUCHANDO POR LO QUE QUIERO, NUNCA DEJANDOME SOLA, GUIANDOME, ENSEÑANDOME A DISFRUTAR EL SOL, LA LLUVIA, LA LUZ O LA OSCURIDAD E INCLUSO LAS COSAS QUE PUEDAN PARACER MALAS, YA QUE SÉ QUE POR CADA UNA DE ELLAS ME ESPERA ALGO MEJOR, QUE HAY QUE APREDER ALGO DE ELLAS PARA QUE VENGAN TIEMPOS MEJORES Y LOS DISFRUTEMOS MÁS POR TODO LO QUE PASAMOS PARA LLEGAR A ELLOS, POR SIEMPRE DARME LA FUERZA Y LA ENERGÍA PARA TOMAR LO BUENO Y LO MALO DE LA VIDA, YA QUE NO HAY NADA QUE NO HAYA HECHO YO SIN ÉL. *"DIOS SIEMPRE PROVERA, PERO NOSOTROS TAMBIEN DEBEMOS AYUDARNOS".*

¡¡LOS QUIERO A TODOS!!

GRACIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso progresivo, universal e intrínseco, que acontece en todo ser vivo con el tiempo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente; en el cual se dan cambios morfológicos, fisiológicos y metabólicos que ocurren en los tejidos vivos con el paso del tiempo, que no resultan de enfermedad o de agentes extrínsecos, que inevitablemente acercan al individuo a su muerte. El envejecimiento se relaciona con la etapa de desarrollo de los adultos mayores, tercera edad o senectud, Brocklehurst (citado en Escobar 2001) define a la senectud como una progresiva pérdida de la capacidad de adaptación fisiológica del individuo al ambiente, que culmina con la muerte.

La proporción mundial de población de sesenta años o más se incrementó de 9.2% en el 1990 a 10% en el 2000; según las proyecciones se espera el 14% en el año 2025 (Morgan y Suzmanne 2000). Con estos datos se puede afirmar que comenzamos el siglo XXI con una población mundial envejecida. Lo que sugiere que se deban resaltar estadísticamente los incrementos en las esperanzas de vida y las mejoras en las condiciones de salud; de ahí que los factores que intervienen en el proceso demográfico sean reconocidos como indicadores de salud y desarrollo de una sociedad (Salas y Girbau 2000).

Este tema es bastante nuevo en nuestro país, ya que comenzó a estudiarse hacia la segunda mitad del siglo XX, cuando gran parte de la población cumplió 50 años, no obstante se sabe que la democratización de la supervivencia hasta la madurez es el eje que ha articulado toda esta investigación. Este fenómeno trascendental es el gran olvidado ante los datos demográficos de quienes siguen pensando en términos tradicionales acerca de la mortalidad y la reproducción humana, ya que ponen más atención en los nacimientos, muertes, cuántos somos, que en la gente mayor que aún no ha muerto; discriminando de cierta forma a este grupo de edad que solo toman en cuenta para asuntos políticos.

Por esto mismo, en los últimos años el envejecimiento en México se ha vuelto el centro de atención para muchos investigadores, políticos, trabajadores sociales y personas dedicadas a las causas de interés social, puesto que todo parece indicar que la actual pirámide de población en la que los infantes forman la base, se invertirá drásticamente hasta que los adultos mayores se conviertan en el pilar de la sociedad. En el presente trabajo se propone emplear el concepto de "madurez de masas" como eje para una nueva comprensión de los actuales cambios en las edades, en los roles de género, en el papel de las familias y en las funciones públicas de bienestar.

Entonces es importante analizar las consecuencias sociales de la creciente supervivencia generacional, ya que pese a tener su originario foco de interés en los cambios protagonizados por las edades maduras y avanzadas, centra la atención en las consecuencias del descenso de la mortalidad para los ciclos vitales en su conjunto, desde el nacimiento hasta la vejez. Este tipo de visión que analiza a las edades como distintas etapas en la vida de las personas y no como distintos grupos de edad coexistiendo en un mismo momento, se conoce como "óptica generacional"; sin embargo lo más común es que la interacción entre los cambios demográficos con los sociológicos se investiguen desde una "óptica transversal", desperdiciando así la oportunidad de entender los nuevos perfiles de la madurez como una consecuencia de los cambios vividos desde la cuna por las generaciones que actualmente tienen tales edades. De tal manera que se ha perdido la capacidad de predecir cambios futuros en la significación social de estas edades, lo cual podría conseguirse atendiendo a las características de los recorridos vitales de las generaciones que se acercan a cumplirlas.

Ante la posible inversión de la pirámide poblacional es innegable el incremento de la población de adultos mayores, que a su vez aumenta la ocurrencia de demencias no solo en nuestro país si no en el mundo; no porque necesariamente al envejecer se tenga que adquirir una demencia sino porque al envejecer aumenta el riesgo ya que esta población es la más vulnerable a dicho padecimiento.

No se ha logrado encontrar una cura que pueda revertir el proceso o un indicio que ayude a evitar que ciertas personas padezcan demencia, además de suponer que mientras más redes neuronales haya en el cerebro más tardará en dar dicho padecimiento, basándonos en la teoría de la sinapsis en donde mientras más sinapsis se haga más se tardará en perder ciertas habilidades, pues aunque se dañen algunas redes neuronales quedarán otras; a causa de la poca existencia de centros de apoyo para dicha población o la sobre demanda que lleva a una deficiente o no muy completa atención a los pacientes; se decidió realizar este trabajo puesto que todo ser vivo tiene derecho a mantener su calidad de vida en un grado estable a pesar de cuales quiera que sean sus circunstancias y como apoyo a futuras generaciones que serán las que se tendrán que enfrentar realmente al problema del envejecimiento generalizado, junto con los casos de demencia que este pudiera ocasionar.

Los objetivos de esta practica son: rehabilitar a la muestra de pacientes elegidos en la Fundación Alzheimer, "Alguien con quien contar", para que no avancen los diferentes tipos de demencia que padecen, esperando se puedan diseñar y aplicar programas enfocados a la población demenciada en general, ya que se sabe que este padecimiento es incurable pero puede ser retrasado el daño cognitivo, con base en un cambio cognitivo conductual, ayudándolos a que recuperen o mantengan su calidad de vida hasta el día de su fallecimiento.

Programa que se apoya en cinco aspectos principales de calidad de vida:

a) El estado emocional, disminuyendo y controlando la ansiedad que les provoca su conciencia de enfermedad.

b) El estado físico, al ejercitarlos para que no pierdan sus capacidades motoras.

c) El aspecto cognitivo, realizando diferentes actividades que les ayuden a no perder las habilidades cognitivas que les quedan.

d) El área social, al integrarlo a actividades grupales para que trate con otra gente sin problemas.

e) El factor económico, para que dentro de las limitantes que pueda haber no falte lo esencial en el hogar.

ANTECEDENTES

1.1- ANTECEDENTES CONTEXTUALES

La calidad de vida es un proceso que integra todas las necesidades humanas tanto materiales como espirituales es por esto que al intervenir en calidad de vida se deben analizar todos sus elementos, todos sus componentes, los cuales según Flanagan (2005) deben de ser: el confort material, todos aquellos elementos que hagan para la persona un entorno agradable, salud en todos sus aspectos, seguridad personal, buenas relaciones interpersonales, de pareja, familiares, amistad, aprendizaje; la comprensión de uno mismo, papel que jugamos en el medio, la capacidad para el trabajo, el acceso a fuentes laborales, la oportunidad de auto expresión creativa, ayuda a los demás, la participación en asuntos públicos, la socialización, tiempo para el descanso y actividades recreativas.

Aunque la calidad de vida depende de muchos factores, como personas podemos tomar algunas medidas que nos pueden ayudar a mejorarla, entre ellas, pasar más tiempo con nuestros hijos, pareja, practicar alguna disciplina extra, deportiva o cultural que sea de nuestro agrado, cultivar el hábito de lectura, instauración de una dieta balanceada y sana, manejar adecuadamente el estrés, realizar actividad de índole social.

Asimismo, la persona que realiza alguna actividad para ayudar al prójimo, lo ayuda a crecer como individuo e incrementa notablemente su calidad de vida, para lo cual también es importante la adopción de estilos de vida saludable.

El marco de referencia básico de la Calidad de Vida integra holísticamente, entre otras, a la Calidad Humana, la Calidad Social y la Calidad Total.

La acción del neuropsicólogo clínico se dirige desde el punto de vista asistencial a dos grupos poblacionales de diferente etiología, pacientes comunes (con déficit cognoscitivos unidos al desarrollo) y pacientes con daño cerebral, ya que pesar de la unión de diferentes grupos de profesionales para la atención de esta población, sus necesidades asistenciales son evidentes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2006), se calcula que el 6% de las personas mayores de 65 años y del 12 al 15% de las personas mayores de 70 años, presentan una demencia de una u otra etiología. El geriatra, aunado al neurólogo, participa en el diagnóstico para un manejo adecuado de los pacientes seniles o dementes, pero se requiere también del psicólogo en aspectos relacionados con el diagnóstico diferencial, para el manejo de diferentes tipos de pacientes.

El aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial. Las proyecciones señalan que, entre el año 1980 y el 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%; con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad, ya que si es cierto que no todos los adultos mayores enferman de algo, también es cierto que el porcentaje de personas mayores con diferentes tipos de padecimientos aumenta constantemente, entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia, junto con la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, determinando un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.

1.2- ANTECEDENTES TEÓRICOS

1.2.1. Calidad de Vida

Existen numerosas intervenciones psicosociales propuestas para el tratamiento de los pacientes con demencia: unas enfocadas al entrenamiento de funciones cognitivas, otras al tratamiento de los problemas de conducta, dirigidas específicamente a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental o enfocadas al núcleo familiar. Mejorar la calidad de vida del paciente con demencia es uno de los objetivos primordiales de su cuidado, así que es importante determinar tal calidad de vida de manera fiable, la cual puede definirse según Dorsch (2005); como un juicio que ayuda a evaluar en que medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora; es el ideal para la autorrealización.

De tal manera que una de las evaluaciones que se realizarán será la de calidad de vida, ya que es el principal criterio que se tomará en cuenta para esta práctica.

A través del razonamiento podemos entender los procesos personales, hacerlos satisfactorios para nosotros y la gente que nos rodea, por medio del control interno, la decisión, la disposición para cambiar viejas ideas que no permiten la superación para estar tranquilos o ser felices; ya que varios autores han postulado que aún en circunstancias muy adversas de la vida es posible encontrar sentido o razón de ser, solo es cuestión de atreverse a intentar un cambio en la estructura psíquica del individuo que permita incrementar la satisfacción en relación a lo vivido o a las esperanzas de mejorar, para que consecuentemente incremente la calidad de vida.

Es relativamente poco el tiempo que los seres humanos vivimos y bien vale la pena reflexionar si se ha aprovechado el tiempo en sentirse satisfecho o se ha vivido frustrado. No importa la edad ni el ciclo vital por el que se esté atravesando; siempre se está a tiempo para intentar un cambio en los estilos evaluativos de las propias actitudes frente a la realidad, siempre hay tiempo para experimentar cambios adaptativos.

Las emociones tienen una relación directa con los acontecimientos que sobrevienen en nuestras vidas diariamente y viceversa, unas se producen en función de la evaluación que hagamos de las otras, es decir, entre el contacto que tiene la realidad con la producción de emociones se intercala la evaluación en forma de diálogo interior, si este es positivo las emociones se hallarán de igual manera, creando acciones más correctas, encaminadas a un mejor desarrollo o desenvolvimiento de sí mismo, producen bienestar que permite disfrutar la vida, reforzando igualmente el contacto con la realidad; de igual forma si las emociones son negativas o erróneas las acciones subsecuentes se verán potencialmente dañadas, ya que generalmente son diálogos punitivos o exagerados que producen sensaciones de inconformidad o malestar.

De esta manera podemos encontrar diversos pensamientos tanto positivos como negativos por ejemplo: -¿por qué habría yo de insistir en recordar únicamente horas malas de mi vida, si tengo miles de horas de recuerdos bonitos?-; o negativos como –tengo todo en la vida, pero me hace falta algo para ser feliz-. Por lo cual se revisa el análisis transaccional, en el que según Berne (2006), este tipo de guiones son conjuntos de instrucciones que los hijos reciben de sus padres, distinguiendo a los triunfadores que conocen sus limitaciones para plantear metas que tarde o temprano alcanzaran; de los fracasados que nunca cumplen lo que proyectan o proyectan objetivos irreales, se esclavizan a un pensamiento no racional que limita su capacidad de superación y creatividad.

Para una mejor visualización de lo que se acaba de mencionar, se presentan las cinco áreas que se tomaran en cuenta como círculos de calidad de vida (Figura 1), cada una de estas, está separada del centro en cuatro círculos que significan el grado de satisfacción en el que se está viviendo en el momento de la evaluación (baja, media baja, alta y muy alta).

El círculo es una herramienta para diagnosticar la calidad de vida de manera sencilla, observando que partes de la vida necesitan de mayor atención para su adecuado desarrollo, así como para orientar cambios en el futuro.

La formulación de acciones de mejoramiento y satisfacción en las diferentes áreas de la vida deben de ser en plazos de 3 a 12 meses. Al finalizar se debe reevaluar la situación de calidad de vida que guardan las personas que se comprometieron con las acciones.

De esta forma, los círculos de calidad de vida sirven para evaluar continuamente si se está dirigiendo a alguien por el camino adecuado.

Círculo de calidad de vida

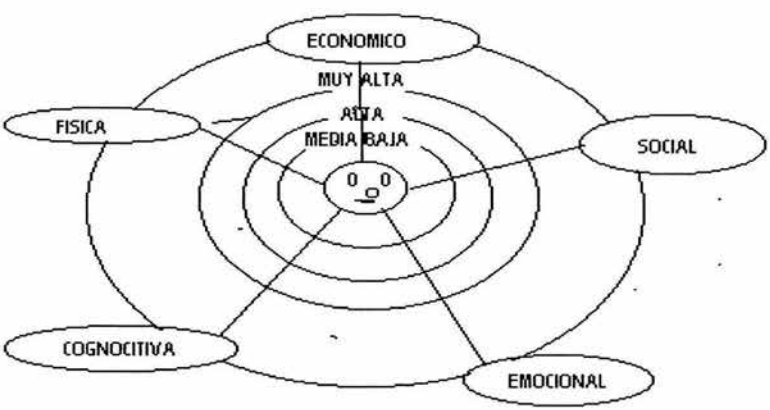


Figura 1. Factores que influyen en la satisfacción personal

1.2.1.1. Áreas de calidad de vida

Las circunstancias de la vida pueden subdividirse en decenas de fragmentos. Dependerá de la complejidad de estas, el que se tenga más o menos criterios de calidad en los procesos de vida; así como también en cualquier persona influyen los siguientes factores en la satisfacción personal: vida intelectual, familiar, física, social, emocional, económica, espiritual, laboral; los cuales se simplifican en cognitivo, social, emocional, económico y físico. Procesos que se tomaran en cuenta como pilar principal de la presente práctica.

*Área Cognoscitiva: Capacidad de pensamiento, conceptualización, juicios abstractos, comunicación a través del lenguaje. El adecuado pensamiento es un instrumento para representar, evaluar o resolver problemas; de otra manera crea confusión, aumenta los problemas; cada persona tiene estilos distintos de pensamiento, diferentes instrumentos de confrontación, medios para lograr el entendimiento; la capacidad de pensar, representando la realidad a través de ideas e imágenes, así como la razón y el juicio. Por lo que la calidad de vida tiene que ver, con la calidad de lo que se piensa; los razonamientos no deben de ser exageradamente competitivos ni destructivos o la calidad de vida será muy baja.

Es importante mencionar que los puntos que se podrían considerar por los profesionales de la salud mental para evaluar los diferentes aspectos relacionados con el intelecto positivo o satisfactorio, lograrían resumirse como: pensar bien de sí mismo para pensar bien de los demás, buscar el lado bueno de las cosas, no amargarse la vida con pensamientos autodevaluativos, utilizando el talento intelectual como arma creativa de superación personal.

*Área Emocional: La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo, caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos (Orbis, 2005).

Siempre está acompañada por una reacción del organismo, tales como cambio de signos vitales, puede subir la presión, se acelera el pulso, hay vasodilatación o vasoconstricción, el ritmo respiratorio se altera; alterando el estado de paz y tranquilidad en el que el cuerpo trabaja. En otras palabras son estados de ánimo que impactan positiva o negativamente al funcionamiento del organismo.

En muchos casos son el resultado de los pensamientos, se puede decir que pensar en cosas desagradables, por lo general produce una serie de emociones sumamente desagradables; las emociones resultantes de los pensamientos van a ser positivas o negativas en función de las características de lo que se esté pensando.

Fundamentalmente, la calidad de vida emocional va a estar íntimamente ligada a los contenidos del pensamiento y en segundo lugar con las emociones adaptativas; resultado de la interacción con los sucesos de la vida diaria; encontramos emociones negativas, como cólera, odio, avaricia, egoísmo, impulsos destructivos; o positivas tales como el apego, amor, consideración, impulso cooperativo, participativo, tolerante. Con base en esto se evaluará que tanto las emociones que produce la persona son adaptativas mejorando sus relaciones o que tanto no lo son por lo que entorpecen sus vínculos con otras personas.

En síntesis, la calidad de vida emocional va a estar en función de que tan oportunas o adecuadas sean las emociones para la adaptación a la vida diaria para sentirse satisfecho consigo mismo y con los demás. Al final de cuentas, la satisfacción es un sentimiento que refleja estar contento ante la labor cumplida.

*Área Física: La salud definida por la OMS (2006) como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden perder irremediablemente; empieza por el cuerpo, por el estado físico, procurar la salud corporal es primero: "mente sana en cuerpo sano".

La calidad de vida, en cuanto al estado físico, va a depender de que tanto se invierta en la conservación del cuerpo sano.

Según Dorsch (Op. Cit.) se pueden identificar cuatro factores como vitales para la conservación de un cuerpo saludable:

1. Alimentación: Una dieta balanceada en proteínas, grasa y carbohidratos producirá efectos benéficos para un cuerpo necesitado de tales nutrientes. Cualquier exceso o disminución en los aportes antes mencionados producirá cambios inadecuados en el aprovechamiento del cuerpo.

2. Ejercicio: El cuerpo necesita de este para conservarse en forma, funcionando adecuadamente; existen muchas técnicas que tienen por objeto mover los músculos, conservarlos para mantener la caja toráxica en condiciones saludables, en cuanto a oxigenación y extensión de las paredes estomacales. Sin embargo, es importante considerar las limitaciones propias de cada edad con la que se va a trabajar.

3. Descanso: El cuerpo necesita ratos de ocio, en los que pueda descansar confortablemente y por supuesto, momentos de sueño reparador en condiciones atractivas para el organismo.

4. Evitación de estrés: No existe nada más desgastante para la salud del organismo que la exposición prolongada a situaciones estresantes.

En resumen la calidad de vida física será el resultado de la combinación de estos factores.

*Área Social: Resultado de las interacciones que los seres humanos tenemos con los demás en la calle, oficina, hogar, escuela, en todas partes. Son fórmulas para integrarse a la sociedad en que se vive y la manera que se tiene de sentirse satisfecho por las acciones emprendidas hacia la sociedad. Más que sentirse la víctima de lo que la sociedad promueve, el hombre que busca calidad de vida social, debe insistir sobre los cambios que pueda promover él en los otros.

En las interacciones sociales se suscitan muchas emociones, la persona se ve obligada a escuchar, tolerar, comprender, reír y jugar con otros; se ve disminuida la intimidad de rituales para todo. Todo es interacción, modales, educación, valores, respeto, en fin, múltiples cosas juntas en una sola experiencia de intercambio individual.

No es importante lo que uno puede llegar a pensar que los otros hacen para enfurecernos, lo realmente transformador es lo que uno puede hacer por sí mismo en la relación con otros para obtener satisfacción; así mismo, esta dependerá de la aceptación de los demás, tal y como son, es la renuncia de tratar de modificarlos a la fuerza para que complazcan el modelo que se tiene de ellos.

En este campo de las interacciones sociales podemos integrar el aspecto familiar, por ser la base de toda interacción que se establezca a lo largo de la vida, por ser la primera y un modelo de sociedad.

Es toda una vida la que se pasa al lado de la familia, ya sea en la que se nació o en que se ha seleccionado; por esto es de vital importancia encontrar formulas que permitan hacer de esa relación un sistema satisfactorio. De tal suerte que una sola persona si tiene suficientes miembros vivos para hacerlo, puede tener muchas interacciones satisfactorias o insatisfactorias.

Otro factor que debemos contemplar en este campo es el laboral, por ser otro ámbito donde se suele convivir con otras personas durante gran parte de las

horas del día, además de que el trabajo en la vejez puede quedar gravemente delimitado lo cual puede causar un sentimiento de inutilidad en el adulto mayor causando depresión, no se puede esperar que un anciano salga a trabajar como cargador de cosas muy pesadas, pero sí se pueden poner metas accesibles a sus habilidades conservadas, ayudándole a no perderlas y sentirse útil.

*Área Económica: La ambición lleva a las personas a distraerse en sus objetivos materiales, a tal extremo que cuando quiere reaccionar ya se le ha pasado la vida; Schopenhauer decía, "El hombre gasta su salud en aras de obtener dinero, en cambio en la vejez gasta dinero tratando de recuperar la salud". Nuevamente la esclavitud del tiempo, cuando la persona reacciona, ya es vieja.

No importa que una persona sea más joven que los propios abuelos, importa que se sienta que la vida y la salud se están escapando de las manos mientras se piensa qué se puede hacer para incrementar la capacidad económica.

Satisfacción es considerar con prudencia, junto con el aspecto económico, otras áreas de la vida, es reflexionar en la importancia de la salud, de las interacciones, la familia, entre otros aspectos. Quizá se pueda vivir satisfecho con menos cosas de las que se piensa se necesitan.

1.2.2. Envejecimiento

Uno de los problemas en el estudio del envejecimiento es que para la mayoría de las personas no existen límites claros entre el envejecimiento y las demencias, por lo que se debe resaltar la importancia de aclarar que el índice de demencias únicamente aumentara de manera proporcional en que aumente la población de adultos mayores, aunque no necesariamente por llegar a una edad adulta se padecerá demencia, sino que se debió haber tenido un antecedente, ya sea hereditario, de historia clínica o haber tenido un hecho desencadenante.

Como se muestra en la tabla 1, habría que diferenciar que en el envejecimiento "normal" a demás de lentitud en las respuestas motoras, existen perdidas sensoriales y de memoria reciente; en cambio en las demencias, además de lo anterior, existen mayores dificultades en las funciones cognoscitivas, por ejemplo:

- Anomia, en donde olvida los nombres de parientes cercanos e incluso cosas comunes que utiliza a diario.
- Agnosias, desconociendo por completo todo lo que le rodea, sin saber para qué sirve, que es o cualquier característica física.
- Lagunas mentales, olvidando diferentes períodos de su vida, quedándose con huecos en blanco que le causan incertidumbre e inseguridad.
- Desorientación espacio-temporal, sin saber en donde se encuentran ubicadas las cosas e incluso él/ella físicamente, desconociendo hasta su propia casa, sintiéndose perdidos al no encontrar un lugar donde se sientan alojados y perdiendo por completo la noción del tiempo, sin saber en qué día viven, que año o qué hora es.

Todo esto va ocasionando que poco a poco los pacientes, cada uno a su ritmo, vayan perdiendo la capacidad de valerse por sí solos en diferentes grados; hasta que terminan por no poder hacer nada, ni mover sus órganos internos para las actividades básicas de un ser humano, lo cual los puede llevar a la muerte.

TABLA 1. DIFERENCIAS ENTRE ENVEJECIMIENTO NORMAL Y DEMENCIAL

PROCESO COGNITIVO	*ENVEJECIMIENTO NORMAL*	*ENVEJECIMIENTO DEMENCIAL*
MEMORIA	**Pérdida lenta y progresiva, disminuye peso y volumen cerebral.* **Atrofia de los hemisferios cerebrales.* **Aumento de los surcos cerebrales.* **Disminución del córtex.* **Dificultad para evocar datos concretos.* **Dificultad para hallar palabras justas.* **Disminución de la capacidad de fijar una nueva información.* **Afecta memoria episódica y semántica.*	**Pérdida acelerada y global de las funciones mentales.* **Dificultad para dar el nombre exacto a las cosas.* **Lagunas mentales, conserva recuerdos antiguos.* **Desorientación en el tiempo y en el espacio.* **Conversaciones incoherentes.* **Deterioro físico y mental.* **Olvido de hechos recientes.* **Se altera la memoria temporal retrógrada.*
LENGUAJE	**No se altera.* **Vocabulario no cambia, mejora con la edad.* **Puede presentar dificultad en la comprensión de estructura gramatical compleja.*	**Trastornos lingüísticos.* **Dificultades para encontrar palabras.* **Presencia de anomia.* **Se altera la repetición de frases.* **Dificultad para comprender órdenes semánticamente complejas.* **Se altera la generación de palabras fonológicas y semánticas.*
PERCEPCIÓN	**Cambios sensoriales y perceptuales.* **La agudeza visual y auditiva disminuyen.* **Dificultad para adaptarse a la oscuridad y para discriminar diferentes niveles de iluminación.* **Dificultad en la exploración visual.* *El olfato y el gusto no se alteran.*	**Es más rápido el deterioro a nivel visual, audición, gustativo, sensitivo y olfativa*

Lo que se une a todos aquellos padecimientos a los que son propensos los adultos mayores, sin necesidad de que forzosamente los padezcan, tales como:

- Incontinencia urinaria
- Osteoporosis
- Fractura de cadera
- Úlceras de decúbito
- Problemas prostáticos
- Glaucoma
- Accidentes cerebro-vasculares

Es importante mencionar que no necesariamente por ser adultos mayores deben padecer de alguno de estos, puede ser también que toda su vida hayan sido personas sanas y lo sigan siendo hasta el momento de su muerte.

La atrofia normal de estructuras subcorticales refleja el declive de las funciones cognitivas superiores de primer orden afectadas por el envejecimiento normal: memoria, velocidad, funciones motoras, funciones visoperceptivas. La degeneración del sistema nervioso central afecta de forma muy distinta a diferentes personas, similar a lo que ocurre con el estado físico e intelectual; además aunado a esto, la senectud se asocia con una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos, por ejemplo, la agudeza visual, así como la auditiva disminuyen, un alto porcentaje de personas mayores de 65 años son hipermétropes, es decir, presentan una pérdida de la visión cercana, ya que el endurecimiento del cristalino impide la proyección de las imágenes visuales sobre la retina o porque no se logra enfocar los objetos. Los adultos mayores presentan igualmente dificultades para adaptarse a la oscuridad, para discriminar diferentes niveles de iluminación, ya que la pupila disminuye de tamaño con la edad; también pueden padecer hipoacusia, que es la dificultad para discriminar frecuencias altas.

Los cambios asociados al envejecimiento normal revelan una disminución de peso y volumen cerebral, la presencia de atrofia de los hemisferios, aumento de tamaño de los surcos cerebrales, disminución del córtex y la dilatación de los ventrículos (Terry y Cols. 2002).

En algunos casos el córtex tiene una disminución del 30% a los 80 años, dañando la motricidad fina como ensamble, colocación de objetos o los movimientos rápidos como reflejos; la pérdida celular es del 40% en las áreas frontales y prefrontales, modificando el control de impulsos, la planeación a futuro, la asociación de ideas, por lo cual no unen sus pensamientos teniendo solo un cúmulo de ideas sin relación aparente para él, además interviene en el conocimiento, la inteligencia, la memoria; por ejemplo, después de un estímulo sensorial, como la visualización de un nuevo objeto, éste es archivado, para ser almacenado por la memoria durante un corto periodo o a veces de forma más permanente en determinadas células nerviosas del cerebro; cuando el objeto se ve de nuevo, la memoria se activa reconociendo el objeto. El que un anciano pueda recordar hechos de la infancia es un ejemplo de la extraordinaria capacidad de almacenamiento del cerebro.

La memoria remota es la evocación de datos o hechos previamente registrados; no todas las épocas de la vida son igualmente rememoradas; los sucesos más frecuentemente evocados de forma espontánea pertenecen a las edades situadas entre los 15 y 25 años, entre los factores que contribuyen a la dificultad de evocación están el tiempo pasado desde la última evocación, la frecuencia de sucesivas evocaciones, el contexto de la evocación. La capacidad de fijar una nueva información es una de las funciones de la memoria más afectada por el envejecimiento de ambos tipos; el cual afecta todas las modalidades: corto, mediano o largo plazo; verbal o visual, episódica o semántica.

No todas las funciones lingüísticas se mantienen inmodificables por el paso del tiempo. El vocabulario, por ejemplo se mantiene sin cambios o mejora con la

edad, en cambio la fluencia verbal padece un claro declive (La Barge, Cols. 2006). Estos resultados son lógicos, dado los componentes no verbales de las tareas de fluencia verbal: velocidad, capacidad para atención mantenida, velocidad de procesamiento cognitivo y producción motora (Junque, Jurado et. al. 2004). En las tareas que exigen la comprensión de estructuras gramaticales complejas se presentan dificultades, ya que requieren un procesamiento con esfuerzo, es decir, que el vocabulario por sí mismo no se daña debido a su contenido no verbal sino al contrario, según Feggy Ostrosky 2006, puede hasta irse enriqueciendo, pero como las funciones de primer orden están dañadas, no se recuerdan las palabras, aparece dislexia al no poder escribir o leer, agnosia al no reconocer las letras.

El análisis de los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2006, permite examinar la importancia que tienen el deterioro cognoscitivo individual "normal", comparado con el deterioro cognoscitivo más dependencia funcional en la población mexicana, así como la relación que ambos trastornos tienen con algunas enfermedades crónicas características del adulto mayor.

Existen tipos celulares y áreas cerebrales más propensas que otras a sufrir daños en relación a la edad, además hay una variabilidad individual en el momento y alcance de estos cambios, ya que el deterioro neurológico y de las demás funciones de la persona con envejecimiento normal difiere en la velocidad con que sucede en el envejecimiento demencial.

A parte de las dificultades en la exploración visual, así como en los movimientos exploratorios, los de seguimiento se alteran levemente de manera pronunciada en casos de atrofia cortical; se les altera el proceso perceptual, además en el envejecimiento normal el sentido del olfato, así como el gusto no parecen sufrir mayores cambios a través del tiempo, son los últimos en deteriorarse, por el contrario de la demencia tipo Alzheimer en donde se pierden estos sentidos rápidamente, ya que se han descrito disfunciones olfativas importantes en pacientes con esta enfermedad.

Como ya se menciono, el lenguaje es una de las funciones cognitivas menos afectada por el envejecimiento normal (Goldestein, Shelly 2001), contrario al trastorno lingüístico que constituye una de las primeras manifestaciones de demencia en la enfermedad de Alzheimer, ya que este permite diferenciar entre la enfermedad de Alzheimer y la pseudodemencia depresiva.

1.2.3. Demencia

La Demencia, del latín demens, es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Puede afectar particularmente las áreas de la memoria, la atención, la resolución de problemas, aunque en los estudios posteriores puede notarse pérdida de orientación espacio-temporal o de identidad, la cual puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden.

Las demencias son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen está en causas diversas, las cuales se están convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Retomando, la sintomatología de las demencias, que se ha venido manejando desde párrafos anteriores, se inicia con perturbaciones de la memoria reciente, siendo frecuente que el sujeto no pueda repetir alguna palabra que ha leído u oído pocos minutos antes, aunque tiene perfectamente conservada la memoria de los hechos antiguos, este déficit le hace perder los objetos usuales u olvidar dónde los ha guardado, con el paso del tiempo esta alteración de la memoria se va haciendo más marcada, afectándose por períodos más largos, siempre desde el presente hacia el pasado. Posteriormente se produce desorientación en el tiempo y el espacio, con desconocimiento de la fecha o la imposibilidad de orientarse en lugares poco frecuentes, posteriormente en lugares familiares, llegando incluso a desconocer su propia habitación. Presentan

alteraciones del lenguaje, siendo característico que no terminen las frases o sean entrecortadas con silencios, dando generalmente respuestas que no corresponden con la pregunta. Todo ello hace que con el tiempo presenten dificultades para desarrollar las actividades habituales, llegando al cabo de muchos años a depender totalmente de otra persona incluso para sus actividades biológicas más básicas, hasta que fallecen.

Existen cambios en el estado de ánimo; en el paciente con demencia, a grandes rasgos pueden presentarse impulsividad teniendo reacciones inesperadas, no razonadas; apatía al no encontrarle sentido a nada debido a la conciencia de enfermedad hasta poder caer en un aplanamiento total; frustración al saber que tienen una enfermedad que no se curará, luchar para que no aparezcan los síntomas sin lograrlo; trastornos del sueño a causa de la ansiedad generada por el padecimiento o el temor a no despertar o fatiga vespertina debido al desgaste que hace para mejorar; comportamiento sexual inadecuado, sobre todo en la demencia tipo Pick, ya que aparece una desinhibición que causa que el paciente tenga actos de exhibicionismo; actitudes o comportamientos difíciles por sentirse confundidos al perder poco a poco su identidad; agresividad al no saber manejar todo lo que sienten; terquedad, falta de cooperación, atesoramiento en un intento de no perder las cosas, guardando lo poco que les queda; conductas posesivas, sobre demanda, preguntas repetitivas, acciones monótonas al olvidar que ya hicieron o dijeron ciertas cosas; agitación, delirio debido al daño orgánico.

Asimismo, los trastornos afectivos más comunes que acompañan a las demencias en un porcentaje elevado de casos, es la ansiedad y la depresión ante la sensación de sentirse perdidos, confundidos e impotentes ante lo que les está pasando, ya que en ningún momento pierden la conciencia de enfermedad.

Como se menciona anteriormente, un síntoma importante por ser de los primeros indicadores para identificar el inicio de una demencia es que la persona presente trastornos en el lenguaje.

De acuerdo a los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiátrica, 1994), la demencia es considerada un trastorno mental orgánico, un síndrome en el cual se desarrollan múltiples déficits cognoscitivos que incluyen alteraciones de memoria reciente, aunadas por lo menos a una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, donde se afecta tanto la comprensión como la expresión de poder hablar normalmente, incapacidad para nombrar las cosas a pesar de saber que son o no se comprende lo que se escucha; apraxia, incapacidad para mover total o parcialmente el cuerpo; agnosia, es decir, alteración de las funciones ejecutivas, el juicio, pensamiento abstracto, cambios en la personalidad o la conducta. Estos déficits deben ser lo suficientemente severos como para ocasionar alteraciones en el funcionamiento laboral o social del individuo, deben representar el decremento de un nivel previo de funcionamiento anormal. Según el DSM-IV la demencia puede ser progresiva, estática o en remisión, lo cual depende de la patología acompañante, la eficacia de un tratamiento adecuado y oportuno. También puede ser de tipo medio donde se olvidan acontecimientos cotidianos pero al repetir varias veces las cosas se facilita el recuerdo o grave donde se olvidan números o nombres, hacer o que se hicieron ciertas cosas, evocar situaciones cotidianas sin lograr el recuerdo, todo depende del grado de memoria que se mantenga.

El DSM-IV da una descripción generalizada de lo que es el síndrome demencial, separándolo del síndrome amnésico; a diferencia del CIE10 que además de hacer una descripción general como un síndrome crónico o progresivo con déficits de múltiples funciones corticales superiores como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio, sin pérdida de conciencia que causa deterioro en el control emocional, del comportamiento social o la motivación; también hace una descripción de cada tipo de demencia, separándolas en Alzheimer, vascular, clasificadas en otro lugar como Pick, Creutzfeldt-Jakob, Huntington, Parkinson, por VIH, por ultimo demencias sin especificación; de las cuales se hablara más adelante.

Como se menciona anteriormente la demencia es la pérdida global de las funciones mentales superiores en una persona con un nivel de conciencia normal. Clásicamente se distinguen cuatro periodos de su evolución clínica (García, et. al. 2003):

ESTADIO 1.- En estas fases muy iniciales, el paciente experimenta alteraciones de la memoria relativamente leves, con frecuencia encontrará dificultad para hallar el nombre exacto de las cosas y se equivocará; al mismo tiempo, disminuye su atención, parece perder el interés por lo que le rodea, falla en elementales normas de convivencia social.

ESTADIO 2.- Es una fase todavía leve pero de mayor deterioro. Se caracteriza por importantes lagunas de memoria que empieza a preocupar a la familia, surge la confabulación, ya que trata de disimular su fallo, se desorienta en el tiempo, olvida fechas e ignora aniversarios familiares, con frecuencia cambia de sitio los objetos personales y dice después que le han sido robados.

ESTADIO 3-. Cuando la enfermedad llega a este estadio, la desintegración de la personalidad es virtualmente completa. Se encuentra totalmente desorientado en su persona, en el tiempo y en el espacio, le será imposible mantener una conversación coherente incluso si parece decir cosas con normalidad inmediatamente olvidará lo que acaba de decir, pueden aparecer síntomas corticales, en particular apraxia e incapacidad de llevar a cabo de forma correcta las actividades de la vida diaria.

En esta fase el paciente comienza a deambular sin finalidad, sobre todo en las últimas horas del día y durante la noche.

ESTADIO 4-. Es la fase terminal de la enfermedad, cuando el deterioro físico y mental se hacen evidentes. La marcha se hace ataxica y finalmente es incapaz de caminar, se ha perdido toda la capacidad de comunicación pues no reconoce a los miembros más próximos de la familia y es común la pérdida del control de esfínteres.

En este último periodo el paciente tiene que ser atendido en su higiene personal y hay que darle la comida en la boca, ya que con frecuencia presentan dificultad para la deglución, por lo cual pierde rápidamente peso, por lo que se vuelve más susceptible a las infecciones.

Cabe señalar que este proceso no sigue un orden normativo, es decir, que puede saltar de un estadio a otro de mayor degeneración, no necesariamente el que le siga, sin previo aviso.

Como ya se mencionó, el aumento en la expectativa de vida lleva a resaltar la importancia del estudio del envejecimiento demencial y sus procesos, previendo que el factor de riesgo de adquirir esta patología aumenta potencialmente con la edad, las disfunciones mencionadas anteriormente, que puede sufrir el paciente con dicho padecimiento se pueden relacionar con el envejecimiento cerebral, el cual se define como la pérdida aguda o crónica de la capacidad de adaptación a cualquier cambio necesario para una vida de relación normal. La alteración morfológica que se presenta, desde el punto de vista cuantitativo es la atrofia cerebral que se caracteriza por surcos prominentes, circunvoluciones estrechas y una reducción del tamaño de la mayoría de las estructuras, excepto de los ventrículos que están aumentados de tamaño (Escobar 2001).

Hay también una degeneración del 20% en los núcleos grises subcorticales, como en los ganglios básales, áreas neuronales específicas situadas en la base del cerebro, encargadas de la coordinación de los diferentes grupos musculares, entre otras funciones; disminuyen las monoaminas, tales como la acetilcolina que

conduce los impulsos eléctricos entre las células nerviosas a través de las sinapsis hasta los músculos, causando su contracción, cuando está elevada puede ocasionar narcolepsia o depresión hereditaria; dopamina la cual tiene dos funciones principales, la primera en el sistema músculo-esquelético controlando los movimientos a demás en la vía mesocorticólimbica donde se encarga de regular las emociones, la motivación, la conducta, el sentido del olfato, aparte de diversas funciones autonómicas o involuntarias, como el latido cardiaco o la respiración; por último la noradrenalina que se encuentra en las terminaciones nerviosas del sistema nervioso, que controla con los receptores alfa la relajación intestinal, la vasoconstricción y la dilatación de las pupilas o con los beta el aumento de la frecuencia, la contractilidad cardiaca la vasodilatación, la broncodilatación, la lipólisis, es la encargada de una buena circulación sanguínea, una adecuada presión arterial. Las monoaminas relacionadas con la síntesis de los neurotransmisores presentan, prácticamente todas, una reducción importante con la edad (Coté et. al. 2003).

Estadísticamente, en Latinoamérica se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 a 6%: Uruguay (4.03%), Chile (5.96%), Brasil (3.42%). En la población mexicana se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica, un aumento significativo de casos de demencia, no necesariamente por que al envejecer se tenga que padecer de esta enfermedad, sino porque aumenta la probabilidad de que por herencia genética o por un hecho desencadenante, esta se desarrolle.

Son pocos los reportes científicos sobre la prevalencia de la demencia en la población mexicana, aunque actualmente se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas.

En un estudio realizado en la Ciudad de México en el 2005 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras

que en otro realizado en una comunidad de Jalisco, se reportó 3.3 casos por cada mil habitantes.

Algunas variables sociodemográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardiaca y cerebral, también la hipertensión se ha mostrado que tiene una fuerte relación con el desarrollo de la demencia, por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro.

En la República Mexicana, a través de diversos estudios epidemiológicos, se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento, que permiten conocer con relativa certeza las características del problema. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) en el año 2006.

Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental. En el 2000 se otorgaron 366 963 consultas lo que aumentó en el 2005 a 583 760. En cuanto a los egresos hospitalarios referentes a trastornos mentales se registran en el 2000 3 857 egresos y para el 2005 19 604, lo que corresponde a un incremento de más de 500%.

La población global de demencias varía entre un 7% y un 8%; de acuerdo a los datos del estudio de la Asociación Europea de las Demencias (EURODEM, 2006), quienes mostraron que el número de casos por 100,000 habitantes se duplicaba cada cinco años, hasta alcanzar cifras de prevalencia global de 10-15%, siendo las formas severas el 4% del total del grupo (Jiménez 2001).

El Alzheimer (EA) representa entre 50 y 70% del total, por consiguiente la demencia vascular, junto con otras formas de demencia un 50 a 30%, algunas asociadas a patología sistémica como es el caso de la diabetes e hipotiroidismo; infecciones, como el complejo cognitivo motor asociado al SIDA; enfermedad de Creutzfeldt-Jakob con entidades nosológicas específicas de causa degenerativa o genética como la enfermedad de Pick, demencia frontotemporal, demencia tipo Lewy entre otras. Pocas afecciones repercuten tanto sobre la calidad de vida del enfermo y su familia como los padecimientos demenciales, en particular el más frecuente de ellos, la enfermedad de Alzheimer.

1.2.3.1. Clasificación

Los diferentes tipos de demencias que han surgido poco a poco han causado que numerosos autores hagan variadas definiciones de ellas, un ejemplo de estas es la siguiente clasificación según el tipo de sintomatología y etiología hecha por Gril en 1993; cabe mencionar que la demencia tipo Alzheimer junto con la de Pick debido a la frecuencia con la que estas se presentan, siendo también estas las únicas presentes en la fundación Alzheimer "Alguien con quien contar", son las que se manejan a lo largo del programa ya que los participantes de la practica las presentan.

1-. Enfermedades degenerativas:

a) Alzheimer
b) Pick
c) Enfermedad de Parkinson

d) Enfermedad de Huntington
e) Enfermedad de Wilson
f) Parálisis supranuclear progresiva
g) Demencia del síndrome de Down
h) Degeneración talámica bilateral
i) Esclerosis lateral

2-. Demencias vasculares:

a) Multiinfarto
b) Enfermedad de Binswanger
c) Vasculitis (infecciosas, inflamatorias)
d) Hematomas múltiples, hiperviscosidad, malformaciones vasculares

3-. Demencias infecciosas:

a) Neurolúes (parálisis general progresiva)
b) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
c) Panencefalitis esclerosante subaguda
d) Leucoencefalopatía multifocal progresiva
e) Complejo demencia-SIDA
f) Encefalitis
g) Enfermedad de Whipple
h) Meningoencefalitis brucelar y/o tuberculosa
i) Cisticercos cerebrales
j) Otras meningoencefalitis por bacteria, víricas, parasitarias y hongos

4-. Hidrocefalias:

a) Obstructiva
b) Neoplasias cerebrales
c) Tumores cerebrales primarios

d) Metástasis cerebrales
e) Meningitis neoplásica
f) Síndromes paraneoplasticos (encefalitis límbica)

5-. Demencias metabólicas

a) Degeneración hematocerebral adquirida
b) Hipo/hipertiroidismo
c) Hipo/hiperparatiroidismo
d) Hipoxia- isquemia
e) Enfermedades de depósito (trastorno metabólico que genera acumulación de una sustancia dentro una célula)

6-. Demencias carenciales

a) Déficit de ácido fólico
b) Déficit de vitamina B12
c) Pelagra (insuficiencia para absorber B12 y aminoácidos)

7-. Demencias toxicas

a) Alcohol (síndromes de Wernicke- Korsakoff, síndrome de Marchiafava- Bignami)
b) Fármacos
c) Metales
d) Compuestos orgánicos

8-. Demencias traumáticas

9-. Hematoma subdural crónico

10-. Demencia postraumática

11-. Enfermedades desmielinizantes

12-. Esclerosis múltiple

Por otro lado, la dicotomía cortical-subcortical comenzó a utilizarse desde 1974, cuando Albert, Feldman y Willis, definieron la demencia subcortical en pacientes con lesiones subcorticales que comprometían especialmente el sistema extrapiramidal, las características de esta demencia incluyen lentificación, apatía, dificultades en la evocación de huellas de memoria, subutilización de la capacidad intelectual, además el diagnostico incluye la ausencia de afasia, agnosia y apraxia.

El término demencia cortical se reservó para aquellos cuadros demenciales caracterizados por cambios agnosicos, apráxicos, amnésicos y afásicos, siendo el ejemplo clásico la demencia tipo Alzheimer.

Los conceptos de demencia cortical-subcortical han sido controvertidos en los últimos años por dos razones principales: el compromiso cerebral de un cuadro demencial puede ser al inicio cortical o subcortical, pero a medida que avanza la enfermedad, la demencia subcortical presenta un compromiso cortical, al igual que la demencia cortical involucra estructuras subcorticales; en segundo lugar se ha demostrado que las estructuras corticales frontales participan en la mayoría de demencias subcorticales, como sucede en la enfermedad de Parkinson o en la de Huntington; a pesar de esto, los conceptos cortical y subcortical pueden tener alguna validez clínica en las fases iníciales de la demencia.

Los cambios cognoscitivos que definen a la demencia subcortical se han descrito en la enfermedad de Huntington, Parkinson, Wilson, en la parálisis supranuclear progresiva y en la hidrocefalia de presión normal. En la mayoría de estos pacientes se observan marcados déficits motores, como temblor, hiper o hipoquinesia, rigidez y/o disartria (trastorno del habla causado por el SNC).

Por lo anterior, otra clasificación que se tomo en cuenta es la de Cummings y Benson, (1992); en donde separan las principales causas de demencias basadas en la presentación de síntomas de disfunción en un área determinada, cortical o subcortical.

1-. Demencias Corticales

a) Enfermedad de Alzheimer
b) Enfermedad de Pick

2-. Demencias Subcorticales

a) Síndromes extrapiramidales
b) Enfermedad de Parkinson
c) Enfermedad de Huntington
d) Parálisis supranuclear progresiva
e) Enfermedad de Wilson
f) Degeneraciones espinocerebelosas
g) Metales pesados
h) Miscelánea
i) Postraumática
j) Neoplásica.

En conclusión, la diferencia fundamental es que los pacientes con demencia subcortical muestran lentificación marcada del procesamiento de la información con alteración de la motivación aunado a la atención; en contraste con los pacientes con demencia cortical que tienen, además de la amnesia, combinaciones variables de disfasia, dispraxia y agnosia que pueden correlacionarse con las alteraciones de las áreas corticales de asociación (Bermejo, 2003).

1.2.4. Alzheimer

La pérdida de memoria en el envejecimiento es tal vez la primera manifestación de la enfermedad de Alzheimer (EA), por eso crea un estado de angustia cuando se presenta; en el caso de alguna demencia como esta, la pérdida de memoria es acelerada.

Existe una degeneración progresiva del cerebro caracterizada por la desorientación, la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio. Una de las características que presenta es la pérdida de memoria, la dificultad para evocar datos concretos (semántica) como anomia de ciudades y personas, dificultad en hallar la palabra justa que se está buscando, anomia de un objeto familiar, tener la sensación de que la palabra que se está buscando se tiene en la "punta de la lengua" sin poder encontrarla hasta el punto de desesperarse, tardar mucho tiempo en evocar un hecho que se conoce muy bien causando angustia, marcar un número olvidando a quien se está llamando o llegar al supermercado olvidando lo que se tenía que comprar, puede ser evocado momentos después o en otro contexto; también hay dificultad para recordar fragmentos de la experiencia propia vivida (memoria episódica) como los hechos ocurridos alrededor del nacimiento de su hijo o de las últimas vacaciones. La alteración de memoria en la demencia afecta tanto los hechos importantes como a los irrelevantes, también manifiesta una desorientación temporal, espacial y personal además de fabulaciones en el afán de llenar los huecos de su memoria.

La enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez por Alois Alzheimer, neuropatólogo alemán, en el año 1907; sin embargo, no fue sino hasta 1986 cuando se reconoció a la enfermedad como un problema de salud mundial. Desde entonces, no se conoce otra enfermedad del cerebro humano que haya despertado mayor interés entre los neurocientíficos; en los últimos diez años se ha avanzado en el estudio de esta enfermedad, con un mayor enfoque a la patología de proteínas del citoesqueleto, amiloidosis cerebral, genética molecular y neuroquímica. Actualmente la enfermedad de Alzheimer afecta a 10% de los adultos mayores, por lo que se estima que para el año 2025 existan 80 millones de personas con demencia en África, Asia y Latinoamérica; en México la cifra de adultos que sobrepasan los 65 años de edad, según el INEGI 2006, está alrededor de cinco millones de personas, lo que permite suponer que más de medio millón de adultos mayores son potencialmente susceptibles de padecer esta enfermedad.

La relevancia de la EA como problema de salud mental es que a medida que la expectativa de vida aumenta es mayor la prevalencia de la patología, ya que como se mencionó anteriormente no necesariamente por ser adulto mayor se deba de padecer esta enfermedad sino que aumenta el riesgo de adquirirla, que por cálculos internacionales se sabe tiende a duplicarse cada 5 años.

Actualmente se conocen factores asociados a la enfermedad como son la edad, el antecedente hereditario y el síndrome de Down; todos ellos considerados como factores de riesgo y para los cuales va orientado lo que hoy en día, en materia de prevención.

Para su tratamiento, la ciencia médica aún no tiene la capacidad para cambiar el curso natural del padecimiento, si bien actualmente se les puede ofrecer una mejor calidad de vida al tratar sintomatológicamente el padecimiento. Existe optimismo en cuanto a la investigación farmacológica y a modelos estratégicos para el manejo de la enfermedad.

Esta enfermedad ha sido reconocida como la causa más frecuente de demencia. La demencia tipo Alzheimer (DTA) se inicia usualmente después de los 50 años y representa aproximadamente el 60 % de todas las demencias.

Se estima que la enfermedad tiene características hereditarias: en un 20% de los casos en forma autosómica dominante y el 80% restante implica una mayor probabilidad en miembros de la familia con antecedentes de la enfermedad (Cook Bart & Autis, 2000).

Inicialmente se reconocieron dos formas de enfermedad de Alzheimer: una senil y otra presenil, dependiendo de si los síntomas se iniciaban antes o después de los 65 años. Estudios posteriores demostraron la equivalencia clínica de las dos formas de demencia, por lo que se prefirió el término de demencia de tipo Alzheimer (DTA) para incluir las dos modalidades.

Durante la evolución se ha distinguido tres etapas, Lishman (2001):

1. Amnésica- La cual se caracteriza por desorientación espacial, olvido de palabras en el lenguaje espontáneo, alteraciones en la memoria reciente, dificultades en el cálculo y cambios frecuentes en el estado de ánimo, incluyendo depresión.
2. Confusional- Se observa un decremento de las funciones intelectuales, se acentúa la anomia, apareciendo un lenguaje francamente parafásico, con alteraciones en la comprensión y conservación de habilidad para repetir.
3. Demencial- los pacientes presentan un severo deterioro intelectual y comportamental. El lenguaje expresivo se reduce hasta constituir un cuadro de semimutismo o *mutismo*, con tendencia a la ecolalia; la comprensión se delimita a órdenes muy sencillas. Se puede observar incontinencia de esfínteres y con frecuencia el paciente queda reducido al lecho, en ocasiones asumiendo posiciones rígidas o de flexión. Los reflejos patológicos como succión, prensión, búsqueda y signo de Babinski, se hacen evidentes; la lenificación cortical se refleja en el EEG y la atrofia cortical difusa se hace evidente en la escanografia cerebral. La muerte se produce generalmente por neumonía o por infección urinaria. La supervivencia una vez iniciada la DTA fluctúa entre 5 y 10 años (Cummings, 2005).

1.2.4.1. Lenguaje en el Alzheimer

Las alteraciones del lenguaje en pacientes con DTA consiste inicialmente en dificultades para encontrar palabras, se observan latencias largas para producir la palabra, con reducción en el vocabulario expresivo; posteriormente se observa un olvido de palabras inusuales y finalmente el defecto lexical se hace evidente en palabras de uso frecuente, se pueden observar *parafasias* tanto literales como verbales (Ardila & Rosselli, 2001).

Una de las alteraciones iniciales del lenguaje en el proceso demencial es la anomia, generalmente secundaria a un defecto en el proceso semántico y no a

una anormalidad perceptual (Ross, Cummings & Benson, 2000), a pesar de que pueden hallarse errores tanto lingüísticos como perceptuales. La anomia va progresando en forma paralela con el deterioro demencial. También hay dificultad para comprender órdenes semánticamente complejas, se altera la repetición de frases con contenido lexical complejo, la compresión de lecturas y textos disminuye a medida que avanza el proceso demencial y los defectos de la escritura comienzan a observarse en las etapas avanzadas de la demencia, particularmente en la escritura espontánea y el dictado, la generación de palabras fonológicas y semánticas, es otra función lingüística que inicialmente se altera en la DTA.

1.2.4.2. Memoria

Una de las habilidades más afectadas en la DTA es la memoria. Desde los inicios de la enfermedad el paciente manifiesta olvido de hechos recientes; progresivamente el desorden se va haciendo más prominente. Inicialmente las alteraciones de memoria se refieren a hechos almacenados con un código temporal y espacial (memoria episódica), se compromete la memoria semántica.

Cuando la enfermedad va avanzando el defecto de memoria para nombres, caras e intenciones se convierten en una franca amnesia anterógrada con desorientación temporo-espacial, puede en la amnesia temporal retrógrada que la persona sólo se acuerde de lo ocurrido 30 ó 40 años atrás. Debido a la amnesia retrógrada la persona vive en el pasado, confunde a las personas y esto hace que viva en un estado confunsional.

1.2.4.3. Cambios Comportamentales

Los pacientes con demencia, por definición presentan cambios comportamentales, por lo cual en este tipo de demencia, la anasognosia representa una de sus características, el paciente no evidencia crítica o conciencia sobre la enfermedad que padece; en etapas muy iniciales puede expresar que está sufriendo cambios en su memoria, demostrando angustia y depresión

asociada, sin embargo, muy rápidamente en el desarrollo de la enfermedad, el paciente se muestra indiferente a su enfermedad, trata inclusive de justificar sus defectos. También pueden presentar ideas paranoides con relación a los familiares.

1.2.5. Otros Tipos de Demencia

1.2.5.1. Tipo Pick

Atrofia cerebral focal "cortada a pico" en lóbulos frontales o temporales (más frecuente frontal), que respeta característicamente, a los dos tercios posteriores de la primera circunvolución temporal. Se asocia a pérdida neuronal, gliosis, espongiosis, neuronas con cuerpos de Pick, distintivas de la enfermedad, localizadas en el citoplasma de la neurona desplazando su núcleo hacia la periferia; está constituido por filamentos rectilíneos argirófilos, tau positivos, que se encuentran preferentemente en neuronas de la circunvolución dentada, córtex ,de la capa piramidal del hipocampo y diversas estructuras subcorticales. La segunda lesión característica, la neurona abalonada (células de Pick), se tiñe con anticuerpos antineurofilamentosos, localizados en capas profundas de la corteza cerebral. En la clínica típica hay presentaciones heterogéneas, se caracteriza por alteraciones del comportamiento, desinhibición, cambios de personalidad, apatía con preservación de la memoria, habilidades espaciales y cálculo; defectos frontales en la exploración, signos de atrofia frontotemporal en la TC y Resonancia Magnética (RM) cerebrales y signos de hipofunción frontal en el SPECT. Los pacientes suelen presentar, a lo largo de la evolución inexorablemente progresiva abulia, apatía, desinhibición, irritabilidad, palilalia, ecolalia e hiper-oralidad (análogo al síndrome de Klüver-Bucy).

1.2.5.2. Demencia Vascular

La demencia cerebro-vascular o demencia por infartos múltiples está representada por síndromes heterogéneos con alteraciones neuropsicológicas diferentes, dependientes de la región cerebral afectada y del tamaño de los vasos

sanguíneos comprometidos. Los infartos repetidos corticales o subcorticales conducen a un deterioro cognoscitivo de tipo demencial.

En la demencia vascular cortical predominan alteraciones afásicas, amnésicas, agnósicas y apraxicas, mientras que en las formas subcorticales, se observa más a menudo lentificación, olvido y depresión (Op. Cit.).

El comienzo es generalmente súbito, con un deterioro cognoscitivo escalonado y una evolución fluctuante; se observa una leve mejoría después de cada uno de los infartos vasculares. Se debe buscar antecedentes de lesiones vasculares o hipertensión arterial.

La labilidad emocional acompañada de una relativa conservación de la personalidad integra el cuadro clínico de la demencia vascular (Op. Cit.).

Desde el punto de vista clínico la demencia vascular puede confundirse con la demencia tipo Alzheimer; más aún, es frecuente encontrar una combinación de los dos cuadros (degenerativo y vascular), en aproximadamente un 15% de los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

Las diferencias diagnósticas fundamentales se basan en los antecedentes personales del paciente y las características clínicas de la demencia. En la demencia tipo Alzheimer, el comienzo y el deterioro son de carácter progresivo, mientras que la demencia vascular puede tener un comienzo más súbito y un deterioro escalonado y fluctuante.

Mientras que en los pacientes con DTA rápidamente presentan indiferencia hacia su enfermedad (anasognosia), aquel que sufre una enfermedad vascular conserva la crítica de enfermedad hasta muy avanzado el deterioro cognitivo.

1.2.5.3. Enfermedad de Parkinson

En 1817 James Parkinson incluyó la triada temblor, rigidez y bradiquinesia dentro de la enfermedad que lleva su nombre (Adams & Victor, 2001).

En el grupo de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran aquellas enfermedades o síndromes que involucran la postura y los movimientos, como la enfermedad de Parkinson y los síndromes Parkinsónicos; así mismo la enfermedad de Parkinson se incluye dentro del rubro de enfermedades hereditarias, donde existe una alteración en el cromosoma 4 que afecta núcleos específicos dentro del sistema nervioso central (SNC).

Los síndromes parkinsónicos se inscriben dentro del rubro de trastornos de la postura y de los movimientos secundarios a una enfermedad sistémica o sustancia que afecta de manera directa al SNC, específicamente aquellos núcleos donde se produce el neurotrasmisor, dopamina que se manifiesta con la sintomatología descrita.

La prevalencia es de 1 a 2% en la población en personas mayores de 65 años, un 15% de las personas en edades entre los 65 a los 74 y más de la mitad de todos los mayores de 85 años presentan a la exploración neurológica anomalías compatibles con trastornos extrapiramidales. Se estima que en nuestro país existen alrededor de 400 mil personas que padecen esta enfermedad. En México la incidencia se estima en 44 casos nuevos por cada 100 mil habitantes, de los cuales la mayor parte de éstos son síndromes Parkinsónicos secundarios a lesión del SNC.

Las características clínicas de la enfermedad son primordialmente el temblor de reposo, comprometiendo manos, tobillo y/o cabeza. El aumento del tono muscular produce la rigidez, predominantemente en los músculos flexores, que le confiere al paciente la apariencia característica de postura hacia delante, con ligera flexión de las rodillas, cuello y hombros; los problemas motores se manifiestan en la dificultad para iniciar los movimientos, a demás de gran lentificación en la ejecución de los mismos; lentitud en el movimiento, alteración en las funciones mentales como depresión con o sin ideación suicida, ansiedad y

psicosis, en cambio en el TDA hay afección neuropsiquiátrica que se caracteriza por la inatención e impulsividad, con o sin hiperactividad que afecta el rendimiento escolar.

El control fino del movimiento está severamente alterado con compromiso de la coordinación, existe ausencia de mímica, la carencia de expresión facial (hipomimia), la bradiquinesia y rigidez le dan apariencia de debilidad y letargia, el habla pierde su entonación y prosodia, aparece un lenguaje disartrico.

En etapas avanzadas de la enfermedad de Parkinson se puede desarrollar cambios mentales, que sumados a dificultades motrices constituyen una demencia de tipo subcortical (Albert, 2002). A pesar de que la gran mayoría de estos pacientes presenta severos cuadros depresivos, no todos presentan un deterioro cognoscitivo (Ardila & Roselli, op. Cip.).

1.2.5.4. Enfermedad de Huntington

La enfermedad de Huntington constituye otra entidad degenerativa del sistema nervioso central transmitida de forma autosómica dominante. Es resultante de un gen anormal en el cromosoma 4 (Gussella, 2003), con una expresividad del 100% que afecta a los descendientes con un 50% de probabilidad; se espera que la mitad de los descendientes de un individuo afectado desarrollen la enfermedad, con una incidencia igual para ambos sexos.

La edad de comienzo de la enfermedad es variable, pero la mayor incidencia se encuentra en la cuarta y quinta décadas de la vida.

Al comienzo de la enfermedad se presentan leves sacudidas involuntarias de las manos, los dedos, los hombros o de los músculos de la cara que pueden ser disimulados por el paciente haciéndolos parte de una cadena de movimientos voluntarios. Estos movimientos involuntarios se van haciendo cada vez más abruptos, rápidos y repetitivos comprometiendo progresivamente un grupo mayor de músculos.

Algunos pacientes desarrollan cambios cognoscitivos y comportamentales asociados como disminución en la capacidad de atención, reducción en la memoria y comportamientos depresivos, apáticos y en ocasiones paranoides (Rosselli, 2002); en algunos pacientes las manifestaciones comportamentales y cognoscitivas aparecen aisladas de las alteraciones motrices.

1.2.6. Diagnóstico

La demencia no es una enfermedad de fácil diagnóstico y en un primer momento éste se hace por eliminación realizando múltiples pruebas, de las cuales la mayoría fueron hechas en Estados Unidos, al igual que el modelo de evaluación, los cuales poco a poco se fueron adoptando y adaptando para la población mexicana; sin embargo cabe mencionar que debido a la importancia que ha adquirido el estudio de las demencias en nuestro país, fue creada en México una prueba llamada "Neuropsi" por la doctora Feggy Ostrosky para la evaluación de dichos pacientes.

El diagnóstico de la Demencia atiende el siguiente proceso, el cual fue tomado de modelos de países avanzados para adaptarlo a nuestro país de la siguiente manera, con el fin de cubrir las necesidades de nuestra población, por lo cual también se lleva a cabo en la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar":

1. Historia clínica: el facultativo tendrá que evaluar los antecedentes médicos del enfermo y de su familia.

2. Examen neuropsicológico: el facultativo se tendrá que asegurar de que los síntomas presentados corresponden a una forma de demencia.

Existen diferentes criterios para establecer el diagnóstico de la demencia; los más utilizados son los de la Asociación Americana Psiquiátrica (DSM-IV) y los del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer`s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).

Para evaluar las demencias se pueden utilizar gran número de test de detección entre los que destaca el Mini Mental State Examination (MMSE), muy utilizado por su sencillez y rapidez; para que los resultados sean fiables es necesario que se tenga en cuenta la edad y la posibilidad de padecer otros trastornos, el Mini Mental tiene un puntaje de 30 reactivos en los que se evalúan diferentes habilidades cognoscitivas. Los resultados de esta prueba pueden clasificar al paciente como normal, con deterioro cognitivo o bien con demencia, dependiendo de sus puntajes.

Otra prueba usada para el diagnóstico es el Test Gestáltico Visomotor de Bender, este instrumento es usado para conocer los rasgos de personalidad del paciente y especificaciones de su sintomatología, como en qué área se encuentra un daño orgánico; basado en la realización de 9 figuras a manera de copia y posteriormente de memoria, si es que se quiere explorar esta área.

Para conocer la correlación de las demencias con trastornos afectivos como la depresión; se utiliza la Escala de depresión geriátrica que evalúa cómo se ha sentido el paciente la última semana, con base en 30 preguntas con valor de un punto cada una, para detectar el grado de depresión (normal, media o severa) y la Escala de ansiedad de Hamilton, contestada por el cuidador del paciente, consta de 11 aspectos del estado de ánimo y respuestas fisiológicas que los acompañan; tales como miedo, ansiedad, tensión, insomnio, funciones intelectuales, depresión, síntomas somáticos, cardiovasculares, respiratorios y gastrointestinales; evaluados en una escala del 0 al 4, en donde 0 es igual a ausente y 4 igual a intensidad extrema.

Para evaluar el deterioro cognitivo en las áreas de lenguaje, memoria, habilidad visoconstruccional, juicio y abstracción se utiliza la prueba diagnóstica CASI.

La evaluación isquémica de Hachinski es usada en el diagnóstico para discriminar una demencia de origen vascular de otra de origen degenerativo,

apoyada en 13 síntomas de ambas etiologías, calificadas con 1 o 2 puntos; de tal manera que de 0-4 es degenerativa, de 5-6 mixta y de 7-12 vascular.

El Inventario para el Diagnóstico Clínico de la Demencia DTA (Cumins y Benson, 1986) evalúa las características clínicas específicas de una demencia tipo Alzheimer.

Además del daño cognitivo es necesario evaluar la funcionalidad del paciente en las actividades que realiza por medio de las Escalas de la vida diaria, de las cuales en este caso se decidió utilizar la Escala de Demencia Blessed (Blessed et al. 1968), la cual cuantifica la capacidad de los pacientes con demencia para llevar a cabo las tareas de la vida diaria.

A partir del diagnóstico obtenido mediante las pruebas, se llevan a cabo diferentes tipos de intervención, dirigidas al cuidado de personas con demencia, las cuales están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello lentificar el declive que pudiera venir generado por factores externos (Francés 2004).

Dada la heterogeneidad clínica y el amplio rango de severidad de las demencias, se acepta la necesidad de intervenciones altamente individualizadas, diseñadas en función de las necesidades de los pacientes.

La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación sobre las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a la respuesta de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional.

1.2.7. Rehabilitación

La rehabilitación de este padecimiento utiliza distintos tipos de terapia para llevar a cabo una intervención integral que sea capaz de retrasar el deterioro y

conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional o social.

Técnicamente la terapia es la rama de la rehabilitación que utiliza las actividades humanas para mejorar, mantener o recuperar la independencia en personas con alguna discapacidad, mejorar su calidad de vida y promover la integración a la comunidad favoreciendo el desempeño de sus antiguos roles ocupacionales. A continuación se explican algunos tipos de terapias de rehabilitación.

*Terapia del medio ambiente: Reestructuración del ambiente físico, que debe parecerse lo menos posible a las salas de hospital, combinando las actividades de los pacientes con las del personal. En esta se combate la apatía, dependencia y desorientación por medio de la estimulación, se pretende que los pacientes se hagan responsables de ellos mismos y de otros enfermos.

*Terapia de orientación a la realidad: Técnicas que combaten la desorientación, los trastornos de la demencia y en general, las limitaciones de la misma. Se utilizan apoyos audiovisuales que recuerden la hora, fecha, nombre del lugar, ubicación y el nombre de las personas que rodean al paciente, propiciando la interacción entre los integrantes del grupo (Krasso, 2001).

*Terapia Ocupacional: Se basa en una continua modificación y adaptación de las actividades de la vida diaria, de los entornos físicos y sociales en los que se desempeñan estas tareas.

Los terapistas ocupacionales evalúan al paciente para conocer su nivel de independencia funcional en su hogar, en la vía pública y en su puesto de trabajo. Además evalúan el entorno del paciente para detectar la necesidad de colocar adaptaciones ambientales, indicar el uso de ayudas técnicas o sugerir la eliminación de barreras arquitectónicas, para facilitar la autonomía del individuo y así mejorar su calidad de vida.

La intervención del terapista ocupacional está dirigida a personas que presenten un déficit motor, cognitivo o sensorial que altere su desempeño en las áreas ocupacionales

La Terapia Ocupacional define la ocupación como "los comportamientos a través de los cuales los seres humanos, colectiva o individualmente, forman su espacio en el mundo físico, temporal y social" (Kielhofner, 2000). El término "ocupación" implica el desenvolvimiento o desempeño en las distintas tareas que dan significado a una necesidad individual de sentirse competente y satisfecho al pertenecer al mundo social, validando las propias capacidades, intereses, valores u objetivos adquiridos por la propia experiencia.

El Modelo de la Ocupación Humana está basado en la creencia de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana. Conceptualiza al hombre como un sistema abierto que se desempeña en 3 áreas ocupacionales; que a su vez se involucran de gran manera para el mantenimiento de la calidad de vida del paciente.

Las áreas ocupacionales se dividen en:

- Actividades de la vida diaria o de Autocuidado (AVD)
- Actividades laborales o productivas
- Actividades de juego o esparcimiento

Las Actividades de la Vida Diaria se dividen en Básicas e Instrumentales; las Básicas incluyen la alimentación, la higiene, el baño, el arreglo personal y el vestido. A su vez las tareas de arreglo personal incluyen lavado de manos y cara, cepillado del pelo, cepillado de dientes, colocación de lentes de contacto, aplicación de cosméticos, afeitado, aplicación de desodorante y cuidado de las uñas.

Dentro de las AVD Instrumentales se incluyen el mantenimiento del hogar, el manejo del dinero, el manejo de la medicación, el uso de transporte público o de sistemas de comunicación, preparación de comidas, limpieza de la ropa y la realización de compras.

Lawton (2001) introdujo el término AVD instrumentales para reconocer que una persona necesita desempeñar tareas más allá de las destrezas básicas en los cuidados personales para funcionar independientemente en el hogar y en la comunidad, notó que el desempeño satisfactorio de las tareas de las AVD complejas (cocinar, limpiar, entre otras cosas) requieren un nivel de organización neuropsicológica más alto que el requerido para el desempeño de tareas de autocuidado. Las AVD básicas tienen menor variabilidad en los pasos requeridos para realizarlas; en cambio en el caso de las AVD Instrumentales, cada persona puede tener su propio método para desempeñarlas, es por ello que se debe considerar la evaluación del desempeño pasado del individuo para realizar una comparación de ambos y decidir entonces la intervención del terapista ocupacional.

* Dentro de las actividades productivas se incluyen el trabajo, el estudio y el voluntariado.

* Dentro de las actividades de esparcimiento se incluyen el tiempo libre, la participación en actividades de interés, hobbies, clubes, entre otros.

La intervención de Terapia Ocupacional se puede dirigir a pacientes que presentan:

- Traumatismo de Cráneo
- Accidente Cerebro vascular
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
- Esclerosis Múltiple

- Deterioro Cognitivo leve
- Esquizofrenia
- Depresión
- Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del Movimiento
- Cualquier situación de salud que altere su desempeño en las áreas ocupacionales.

1.2.8. Evaluación de la Terapia Ocupacional:

La evaluación de la terapia ocupacional proporciona información sobre el nivel de funcionalidad del paciente en su medio ambiente y sobre cuáles son los componentes (motores, cognitivos, entre otros campos) que interfieren en el desempeño normal de él mismo. Esta informa acerca de los factores que impiden el desempeño de tareas, si estas deficiencias pueden corregirse y si el paciente debe o puede aprender a realizar las tareas con equipamiento o técnicas adaptadas.

1.2.8.1. Roll del Terapeuta Ocupacional:

- Determinar cuáles son los roles que forman parte del estilo de vida del paciente.
- Determinar que tareas y subtareas necesita desempeñar el paciente en aquellos roles que forman parte de su vida.
- Realizar el análisis de las tareas identificadas para considerar el grado de pericia y destrezas en los componentes del desempeño requeridos para efectuar la tarea.
- Tener en consideración si el paciente demuestra destrezas adecuadas en los componentes de destrezas de las AVD básicas antes de evaluar el desempeño de las AVD complejas.
- Realizar una observación del desempeño de las AVD complejas más importantes.

- Realizar un análisis de las interferencias en el desempeño de tareas.
- Realizar una selección y desarrollo de las estrategias de intervención para mejorar el desempeño de tareas del paciente.
- Abordaje de pacientes con deterioro cognitivo progresivo o no.

1.2.8.2. Terapia ocupacional en deterioro cognitivo

El enfoque terapéutico de las demencias tiene, hasta el momento, una doble vertiente: el tratamiento farmacológico de carácter sintomático y un tratamiento no farmacológico encaminado a frenar el deterioro e intentar superar las dificultades diarias en la atención a estos pacientes; debido a que, como ya se mencionó anteriormente, arrastra una triple reducción de las capacidades del individuo con desintegración de las funciones cognitivas, desorganización motriz y alteración del comportamiento, que traen consigo una inadaptación al medio por desadaptación del propio ser. Por ello el terapeuta ocupacional interviene en 3 niveles: seguridad, readaptación y suplencia del déficit, manteniendo o reestrenando las capacidades restantes.

El tratamiento no farmacológico pretende retrasar y frenar el deterioro en la medida de lo posible, intentando superar las dificultades diarias mediante una reeducación conductual, intentando modificar las situaciones cotidianas que puedan influir en la conducta del paciente por medio de una serie de técnicas y actividades compensadoras.

Por todo esto se decidió tomar una postura ecléctica, conjuntando las vertientes de lo cognitivo conductual enfocadas al mantenimiento de la calidad de vida, retomando que el ambiente hospitalario no lo parezca, readaptándolo para la circulación de los pacientes con demencia, sin tropiezos ni obstáculos, colocando estímulos visuales que les ayuden a recordar o ubicarse en tiempo y espacio.

Estimulándolos a base de terapia ocupacional, a la vez que se les retroalimentaba a nivel cerebral.

1.2.9. Ámbitos de intervención en la demencia

En la intervención de pacientes con demencia es importante recordar que, aunque las capacidades perdidas no se pueden recuperar, es trascendental la estimulación para mantener las capacidades funcionales de los enfermos, que a la vez favorezca una mejor calidad de vida, por lo cual el equipo interdisciplinario que realiza los cuidados debe tener las siguientes consideraciones:

- Para controlar la enfermedad son importantes el ejercicio físico y las actividades sociales, al igual que una adecuada alimentación que ayude al mantenimiento de la salud.
- Planificar actividades diarias que ayuden a proporcionar estructura, significado y logros al paciente.
- A medida que se pierden las funciones, adaptar las actividades y las rutinas para que el paciente participe de acuerdo con sus posibilidades. Mantener las actividades conocidas y satisfactorias.
- Permitir al paciente realizar por sí mismo el mayor número de actividades posibles. La persona que lo cuida probablemente tenga que iniciar la actividad, pero debe permitir que el paciente la realice.
- Ofrecer "pistas" sobre la conducta deseada; por ejemplo poner etiquetas en los cajones, los armarios o los aparadores para indicar su contenido.
- Evitar peligros al paciente eliminando los objetos que puedan suponer un riesgo; por ejemplo las llaves del automóvil o los cerillos, cuchillos, entre otras cosas que puedan dañar al paciente.

- Es importante que las personas que cuidan al paciente, ya sea unas horas diarias o todo el día, entiendan que no pueden dar más allá de lo que ellos quisieran por lo que deben actuar de acuerdo a sus capacidades físicas y emocionales.

1.2.10. Experiencias Similares de Intervención en Pacientes con Demencia

No son muchos los trabajos y estudios realizados sobre la terapia ocupacional o el mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes demenciados, debido, como se menciono en puntos anteriores, a lo nuevo de esta problemática y el poco interés que se ha puesto en esta población sin embargo; un estudio holandés (Dunn, 2005) halló que la terapia ocupacional mejoró tanto las vidas de los pacientes, como de quienes cuidan de ellos.

Aseguró también que los resultados del estudio, sobre los que se informa en este artículo, podrían cambiar la actitud de muchas personas en cuanto a la calidad y esperanza de vida en dicha población.

En el estudio, investigadores del Centro Médico Universitario Nijmegen dividieron en dos grupos a 135 personas de 65 años o más, a las que se les había diagnosticado demencia entre leve y moderada. Un grupo recibió 10 sesiones domiciliarias por parte de terapeutas ocupacionales experimentados durante cinco semanas, quienes les ensañaron a los pacientes varias técnicas para enfrentar el declive mental, al igual que a los cuidadores se les enseñaba algunos métodos para sobrellevar la situación.

Las evaluaciones realizadas entre 6 semanas y 3 meses después de la terapia hallaron que el 75% de los pacientes que recibieron entrenamiento mostró una mejoría en las habilidades motoras y el 82% necesitó menos ayuda en las tareas diarias. El mismo tipo de mejora sólo se observó en el 10% de los que no recibieron el entrenamiento.

Cerca de la mitad de los cuidadores que recibieron el entrenamiento se sintieron más competentes para realizar sus tareas, en comparación con la cuarta parte de los que no lo recibieron.

Según los investigadores, debido a que los resultados como las mejoras en las actividades de la vida diaria y el sentido de competencia se relacionan con una reducción en la necesidad de ayuda, nos parece que, a largo plazo, la terapia ocupacional permitirá menos dependencia en los recursos sociales, de atención de la salud y menor necesidad de internamiento.

Mittleman (2006), directora del programa de investigación en psicología del Centro de Investigación en Envejecimiento y Demencia, Silberman, de la Universidad de Nueva York, antes de la publicación del artículo anterior, aseguró que no conocía estudios controlados anteriores, sobre la terapia ocupacional para los pacientes de demencia. No obstante la misma Mittlerman publicó un estudio prolongado, que señala que es menos probable que las parejas de los pacientes de Alzheimer pongan a sus seres queridos al cuidado de una residencia para ancianos si estos reciben algún tipo de terapia que les permita no demenciar rápidamente, ya que así tienen un mejor manejo de ellos.

En cuanto a la terapia ocupacional, para el mismo artículo, Cruz (2005) aseguró que entrenar a las familias sobre el uso de técnicas de adaptación con objetos familiares como relojes y calendarios, podría ayudar a la gente en las primeras etapas de demencia. "Esto hace que la enfermedad de Alzheimer se parezca cada vez menos a una sentencia de muerte", sostuvo.

La Unidad de Medicina de la Universidad de Texas en Galveston ofrece una mirada profesional a la terapia ocupacional para los pacientes de demencia.

Gitlin y otros (2005) destacan el papel del terapeuta ocupacional como el responsable de introducir al cuidador en rutinas de resolución de problemas, haciéndole ver la importancia del entorno principalmente del ambiente domiciliario

ya que es importante su conocimiento en la valoración de la influencia de éste sobre los comportamientos, ya que el hogar es su espacio de vida natural y el contexto en el que se realizan los cuidados durante un tiempo prolongado.

Estos autores promueven la realización de estrategias ambientales que proporcionan beneficios tanto para la persona con demencia como para el cuidador. Su propuesta de intervención está basada en la aplicación de diversas pautas de actuación que disminuyen notablemente la necesidad de constante vigilancia, del nivel de tiempo requerido para la asistencia al mayor dependiente y de tareas para el cuidador. A continuación se describen algunos ejemplos de estrategias ambientales llevadas a cabo en intervenciones con cuidadores, donde se consiguen beneficios potenciales para la persona con demencia (disminución de riesgo de accidentes, incrementos del reconocimiento de objetos de la casa, disminución de la agitación, aumento de la atención y de la sensación de comodidad).

Dooley e Hinojosa (2004), siguiendo unos principios similares a los de Gitlin y otros (Op. Cit.), diseñaron una intervención a través de la cual se pretendía intervenir sobre las personas dependientes de tres formas: a) realizando modificaciones ambientales, b) entrenando al cuidador en estrategias dirigidas a fomentar la realización de actividades cotidianas por parte del enfermo y c) realizando recomendaciones acerca de los recursos comunitarios que podían complementar la asistencia a la persona enferma. A través de esta intervención obtuvieron resultados positivos sobre la carga del cuidador y sobre la calidad de vida de los cuidadores.

La fundación María Wolff ha realizado un estudio sobre las terapias no farmacológicas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer que consiste en un ensayo clínico con 84 pacientes diagnosticados de demencia, con diferentes grados de afectación, desde leve a moderada-grave, en tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa, procedentes de los centros de atención a

personas con demencia "María Wolf". El entrenamiento consiste en estimulación cognitiva y motora, realizada de forma conjunta por psicólogos y terapeutas ocupacionales, en sesiones de tres horas de duración, dos días por semana, durante un año. Los resultados señalan como los pacientes mejoraron sustancialmente su estado de ánimo y disminuyeron los trastornos conductuales (Olazarán y cols., 2004).

Farina y cols. (2002) realizaron un estudio en el que se compara la eficacia de la estimulación de las actividades de la vida diaria y de la estimulación de las funciones cognitivas aún preservadas de 22 pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases leve-moderada. El entrenamiento consistió en estimulación cognitiva y motora, en 2 sesiones de 45 minutos cada una, tres días a la semana.

Los resultados señalaron que a los 3 meses de entrenamiento, se observó una mejora respecto al nivel basal. El grupo de pacientes a los que se les estimularon las actividades de la vida diaria habían mejorado más que los pacientes a los que se les había estimulado directamente las funciones cognitivas.

Spector y cols. (2003) con una muestra de 201 pacientes que no recibían tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa, de los cuales 115 formaban parte del grupo de estimulación y 86 del grupo control. El entrenamiento consistía en 14 sesiones de estimulación cognitiva, entrenamiento en actividades de la vida diaria y estimulación motora, dos días a la semana, durante siete semanas. Los resultados señalan que los pacientes mejoraron la función cognitiva y su calidad de vida. La mejoría es similar a la observada después de 24 semanas de tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Guerrero, et. al (2006), en la revista "American Jornal of Geriatric Psichiatry, publicaron un estudio, llamado ENASEM, el cual es un estudio prospectivo tipo panel realizado en sujetos mexicanos nacidos antes de 1951 y en sus parejas. Fue realizado por el Centro de Estudios de Población de la Universidad de

Pensilvania, el Centro de Investigaciones de Población de la Universidad de Maryland y el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México realizó el trabajo de campo.

En el estudio se recoge información relacionada con diversos aspectos como son dinámica de la salud, estructura familiar, transferencias intergeneracionales, comportamientos migratorios y diferencias socioeconómicas según ingresos o posesión de bienes.

Es representativo del componente no institucionalizado de la población mayor de 50 años en el año 2000, a pesar de que la recolección de los datos concluyó en el 2001, y en el 2003 se realizó una segunda vuelta del estudio. De esta manera, en el 2001 participaron 15, 230 sujetos, los cuales representan a 13 millones de mexicanos.

Cabe mencionar que seleccionaron la muestra del archivo del ENASEM, tomando los siguientes criterios:

a) Ser mayores de 65 años.

b) Que no tuvieran un déficit sensorial que impidiera la realización de la prueba.

c) Que hubieran reportado el número de años de estudio.

De esta forma, su muestra estuvo conformada por 4, 182 sujetos y se construyeron dos variables dependientes: presencia/ausencia de deterioro cognoscitivo y presencia/ausencia de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. El deterioro cognoscitivo se clasificó tomando como referencia la variable que contenía la puntuación total en la prueba cognoscitiva aplicada en el estudio (versión reducida del Examen Cognoscitivo Transcultural).

Para la clasificación de los sujetos con alteración funcional tomaron las variables que registraban la necesidad de ayuda para realizar algunas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Para el análisis posterior se compararon los siguientes grupos:

a) Sin alteración cognoscitiva ni funcional.

b) Con alteración cognoscitiva.

c) Con alteración cognoscitiva más alteración funcional.

Como variables independientes seleccionaron dos grupos de variables:

1. Variables demográficas: Género, edad, escolaridad, estado civil y ocupación, que a su vez fueron categorizadas en tres estratos de edad.
2. Variables de salud: Seleccionaron las registradas en autorreporte de enfermedad, también se incluyó la variable depresión que corresponde a la puntuación total (0-9) obtenida por cada sujeto en un cuestionario de nueve preguntas sobre síntomas depresivos.

En consecuencia, se resalta la metodología de percentiles, utilizada por este estudio, ajustando los puntos de corte por edad y escolaridad, sin tomar en cuenta el efecto de esta última en el deterioro cognoscitivo.

También se observa que el deterioro cognoscitivo más dependencia funcional, se presenta con más frecuencia en las mujeres, aumenta con la edad y es menor en los sujetos casados, según los resultados de este estudio.

En relación con las variables de salud, la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional resulto mayor en sujetos con autorreporte de diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardiaca, cerebral y depresión, ya que existe un peso significativo de estos padecimientos en forma individual y conjunta, dentro de un modelo con la edad y el género, según el

estudio, ya que estos padecimientos representan enfermedades crónicas importantes durante la vejez, cuyos efectos micro y macrovasculares sobre el cerebro, pueden señalar un aumento en el riesgo de demencia.

De igual manera, se reporta una alta prevalencia de depresión en nuestra población, que va desde 10 hasta 40%, dependiendo del tipo de población estudiada y del instrumento de clasificación empleado, su fuerte asociación con la demencia ha sido también una evidencia ampliamente reconocida como síntoma preclínico y asociado a la demencia.

Estos programas de intervención para el trastorno demencial y el mejoramiento de la calidad de vida, deben ser aplicados de manera continua mediante un programa estructurado para mejorar o conservar las capacidades cognitivas, para que reduzcan o mantengan el ritmo de progresión de los efectos degenerativos de la demencia, al igual que la calidad de vida no solo del paciente sino también de los cuidadores.

CAPITULO 2

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2.1.-OBJETIVOS FUNDAMENTALES

El propósito de la presente investigación es diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención remedial que ayude a mantener las capacidades funcionales, habilidades físicas y cognitivas de los participantes; que brinde calidad de vida a los adultos mayores con demencia; tomando en cuenta el avance patológico de cada uno de los pacientes elegidos para identificar sus principales necesidades, habilidades que aun poseen o que han perdido, estado físico, cognitivo y anímico.

De esta forma, los objetivos fundamentales de este trabajo se presentan a continuación:

- Los integrantes lograrán mejorar, equilibrar y prolongar su calidad de vida.
- Reforzarán las habilidades que aun mantengan, al mismo tiempo que recobrarán las que estén perdiendo.
- Los participantes se mostrarán más animados y cooperativos, con base en las escalas de depresión.
- Mejorarán su estado físico, en cuanto a movimiento de miembros del cuerpo que no se encuentren en un alto grado de deterioro.
- Recuperaran recuerdos que por falta de evocación, parecían perdidos.
- Se mantendrán de manera funcional por más tiempo, retardando en lo posible el proceso de la enfermedad.

2.2-. POBLACIÓN

Se seleccionó a los participantes del programa entre una población inicial, aproximadamente de 40 adultos mayores con algún tipo de demencia, que se encontraba en la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar", hasta quedar con una muestra de 3 participantes; tomando como criterios de inclusión la frecuencia con que asistían para que el programa se aplicara diariamente sin problemas de ausencias, el nivel de deterioro cognitivo en el que se encontraron según los expedientes, en la participación que mostraban diariamente en las actividades que se realizaban en el centro durante su estancia ahí.

De esta manera, la muestra consto de 3 adultos mayores (2 mujeres y 1 hombre) de 68 y 94 años de edad, diagnosticados con demencia tipo Alzheimer o Pick; se tomó su historia clínica y ficha técnica de los expedientes de la Fundación, se trató de homogeneizar el formato debido a la dificultad para la recopilación de datos que estos pacientes representan a consecuencia de su padecimiento.

Generalmente, los cuidadores que proporcionan información son los hijos de los pacientes, por lo que en ocasiones no tienen toda la información acerca de los padecimientos anteriores o años de nacimiento exacto, ya que la cultura del país acostumbra que sean los padres los que cuiden de los hijos, cuidando esos detalles.

A continuación se muestran las fichas técnicas e historias clínicas de cada participante, según la información recolectada de los expedientes, los cuidadores y familiares:

1) Participante 1

a. Ficha técnica:

Edad: 68 años

Sexo: Hombre

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Mecánico y actualmente paciente en la fundación Alzheimer

Edo. Civil: Casado

b. Historia clínica:

Diagnóstico: Demencia tipo Pick con inicio en la adultez mayor, mantenimiento de la mayoría de las funciones.

Habilidades mantenidas:

- Es uno de los pacientes más funcionales de dicha Institución a pesar del tiempo que lleva con la enfermedad.
- Es de los más independientes y trabajadores.
- Va al baño solo cuando siente la necesidad sin problema alguno.
- Realiza todas las actividades de la Fundación sin problemas.
- Es cooperativo.
- Comunicación mantenida: escribe, lee y habla normal.
- Entiende perfectamente.
- Si se le visita recuerda días después lo que se trabajo con él y quien fue a verlo.
- Presenta fallas amnésicas leves de algunos términos, nombres, direcciones, números y fechas.

Síntomas:

- A últimas fechas ha aumentado su agresividad.
- Comienza a tener alucinaciones visuales, particularmente de insectos rastreros.

- La vista se encuentra levemente dañada por lo que no ve de lejos y a veces le cuesta trabajo ver de cerca.
- No muestra síntomas graves de desinhibición sexual molestos como desnudarse frente de la gente, exhibicionismo o tocar a la gente con morbo.

Antecedentes personales.

- Problemas de alcoholismo en la adolescencia y adultez temprana, que lo llevaron a caer en otros "vicios" como el juego y las mujeres.
- Se casó a los veinte años debido al embarazo de su esposa, a la cual maltrataba y engañaba con diversas mujeres, en ocasiones salía a trabajar pero se iba con los amigos a tomar o jugar.
- Trabajaba de mecánico.
- Se desencadeno la demencia a raíz de que su esposa lo engaño con otro hombre, por lo que lo iba a dejar.

Datos familiares:

- Tiene 3 o 5 hijos no se sabe con exactitud, uno viviendo en USA, 1 o 2 en una casa lateral a la de él, con sus respectivas familias y de los demás no se sabe.
- Actualmente vive con su mujer, quien se hace cargo de él.

Funcionalidad: su sistema motor se conserva en buen estado, se le debe mantener realizando actividades motrices para evitar un deterioro repentino, además de realizar actividades de destreza para que su mente siga ágil.

2) Participante 2

a. Ficha técnica:

Edad: 94 años

Sexo: Mujer

Escolaridad: Secundaria Inconclusa (2 años)

Ocupación: Paciente de la Fundación Alzheimer.

Edo. Civil: Viuda desde los 30 años.

Lateralidad: Izquierda.

Domicilio: Retorno 60 #31, Col. Avante, Del. Coyoacán

b. Historia clínica

Diagnóstico: Demencia tipo Alzheimer

Habilidades mantenidas:

- Comprende instrucciones simples.
- Va al baño solo cuando siente la necesidad aunque no siempre hace del baño.
- Realiza las actividades de la fundación sin problemas.
- Busca que le pongan atención.
- Comunicación mantenida: escribe, lee y habla normal.
- Cálculo mantenido: realiza operaciones escritas o mentales.

Antecedentes personales patológicos.

- Hipertensión aproximadamente a los 20 años.
- Posoperada colicistectomia por lifrasis.
- Neoplasias Cáncer mamario, mastectomía izq.
- Fractura muñeca der. e izq.
- Alergia a sulfas e intolerante a la lactosa.
- Menarquia a los 12 años.
- Gestaciones 4.
- Partos 3.
- Abortos 1.
- Cesarías 0. No dismenorrea.
- Menopausia 55 años. No síndrome climaterio, no tratamiento.
- Vista lejana afectada.

- Incontinencia por diarrea o no llega orina por cebosamiento.
- Síncope 2 veces con duración de pocos segundos cada uno, vomito, lentitud psicomotriz.
- Piel seca.
- Dolor de cadera.
- Marcha lenta, insegura y tropieza.
- Hipermovimiento.
- Equimosis espontáneas.
- Perdida del edo. de alerta.

Antecedentes personales:

- Nació el 21 de diciembre de 1911 en Ahuacotlan, Nayarit; pero vive en el D.F., desde los 25 años
- No trabaja, pero atendía un comercio (tienda de un hermano)
- Fumadora pasiva intensa, lo cual quiere decir que a pesar de no fumar posee unos pulmones contaminados debido a la cercanía con gente fumadora.

Datos familiares:

- Han muerto su padre a los 73 años, madre a los 40, dos hermanos y un hijo a causa de cáncer
- Tiene 2 hijos vivos, uno con hipertensión arterial y el otro con diabetes
- Ocupa la segunda posición de 4 hijos que tuvieron sus padres
- Organización familiar jerárquica, compartida con centralidad en la madre y la abuela, con limites flexibles
- Vive con su hija Ana Rosa Maldonado Miranda (la menor de sus hijos), quien se encuentra separada de su esposo en la sexta década de su vida, en etapa de desprendimiento de los hijos.
- La familia no refleja problemas emocionales graves; sin embargo existe colapso del cuidador primario en su hija y agobio en los demás miembros.

- La red de apoyo sociofamiliar es buena, con buen soporte moral familiar; lo cual indica que a pesar del colapso no existe riesgo de maltrato o abandono.

Situación socio-económica:

- Media
- Casa propia con todos los servicios
- Cuenta con sistemas de seguridad social (IMSS) aunque también acude a particulares.

Funcionalidad: Mantenida aunque en general se recomienda adecuar los materiales que se trabajen con ella, debido a su déficit visual.

3) Participante 3

a. Ficha técnica:

Edad: 68 años.
Sexo: Mujer.
Escolaridad: Técnico Enfermero.
Edo. Civil: Soltera
Religión: Católica.
Domicilio: 3° cerrada de Emilio Carranza #7 A Col. Sn. Andrés Tetepilco Del. Iztapalapa.

b. Historia clínica:

Diagnóstico: Demencia tipo Alzheimer.

Habilidades mantenidas:

- Comprende lo que se le dice, a pesar de lograr realizar lo que se le pide.
- Marcha normal.
- Lectura y escritura conservadas.

- Motricidad fina.

Síntomas:

- Pérdida de memoria.
- Habla cortada.
- Inadecuada motricidad fina.
- Ansiedad.

Antecedentes personales.

- Nació el 20 de noviembre de 1941 en México D. F.
- Ingreso a la fundación el 7 de agosto del 2006, a la edad de 68 años.

Datos familiares:

- Padre: Ernesto del Valle Peña, murió a los 96 años de Parkinson por neurisma, hace 10 años
- Madre: Margarita Yllán Alfaro, 82 años, viuda, estudió hasta primaria y se dedica al hogar.
- Hermana: Rosa Elia del Valle Yllán, 55 años, casada, estudio bachillerato, es ama de casa.
- Hija: Elia Margarita del Valle Yllán, 27 años, soltera, Lic. en turismo; trabaja en el Hotel México
- Permanece al cuidado de la madre con buena relación y comunicación, a pesar de que esta expresa que es muy desgastante, es un golpe muy duro, para la familia; lo cual daña la salud de los cuidadores primarios (abuela e hija).

Situación Socioeconómica

- Media
- Casa propia con todos los servicios
- Cuanta con ISSSTE

Funcionalidad: Ligeramente conservada, se recomienda trabajar indirectamente con ella para que no sienta presión que aumente su ansiedad y la bloquee.

2.3-.ESPACIO DE TRABAJO

Fundación Alzheimer.* "Alguien con quien contar" *I.A.P

Esta institución cuenta con una estricta rutina de aseo, tanto de los pacientes, como de la institución y los diferentes grupos interdisciplinarios que cuidan de los pacientes; tales como enfermeras, cuidadores, psicólogos, trabajadores sociales, hasta conserjes y cocineras. Todos los días se lleva al baño a todos los enfermos para que hagan sus necesidades, cambiarlos (si es necesario) o bañarlos si así lo requieren, a la hora de comer se les coloca un babero para que no se ensucien, ayudando a comer a quien lo necesite. Por su parte los cuidadores siempre traen su uniforme limpio y presentable, su cabello recogido, las manos limpias (usan guantes cuando es necesario), las cocineras también traen el cabello recogido, guantes y babero, cocinando con gran pulcritud; por último las instalaciones se encuentran siempre aseadas por un conserje que en cualquier momento limpia cualquier lado que se haya ensuciado.

La fundación es un edificio con un recibidor o primera estancia donde se ubica del lado derecho la enfermería; del lado izquierdo la oficina de trabajo social y área administrativa, posteriormente hay que pasar una segunda puerta de madera para llegar al área donde se encuentran los pacientes, puerta que solo se abre desde afuera por seguridad de los pacientes, para evitar que alguno en un brote de ansiedad trate de salirse; generalmente nunca se abren la puerta de entrada y esta al mismo tiempo. En esta parte se ubica inmediatamente del lado derecho un baño para pacientes con dos escusados, un lavamanos con dos lavabos, espejo arriba de este y uno portátil de cuerpo completo en la parte exterior, enseguida se encuentra el comedor con mesas circulares rodeadas por

sillas, hasta llegar a la cocina que está compuesta por un refrigerador, una mesa grande en el centro, una estufa, un fregadero y una pequeña alacena.

Hay una rampa de acceso, diseñada especialmente para subir sillas de ruedas o para que los pacientes se ejerciten físicamente, la cual lleva al piso de arriba, en donde al fondo del lado derecho se observa una puerta que lleva a un cuarto con una pequeña mesa y una cama, junto de él se presenta el gimnasio integrado por una caminadora, bicicletas fijas, poleas para la extensión de extremidades superiores, colchones de gimnasia, un pizarrón, una pequeña escalera fija de madera en forma de "L" para subir y bajar.

Contiguo se distingue un salón de actividades manuales con una pequeña puertita de madera que impide que salgan los pacientes, ahí se coloca a los enfermos en etapa avanzada que no pueden caminar, convivir con los demás, responder a diferentes estímulos como "cachar" una pelota o responder a preguntas como "¿qué letra es?", se compone de dos mesas largas colocadas perpendicularmente rodeadas de sillas, anaqueles con botes rellenos de rompecabezas, figuras para ensamblar, loterías, memoramas, dominós, muñecos; al fondo de dicho salón se encuentra un pequeño cuartito con una silla de peluquero, un espejo y un lavabo donde les cortan el pelo. Al salir esta un espejo portátil de cuerpo completo, en un pasillo que lleva a dos baños de pacientes, uno para mujeres y otro para hombres, ambos con la misma estructura que el de abajo solo que en estos al final hay una regadera, una silla y un mueble tipo ropero donde se guardan pañales o algunas pertenencias de aseo de cada paciente.

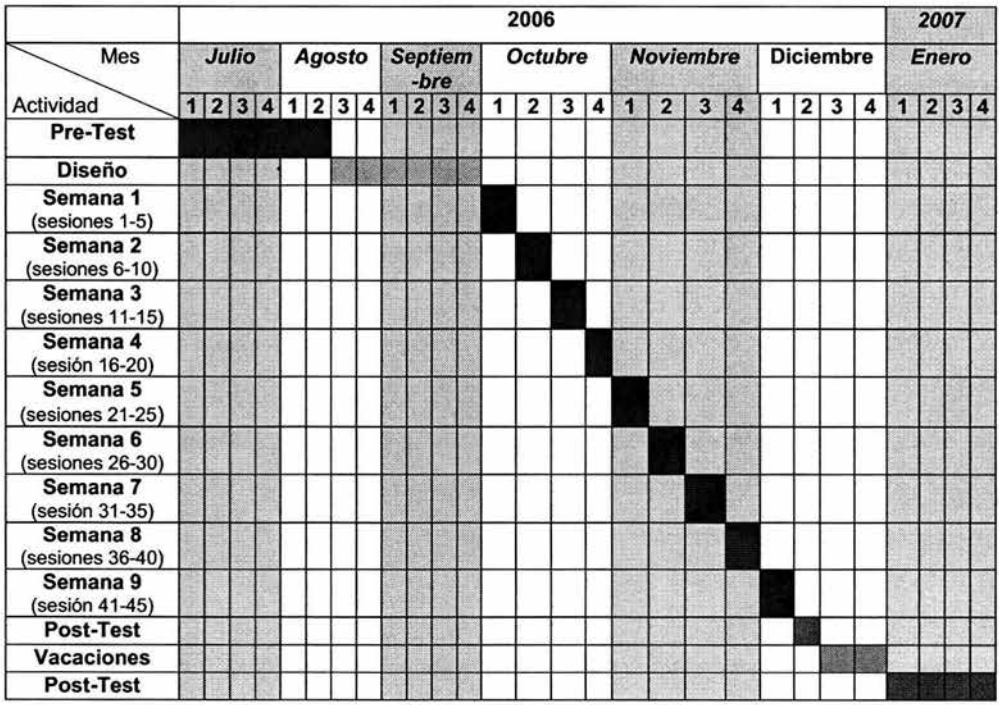
En la planta baja, a un lado de la rampa, entre el comedor y esta, se encuentra el patio donde se realizan la mayoría de las actividades de los pacientes menos deteriorados, con ayuda de algunas mesas ya sea largas rectangulares o circulares, dos bancas de madera largas que siempre están ahí y el material con el que les toque trabajar; en el fondo se encuentra el área de psicología, dos escritorios con sus sillas, computadoras y demás accesorios de oficina, al lado

derecho el baño del personal y unas escaleras que llevan de forma rápida a la planta alta para cualquier emergencia.

Aledaño a los baños una estancia de terapia física con olor a mentol debido a los medicamentos que ahí se le colocan a los pacientes, es un cuarto pequeño donde bien acomodados caben una cama pequeña, una mesa, dos sillas y un librero donde se colocan además de libros, discos, medicamentos, aparatos de terapia, juguetes, sabanas; por ultimo en la planta superior esta un salón tipo auditorio pequeño donde se pueden colocar 30 sillas para los asistentes, un pizarrón blanco al frente, una mesa donde generalmente se coloca el proyector y un librero con material didáctico al fondo (ver anexo 1).

2.4.- FASES DEL PROCEDIMIENTO

Como se observa en el presente diagrama de Gant se tomó mes y medio para realizar el pre-test, con el propósito de que la intervención fuera la misma para los 3 participantes seleccionados sin que esto interviniera en las necesidades individuales, es decir, que el programa fuera general en cuando a las áreas afectadas pero ayudara a mejorar lo que cada uno tuviera más dañado. Posteriormente se procedió a la aplicación de dicho programa de 1 a 2 horas diarias de manera grupal durante 9 semanas y se inicio el pos-test para medir la eficiencia del programa con base en las mejoras que los participantes presentaran.



2.5 ACTIVIDADES DE CADA FASE

2.5.1. Primera Fase (PRE-TEST):

Se consideraron los aspectos éticos como la confidencialidad, respeto, paciencia hacia los pacientes, estableciendo un rapport con ellos, para escoger algunos con base en su desempeño, en las actividades diarias de la institución, de igual manera y debido a la dificultad que se presentó para la recopilación de datos, se realizó al inicio de la intervención una serie de pruebas, que no se repitieron en pos-test, sólo para tener un mejor diagnóstico y actualizar el expediente, ya que algunos de los pacientes fueron evaluados al entrar a la fundación sin ser reevaluados o la reevaluación ya tenía tiempo de haberse realizado, de esta forma, el aplicar pruebas propias de la reevaluación que realiza la institución, a

pesar de que pueden parecer un poco clásicas, obsoletas o sin sentido; nos permitió ver las necesidades que tenía cada participante para diseñar actividades adecuadas, entre estas pruebas podemos encontrar Machover, HTP, Frases Incompletas, Persona bajo la lluvia, Bender y Benton que se ajustaron a cada caso; sin embargo para el tes pos-tes se tomarán en cuenta pruebas especializadas y actualizadas exclusivamente para el uso de demencias, tales como el Neuropsi, Minimental, Escala de depresión Geriátrica, DTA, Evaluación Isquémica y Escala de Demencia de Blessed.

Asimismo, en el anexo 2 se pueden observar el resultado de la aplicación de ambos grupos de pruebas, las de diagnostico y las que se usaron en tes pos-tes.

2.5.2. Segunda Fase (INTERVENCIÓN)

Con base en los resultados del diagnóstico se realizó un programa de intervención, cuya duración fue de dos meses. Dicho programa abordo las siguientes funciones cognitivas: atención, cálculo, evocación, escritura, capacidad viso-construccional, orientación en tiempo y lugar; enfocadas a los aspectos básicos de la calidad de vida, tales como los sociales, físicos, emocionales, económico y cognoscitivo.

Se realizó la implementación del programa (de 1 a 2 horas diarias) durante dos meses, con actividades que cubrieran los aspectos anteriormente señalados.

La intervención se realizó de manera grupal, así mismo se escogieron tres pacientes que obtuvieran una evaluación parecida en todas las pruebas, de acuerdo a su deterioro cognitivo, nivel de depresión, funcionalidad, expectativas de mejoramiento o mantenimiento, entre otras cosas; sin embargo la aplicadora se encargaba de trabajar con cada paciente y de modificar las actividades de acuerdo a sus necesidades de manera individual cuando era necesario.

En esta fase también fue necesario readaptar la población debido a la incompatibilidad de caracteres entre dos participantes que no se detecto durante la primera fase, debido a que esto solo ocurre en presencia de más sujetos, es decir, una de las participantes solía aumentar sus niveles de ansiedad ante la presión social, al sentir la competencia del trabajo de los demás, sin importar el apoyo o ayuda que se le brindara, ella se bloqueaba hasta casi llorar y otro de los pacientes que era el que más le ayudaba se desesperaba y terminaba por gritarle; por esto se tuvo que elegir uno de estos ya que no podían trabajar juntos.

En seguida se muestra la planeación semanal de las actividades a realizar a lo largo del programa (para ver la carta descriptiva de cada una de estas se puede observar el anexo 3).

Semana	L	M	M	J	V
1	SIMÓN DICE	DESCUBRIENDO A UN AMIGO SECRETO	MI CUERPO	BUSCA SU PAREJA	LOTERÍA
2	SIGUIENDO EL CAMINO	FIGURILLAS	TRIPAS DE GATO	ENTRE LÍNEAS	BAILE
3	VAMOS DE COMPRAS	REPITE CONMIGO (LENGUAJE)	RELAJACIÓN VISUAL (IDENTIFICACIÓN)	LABERINTO	PARTES DEL CUERPO (MOVIMIENTO Y SIN EL)
4	TURISTA	REVÉS	HOY ME SIENTO	IDENTIFICA-CIÓN DE ESTRÉS	DEDOS MÁGICOS
5	ENTRE PELOTAS Y GALLITOS	TV	RETRATO	¿QUÉ FALTA?	EL HOMBRE DE GOMA
6	EN LA GRANJA	TELÉFONO INALÁMBRICO	LLENANDO MI SILUETA	ESTACIONES DEL AÑO	LAS ESTATUAS DE MARFIL
7	QUITANDO Y PONIENDO	MI FIESTA DE CUMPLEAÑOS	ENTRE RIMAS, PRIMAS Y TARIMAS	ABECEDARIO	ROBOT
8	NADA POR AQUÍ, NADA POR ALLÁ.	ÉCHALE	GATO. JUEGO DE LA OCA	IGUALES O DIFERENTES	A MOVER LA MANITA!!!
9	DOMINO	UN PASEO POR LA INSTITUCIÓN	ROMPECABEZAS	LAS PARTES DE MI CASA	ILUMINANDO CON MI ABUELITO.

2.5.3. Tercera Fase (POST-EVALUACIÓN)

Se les volvió a aplicar a los pacientes las pruebas de diagnóstico que se aplicaron en la primera fase, esto con la finalidad de realizar un pos-test, que notificara la efectividad del programa de intervención.

2.6-.MATERIALES E INSTRUMENTOS

2.6.1. Materiales

Los materiales fueron muy variados dependiendo de cada una de las actividades que se realizaba en cada sesión. A continuación se describirán estos, uno por uno: (ver anexo 4)

1. Loterías de diferentes temas (Partes de cuerpo, abecedario, números, frutas y verduras)

2. Papel de diferentes tipos (Hojas bond, crepe, hojas carta blancas y de colores)

3. Pinturas vinci de diferentes colores

4. Figuras plásticas de diversos objetos de uso diario (juguetes) como verduras, accesorios de belleza o aseo personal, alimentos, entre otras cosas

5. Rompecabezas de papel en una dimensión o plásticos en tercera dimensión (figuras humanas, lugares como casa, parques, hospitales)

6. Copias de diferentes actividades, como figuras incompletas, sumas y restas, secuencias lógicas, diferencias, seguir líneas.

7. Figuras para ensamblar como simulación de aguja de costura que tenía que meter y sacar en una tabla. Colocar pequeños cilindros huecos de colores conforme al color en una tabla.

2.6.2. Instrumentos

- Mini-mental (Folstein, 1975): Test cognitivo abreviado de mayor validez y difusión internacional. Su realización lleva unos 5 a 10 minutos, explora la orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes orales y escritas, escritura espontánea y habilidades visoconstructivas. Su puntaje máximo es de 30.

- Escala de Depresión Geriátrica (J.A. Yesavage, 1983): Consta de 30 reactivos para evaluar la depresión geriátrica. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

- Evaluación Isquémica (Hachinski, 1976). Es una de las más utilizadas para el diagnóstico de demencia vascular y para la diferenciación de las demencias degenerativas como lo es la enfermedad de Alzheimer.

- Escala de Clasificación en demencias de Blessed BDRS (Blessed Dementia Rating Scale, 1968). Consta de tres partes: Incluye actividades básicas, como comer, control de esfínteres, alguna pregunta instrumental como tareas domésticas y cambios conductuales, la primera parte es la que mejor se correlaciona con demencia, sirve para medir estadios medios y medios-avanzados.

2.7. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

De igual manera que los materiales, la estrategia de evaluación por sesión se baso en listas de chequeo elaboradas individualmente para cada actividad, basándose en las diferentes áreas de abordaje psicológico y en los principales aspectos que conforman la calidad de vida, mediante un sistema de "si realizó" y "no realizo". Las cuales se iban calificando durante la actividad o inmediatamente después de terminar y dejar al participante con el cuidador de la fundación.

Para observar las listas de chequeo utilizadas durante la práctica se puede consultar el anexo 5.

CAPITULO 3 RESULTADOS

A continuación se muestra la tabla 2 con los datos generales de los participantes del programa:

Tabla 2.Datos generales

P	S	E	DEMENCIA	NIVEL	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	TIEMPO	
							CP	I
1	H	68	PICK	2	CASADO	SECUNDARIA	6 AÑOS	2 AÑOS
2	M	94	ALZHEIMER	2	VIUDA	SECUNDARIA INCONCLUSA	10 AÑOS	4 AÑOS
3	M	68	ALZHEIMER	2	SOLTERA	ENFERMERÍA	3 AÑOS	4 MESES

P = Participante H = HOMBRE E = Edad I =En la Institución

S = Sexo M = MUJER CP = Con el padecimiento

Como se aprecia en la tabla 2 se contó con un participante masculino que presentaba padecimiento tipo Pick y dos femeninos, que padecían demencia tipo Alzheimer; los tres se encontraban en nivel dos de deterioro, según los niveles propuestos por García, Nebreda y Perlado (2003); no obstante la diferencia de edades que vario de 68 y 94 años, su grado de estudios o su estado civil.

A continuación se observan las diferencias en los resultados que hubo en las pruebas del pre-test con relación al pos-test (ver tabla 3)

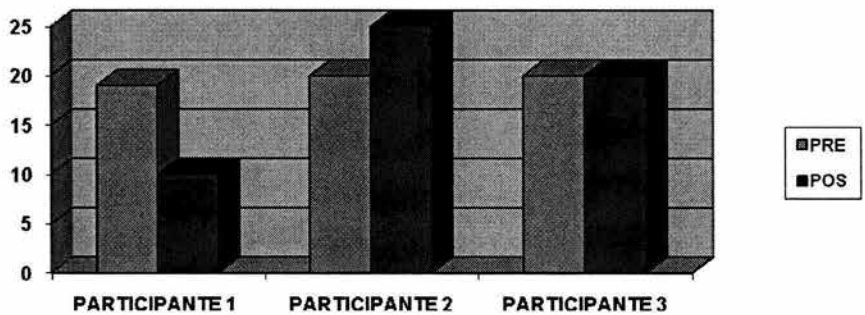
Tabla 3. Resultados por participante, pre-test y pos-test.

PARTICIPANTE	Prueba	Puntaje pre-test	Puntaje pos-test
1	Minimental	19 Deterioro Cognitivo Leve	10 Demencia
	Funcionalidad	7 Capacidad Preservada	3 Capacidad no preservada

	Depresión	6 Depresión normal	4 Depresión normal
2	Minimental	20 eterioro Cognitivo Leve	25 Deterioro Cognitivo Normal
	Funcionalidad	7 Capacidad Preservada	9 Capacidad Preservada
	Depresión	9 Depresión normal	6 Depresión normal
3	Minimental	20 Deterioro Cognitivo Leve	20 Deterioro Cognitivo Leve
	Funcionalidad	7 Capacidad Preservada	5 Capacidad Preservada
	Depresión	9 Depresión normal	9 Depresión normal

Analizando las diferencias entre el pre-test y el pos-test, se observó que el participante 1 obtuvo resultados más bajos en las áreas cognitivas (Minimental) y funcionales, mejorando minimamente solo en lo emocional (Depresión); en comparación con la participante número 2 quien obtuvo resultados más elevados cognitivamente, ligeramente en lo funcional y emocional, después de haber realizado las actividades del programa; la participante 3, no permaneció más de una semana en el programa, detectándose que no obtuvo cambio cognitivo ni emocional, bajando 2 puntos su funcionalidad; posiblemente debido a que ella no terminó el programa, sin embargo se decidió tomarla dentro de la muestra para presentar de que manera afecta a los pacientes no participar en programas de rehabilitación o mantenimiento de habilidades. Lo anterior concuerda con lo expresado por Francés (2004); quien dice que la importancia de una intervención adecuada se relaciona con el mantenimiento y estimulación de las capacidades preservadas, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadío de la enfermedad y con ello lentificar el declive que pudiera venir, generado por factores externos.

A continuación se analizan gráficamente los resultados obtenidos por los participantes en las pruebas que del pre-test pos-test, una a una para diferenciar en que área se reflejaron más cambios.



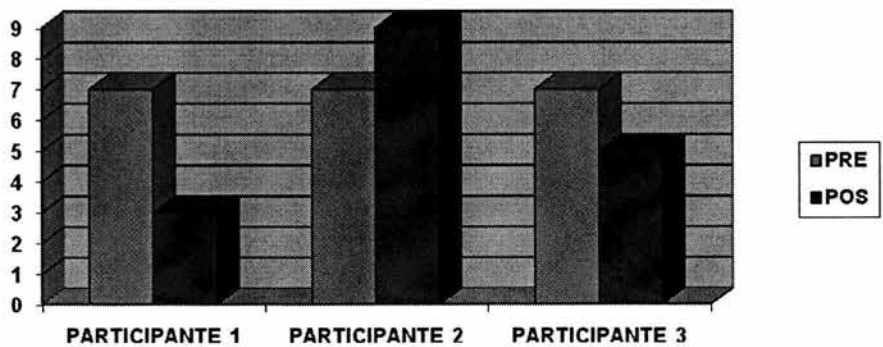
Gráfica 1. Resultados de la prueba Minimental.

En cuanto a la prueba Minimental, es importante hacer notar que mientras el primer participante se clasificó con demencia debido a una cascada de deterioro que presentó un mes antes de finalizar el programa; la segunda participante, que terminó satisfactoriamente el esquema planeado mejoro notablemente, bajando su nivel de deterioro, lo cual se podría atribuir a la atención que se le brindo para motivarla a reaccionar y participar; basándonos en lo propuesto por Olazarán, Et. Al. (2004), quien realizó un estudio en el que los participantes mejoraron sustancialmente su estado de ánimo disminuyendo los trastornos conductuales.

En cambio la tercer participante que realizó únicamente la primera semana del programa se mantuvo estable, a pesar de que como se mencionó anteriormente, no concluyó el programa debido a alteraciones emocionales, concordando con lo dicho por Orbis (2005), que marca al aspecto emocional como una parte fundamental de la calidad de vida sin la que no se puede funcionar correctamente.

Con respecto a la funcionalidad de los participantes, la participante 2 realizó completas todas las actividades planeadas; a diferencia de los 2 participantes

restantes que bajaron su grado de funcionalidad. El número 1 debido a su repentino deterioro, propio de la demencia y como se mencionó la número 3 por no concluir el programa, no teniendo estimulación que le ayudará a mantener sus habilidades, tal como lo propone Olazarán (Op. Cit.).



Gráfica 2. Resultados de la Escala Blessed de Funcionalidad.

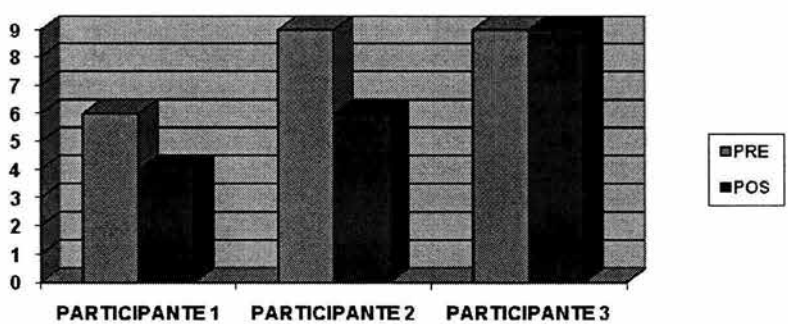
De acuerdo con la Escala de Funcionalidad Blessed los participantes 1 y 3 mostraron un menor rendimiento en las actividades que pueden realizar por sí mismos; es probable que el deterioro que presentaron en las distintas actividades que realizaron se debió a la naturaleza degenerativa de la enfermedad, puesto que según García et al, (2003); no se puede detener el deterioro progresivo de sus capacidades.

El participante 1 no solo bajo su puntuación de 7 a 3 si no que con esto bajo de nivel de funcionalidad preservada a funcionalidad no preservada, pues como ya se manifestó en los antecedentes teóricos y según los autores previamente citados en el párrafo anterior, la demencia puede ir de un nivel funcional a otro totalmente disfuncional sin previo aviso, de igual manera que unos pacientes pueden durar muchos años con demencia a nivel funcional y otros pierden la funcionalidad de inmediato; como es el caso de la participante número 3 que a pesar de llevar tan solo 3 años con el diagnóstico de demencia, en comparación con el participante 1 que lleva 6 años y la número 2 que tiene 10 años con el

diagnóstico, se encuentra en el pre-test en el mismo nivel de funcionalidad, mientras que en el pos- test baja de 7 a 5, a pesar de que se mantiene en el nivel de funcionalidad preservada, ya que según la escala de Blessed mantiene las habilidades básicas, comprende lo que le dicen y no depende del todo de sus cuidadores.

Concordante con esto, se encontró que la participante número 2, a pesar de ser la de mayor edad (94 años) con relación a los demás participantes (68 años) y tener más tiempo con el diagnóstico de demencia (10 años); es la única que elevó su puntuación de 7 a 9, aunque esto la mantiene en un nivel de funcionalidad preservada, lo cual significa que desde que se comenzó a trabajar con ella, al igual que la participante 3, mantenía sus habilidades básicas, comprendía las instrucciones que se le daban y no dependía del todo de sus cuidadores, pero por medio del programa se logró que esto mejorara no sólo preservando sus habilidades, si no ayudándola a que fuera más social, dándose cuenta de lo que pasaba a su alrededor, estimulando habilidades que no ejercía diariamente.

Es importante tomar en cuenta la depresión, ya que para mantener la calidad de vida de los participantes, según Dorsch (2005), además de lo funcional y lo cognitivo se necesita mantener el sentido emocional en buen estado. En esta área se encontró lo siguiente:



Gráfica 3. Resultados de la Escala Geriátrica de Depresión (J.A. Yesavage, 1983)

En la grafica 3 se observa que los participantes que continuaron en el programa disminuyeron notablemente su depresión. El participante 1 mejoró su animo a pesar de caer en deterioro, hasta el último momento; mientras que la participante 2 continuó después del programa más cooperativa, alegre, sonriente, con un sentimiento de ser útil, realizó más y mejores actividades, influyendo esto en las demás áreas; la participante 3, quien no concluyó el programa debido a problemas precisamente emocionales, se mantuvo igual, sin participar en las actividades, aislada, tímida e introvertida.

Se retomaron las bases de la Calidad de vida descrita por Dorsch (Op. Cit), en el sentido de que el aspecto emocional es importante, ya que constituye la motivación para que el paciente se esfuerce por mejorar y controlarse para no perder la tranquilidad; por otro lado, como se vio anteriormente, la demencia es una enfermedad progresivamente degenerativa, de tal modo que la terapia podrá retardarla pero nunca detenerla, a diferencia de lo que pasa con lo emocional, lo cual puede mantenerse en buen estado hasta en momentos de severo deterioro, como es el caso del participante número 1 que a pesar de ya no poderse mover y articular pobremente pocas palabras, seguía con la intención de salir adelante, de mejorar, recuperarse; ya que se sabe que estos pacientes tienen conciencia de enfermedad hasta muy avanzada la demencia.

Debido a la numerosa cantidad de sesiones (45) se decidió realizar la tabla 3, donde se muestran las cinco áreas que forman la Calidad de vida descrita por Dorsch (Op. Cit.), que se manejaron a lo largo del programa; separadas a su vez en las habilidades de la vida diaria que las componen; seguida cada una, por el número de participante. Tomando en cuenta que la "X" simboliza una habilidad no realizada y cada paloma una habilidad que el participante no ha perdido aún o que se logró recuperar, de esta manera si contabilizamos el total de habilidades obtendríamos un máximo de 47, que forman una adecuada calidad de vida, paralelamente mientras menos habilidades hayan sido realizadas por los

participantes en los diferentes aspectos, mayor fue el trabajo que se tuvo que realizar en esa área para equilibrar su calidad de vida.

A continuación se muestra un registro del desempeño de los participantes durante la intervención:

Tabla 3. Aspectos de Calidad de Vida adquiridos o mantenidos.

	NÚMERO DE PARTICOPANTE																	
ECONÓMICO	1	2	3	SOCIAL	1	2	3	EMOCIONAL	1	2	3	COGNOSCITIVA	1	2	3	FÍSICO	1	2	3
IDENTIFICACIÓN LIMITACIONES	✓	✓	X	IDENTIFICACIÓN LIMITES	X	✓	X	IDENTIFICACIÓN LIMITACIONES	✓	✓	✓	IDENTIFICACIÓN LIMITACIONES	✓	✓	✓	GESTICULACIÓN	✓	✓	✓
AMBICIONES ADECUADAS	✓	✓	X	ACEPTACIÓN INSTRUCCIONES	✓	✓	✓	LIBERACIÓN DE ESTRÉS	X	✓	X	COMPRENSIÓN INSTRUCCIÓN	✓	✓	X	LIBERACIÓN DE ESTRÉS	X	✓	X
MANEJO DE DINERO	✓	✓	✓	TOLERANCIA A VAR. EXT.	X	✓	X	TOLERANCIA	X	✓	X	CAPACIDADES VISUALES	✓	✓	✓	CAPACIDADES VISUALES	✓	X	X
				COOPERACIÓN	✓	✓	✓	RELAJACIÓN	✓	✓	X	CAPACIDAD AUDITIVA	✓	✓	✓	AUDICIÓN	✓	X	✓
IDENTIFICACIÓN DE NÚMEROS		✓	✓	AYUDA	✓	✓	✓	AUTOCONOCI-MIENTO	✓	✓	✓	IDENTIFICACIÓN GENERAL	✓	✓	✓	AUTOCONOCIMIENTO	✓	✓	✓
SECUENCIAS NUMÉRICAS	✓	✓	X	SOCIALIZAR	✓	✓	X	CAPACIDAD DE GOCE	✓	✓	X	SECUENCIAS LÓGICAS	✓	✓	X	MOTRICIDAD GRUESA	✓	✓	✓
OPERACIONES BÁSICAS	✓	✓	X	DISFRUTAR COMPAÑÍA	✓	✓	✓	ACEPTACIÓN	✓	✓	✓	CALCULO	✓	✓	X	MOTRICIDAD FINA	✓	✓	✓
				DISPONIBILIDAD	✓	✓	✓	MANEJO DE EMOCIONES	X	✓	X	MANEJO GENERAL	✓	✓	X				
				SOLUCIÓN PROBLEMAS	✓	✓	X					MEMORIA	✓	X	X				
				LIDERAZGO	✓	✓	X					ATENCIÓN	✓	✓	✓				
				COMPETENCIA	✓	✓	X					LENGUAJE	✓	✓	✓				
				RECONOCIMIEN-TO PERSONAS	✓	✓	X					CONCEPTUALI-ZACIÓN	✓	X	X				
												ABSTRACCIÓN	✓	X	X				

Con base en lo antes mencionado, se observa que los participantes 1 y 2 realizaron 41 de las 47 habilidades que se tomaron en cuenta a lo largo del programa, con las diferencias de que las destrezas menos conservadas en el participante 1 se centran en lo social y emocional, lo cual se puede atribuir al tipo de demencia que padece (Pick), ya que de acuerdo con el DSM-IV este tipo de padecimiento se caracteriza por dañar el lóbulo frontal que controla las emociones, impulsos, planeación y las relaciones con los demás, manteniendo el estado cognoscitivo. En cambio la participante número 2 falló principalmente en lo cognoscitivo, lo cual concuerda con lo esperado según la descripción del DSM-IV para la demencia tipo Alzheimer que actualmente padece y un poco en lo físico, ya que desde un principio se observó que necesitaba lentes pero su familia no se los había proporcionado.

En contraste con estos participantes, la tercera realizó únicamente 21 de las habilidades evaluadas en las actividades, fallando en todas las áreas a pesar de su corto tiempo con la enfermedad, lo cual se debe a los periodos de evolución clínica propuestos por García (Op. Cit.), donde se exponen 4 niveles de deterioro demencial, ubicando a esta participante en el segundo de ellos, el cual es una fase todavía leve pero de mayor deterioro. Caracterizándose por importantes lagunas que empiezan a preocupar a la familia, afectando en particular la memoria, surge la confabulación para disimular su fallo, se desorienta en el tiempo, olvida fechas e ignora aniversarios familiares, con frecuencia cambia de sitio los objetos personales y dice después que le han sido "robados". Cada participante tiene un ritmo propio para avanzar en dichos niveles o mantenerse ahí e incluso para saltarse alguno de ellos para pasar a uno más deteriorado.

Además de esto cabe recordar que esta participante no finalizó el programa debido al aumento en sus niveles de ansiedad causados por la presión social que representaba para ella el ritmo en que sus compañeros realizaban las actividades, sin embargo se le aplicaron las pruebas del pos-test para identificar de que

manera le afecto el no adquirir un programa de estimulación que la ayudara a mantener o reforzar habilidades para no perderlas.

La tabla 4 muestra el desarrollo de cada uno de los participantes a lo largo de las sesiones, agrupadas por semanas.

Tabla 4. Desarrollo por semanas

SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SESIÓN	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45
1	3	3	4	5	5	5	5	1	1
2	3	3	4	4	5	5	5	5	5
3	3	1	1	1	1	1	1	1	1

1 NO REALIZÓ LAS ACTIVIDADES

2 NO PUDO REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES

3 TUVO PROBLEMAS EN LA MITAD DE LAS ACTIVIDADES

4 REALIZÓ LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES

5 REALIZÓ TODAS LAS ACTIVIDADES SIN PROBLEMAS

Esta tabla nos muestra como al iniciar el programa los 3 participantes se encontraban al mismo nivel de desempeño, sin embargo la participante número 3 dejó de realizar las actividades debido a que, como se vio en la tabla 3, posee un mal manejo de sus emociones y escasas habilidades sociales; que la llevaban a bloquearse o angustiarse al no poder realizar las actividades al mismo ritmo que sus compañeros, por lo cual se decidió sacarla del programa para que la continua exposición a situaciones que ella percibía como estresantes no acelerara su nivel de deterioro y pudieran afectarla en el avance de su demencia. En comparación con los participantes restantes que avanzaron de manera continua y parecida, el número 1 mejoró una semana antes que la 2, sin embargo debido a una repentina cascada de deterioro que sufrió en la octava semana bajo súbita y drásticamente su nivel de desempeño, pasando del más alto al más bajo (de 5= realizo todas las actividades sin problemas a 1= no realizo las actividades), a diferencia de la número 2 que tardó una semana más para realizar todas las actividades sin

problema pero se mantuvo ahí hasta el final; lo cual concuerda con las etapas de evolución clínica propuestos por García (Op. Cit.), quien dice que un paciente puede pasar repentinamente de un nivel a otro progresivamente hacia el deterioro, no necesariamente en el orden marcado por él sino que puede pasar de uno funcional a otro totalmente disfuncional.

CONCLUSIONES

En este caso se optó por basarse en una terapia ocupacional, sin embargo se fue más allá de lo que esta establece, ya que no solo se tomó en cuenta lo cognitivo conductual, sino al trabajar en base a la calidad de vida se trabajó también lo emocional y social integrando una visión más completa en la vida de los participantes, mezclando tanto los estímulos externos del ambiente como los internos en el paciente, permitiendo que se sienta útil y que a pesar de lo que pase aun puede hacer ciertas cosas o que independientemente de sus equivocaciones puede retomar las actividades; fomentando un sentido de orientación en la sociedad, de funcionalidad y de apoyo.

De acuerdo a la comparación de los resultados entre el pre-test con los del pos-test se observó que éstos deben ser analizados individualmente debido a su variabilidad y al tipo de demencia, para que pueda verse el programa como exitoso; ya que los participantes lograron beneficiarse de las actividades realizadas manteniendo o aumentando sus capacidades, cada uno según sus destrezas y necesidades.

De esta manera podemos ver como este programa de intervención fomentó en la participante 2 un mejoramiento en su funcionalidad, en comparación con lo que le afectó a la participante número 3 el no concluir el programa, ya que su funcionalidad fue en decremento; de igual manera observamos que el programa también ayudó en cuanto a depresión, puesto que ambos pacientes que permanecieron de principio a fin en él bajaron notablemente su depresión, en contraste de la participante 3 que se mantuvo con un alto nivel de depresión al momento del pre-test y el pos-test.

Por otro lado, conforme pasaba el tiempo de aplicación de la intervención distinguimos como los pacientes que la realizaban aumentaban la cantidad de cosas que eran capaces de hacer, se mostraban más animados y cooperativos; a

diferencia de la participante 3 que no terminó la intervención, quien se mantuvo distante, apartada de sus compañeros, poco cooperativa, distraída y poco comunicativa, logrando así uno de nuestros objetivos.

Las demencias por ser una enfermedad degenerativa pueden ir consumiendo las capacidades y habilidades con que cuenta el paciente: cognitivas, motoras, funcionales, entre otras; con pocas posibilidades de detener este proceso, más aún cuando la enfermedad se encuentra en una etapa muy avanzada; por esto cabe recordar que el objetivo de la presente investigación fue fomentar las condiciones para que los participantes mantuvieran su calidad de vida durante el proceso, a pesar de la degeneración propia de la demencia.

Por lo cual, los objetivos planteados fueron logrados, obteniendo resultados satisfactorios, ya que con base en la medición de la calidad de vida se pudo saber que si no se logró mejorar todos los aspectos planteados, si se obtuvo un resultado favorable en lo social y en lo emocional, mostrándose más animados y cooperativos, ya que los demás aspectos solo se lograron cubrir en la participante 2, que terminó el programa hasta el final, sin problemas.

En cuanto a la experiencia adquirida, se considero extensa en el sentido de que con la práctica se reforzó lo anteriormente visto en clases teóricas, por ejemplo, neurofisiología de la memoria y el aprendizaje donde se aprendió que tipos de memoria hay, como se afectan, que estructuras orgánicas intervienen, el proceso que sigue la información para almacenarse o evocarse, entre otras cosas; en desordenes orgánicos para tener una introducción a lo que es la demencia y que tipos hay. Por otro lado se desarrollaron habilidades no solo para aplicar pruebas, sino para calificarlas y evaluarlas, para el diagnóstico de pacientes con demencia. Aunque podría realizarse también en otro tipo de población, con el apoyo de materias teóricas como aplicación de pruebas psicológicas y de personalidad.

Adquiriendo habilidades para búsqueda y clasificación de información, investigación, redacción, diseño y aplicación de programas, empatía, observación, tolerancia, escucha, planeación, improvisación, entre otras; las cuales no solo son importantes para la vida profesional sino para la vida diaria y el trato con la sociedad. Enriqueciéndome como psicóloga, pero sobre todo como persona.

También de relevancia es mencionar la experiencia que dejó el trato con los participantes del programa, pues como es de saberse de toda interacción con otra persona se aprende algo nuevo, por lo que del participante 1 se retoma el ánimo, entereza y ganas de salir adelante que siempre lo caracterizaron, desde el momento en que se le conoció hasta el momento de su muerte, a pesar de la conciencia de enfermedad que, según la descripción de demencia del DSM-IV, mantenía y el daño inesperado causado por una repentina cascada de deterioro que lo llevó de un nivel de deterioro leve a severo hasta fallecer. Enseñándonos que pase lo que pase hay que luchar por salir a delante y no rendirnos ante las adversidades de la vida.

De la participante 2 la calidez, el esfuerzo que ponía en hacer las cosas bien, sobre todo el sentido del humor, demostrándonos que un poco de atención y afecto pueden lograr que las personas se sientan mejor, presentando mayor grado de motivación. Por último la número 3 certifica como cada persona percibe de manera diferente las cosas, de tal manera que las emociones causadas por la vida diaria son subjetivas y para mantener la esperada calidad de vida, que todos tenemos derecho a poseer, debemos orientar nuestras percepciones y pensamientos hacia cosas positivas.

Con la experiencia adquirida se sugiere realizar una intervención durante las primeras etapas de la enfermedad, posibilitando así, mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia en un mayor porcentaje.

En la creación de futuros programas de intervención se sugiere considerar el tratamiento a los familiares de los participantes, ya que el trabajo con ellos favorece la relación con el paciente a través del desarrollo de estrategias para el manejo de la enfermedad. Así mismo, los familiares reciben un fuerte impacto en el ámbito emocional, que debe ser manejado por los profesionales para que no se generen sentimientos de culpa, sobrecarga (física y emocional), frustración o el desentendimiento en el cuidado del paciente, además de que sí bien les ayuda la intervención directa con el paciente, el cuidador será quien pase lo que le quede de vida a su lado, por lo tanto es el único que puede prolongar esta mejoría hasta el final.

También es importante que además de recibir un tratamiento, los familiares sean informados y sensibilizados en el sentido de que cambios y situaciones se pueden presentar en el transcurso evolutivo de la enfermedad.

Otra propuesta sería brindar atención en el proceso de duelo, que les permita comprender y aceptar el curso de la enfermedad de su paciente para que a la larga favorezca la calidad de vida que se le brinda.

Es importante hacer referencia a que el trabajo se realizó en una institución privada; por lo se debe promover el trabajo en instituciones públicas que beneficien a los pacientes con demencia que no disponen con los recursos económicos que posibiliten el acceso a este tipo de instituciones, a pesar de ser una fundación accesible. Para lo cual se puede tomar el presente programa para capacitar al personal que forme parte de nuevas instituciones o futuros esquemas de rehabilitación para dicha población.

Así mismo, se debe considerar la difusión de esta información para la realización de este tipo de programas, ya que se ha notado una falta de profesionales que se dediquen a este campo, por lo que su presencia será fundamental en los próximos años debido a la inversión de la pirámide

poblacional; en la que se requerirán tanto profesionales como instituciones dedicadas al área geriátrica y sobre todo especialistas en demencias, así como el apoyo gubernamental para el desarrollo de programas de recursos sociales o económicos que faciliten hacer frente a este tipo de enfermedades junto con otras propias del envejecimiento.

Actualmente solo existen 2 instituciones reconocidas en el Distrito Federal para el tratamiento de este tipo de población, la fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" y "Alzheimer México", siendo una desgracia que por falta de atención adecuada estos pacientes terminen internados en algún hospital psiquiátrico, como se ha dado la situación.

Una de las limitaciones que se encontraron fue el tratamiento con medicamentos, ya que bajo los efectos de éstos, los pacientes se encontraban somnolientos o ansiosos, por lo que la mayor parte del tiempo presentaban un estado de baja atención, lo que los conducía a no realizar algunas de las actividades. A pesar de esto se trató de que todos los participantes realizaran todas las actividades que se les pidió en los momentos en que se encontraban más lucidos y conscientes.

Otra limitante de importancia fue el trabajo en forma grupal que los mismos objetivos del programa exigían para poder trabajar el aspecto social de la calidad de vida de los participantes; ya que algunos de ellos requerían de una atención individual, a causa del grado de ansiedad o deterioro que presentaban; por esto en algunas situaciones fue necesario repetir actividades o poner atención individual durante los ejercicios a algunos participantes.

Dada la situación física de la institución los espacios no eran los más adecuados, así mismo no era suficiente el tiempo para realizar la mejor intervención, debido a las actividades propias de la misma fundación o a la

disponibilidad del mismo participante, debido a que el ritmo del horario de comida, entrada o salida interrumpía las sesiones.

REFERENCIAS

- Adams y Victor, 2001, *Enfermedad De Alzheimer Y Otras Demencias* 3ªED, Editorial Médica Panamericana, 651 páginas.

- Albert, 2002, 400 PREGUNTAS SOBRE LA DEMENCIA, 1ªED Ed. BIBLIOMEDICA Volúmen 1 Páginas 708

- Gussella, 2003 *Del Ser Demencias conceptos actuales*, Ediciones Diaz de Santos, Madril, Pág. 240

- Bermejo P. T, 2003, CALIDAD DE VIDA EN NEUROLOGÍA, Ed. Ars Médica; Barcelona: 2006 Sección de Neuroepidemiología, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. .Páginas: 304.

- Berne 2006, *Impacto de las políticas públicas en la calidad de vida de la población*

- CIE-10

- Cook Bart y Angus, 2000, *Enfermedad, Cultura Y Sociedad,* Ed. Comelles.

- CONAPO (2005) salud pública de México / vol.42, no.1, enero-febrero de 2006 Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México, DF.

- Coté et. Al. 2003, *PAC Neurologia Parte D Libro 3*

- Cruz, 2005; *Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar*; España; ed Meditor

- Departamento de Fisiología Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

- DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiátrica, 1994)

- *Diccionario de Psiquiatría* España 1996, p. 37 ed. Masson

- Dooley e Hinojosa, 2004; *Acción psicoterapéutica del ejercicio físico en el anciano.* Psicología Iberoamericana vol. 5 No 2 Pag. 39-47.

- Dorsch, 2005, *Calidad de Vida: Educacion y Respeto para el Crecimiento,* Ed. Herder, S.A.

- Dunn, 2005; *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria.* España, Masson pp. 107

- Escobar I. A. (2001) *Envejecimiento Cerebral normal.* Revista Mexicana de Neurociencia,tomo 2 (4)

- Farina, et. al. 2002; *La intervención cognoscitiva en las Demencias*, Revista M. Gerontologia Vo. 6, No 4 pp. 208-209

- Fernández V. M. (2002) *Alzheimer,*2°Ed. Madrid, p.29,63-68

- Flanagan 2005, *La calidad de vida,* Ed.: Fondo de Cultura Económica de España, México D.F. 2005 Pág. 588

- Francés I, Barandirán. M, Macellán T., Moreno L. 2004. *Estimulación cognoscitiva en las demencias.* 2004-09-13. www.espaciologopedico.com/artículos

- Fundación Alzheimer **"Alguien con quien contar"**, (agosto-noviembre de 2004, 2005 y 2006)

- García, Et. Al. 2003, *Enfermeria Geriatrica: Autoevaluacaón,* 496 Páginas.

- Gelonch et al, 2003 Proyecto Cuidet, un abordaje integral no farmacológico de las enfermedades Neurogenerativas, *Revista. M. Gerontología*, No 3,Vo 2, pp.77-82

- Gitlin, et al. 2005; *Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos Neurológicos*, Ed. Panamericana Madrid

- Gobierno del D.F, 2000 Secretaria de desarrollo social, et al. *Manual de Prevención y autocuidado para las personas adultas mayores.* 1° Edición México.

- Gobierno del D.F, 2000 Secretaria de desarrollo social, et al. *Manual de atención: La enfermedad de Alzheimer.* 1° Edición México

- Goldestein y Shelly, 2001, *Saber Hablar: Dinámica Mental*

- Gonzáles M. 2001 *Enfermedad de Alzheimer* ed. Masson España, pp 171-177.

- Guerrero, et. al. 2006; American Jornal of Geriatric Psichiatry, revista.

- Junque y Jurado 2004 *Lenguaje verbal a través del tiempo*,

- Kielhofner. 2000, Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia; España; Ed. Masson

- Krasso, M. Luvitch. 2001 *Demencia presenil y senil. E*d. Salvat México D.F.

- La Barge y Cols. 2006 *Desarrollo Verbal*

- Lawton, 2001; *Psicomotricidad y terapia ocupacional en Geriatría. Estudios Y Experiencias* No 49 Año. Vol. 1 Pág.27

- Lishman, 2001, *Medicina Y Cultura*; Ed. Comelles., 446 páginas.

- Méxicohttp://www.prodigyweb.net.mx/link99/i2-que-es-alzheimer.htm, 8 de Noviembre de 2004

- Mittleman, 2006; *Terapia ocupacional en geriatría: principios y practica.* 2° ed. España Barcelona Masson, pp. 391.

- Morgan L. S. Et. Al. 2000 *Vejez en nuestro tiempo* Ed. Málaga, España

- Olazaran, et. Al. 2004, *La Vejez Positiva: Nunca es Demasiado Tarde para ser Feliz*, 1ª Edición, Plaza edición: Madrid

- Orbis 2005, *Felicidad y Calidad de Vida,* 28 Diciembre 2005

- Jiménez-Jiménez, Ortí-Preja, F.J., J.A-Arjona. 2001 Envejecimiento Cerebral y mitocondrias, *Revista de Neurología*; 26 (Supl. 1),pp. 107-111

- Rosselli, 2002; *Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el anciano*; España; Ed Ars Medica

- Salas y Girbau 2000 *Calidad de vida y praxis urbana* Ed. Alguacil Julio [2000]

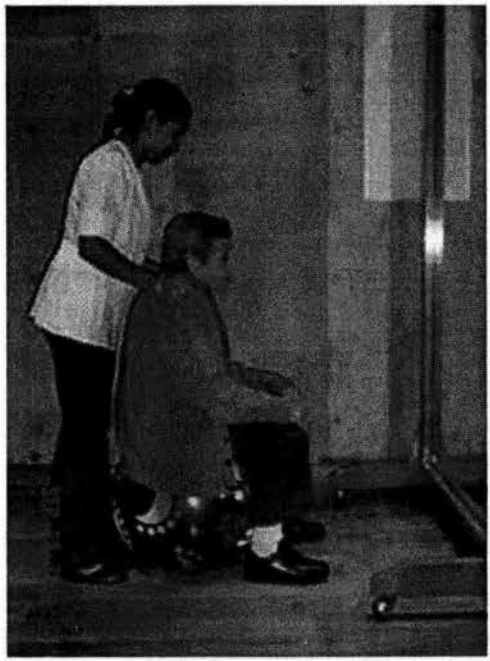
- Secretaria de Salud. 2001 *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*,1°ed., Subsecretaría De Prevención y Protección De La Salud

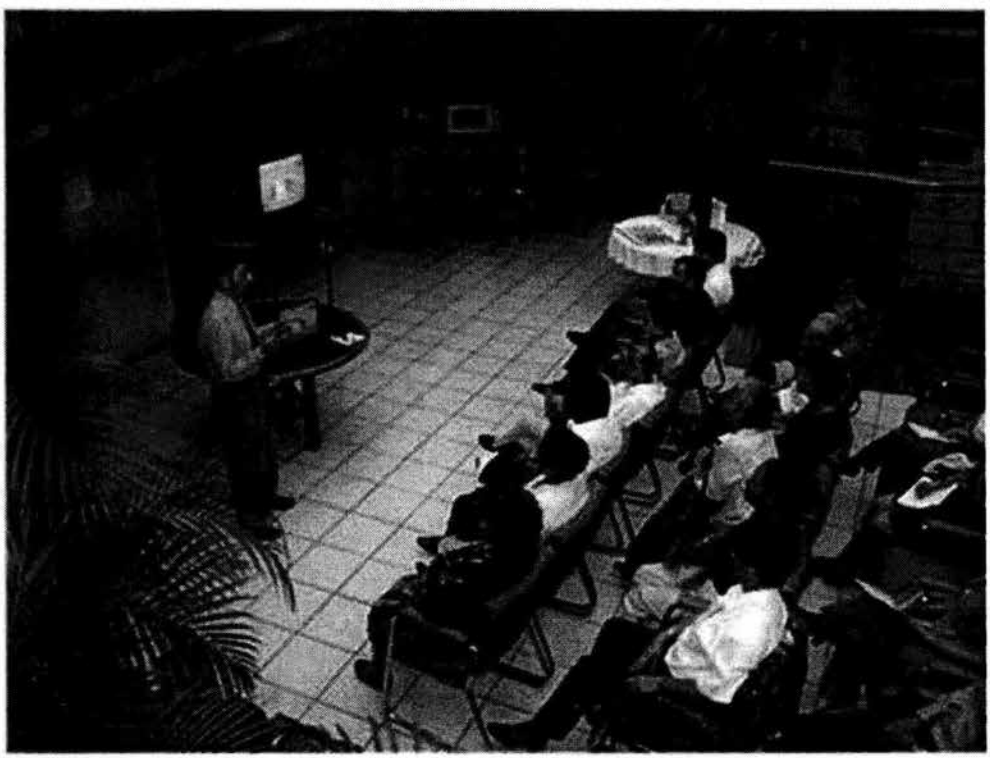
- Spector et. al. 2003;

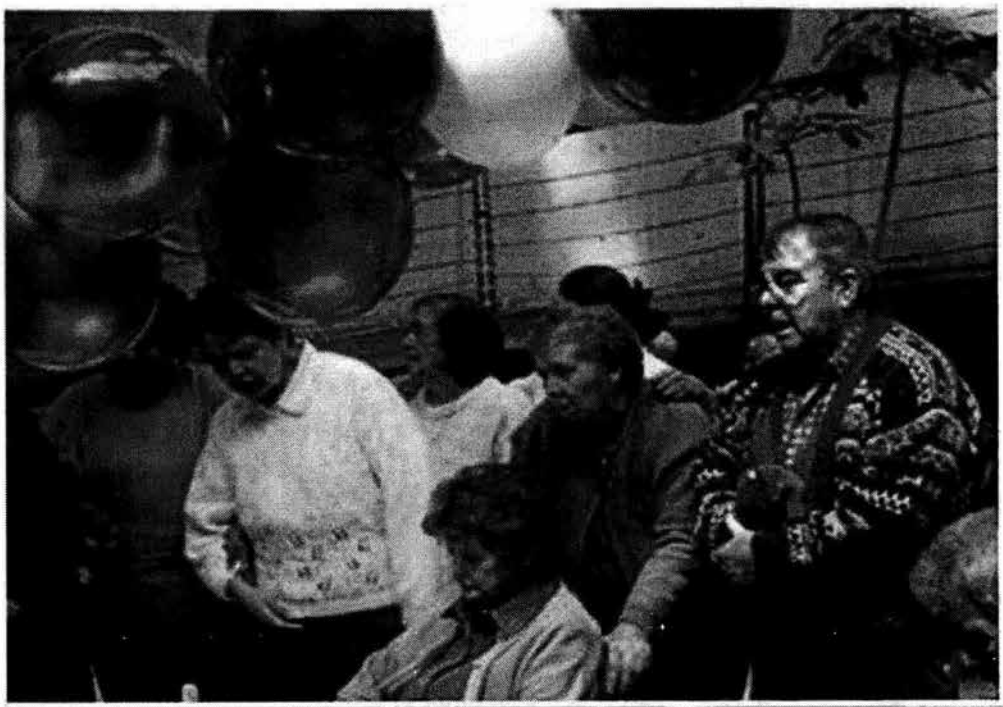
- Terry y cols. 2002, *Neurología de la Demencia*, España.

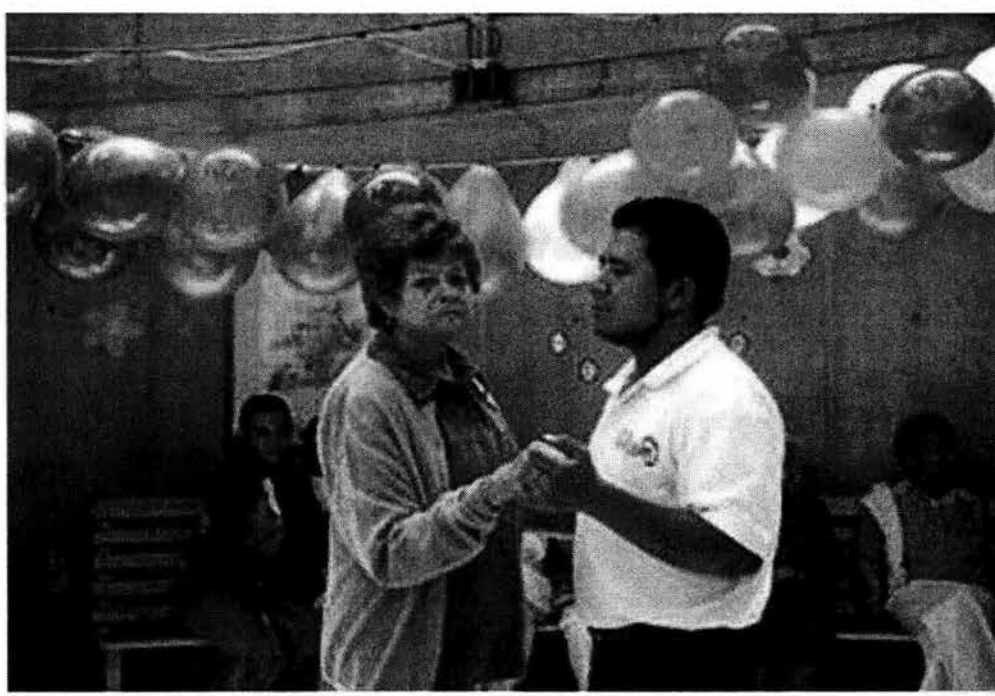
ANEXO 1

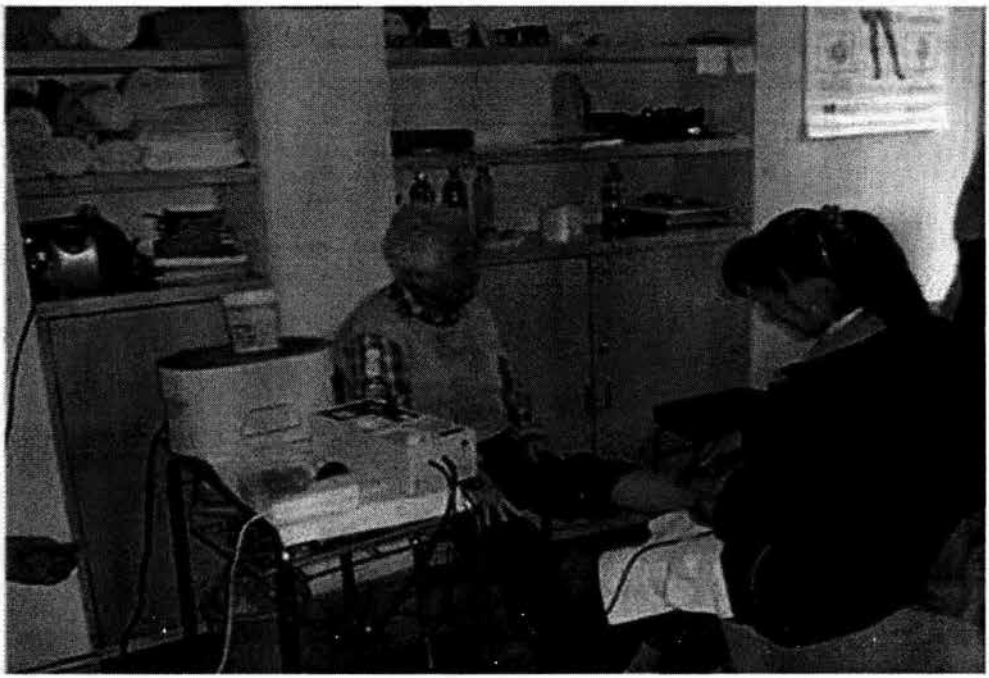
FUNDACIÓN ALZHEIMER
“ALGUIEN CON QUIEN CONTAR”

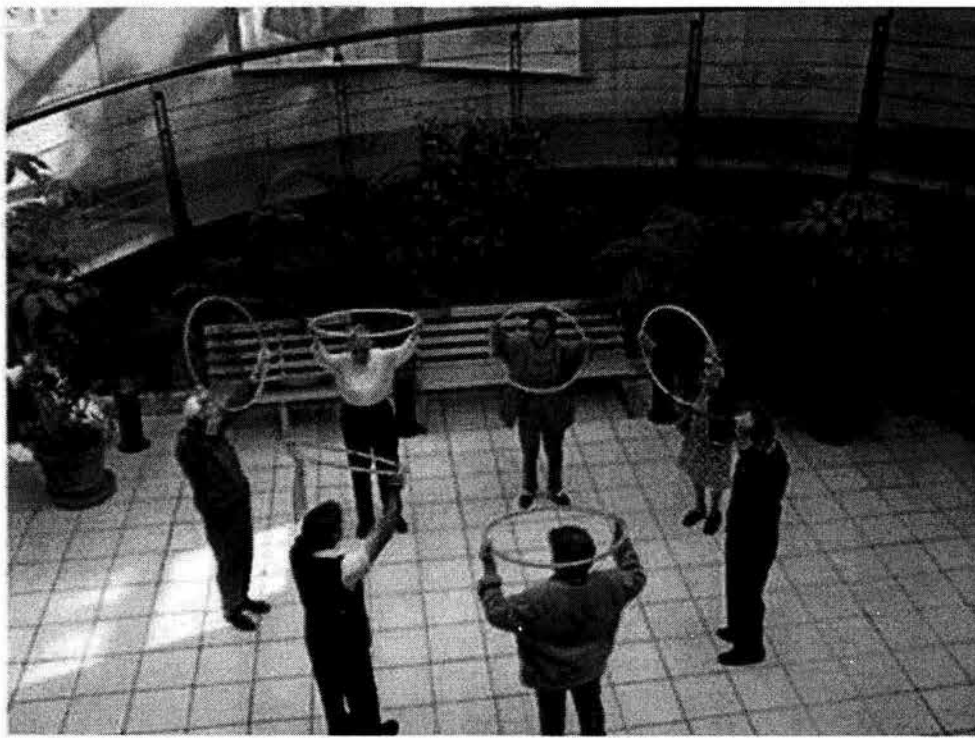












ANEXO 2

PRUEBAS DE DIAGNOSTICO

*BENDER

*MACHOVER

*HTP

BENDER
Vlademirsito
Ramón Ilhep

Figura A
1 1a. Distorsión de la forma ** **Todas edades**
1 1b. Desproporción * 7 años y más
1 2. Rotación * 9 años y más
1 3. Integración * Todas edades

Figura 1
0 4. Distorsión de la forma * Todas edades
1 5. Rotación ** **Todas edades**
1 6. Perseveración (16 o más) ** 8 años y más

Figura 2
1 7. Rotación * 9 años y más
1 8. Integración ** *7 años y más*
0 9. Perseveración (15 o más) ** *8 años y más*

Figura 3
1 10. Distorsión de la forma * 7 años y más
1 11. Rotación * * 8 años y más
12. Integración
1 a) Desintegración del diseño * 6 años y más
0 b) Línea por puntos ** **Todas edades**

Figura 4
1 13. Rotación ** **Todas edades** (esp. después de 7 años)
1 14. Integración * Todas edades

Figura 5
1 15. Círculos por puntos (5 o más) * 9 años y más
1 16. Rotación * Todas edades
17. Integración
1 a) Desintegración del diseño
1 b) Línea por puntos ** **Todas edades**

Figura 6
18. Distorsión de la forma
0 a) tres o más curvas por ángulos * Todas edades
0 b) líneas rectas ** **Todas edades**
1 19.Integración * Todas edades
0 20.Perseveración (6 o más) * * 8 años y más

Figura 7
21. Distorsión de la forma
1 a)desproporción (doble) * 8 años y más
1 b)hexágonos deformados, adición u omisión de ángulos * Todas

Figura 8
1 24.Dist. de la forma * 7 años y más
1 25.Rotación ** **Todas edades**

Puntaje Total: 22 - 1 4 años

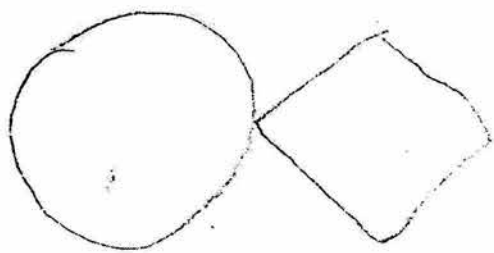
* Significativo, no exclusivo de DC
** Altamente significativo, casi exclusivo DC

1) Total *: 15 **Total **:** 7

2) Edad VM

4.0 ↑	21
4.0	20
4.1	19
4.2 a 4.3	18
4.4 a 4.5	17
4.6 a 4.7	16
4.8 a 4.9	15
4.10 a 4.11	14
5.0 a 5.1	13
5.2 a 5.3	12
5.4 a 5.5	11
5.6 a 5.8	10
5.9 a 5.11	9
6.0 a 6.5	8
6.6 a 6.11	7
7.0 a 7.5	6
7.6 a 7.11	5
8.0 a 8.5	4
8.6 a 8.11	3
9.0 a 9.11	2
10.0 a 10.11	1
11.0 a 11.11	0

3) Indicadores emocionales
X I. Orden confuso
X II. Línea ondulada (1 y 2)
___ III. Círculos por rayas (2)
___ IV. Aumento prog. tamaño (1,2,3)
___ V. Gran tamaño
X VI. Micrografismo
___ VII. Línea Fina
X VIII. Repaso del dibujo o trazos
___ IX. Segunda tentativa
X X. Expansión
___ XI. Marcos alrededor de las figuras

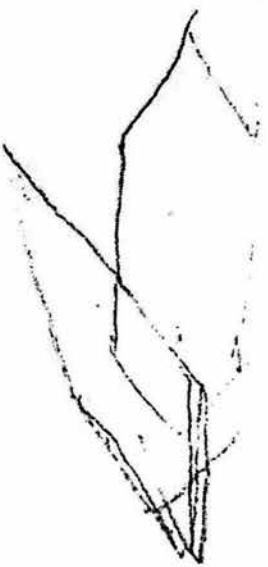


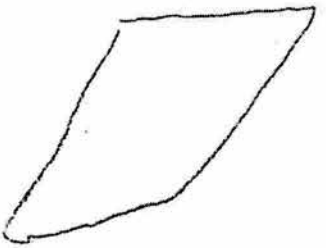
[illegible]

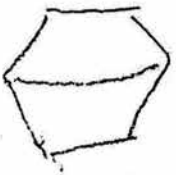
Parfy 2.1 de aquífero.

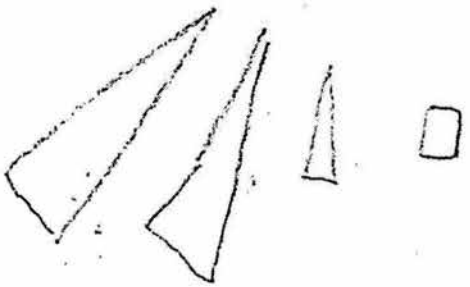
brfrs 2ª de agosto.

Lorfy 27 de agosto...









ANEXO 3

CARTA DESCRIPTIVA DE LA PRIMERA SEMANA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES

SESIÓN #1	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
SIMÓN DICE	Que el paciente siga correctamente las indicaciones verbales que le piden. Proporcionar un ambiente divertido, de cooperación y relajado entre el paciente y sus compañeros.	A la orden de ¡Simón dice! Se mencionará una actividad sencilla como abrir la boca, cerrar los ojos, etc; que el paciente tendrá que seguir. Esto se repetirá varias veces, posteriormente se les pedirá que expliquen cual de los movimientos hechos fueron los que más les gustaron, cuáles fueron los más graciosos y cuales los que se les dificultaron más, tratando de que evoquen de que trato la actividad y reconozcan sus capacidades o limitaciones.	Se evaluara si los pacientes siguen correctamente las indicaciones según la lista de chequeo diseñada para esta actividad.		20 – 30 mins.

ASPECTOS DE CALIDAD DE VIDA QUE SE ABARCAN EN CADA ACTIVIDAD:

SOCIAL: Identificación de límites, aceptación de instrucciones, trabajo en grupo y cooperación.

EMOCIONAL: Identificación de capacidades, limitaciones, relajación, diversión, entretenimiento, reconocimiento de sentimientos y auto conocimiento físico.

COGNOSITIVO: Capacidad auditiva, comprensión de instrucciones y evocación.

FÍSICO: Motricidad gruesa, gesticulación, reconocimiento e identificación de las partes corporales.

Se comenzó explicando a los pacientes que se darían ordenes sencillas que ellos tendrían que seguir, se observó que al dar la orden larga "Simón dice..." se les dificultaba más comprender la orden, por lo que se procedió a dar solo una orden sencilla como "cerrar los ojos", de esta manera

se dirigió toda las actividad para que los pacientes ejecutaran todas las ordenes de manera adecuada.

SESIÓN #2	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
DESCUBRIENDO A UN AMIGO SECRETO	Los pacientes unirán una serie de puntos numerados para descubrir una figura.	Se proporcionara individualmente hojas con dibujos incompletos para que el paciente una los puntos numerados para terminar el dibujo, los cuales aumentaran su grado de dificultad progresivamente. Incitando a continuar a aquel que se detenga o motivándolo para que realice mejor la actividad. Al final expresará cada uno que sintió con esta actividad, si los dibujos les recuerdan algo o si nos puede contar alguna historia acerca de alguna de las figuras.	Se evaluara en base a la lista de chequeo individual por dibujo, anecdóticamente y en base a la calidad de la línea.	Hojas con dibujos cada vez más complejos o con secuencias numéricas cada vez más largas (en lo posible que se relacionen con su medio, historia de vida o situación actual) marcadores, plumones, lápiz, regla, goma y colores.	30 – 45 mins.

ECONÓMICO: Identificación de números, calculo, secuencias de valores numéricos.

SOCIAL: Socializar, ayudar y ser ayudado.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, identificación de sentimientos y autoconocimiento.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, abstracción, comprensión de instrucciones, imaginación, evocación de recuerdos y anticipación.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, coordinación, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos.

Se mostró las hojas a los pacientes y se repartió un juego de copias igual a cada uno; se dieron las instrucciones de que eran dibujos donde faltaban líneas y lo que ellos tenían que hacer era unir los puntos siguiendo la numeración para descubrir que dibujo estaba ahí. Se proporcionó una herramienta para escribir, que ellos eligieron, ya fuera pluma o lápiz y se añadió la instrucción sencilla "vean como van los números y unan los puntos"

SESIÓN #3	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
MI CUERPO	Reconocimiento corporal, ubicación en espacio, reconocimiento de las capacidades físicas.	Se proporcionara a cada paciente un cuerpo desarmable de plástico para que lo desarme y lo arme de nuevo, primero de la figura correspondiente a su propio género y luego del género contrario, mencionando que parte del muñeco corresponde a cada una de las partes de su cuerpo. Se pedirá que mueva al muñeco como él lo desee y se preguntara porque se mueve así.	Se evaluara en base a la lista de chequeo.	Muñeco armable de plástico.	30 – 45 mins.

SOCIAL: Socializar, ayudar y ser ayudado, reconocimiento de imagen corporal de las personas que le rodean e interacción entre los pacientes.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, aceptación, liberación de estrés, autoconocimiento, reconocimiento de sentimientos y de la imagen corporal propia.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, abstracción, comprensión de instrucciones, imaginación, evocación de recuerdos y pensamiento.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, coordinación, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos, reconocimiento de límites físicos y de las partes del cuerpo.

Se repartieron los cuerpos de plástico, en una dimensión, desarmables, del mismo género que el paciente, posteriormente se les pidió que los vieran bien para que los desarmaran y los volvieran a

armar; una vez terminado el primero se prosiguió, de igual manera, con el cuerpo del genero contrario.

SESIÓN #4	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
BUSCA SU PAREJA	Los pacientes identificaran la pareja de figuras iguales de entre varias, habilitando su atención.	Se colocaran en la mesa diversas figuras hechas de fomi, de diferentes colores, que sólo tengan una pareja y se pedirá a los pacientes que junten las parejas que encuentren, que realicen grupos semánticos conforme a color, geometría, descripción de las figuras, diferencias y semejanzas; contando en cada caso cuantos elementos forman cada grupo. Al final cada paciente expresara que sintió con esta actividad, si alguna figura les recuerda algo o pueden contarnos algo acerca de alguna figura.	Se evaluara en base a la lista de chequeo la cantidad de pares correctos que cada uno forme, la cantidad de campos semánticos, los colores que reconozca y lo que logre recordar o contar acerca de las figuras.	30 pares de figuras hechas previamente de fomi de diferentes colores, de cosas que se encuentren presentes en su alrededor y en su vida diaria.	30 – 45 mins.

ECONÓMICO: Identificación de números.

SOCIAL: Socializar, ayudar y ser ayudado e identificar figuras que se encuentran en su entorno diariamente.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, identificación de sentimientos y autoconocimiento.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, abstracción, comprensión de instrucciones, imaginación, evocación de recuerdos y nivel de pensamiento.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, coordinación, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos.

Se presentaron diversas figuras de fomi que los pacientes tenían que unir en parejas, luego por color, geometría, hacer campos semánticos, hacer grupos de cantidades iguales; se acomodaron las figuras por toda la mesa pidiendo por turnos que cada uno formará un par, lo cual sucedió así hasta que el paciente número 1 se canso de esperar a que sus compañeros encontraran los pares y comenzó a pasárselos, para luego tomarlos todos él. Por consiguiente se decidió cambiar la dinámica a colocar de nuevo todas la figuras en la mesa para qué cada paciente tomara todas las figuras, a la vez que el paciente 1 los guiaba para no desesperarse y sentirse útil; de igual manera se prosiguió a pedir que se buscaran colores, que se formaran grupos, que se divirtieran y formaran una historia con las figuras que ahí se encontraban.

SESIÓN #5	OBJETIVO ESPECíFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
ÉCHALE	Que los pacientes coloquen en una caja la cantidad de elementos que se les indique, pasando de uno en uno a seguir la instrucción.	Se proporcionara diversos objetos con los que estén familiarizados, dirán el nombre, para que sirve y los colocaran adentro de la caja de acuerdo al número de elementos.	Se evaluara en base a la lista de chequeo individual.	Diferentes objetos relacionados con su medio ambiente e historia de vida.	30 – 45 mins.

ECONÓMICO: Identificación de números, calculo, secuencias de valores numéricos.

SOCIAL: Socializar, ayudar y ser ayudado.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, identificación de sentimientos y autoconocimiento.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, abstracción, comprensión de instrucciones, imaginación, evocación de recuerdos y anticipación.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, coordinación, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos.

SESIÓN #6	OBJETIVO ESPECíFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
TRIPAS DE GATO	Desarrollar la capacidad de identificar símbolos,	Los adultos mayores deberán reconocer los números o figuras familiares que se les	Se evaluara en base a la lista de chequeo individual,	Hojas o plantillas de números o figuras	30 – 45 mins.

	agrupación por pares, percepción visual, motricidad fina y discriminación.	indiquen de entre varios posibles y los unirá con su par a través de una línea, sin que estas líneas se crucen. Para concluir se le pedirá a cada paciente que exprese que sintió al no poder cruzar las líneas, como resolvió el tener cada vez menos espacio y que le gusto o disgusto de la actividad.	cuantos números reconoce en cada ejercicio, así como cuantas uniones logra hacer, sin tocar otras líneas.	familiares, divididos en toda la hoja. Lápices de colores, marcadores, plumones, pluma y goma.	

ECONÓMICO: Identificación de números, calculo, secuencias de valores numéricos.

SOCIAL: Socializar, solución de problemas, reconocimiento de límites, ayudar y ser ayudado.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, manejo de la ansiedad, impulsos, reconocimiento de limitaciones, identificación de sentimientos y autoconocimiento.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, capacidad visoconstruccional, ubicación de espacio, abstracción y comprensión de instrucciones.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, coordinación, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos.

SESIÓN #7	OBJETIVO ESPECíFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
SERPIENTES Y ESCALERAS	Los pacientes socializaran, teniendo contacto con otras personas de su misma edad, promedio y problemática. A de más de favorecer las actitudes de colaboración con cuidadores y	Se les mostraran los tableros para que elijan los de su preferencia y se les enseñara a jugar para que posteriormente lo hagan de manera semiindependiente del aplacador.	Se les preguntara constantemente sobre su estado de ánimo y se procurara alentar un estado anímico mejor mostrándoles las consecuencias de actuar positivamente. De igual manera se evaluarán diferentes aspectos	Tablero de serpientes y escaleras con figuras que tengan que ver con su situación actual de los pacientes, dados y fichas.	30 – 45 mins.

	familia en el tratamiento actual.		cognitivos en base a la lista de chequeo diseñada para esta sesión.		

ECONÓMICO: Identificación de números, calculo, secuencias de valores numéricos.

SOCIAL: Socializar, competencia, ayudar y ser ayudado.

EMOCIONAL: Disponibilidad para realizar la actividad, identificación de sentimientos, manejo de la ansiedad, impulsos, presión y autoconocimiento.

COGNOCITIVO: Secuencias lógicas, abstracción, comprensión de instrucciones y anticipación.

FÍSISCO: Motricidad gruesa y fina, prensión, capacidades visuales y fuerza al sostener los objetos.

SESIÓN # 8	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN	MATERIALES	TIEMPO
LOTERÍA (abecedario)	Identificara figuras conocidas para abstraerlo en su tabla de lotería.	Primero de romperán hojas en pequeños pedazos de papel y se harán bolita con la mano para que sean las fichas con que marcamos cuales letras ya salieron; posteriormente se presentaran las tarjetas y las tablas de la lotería. Tendrá que poner atención en el orden en que salgan las tarjetas para llenar su tabla y ganar.	Según la lista de chequeo se observara la capacidad de abstracción para identificar las tarjetas en su tabla y el reconocimiento de las letras.	Una lotería del abecedario y hojas de papel.	45- 60 mins

SOCIAL: Capacidad de escuchar, reconocimiento y aceptación de las capacidades de los de más

EMOCIONAL: Tolerancia a la demora que provoca ansiedad, manejo de estrés

COGNOSCITIVA: Abstracción, comprensión, denominación y evocación de letras.

FÍSICO: Motricidad fina y gruesa, capacidad auditiva y visual

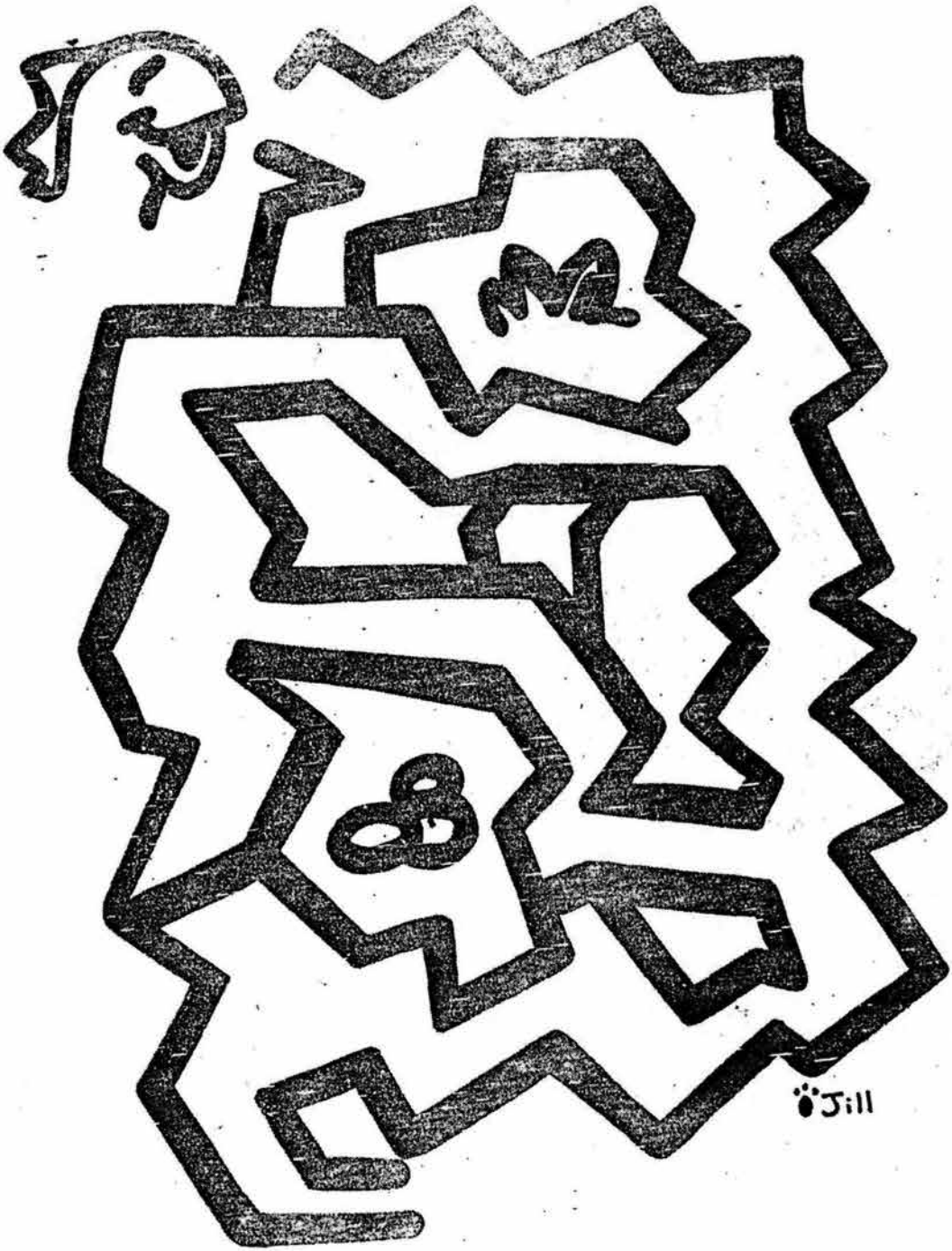
Se presentó el juego a los participantes, informándoles que esa era una lotería de letras así que era importante que primero reconocieran las letras para ver que no hubiera ningún problema, de esta manera procedieron a sacar el juego de la bolsa, revisarlo, organizarse, se escogieron las tablas, que a petición de ellos fueron 2 por cada participante, se revisaron primero las tarjetas para que identificaran las letras y palabras que empiecen con esas letras.

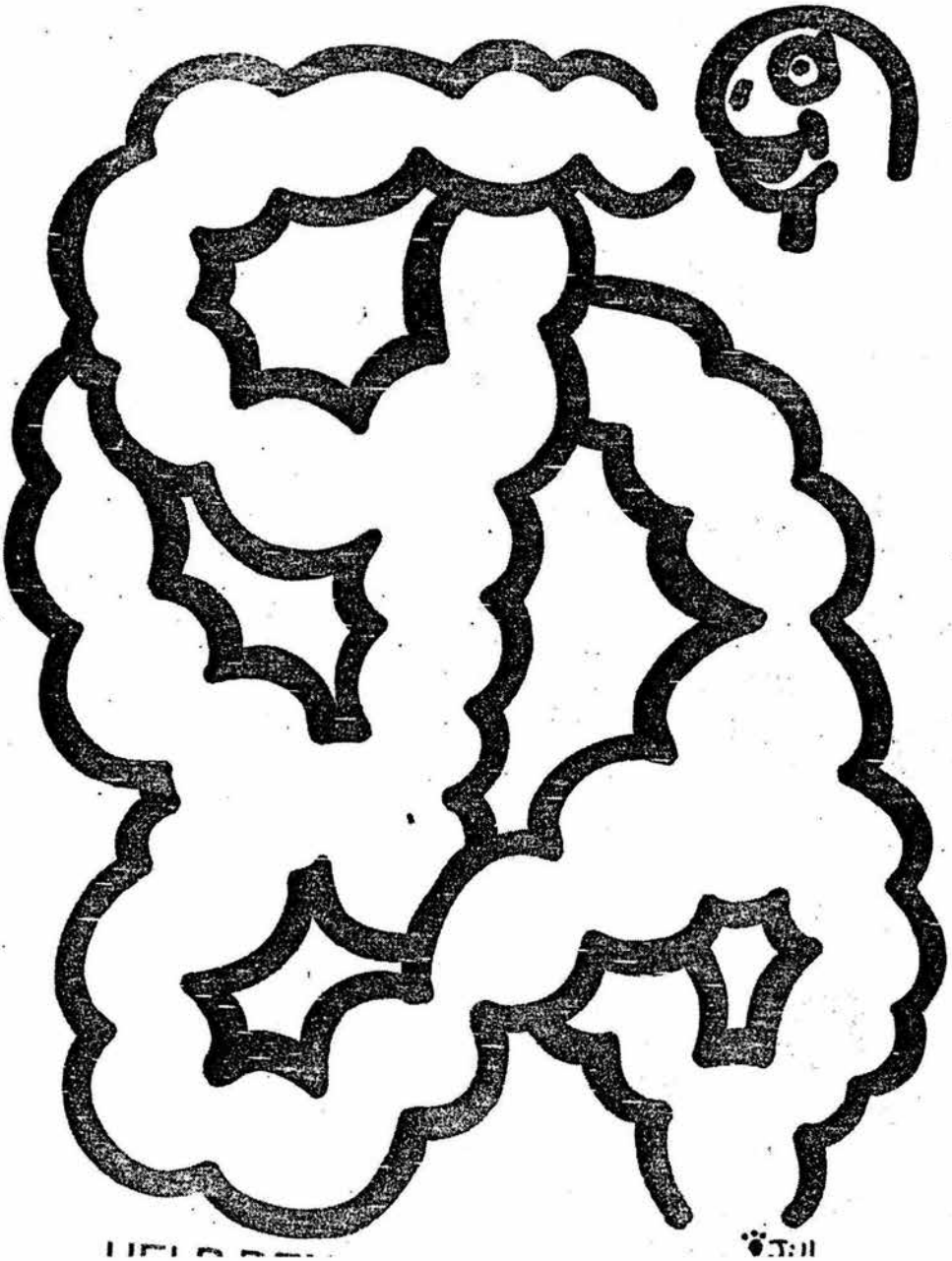
Se les pidió que rompieran unas hojas en pedazos pequeños y los hicieran bolitas con las manos para que esas fueran nuestras fichas para marcar los dibujos que iban saliendo.

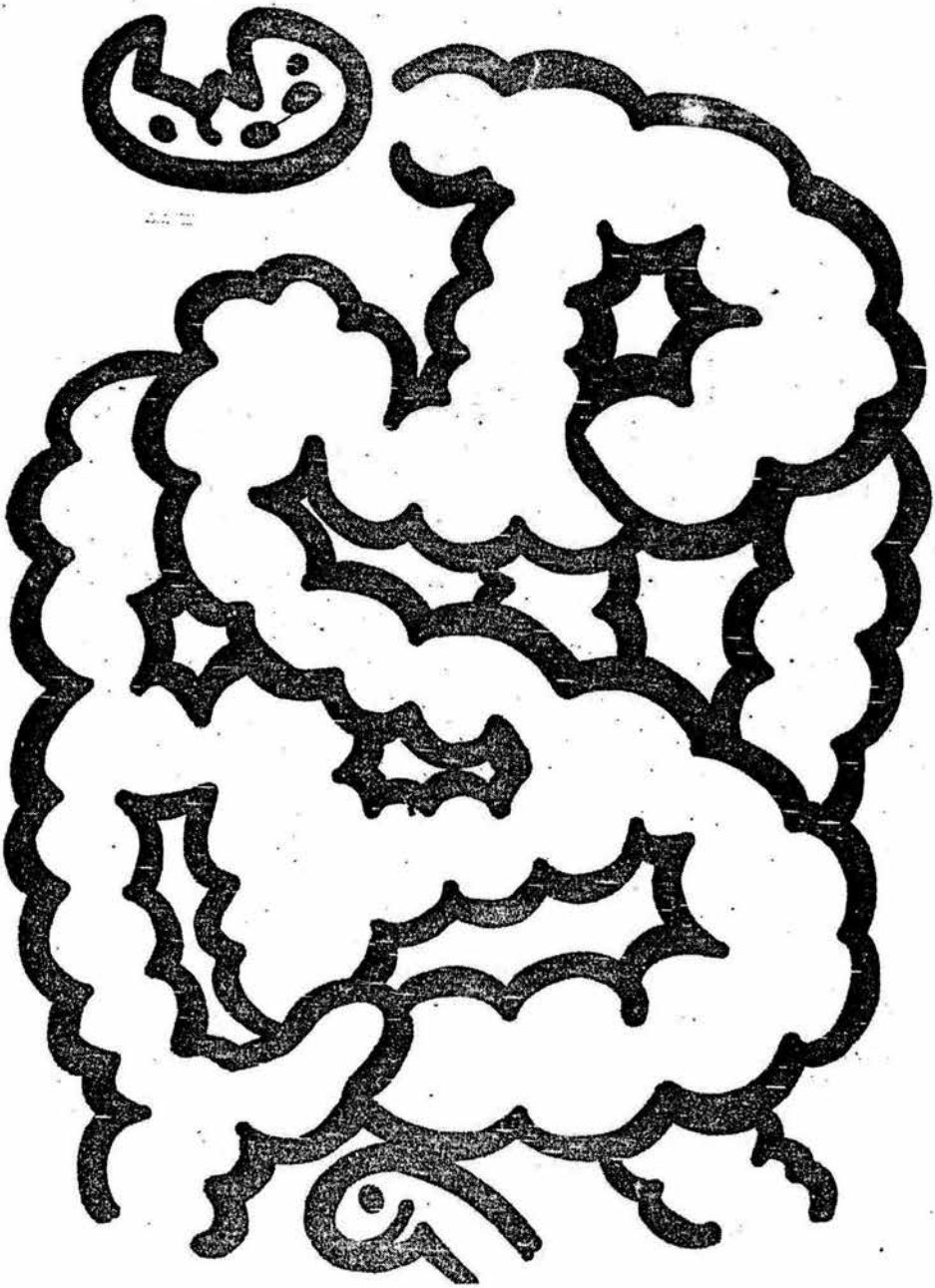
Comenzó el juego, conforme se iban cantando las letras de las tarjetas que iban saliendo, cada participante la observaba y la buscaba en sus tablas, tomaba una bolita de papel y la colocaba en su lugar, una y otra vez hasta que hubo un ganador.

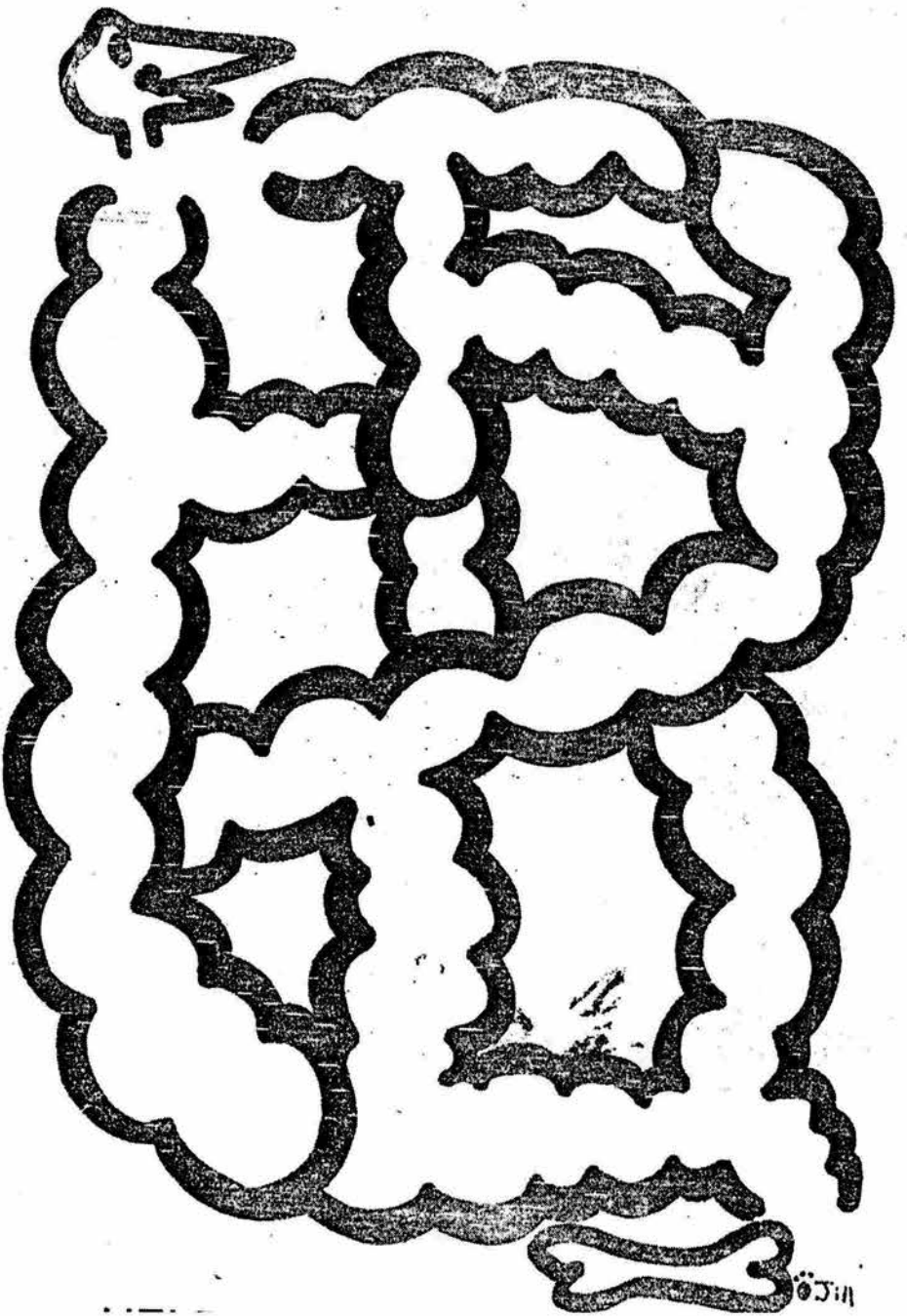
ANEXO 4

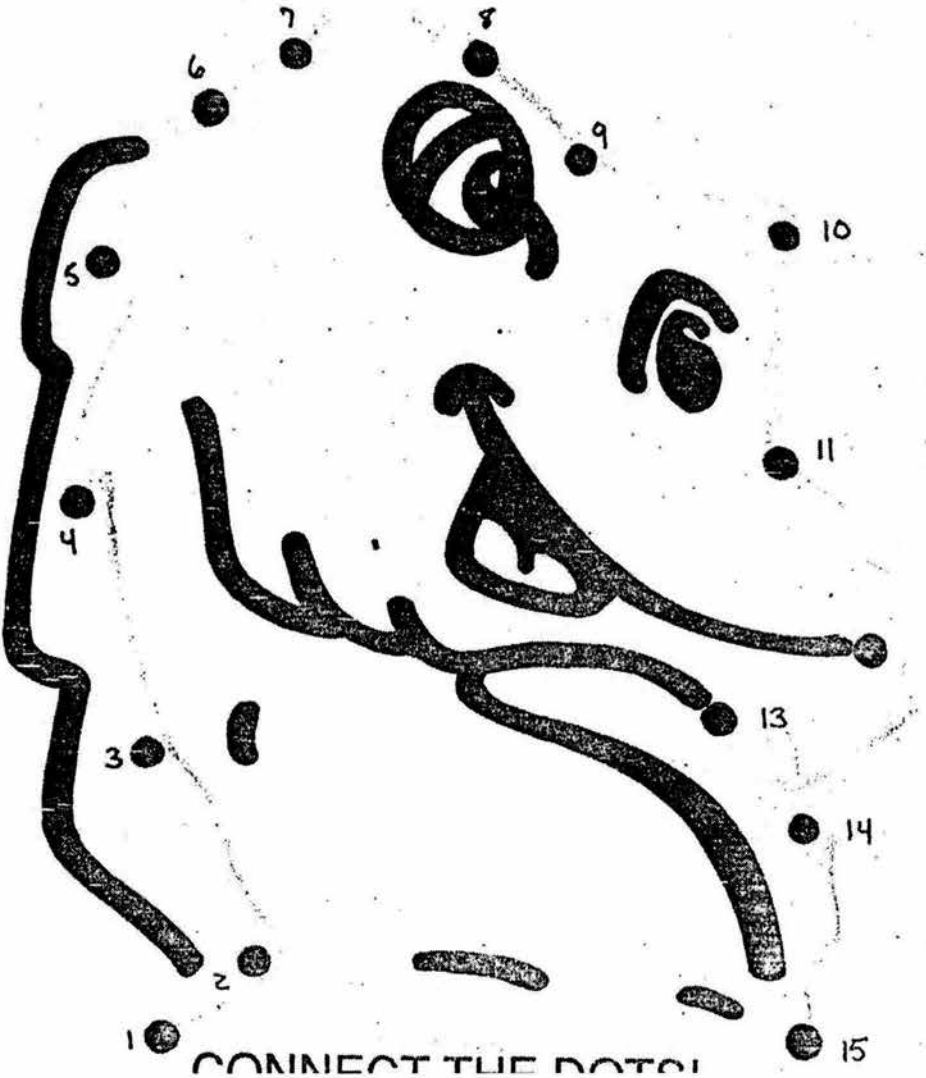
*MATERIALES
*PRUEBAS DE PARTICIPANTE 1 DE PRE-TEST Y POS-TEST


Jill

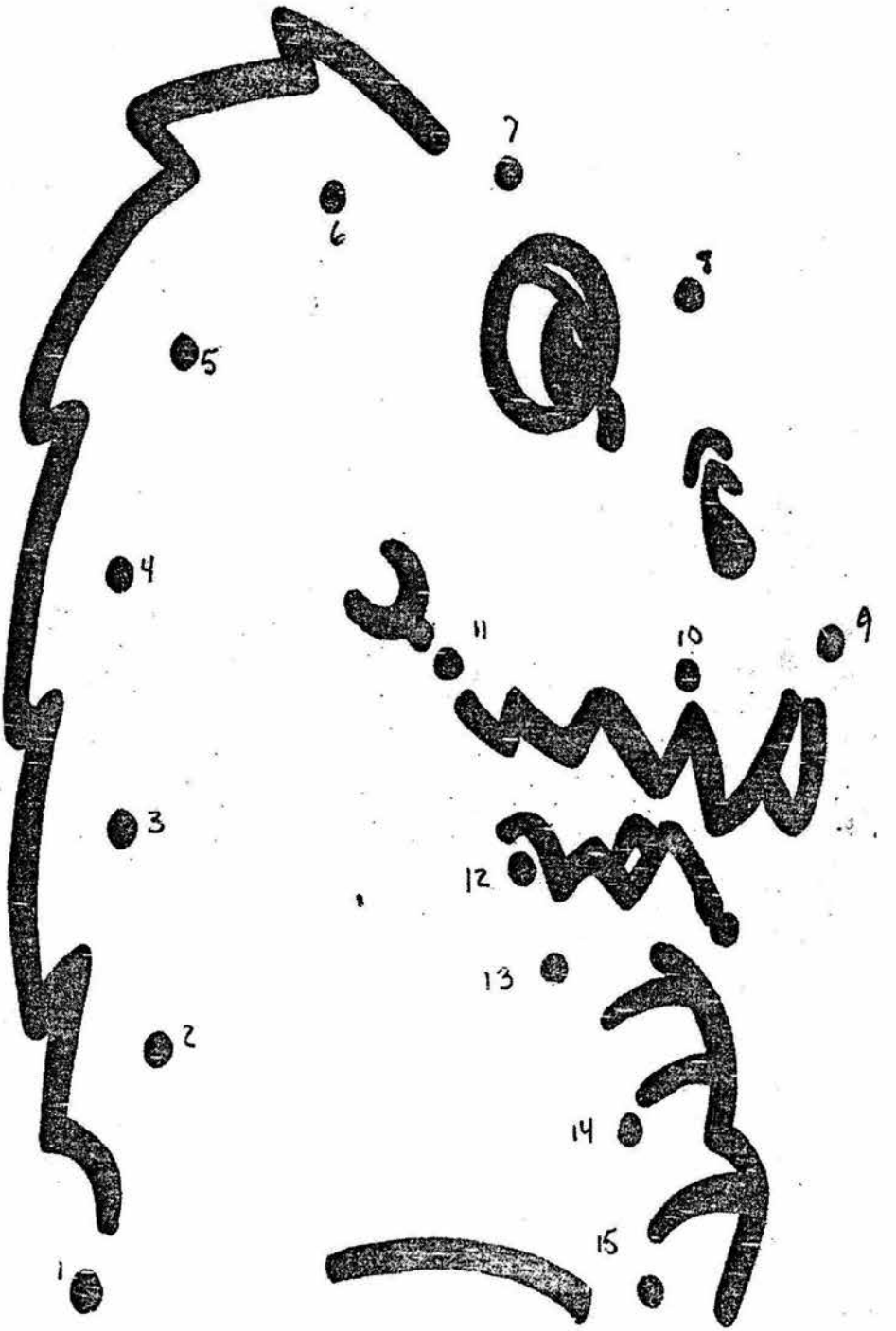






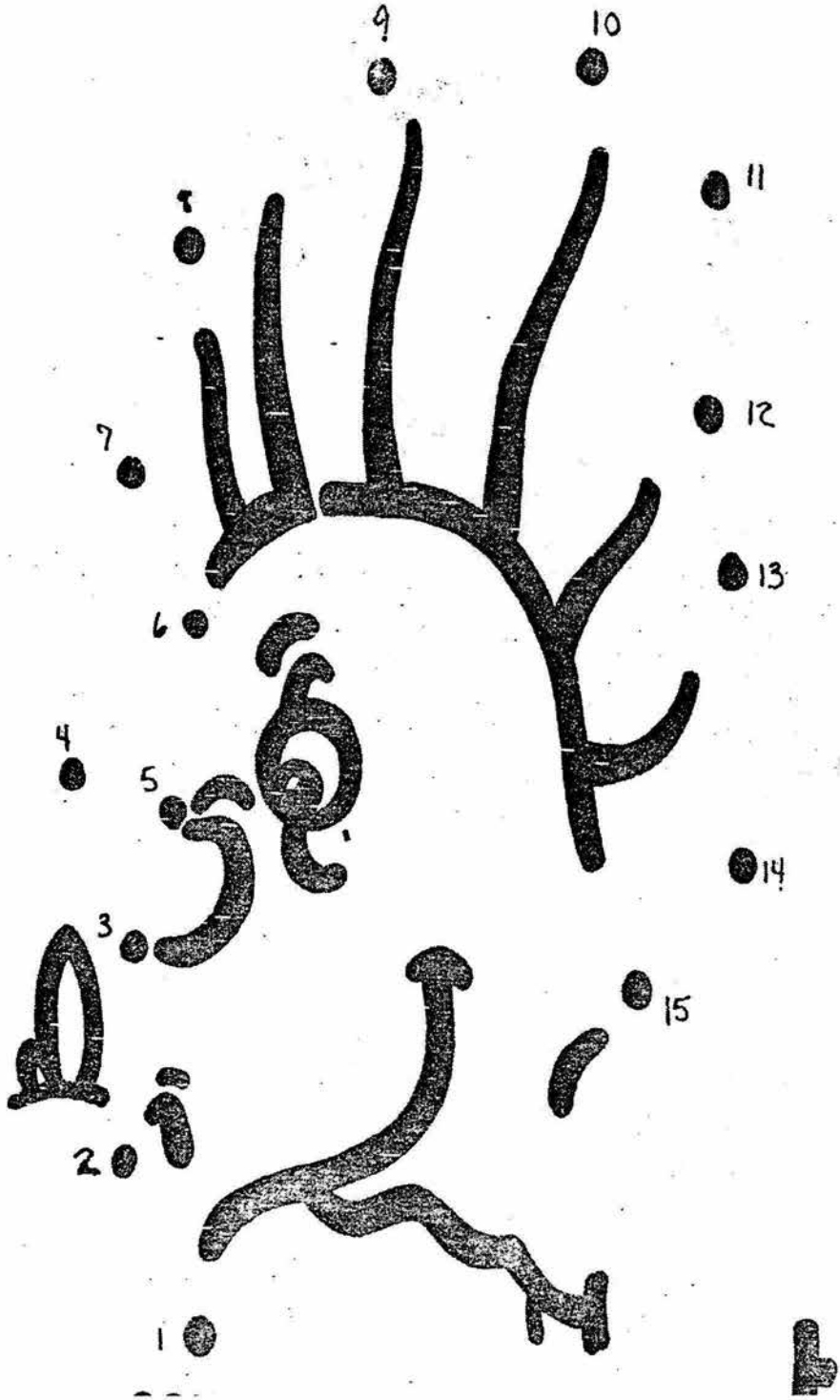

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
13
14
15
CONNECT THE DOTS!


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

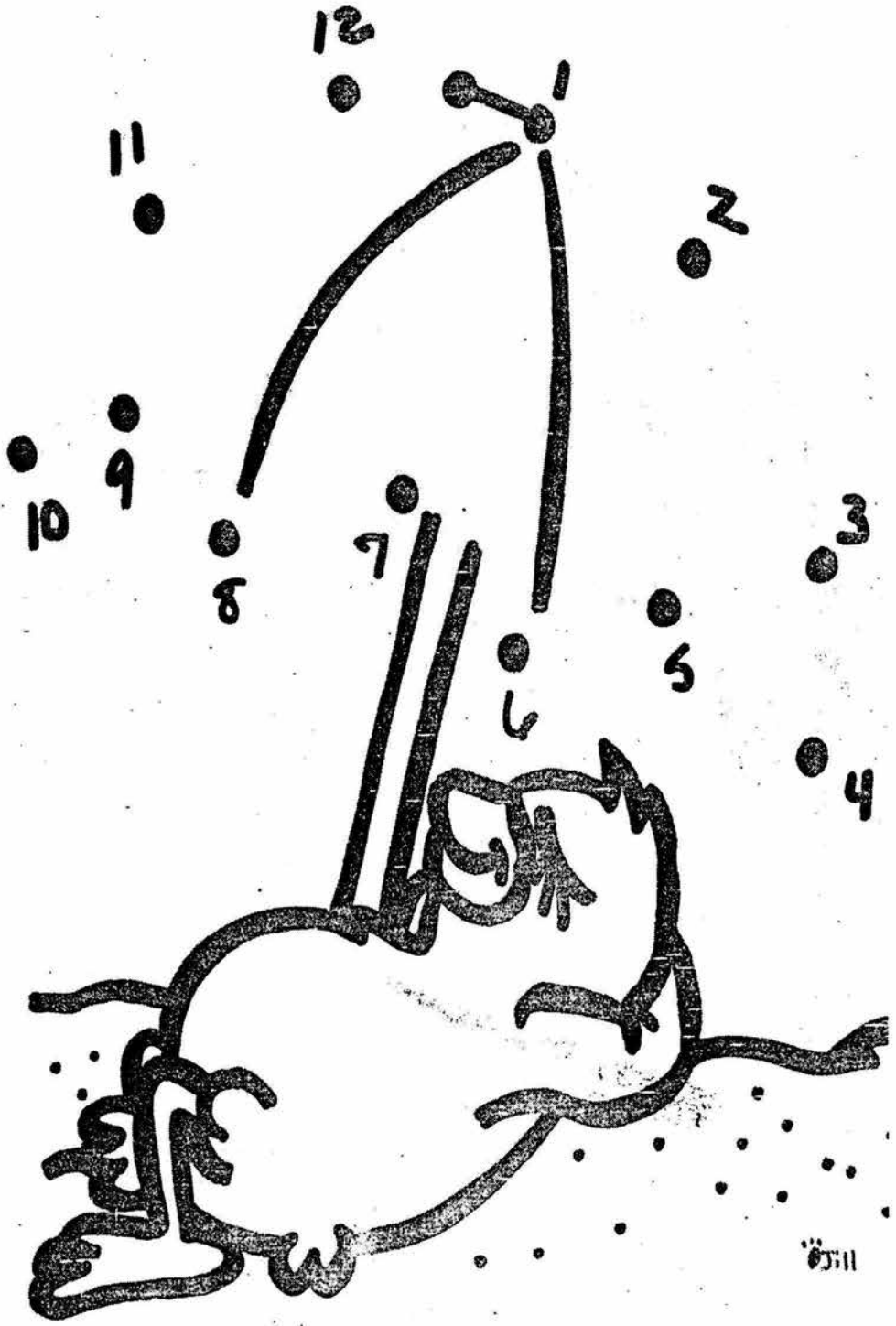

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

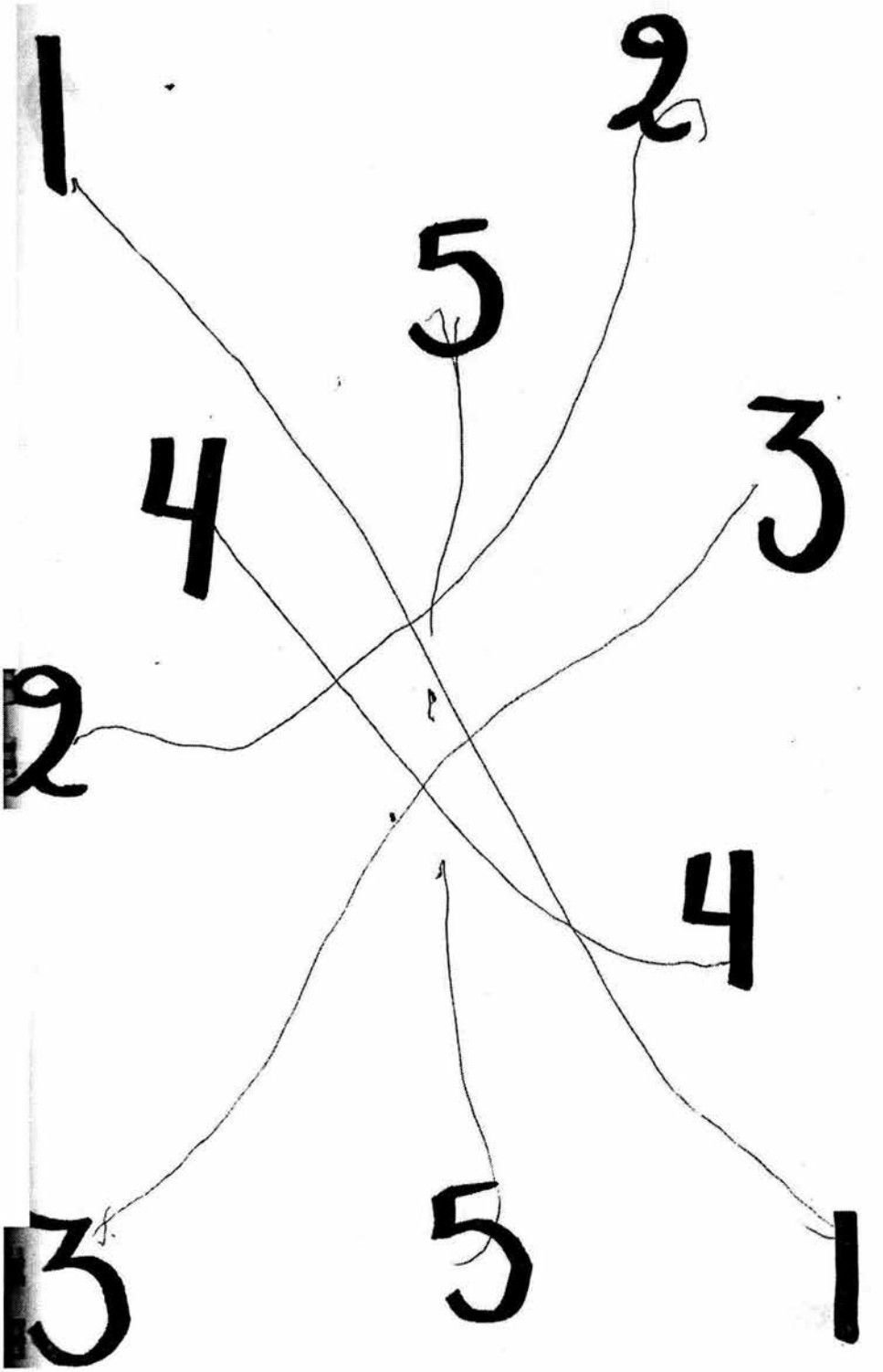

1
2
3
4
5
6
7
8
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

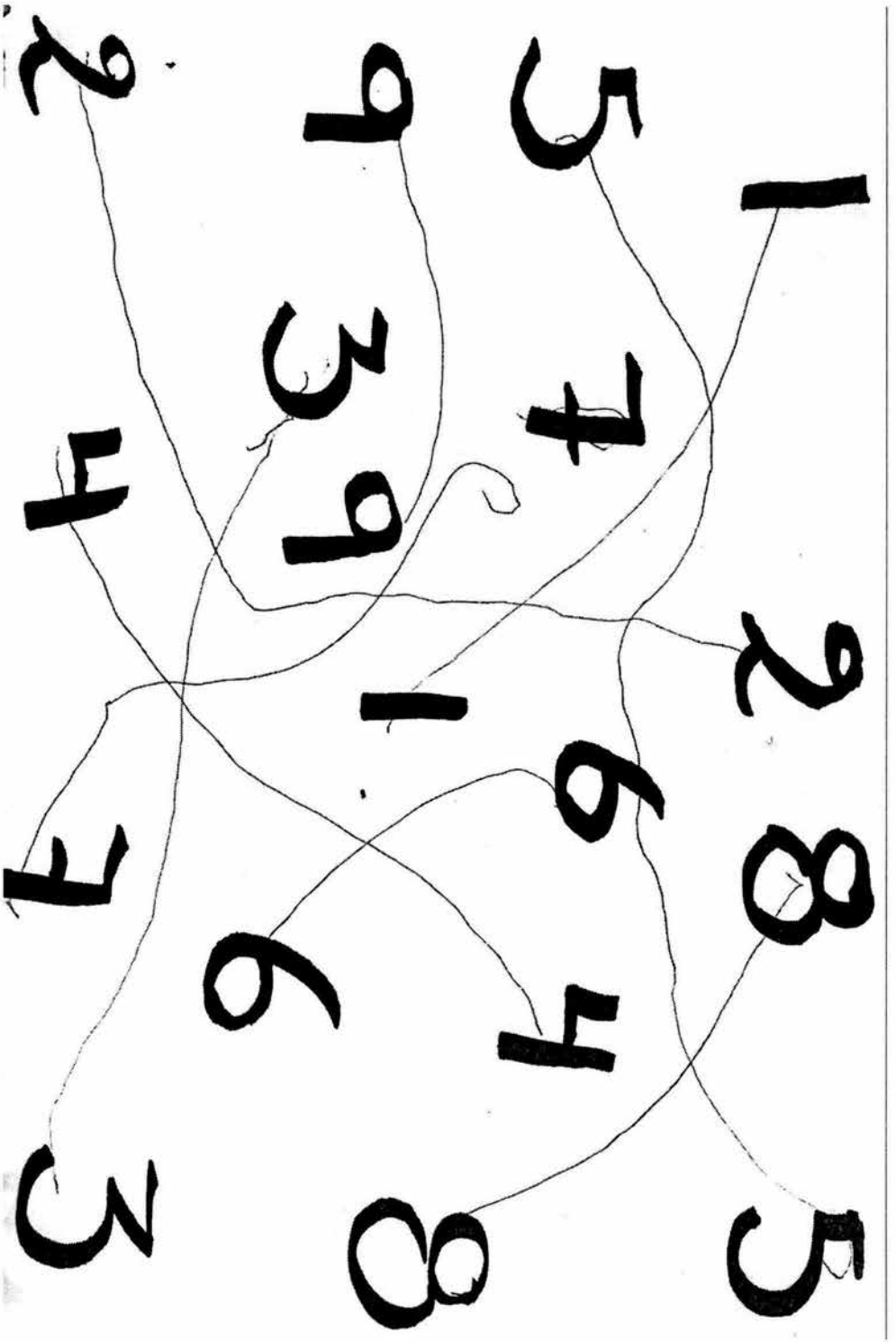

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
Jill


9
10
11
12
13
14
15
8
7
6
5
4
3
2
1


7
6
8
5
9
10
11
4
13
12
14
3
15
2
16
1
17


12
1
11
2
10
9
8
7
6
5
4
3


1
2
5
4
3
2
4
3
5
1



EVALUACION NEUROPSICOLOGIA

Nombre PACIENTE 1 Edad 65 AÑOS Fecha 29/06/04

Short Potable Mental Status Questionaty

SPMSQ

(Pfeiffer, R. et al 1992)

1-. ¿Cuántos años tiene usted?	65 AÑOS
2-. ¿En que año nació? (año exacto)	06-78
3-. ¿En que año estamos? (año exacto)	29/06/04
4-. ¿En que mes estamos? (mes exacto)	JUNIO
5-. ¿Qué comió en su última comida?	
6-. ¿Qué lugar es este? (nombre o descripción)	ASILO DISCAPACIDAD
7-. ¿Cuál es su dirección?	248- 6 COLLOL G. A. MADERO
8-. ¿Qué día de la semana es hoy?	MARTES
9-. Quien es el presidente del país?	FOX
10-. Cuente del 20 al 4 (para atrás)	SI
	TOTAL: 8

Diagnostico: LEVEMENTE CONFUSO

Criterios de calificación:

0-3 Muy confuso

4-6 Moderadamente confuso

7-8 Levemente confuso

9-10 Lucido y alerta

EVALUACION ISQUEMICA

(Hachinski)

Característica	**Evaluación**
Presentación abrupta	
Deterioro escalonado	1
Curso fluctuante	
Confusión nocturna	1
Personalidad relativamente conservada	
Depresión	1
Quejas Somáticas	
Inconsciencia emocional	1
Historia de hipertensión	1
Historia de embolia	
Evidencia de artereoesclerosis asociada	
Síntomas neurológicos focales	
Signo neurológicos focales	
	TOTAL: 5

Diagnostico: Etiología mixta

Criterios de calificación:

0-4 Etiología degenerativa 5-6 Etiología mixta 7-12 Etiología Vascular

Síndromes Geriátricos: (marque)

1-. Afasia

2-. Abuso

3-. Caídas

4-. Colapso del cuidador

5-. Déficit auditivo

6-. Déficit visual

7-. Depresión

8-. Desnutrición

9-. Deterioro funcional inexplicado

10-. Encamizamiento terapéutico

11-. Escaras

12-. Estado Terminal

13-. Estasis fecal

14-. Falla cerebral aguda

15-. Falla cerebral crónica

16-. Fragilidad

17-. Hipertensión ortostatica

18-. Incontinencia fecal

19-. Incontinencia urinaria

20-. Obesidad

21-. Osteoporosis

22-. Patología de los pies

23-. Patología dental

24-. Patología social

25-. Perdida de vitalidad

26-. Polifarmacia

27-. Problemas éticos

28-. Problemas sexuales

29-. Regresión psicomotriz

30-. Sx de inmovilización

31-. Sx de piernas inquietas

32-. Trastornos graves del comportamiento

33-. Trastornos del sueño

34-. Trastornos de la marcha

35-. Trastornos hidroelectroliticos

36-. Pérdida de autonomía

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre PACIENTE 1 Edad 65 AÑOS Fecha 29/06/04

		Ausente 0	Intensidad leve 1	Intensidad moderada 2	Intensidad severa 3	Intensidad extrema 4
1-. Estado de ánimo ansioso	Inquietud; esperar lo peor, aprensión e irritabilidad.		X			
2-. Tensión	Sensación de tensión; fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse quieto.			X		
3-. Miedo	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a animales, al tráfico, a la gente.	X				
4-. Insomnio	Dificultad para iniciar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio, pesadillas, etc.	X				

5-. Funciones Intelectuales	Dificultad para concentrarse, para poner atención y para recordar, o falta de la memoria.			X		
6-. Estado de ánimo depresivo	Falta de interés, no disfrutar de las diversiones, depresion, tristeza, despertar en la madrugada.		X			
7-.Síntomas somáticos	Dolor, cansancio muscular, contracciones, rigidez.			X		
8-. Síntomas somáticos generales	Acuefenos, visión borrosa, bochornos, sensación de debilidad, parestesias.	X				
9-. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, extrasistoles, dolor precordial, sensación de desmayo, sincope.	X				
10-. Síntomas respiratorios	Opresión toxica, disnea o sensación subjetiva de ahogo,	X				

	taquipnea.					
11-. Síntomas gastrointestinales	Disfagia, meteorismo, dolor abdominal, sensación de plenitud, distensión, nausea, vomito, constipación, diarrea.	X				
	TOTAL					

1-15 Intensidad mínima 16-24 Intensidad leve 25-34 Intensidad moderada 35-44 Intensidad extrema

Escala de Depresión Geriátrica
(J.A Yesavaege,et.al 1983)

	Si	No
1.-¿ Esta básicamente satisfecho (a) de su vida	0	1
2.-¿ Ha renunciado a muchas des sus actividades e intereses?	1	0
3.-¿ Siente que su vida esta vacía?	1	0
4.-¿ Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5.- ¿ Tiene esperanzas en el futuro?	0	1
6.- ¿ Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7.- ¿ Tiene a menudo buenos ánimos?	0	1
8.- ¿ Tiene miedo de que algo malo le este pasando?	1	0
9.- ¿ Se siente feliz muchas veces?	0	1
10.- ¿ Se siente abandonado (a)?	1	0
11.- ¿ Esta a menudo intranquilo (a) e inquieto (a)?	1	0
12.- ¿ Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.- ¿ Frecuentemente esta preocupado (a) por el futuro?	1	0
14.- ¿ Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15.- ¿ Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16.- ¿ Se siente a menudo desanimado (a) y melancólico (a)	1	0
17.- ¿ Se siente bastante inútil en el medio en que está?	0	1
18.- ¿ Esta muy preocupado(a) por el pasado	1	0
19.- ¿ Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20.-¿ Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21.-¿ Se siente lleno (a) de energía?	0	1
22.-¿ Se siente que su situación es desesperada?	1	0
23.-¿ Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24.-¿ Frecuentemente está preocupado (a) por pequeñas cosas?	1	0
25.-¿ Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26.-¿ Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27.-¿ Se siente mejor por la mañana al levantarse?	0	1
28.-¿ Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29.-¿ Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30.-¿ Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1

TOTAL

0-10 Depresión Normal
11-20 Depresión Media
21-30 Depresión Severa

Diagnostico:

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

(Folstein,et al, 1975)

Modificada por el grupo del concenso sobre el síndrome de deterioro intelectual y padecimientos asociados. Fundación Mexicana para la Salud, 1996.

En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el numero 1 cuando son correctas y con 0,cuando son incorrectas. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección.

Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total.

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta correcta obtenida)
		Orientación
5	(4)	Pregunte ¿Que fecha es hoy?. Después complete sólo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas:
		¿En que año estamos? (1)
		¿En que mes estamos? (1)
		¿Que día del mes es hoy? (1)
		¿Que día de la semana? (1)
		¿Que hora es aproximadamente? (0)
5	(4)	Pregunte ¿ En donde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, Hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:
		¿En qué lugar estamos? (1)
		¿En que pais? (1)
		¿En que estado? (1)
		¿En que ciudad o población? (1)
		¿ En que colonia, delegación o municipio?(0)
		Registro
3	(3)	Diga al sujeto la instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras: Flor, coche y nariz. después pida al sujeto;
		Repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga he terminado o cuando deje de responder. Si no fue capaz de recordar las tres palabras diga:
		Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde. Esta instrucción deberá

presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la linea correspondiente el número de ensayos o veces que presento la lista para que el sujeto la recordara (Recuerde la calificación para este reactivo se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo)

Flor (1)
Coche (1)
Nariz (1)
Numero de ensayos: (De 1 a 6) 1

Atención y Calculo

5 (1) Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez, v. gr: 40-4=36-4=32.. Continué hasta que yo le diga que se detenga.
Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)

28 (1)
24 (0)
20 (0)
16 (0)
12 (0)

Evocación

3 (2) Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí recordara.

Flor (1)
Coche (1)
Nariz (0)

Lenguaje

2 (2) Nombrar. Muestre al paciente un reloj y pregúntele:¿Como se llama esto? Repita lo mismo con una pluma.

Reloj (1)
Pluma (1)

Repetición

1 (1) Diga al sujeto la siguiente instrucción. Le voy a decir una oración y repítala después de mi, (Diga lenta y claramente) No voy si tu no llegas temprano (solo un ensayo).

Compresión

3 (3) Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tirela al piso (De un punto por cada paso correctamente ejecutado)

Tome la hoja de papel	(1)
Con la mano derecha	(1)
Dóblela	(1)
Tirela al piso	(1)

Lectura

1 (1) Muestre al sujeto la instrucción escrita: "CIERRE SUS OJOS". Pida al sujeto; Por favor haga lo que dice aquí.

Escritura

1 (1) Presente al sujeto una hoja y pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda).

Copia del modelo

1 (0) Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados y pídale: copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta hoja. Debe haber 10 ángulos y dos interceptados.

Total 22

Diagnostico Deterioro Cognitivo leve
UOERA DEMENCIA

Criterios de calificación:

24- 30 Deterioro Cognitivo Normal
17- 23 Deterioro Cognitivo Leve
0- 17 Demencia

ANEXO 5

LISTA DE CHEQUEO

LISTAS DE CHEQUEO

GRUPOS	CONCEPTO	PALABRA	DIBUJO	RELACIÓN P-D	OBSERVACIONES
FRURAS	CEREZA				
	FRESA				
	MAMEY				
	LIMA				
	MANDARINA				
	SANDIA				
	COCO				
	PLATANO				
	TUNA				
	CAÑA				
PARTES DEL CUERPO	MANO				
	PIERNA				
	PIE				
	CABEZA				
	BOCA				
	DIENTES				
	LENGUA				
	OJOS				
	NARÍZ				
	MANO				
	BRAZO				
	PANZA				
	POMPIS				
	RODILLA				
	DEDO				
	CARA				
ROPA	CALZONES				
	PANTALON				
	PANS				
	BRASIER				
	PIJAMA				
	BLUSA				
	ZAPATOS				
	TENIS				
	CALCETAS				
	FALDA				
	CHANCLAS				
	VESTIDO				
	PLAYERA				
ACCIONES	DORMIR				

	COMER				
	BAÑARSE				
	ENTERMARSE				
	IR AL BAÑO				
	JUGAR				
	IR A YOGA				
	HACER TAREA				
COMIDA	POLLO				
	VERDORA				
	CARNE				
	DULCE				
	AGUA				
	REFRESCO				
PERSONAS	DOCTOR				
	DENTISTA				
	MAESTRO/A				
LUGARES	CASA				
	ESCUELA				
	PARQUE				
	DOCTOR/HOSPITAL				
	PARQUE				
COLORES	AZUL				
	VERDE				
	ROJO				
	AMARILLO				
	MORADO				
	NARANJA				
	CAFÉ				
	NEGRO				
	BLANCO				

1-. SIMÓN DICE (sesión 1)	SI	NO
Instrucción 1 (saludar)	X	
Instrucción 2 (cerrar los ojos)	X	
Instrucción 3 (manos a la cabeza)	X	
Instrucción 4 (aplaudir)	X	
Instrucción 5 (tocarse la nariz)	X	
Instrucción 6 (reírse)	X	
Instrucción 7 (enojarse)	X	
Instrucción 8 (levantar las manos)	X	
Instrucción 9 (manos a los lados)	X	
Instrucción 10 (bailar)	X	
Instrucción 11(caminar)	X	
Instrucción 12 (cantar)	X	

Instrucción 13 (girar la cintura)	X	
Instrucción 14 (tocarse una oreja)	X	
Instrucción 15 (tomar una hoja)	X	
Instrucción 16 (doblar la hoja)	X	
Instrucción 17 (desdoblar la hoja)	X	
Instrucción 18 (arrugar la hoja)	X	
Instrucción 19 (aventar la hoja)	X	
Instrucción 20 (despedirse)	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)	X	
Disponibilidad para realizar la actividad	X	

Paciente 1-. Realiza las actividades de manera rápida y casi inmediatamente, hace las cosas sin necesidad de pensarlas, casi por impulso, automáticamente, no necesita que se le repita la instrucción para realizarla bien; por lo que requiere que la actividad sea igual.

2-. SIMÓN DICE (sesión 1)	SI	NO
Instrucción 1 (saludar)	X	
Instrucción 2 (cerrar los ojos)	X	
Instrucción 3 (manos a la cabeza)	X	
Instrucción 4 (aplaudir)	X	
Instrucción 5 (tocarse la nariz)	X	
Instrucción 6 (reírse)	X	
Instrucción 7 (enojarse)	X	
Instrucción 8 (levantar las manos)	X	
Instrucción 9 (manos a los lados)	X	
Instrucción 10 (bailar)	X	
Instrucción 11(caminar)	X	
Instrucción 12 (cantar)	X	
Instrucción 13 (girar la cintura)	X	
Instrucción 14 (tocarse una oreja)	X	
Instrucción 15 (tomar una hoja)	X	
Instrucción 16 (doblar la hoja)	X	
Instrucción 17 (desdoblar la hoja)	X	
Instrucción 18 (arrugar la hoja)	X	
Instrucción 19 (aventar la hoja)	X	
Instrucción 20 (despedirse)	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)	X	
Disponibilidad para realizar la actividad	X	

Paciente 2-. Realiza las actividades despacio, pero de manera correcta, no tarda en reaccionar, pocas veces necesita que se repita la instrucción para que la realice.

3-. SIMÓN DICE (sesión 1)	SI	NO
Instrucción 1 (saludar)	X	
Instrucción 2 (cerrar los ojos)	X	
Instrucción 3 (manos a la cabeza)	X	

Instrucción 4 (aplaudir)	X	
Instrucción 5 (tocarse la nariz)	X	
Instrucción 6 (reírse)	X	
Instrucción 7 (enojarse)	X	
Instrucción 8 (levantar las manos)	X	
Instrucción 9 (manos a los lados)	X	
Instrucción 10 (bailar)	X	
Instrucción 11(caminar)	X	
Instrucción 12 (cantar)	X	
Instrucción 13 (girar la cintura)	X	
Instrucción 14 (tocarse una oreja)	X	
Instrucción 15 (tomar una hoja)	X	
Instrucción 16 (doblar la hoja)	X	
Instrucción 17 (desdoblar la hoja)	X	
Instrucción 18 (arrugar la hoja)	X	
Instrucción 19 (aventar la hoja)	X	
Instrucción 20 (despedirse)	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)	X	
Disponibilidad para realizar la actividad	X	

Paciente 3-. Realiza las actividades de manera normal, bien, pero es necesario repetirle la instrucción y tarda en reaccionar.

1-. DESCUBRIENDO A UN AMIGO SECRETO (sesión 2)	SI	NO
Disponibilidad (motivación) para realizar la actividad	X	
Identifica los números	X	
Sigue secuencia numérica	X	
Sigue secuencia lógica del dibujo	X	
Anticipa resultado de la figura	X	
Identifica resultado	X	
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros		X
Necesidad de ser ayudado (motivado)		X
Disponibilidad para compartir con los demás sus resultados	X	
Buena percepción visual del dibujo	X	
Buen control motor		X
Buena prensión del lápiz		X
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)	X	
Elección de herramientas para dibujar	L	
# de figuras realizadas	X	
Calidad de líneas, en base a las pruebas proyectivas	X	

Paciente 1-. Ayudo a separar las copias en 3 juegos iguales y en cuento se le proporcionó el suyo pregunto si ya podía empezar; comenzó a unir los puntos sin ayuda alguna, después de elegir un lápiz para realizar la actividad, lo cual no concuerda con lo que se esperaba para él, ya que según su perfil, debido a la impulsividad causada por la enfermedad de Pinck que padece, tiende a equivocarse, sin embargo en esta actividad se da cuenta de sus errores y le gusta rectificarlos.

Poco necesito de una guía o un estimulo, no obstante se le motivaba, más que nada para que sintiera que se le prestaba atención, pero los de más necesitaban más ayuda que él por lo que cuando terminó comenzó ayudar a otro paciente, diciéndole los números.

2-. DESCUBRIENDO A UN AMIGO SECRETO (sesión 2)	SI	NO
Disponibilidad (motivación) para realizar la actividad	X	
Identifica los números	X	
Sigue secuencia numérica	X	
Sigue secuencia lógica del dibujo	X	
Anticipa resultado de la figura		X
Identifica resultado	X	
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros	X	
Necesidad de ser ayudado (motivado)		X
Disponibilidad para compartir con los demás sus resultados	X	
Buena percepción visual del dibujo	X	
Buen control motor		X
Buena prensión del lápiz		X
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)	X	
Elección de herramientas para dibujar	P	
# de figuras realizadas	1	
Calidad de líneas, en base a las pruebas proyectivas	X	

Paciente 2-. Al entregarle las copias comenzó a ver los números y a preguntar si estaba bien como estaba contando, ya que presento serios problemas con el número 4, de esta manera pidió ayuda verbalmente en varias ocasiones y no unía los puntos hasta estar bien segura de haber identificado toda la numeración, para lo cual tardo tanto que al hacerlo quiso segur contando verbalmente los números mayores a las numeraciones que aparecían en las hojas. Al reenfocar la actividad a la unión de puntos necesito ser guiada para lograr hacer solo un dibujo, no quiso hacer más. Escogió trabajar con pluma, lo cual estaba previsto, puesto que este paciente tiende a quejarse de problemas visuales, así que no ve la raya del lápiz pues además no toma bien los objetos por lo que no se recarga y sus líneas son muy débiles lo cual explica su elección pues con la pluma necesita menos fuerza para que la línea se vea.

3-. DESCUBRIENDO A UN AMIGO SECRETO (sesión 2)	SI	NO
Disponibilidad (motivación) para realizar la actividad	X	
Identifica los números	X	
Sigue secuencia numérica	X	
Sigue secuencia lógica del dibujo	X	
Anticipa resultado de la figura		X
Identifica resultado	X	
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros		X
Necesidad de ser ayudado (motivado)		X
Disponibilidad o capacidad para compartir con los demás sus resultados		X

Buena percepción visual del dibujo	X	
Buen control motor	X	
Buena prensión del lápiz	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)		X
Elección de herramientas para dibujar	P	
# de figuras realizadas	0	
Calidad de líneas, en base a las pruebas proyectivas		

Paciente 3-. Comenzó sin ayuda pero solo realizó rayones y duplicó algunos números; pues por más estimulación explicación y ayuda que se le brindaba nunca logro abstraer que debía unir los puntos para completar los dibujos. Escogió una pluma para realizar la actividad, su prensión era buena aunque su trazo era inseguro, fragmentado y estereotipado.

1-. MI CUERPO (sesión 3)	SI	NO
Agrupa siguiendo alguna secuencia lógica	X	
Anticipa resultados	X	
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros		X
Necesidad de ser ayudado (motivado)	X	
Disponibilidad o capacidad para compartir con los demás sus resultados	X	
Buena percepción visual de la figura	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)		X
Buen control motor		X
Reconoce cabeza		X
Reconoce cuello		X
Reconoce tronco		X
Reconoce hombro		X
Reconoce brazo		X
Reconoce codo		X
Reconoce antebrazo		X
Reconoce muñeca		X
Reconoce mano		X
Reconoce pierna		X
Reconoce rodilla		X
Reconoce pantorrilla		X
Reconoce tobillo		X
Reconoce pie		X
Reconoce dedos		X

Paciente-. 1 No permite que se le den muchas instrucciones o que se le guíe, él quiere hacer las cosas solo, lo cual se deduce que se debe a que debido a su conciencia de enfermedad quiere demostrar y demostrarse a sí mismo que aun puede hacer las cosas solo, sin necesidad de que lo ayuden, sin embargo no logra poner ni una sola pieza en su lugar, más bien las encima todas, una sobre otra, sin aceptar corrección alguna y pasa a lo siguiente de igual manera. Sin embargo la forma en que verbalmente dice que van es correcta, es decir hay buen reconocimiento de las

partes del cuerpo pero el problema solo se presenta al tener que armar el muñeco (Posteriormente se intentara la misma actividad de otra manera).

2-. MI CUERPO (sesión 3)	SI	NO
Agrupa siguiendo alguna secuencia lógica	X	
Anticipa resultados		X
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros		X
Necesidad de ser ayudado (motivado)	X	
Disponibilidad o capacidad para compartir con los demás sus resultados		X
Buena percepción visual de la figura	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)		X
Buen control motor		X
Reconoce cabeza		X
Reconoce cuello		X
Reconoce tronco		X
Reconoce hombro		X
Reconoce brazo	X	
Reconoce codo	X	
Reconoce antebrazo	X	
Reconoce muñeca	X	
Reconoce mano	X	
Reconoce pierna	X	
Reconoce rodilla	X	
Reconoce pantorrilla	X	
Reconoce tobillo	X	
Reconoce pie	X	
Reconoce dedos	X	

Paciente 2-. Desarma bien el muñeco, pero a la hora de armarlo de nuevo pone la cabeza en el hombro, el brazo en el cuello y una pierna en el otro hombro.

3-. MI CUERPO (sesión 3)	SI	NO
Agrupa siguiendo alguna secuencia lógica	X	
Anticipa resultados		X
Disponibilidad para ayudar (motivar) a sus compañeros		X
Necesidad de ser ayudado (motivado)	X	
Disponibilidad o capacidad para compartir con los demás sus resultados		X
Buena percepción visual de la figura	X	
Tolerancia (al trabajo o a la frustración)		X
Buen control motor	X	
Reconoce cabeza	X	
Reconoce cuello	X	
Reconoce tronco	X	
Reconoce hombro	X	
Reconoce brazo	X	

Reconoce codo	X	
Reconoce antebrazo		X
Reconoce muñeca		X
Reconoce mano		X
Reconoce pierna	X	
Reconoce rodilla	X	
Reconoce pantorrilla		X
Reconoce tobillo		X
Reconoce pie		X
Reconoce dedos		X

Paciente 3-. No tuvo problema para desarmar el muñeco, no así para armarlo, se paró de su asiento para ir donde estaba el aplicador con otro paciente para armar el muñeco junto con ellos. Primero armo las extremidades, pero la parte baja de la pierna la coloca en el codo y la parte baja del brazo en la rodilla, sin embargo si coloca la parte superior del brazo en el hombro y la de la pierna en las caderas, no presenta ningún tipo de problema para la cabeza, pero no identifica los nombres de cada parte del cuerpo, por lo que se procede a pedirle que señale cada una de las partes del muñeco conforme se vayan mencionando y tampoco lo hace, lo cual no pasa cuando se le dan instrucciones sencillas acerca del cuerpo, como es el caso de la actividad de la sesión 1, "Simón dice" (Posteriormente se intentara la misma actividad de otra manera).