



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ALZHEIMER: TRASTORNO DE LA MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR,
MAL DEL SIGLO XXI

AGUILAR VILLOTA MARIA CRISTINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ALZHEIMER: TRASTORNO DE LA MEMORIA EN EL ADULTO
MAYOR, MAL DEL SIGLO XXI

AGUILAR VILLOTA MARIA CRISTINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ALZHEIMER: TRASTORNO DE LA MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR, MAL DEL SIGLO XXI

AGUILAR VILLOTA MARIA CRISTINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA

MACHALA, 06 DE JULIO DE 2018

MACHALA
06 de julio de 2018

Nota de aceptación:

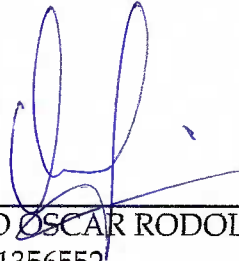
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Alzheimer: Trastorno de la Memoria en el Adulto Mayor, mal del siglo XXI, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA

0704638055


TUTOR - ESPECIALISTA 1



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

0701356552

ESPECIALISTA 2



REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

0703340695

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 16 de julio de 2018 - 09:34

Urkund Analysis Result

Analysed Document: urkund Alzheimer.docx (D40252240)
Submitted: 6/18/2018 11:59:00 PM
Submitted By: mcaguiarv_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, AGUILAR VILLOTA MARIA CRISTINA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Alzheimer: Trastorno de la Memoria en el Adulto Mayor, mal del siglo XXI, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

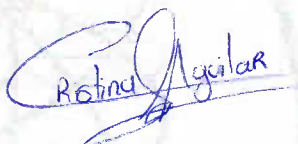
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de julio de 2018



AGUILAR VILLOTA MARIA CRISTINA
0706631041

DEDICATORIA

Dedico ésta tesina a mis padres quienes son el pilar fundamental de mi vida y estuvieron apoyándome emocional y económicamente en todo mi proceso educativo. De igual manera a mis compañeras y amigas de clases que siempre me brindaron las mejores vibras y energía para seguir luchando. Y finalmente a mis docentes quienes compartieron sus conocimientos profesionales y nutrieron mis enseñanzas.

AGRADECIMIENTO

A mis padres.

Khristian Aguilar Solano y Vilma Villota Aguirre por su apoyo incansable y constante en cada paso de mi vida. El buen estilo de crianza y amor paternal me ha enseñado a ser una persona responsable, luchadora y visionaria de un futuro enriquecedor. Gracias por darme el buen ejemplo de luchar constantemente por lo que deseas y no rendirme ante las adversidades y obstáculos de la vida, ustedes son un gran ejemplo de ello y sin ustedes esto no hubiera sido posible. Gracias amados padres.

A mis docentes

Por la paciencia y dedicación al compartir sus conocimientos en el aula de clases. Su guía académica y en ocasiones apoyo emocional fue un aspecto muy importante de mi formación profesional, gracias por ser parte de un logro tan anhelado en mi vida como lo es ser una Psicóloga Clínica.

RESUMEN

Por adulto mayor se entiende al individuo de 65 años en adelante que ha transitado por varios cambios, desde el punto de vista biológico (corporales y orgánicos naturales), psicológico (experiencias y madurez mental) y social (relaciones interpersonales). La memoria es un sistema que se encarga de retener información para utilizarla en los procesos de la vida cotidiana, existen varios factores que causan su degeneración entre estos ambientales, socioeconómicos y genéticos. El envejecimiento normal se evidencia como declives leves de la memoria causada por la edad, el deterioro no es progresivo ni afecta de manera significativa al estado psicológico, emocional y motor del paciente. A diferencia del envejecimiento patológico que comprende el deterioro gradual de la memoria, funcionalidad y capacidad motriz, generando problemáticas graves en la vida del sujeto. Investigaciones contemporáneas afirman que más del 65% de adultos mayores a nivel mundial sufren de deterioro cognitivo patológico más conocido como demencia. La demencia de tipo Alzheimer es una de las patologías neuropsicológicas más incidentes del siglo XXI en los adultos mayores y más prevalente en el sexo femenino. Comprende varios síntomas corporales y alteraciones cognitivas como el deterioro de la memoria, afasias, agnosias, apraxias y alteraciones de la ejecución. Según investigaciones gerontológicas la terapia ocupacional es un tratamiento eficaz en la intervención con el Alzheimer. El presente estudio investigativo pretende establecer la relación entre el deterioro de la memoria y la enfermedad de Alzheimer en adulto mayor y describir cuales son los factores que predisponen a su degeneración.

Palabras clave: Adulto mayor, Memoria, Deterioro, Alzheimer, Terapia ocupacional

ABSTRACT

By older adult is understood the individual of 65 years and older who has gone through several changes, from the biological point of view (physical and natural organic), psychological (experiences and mental maturity) and social (interpersonal relationships). Memory is a system that is responsible for retaining information for use in the processes of daily life, there are several factors that cause degeneration among these environmental, socioeconomic and genetic. Normal aging is evidenced as mild declines of memory caused by age, the deterioration is not progressive and does not significantly affect the psychological, emotional and motor state of the patient. Unlike pathological aging that includes the gradual deterioration of memory, functionality and motor capacity, generating serious problems in the life of the subject. Contemporary research claims that more than 65% of older adults worldwide suffer from pathological cognitive deterioration, better known as dementia. Alzheimer's dementia is one of the most incidents of neuropsychological pathologies of the XXI century in the elderly and more prevalent in the female sex. It includes several bodily symptoms and cognitive alterations such as memory deterioration, aphasias, agnosias, apraxias and alterations of the execution. According to gerontological investigations, occupational therapy is an effective treatment in the intervention with Alzheimer's. The present investigative study aims to establish the relationship between memory impairment and Alzheimer's disease in the elderly and describe the factors that predispose to its degeneration.

Key words: Older adult, Memory, Deterioration, Alzheimer's, Occupational therapy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEGENERACIÓN DE LA MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR DEL SIGLO XXI.....	8
CONCLUSIONES	16
REFERENCIAS	17
ANEXOS	19
ANEXO 1.....	19
CAMBIOS EN LA COGNICIÓN RELACIONADOS CON LA EDAD.....	19
ANEXO 2.....	19
FACTORES DE RIESGO EN EL DETERIORO DE LA MEMORIA.....	19
ANEXO 3.....	20
ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS SEGÚN LA RED NEURONAL (DIVISIÓN CRANEAL) EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	20
ANEXO 4.....	20
GRADO DE INCIDENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN PACIENTE CON SÍNDROME DEMENCIAL.....	20
ANEXO 5.....	21
ESTADÍSTICA DE PREVALENCIA DE DEMENCIA EN LOS CONTINENTES A NIVEL MUNDIAL.....	21
ANEXO 6.....	22
FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER .	22
ANEXO 7.....	22
ENFOQUES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.....	22
ANEXO 8.....	23
MATERIAL BÁSICO PARA UNA SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL	23
ANEXO 9.....	23
CURSO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO, FÍSICO, MOTOR Y EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON DEMENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	23
ANEXO 10.....	24
ÁREAS EN LAS QUE INTERVIENE LA TERAPIA OCUPACIONAL	24
ANEXO 11.....	25
MARCO DE TRABAJO PARA LA TERAPIA OCUPACIONAL	25
ANEXO 12.....	25
ESCALAS PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	25
ANEXO 13.....	26

FASES DE EVALUACIÓN OCUPACIONAL Y TRATAMIENTO	26
ANEXO 14.....	26
EVALUACIÓN DE DESTREZAS OCUPACIONALES	26
ANEXO 15.....	27
POSIBLES INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN AUTORES CONTEMPORÁNEOS.....	27
ANEXO 16.....	28
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS CUIDADORES	28
ANEXO 17.....	29
MINI MENTAL STATE EXAMINACIÓN TEST	29
ANEXO 18.....	30
TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ	30
ANEXO 19.....	31
ESCALA DE VALORACIÓN DE DEMENCIAS	31
ANEXO 20.....	32
ESCALA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	32
ANEXO 21.....	33
ESCALA DE CORNELL	33

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento y el deterioro de la memoria son temas que generan interés y preocupación en la sociedad del siglo XXI. Para abordar esta temática es necesario partir de la diferenciación entre el envejecimiento de la memoria normal y patológica del adulto mayor.

Benavides-Caro (2017) el envejecimiento patológico de la memoria se evidencia mediante el apareamiento de demencias, esta comprende no sólo la alteración de la memoria sino también el deterioro de otros factores cognitivos como la atención, las funciones de ejecución y abstracción.

Existen múltiples factores ambientales, socioeconómicos, genéticos, sexuales que inciden en la degeneración neuronal y provocan el deterioro de la memoria, estos conllevan a un grave declive del funcionamiento integral del adulto mayor.

La Alzheimer's Disease International (2013) según los datos estadísticos en el año 2010 se encontró que más de 30 millones de personas en el mundo padecen de demencia, se pronostica que cada dos décadas esta cifra aumentará significativamente, por ende es de vital importancia tomar en cuenta que el 58% de estas personas pertenecen a países de estatus socioeconómico bajo y medio.

Según la OMS (2017) afirma que las demencias generan discapacidad y dependencia en el ser humano, de tal manera que crea un impacto psicológico, físico, social, económico no solo a las personas que la padecen sino también a las que engloban su entorno familiar. Por otro lado Romero, Fernández, López, Suz & Cordero (2012) refieren que la demencia contiene una amplia gama de signos y síntomas que distorsionan el funcionamiento normal de la memoria y el lenguaje, de tal manera que se crean cambios conductuales y cognitivos que afectan directamente a la vida diaria de quien la padece.

Aproximadamente se estima que dentro de 30 años la incidencia de esta enfermedad en América Latina será cada vez mayor (Valverde, Aguilar, Gabarain, Araya &

Azofeifa, 2015). La forma más común de demencia es el Alzheimer, la cual abarca a nivel mundial el 70% de los casos (OMS, 2017).

El Alzheimer es una patología neurodegenerativa caracterizada por el deterioro de la memoria y otras alteraciones que generan déficit cognitivo, entre estas se encuentran agnosias, afasias, apraxias y alteraciones de la ejecución (Pichot, 1995).

Cabe recalcar la importancia de este estudio ya que de acuerdo a la incidencia, la enfermedad de Alzheimer es la patología neuropsicológica más concurrente en adultos mayores a nivel mundial, por lo tanto estos individuos se encuentran vulnerables ante el padecimiento.

El presente estudio investigativo es de carácter teórico, diseño cualitativo y modalidad correlacional, de tal manera que se pretende establecer la relación entre el deterioro de la memoria y la enfermedad de Alzheimer en adulto mayor y describir cuales son los factores que predisponen a su degeneración.

Posteriormente el trabajo contiene una serie de información psicogerítrica sobre la memoria, ¿cómo esta se deteriora?, los factores predisponentes a su deterioro, tipos de memoria, la diferencia entre el envejecimiento de la memoria normal y patológica, que es la demencia tipo Alzheimer, el impacto psicológico que causa en el adulto mayor y su cuidador, cómo se diagnostica desde el punto de vista psicológico y finalmente el tratamiento e intervención para esta patología en el área de la salud mental.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEGENERACIÓN DE LA MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR DEL SIGLO XXI

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) un adulto mayor hace referencia a hombres y mujeres que comprenden el rango de edad de 65 años en adelante, también se los denomina como individuos de la tercera edad ya que han transitado una serie de etapas vitales y cambios biológicos, psicológicos y circunstanciales. El mismo autor estima que para el 2050 las personas de la tercera edad pasarán a ser 2000 millones, esta cifra aumenta la necesidad de servicios de salud público, ya que en esta etapa el ser humano sufre múltiples dificultades de salud física y emocional.

Rodríguez (2015) el envejecimiento es una etapa natural de la vida, se evidencia mediante los cambios normales de un cerebro sano envejecido, este deterioro depende del estilo y calidad de vida que la persona practique. El mismo autor manifiesta que el 70% de la población de adultos mayores a nivel mundial padece de enfermedades crónicas, con mayor prevalencia el padecimiento de demencias y enfermedades oncológicas. **Ver anexo 5**

Los cambios neuronales en el envejecimiento dependen de la plasticidad cerebral, por ende aparecen cambios biológicos y cognitivos, cerca de los 60 años las funciones de fluidez verbal, memoria, análisis matemático, abstracto, lógico y la rapidez de respuesta se ven disminuidas (Benavides-Caro, 2017). **Ver anexo 1**

La memoria, está constituida de un sistema biológico, neuronal y cognitivo que almacena y recuerda información y experiencias adquiridas en el pasado, tiene la capacidad de utilizar esa vivencia para modelar el comportamiento; Por lo tanto su función es retener, procesar información y utilizarla para la vivencia diaria (Ruiz-Vargas, 2018; Palacios & Morales, 2011).

Según Atkison y Schiffirin citados por Palacios & Morales (2011) la memoria se divide en tres estructuras: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo, la primera hace referencia a la retención de información inmediata por medio de la percepción, ésta puede durar segundos; la segunda tiene la capacidad de manejar diferente información en corto tiempo, la última almacena información ilimitada que se utiliza de acuerdo a la situación.

Para Benavides-Caro (2017) el deterioro de la memoria estriba de factores ambientales y orgánicos de la realidad individual, depende de la salud integral de la persona, salud fisiológica, psicológica, el apoyo y soporte emocional que tenga el adulto mayor. Por otro lado para Cancino & Rehbein (2016) la edad, nivel educativo, sexo, genética y la presencia de trastornos del estado de ánimo son factores predominantes y de riesgo en el deterioro cognitivo. **Ver anexo 2**

Para Gómez (2007) la reserva intelectual se forma de acuerdo a los factores psicosociales que rodean al individuo, la pobreza educativa, cultural y económica promueven y dan lugar al padecimiento de la demencia tipo Alzheimer. Por otro lado al cursar un nivel educativo secundario se estimula la memoria y genera el flujo de la sinapsis en la corteza cerebral, cabe recalcar que las personas que padecen este tipo de demencia con nivel educativo secundario tienden a retrasar 5 años de los síntomas de la enfermedad.

Investigaciones realizadas por el Grupo de neuropatología del estudio mundial de función cognitiva y estudio del envejecimiento citado por Gómez (2007) afirman que la hipertensión arterial (enf.vascular) es tomada en cuenta como un factor predisponente al deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer, se ha encontrado que la mayor parte de los adultos mayores con esta patología sufren demencia mixta, por consiguiente si se trata la enfermedad vascular existe menos riesgo de padecer demencias.

Según Llibre & Gutiérrez (2014) en la adultez media la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y el hábito de fumar causan daño vascular e inflamaciones por ende se convierten en un factor de riesgo ya que contribuyen al padecimiento de demencias vasculares y de tipo Alzheimer en la adultez mayor. **Ver anexo 6**

Partiendo desde el punto de vista de un envejecimiento normal, Ruiz-Vargas (2018) al llegar a la etapa adulta el funcionamiento de la memoria va disminuyendo causando dificultades cognitivas en la memoria del recuerdo, donde se le dificulta al adulto mayor resonar los eventos del pasado. El mismo autor manifiesta que la memoria prospectiva, y operativa también son afectadas, por consiguiente el adulto mayor tiene dificultades para recordar lo que iba a realizar en un futuro cercano y problemas para revivir cognitivamente la ubicación o contexto de la situación que desea recordar.

A diferencia de la memoria de reconocimiento, la memoria primaria, procedimental, remota y de autobiografía, se mantienen equilibradas, el individuo puede retener

información ligera, presenta estabilidad cognitiva y motriz, sabe reconocer la realidad del entorno, expresa emociones frente a los hechos que se suscitan y se reconoce a sí mismo, sabe quién es (Ruiz-Vargas, 2018).

Para Agüera, Cervilla y Matín citados por Mogollón (2012) se ha evidenciado que mientras la memoria esté ejercitada y estimulada habrá más probabilidades de que el individuo incurra de manera normal en la educación y por consiguiente mantenga sus funciones cognitivas reguladas por mayor tiempo.

Por lo tanto un envejecimiento anormal o patológico se evidencia mediante el deterioro gradual de la memoria. Esta patología es conocida como un trastorno de la memoria “síndrome de demencia”.

Desde el punto de vista del envejecimiento cognitivo patológico, el síndrome demencia es una patología cerebro neuronal creciente que comprende diferentes disfunciones, principalmente la memoria, entre otros como el lenguaje, cálculo, orientación, comprensión, cabe recalcar que la conciencia se mantiene sin ninguna alteración (Benavides-Caro, 2017).

Los trastornos de la memoria de origen encefalopático conllevan a varios síntomas, el individuo pierde constantemente objetos que utiliza de manera habitual, se le dificulta recordar sucesos recientes, pero tienen la capacidad de recordar hechos sumamente antiguos, estos sujetos tienden a presentar una actitud repetitiva “cuenta la misma historia varias veces”, realizan preguntas de forma reiterada para recordar la información (Fontán, 2013).

Por otro lado para Cabrera y sus colaboradores (2014) un paciente con deterioro cognitivo tiene dificultades para recordar situaciones actualmente observadas o aprendidas, no posee la capacidad de aprender información nueva, también se evidencia deterioro en las funciones procedimentales y de ejecución, de tal manera que la memoria semántica también se ve afectada presentando agnosias. Por lo general estos síntomas se hacen presentes al inicio de la enfermedad de Alzheimer.

Según Fontán (2013) existen cuatro tipos de demencias más comunes citados de mayor a menor incidencia, la demencia de tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia de enfermedad por cuerpos de Lewy y finalmente la demencia Fronto temporal . El mismo autor afirma que la demencia de tipo Alzheimer es una patología neurodegenerativa que

comprende deficiencias neuropsicológicas conllevando ha alteraciones del comportamiento, esto crea un estado de dependencia e incapacidad.

Desde el punto de vista neurológico, la enfermedad de Alzheimer comprende la degeneración y pérdida de conexiones cerebrales, muerte de células e inflamación; es de carácter progresiva, a medida que transcurre el tiempo las células van muriendo y se produce un daño cerebral (Baidin, 2016).

Investigaciones afirman que el 71% de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer son mujeres (Montez, Gutiérrez, Silva-Pereira & García-Ramos, 2012).

La demencia de tipo Alzheimer está caracterizada por el deterioro de la memoria que incapacita al individuo a recordar y aprender información y síntomas como alteraciones cognitivas: afasias (alteración del lenguaje), apraxias (dificultad o deterioro para llevar a cabo actividades motoras), agnosias (incapacidad para reconocer o identificar objetos), alteración de la ejecución (organización, abstracción, planificación, secuenciación) (DSM-IV,1995;Gómez, 2007; Arroyo-Anlló,Chamorro-Sánchez,Díaz-Marta & Poveda, 2013). **Ver anexo 3**

Por consiguiente el déficit cognitivo, funcional y motor genera alteraciones significativas en la actividad laboral, social y la vida diaria de quien la padece.

Según el DSM-IV (1995) la edad de inicio de la demencia tipo Alzheimer se presenta en dos estados, de inicio temprano: antes de los 65 años, de inicio tardío: después de los 65 años siendo el caso más frecuente a nivel mundial, también se codifica con cuadros clínicos predominantes entre estos, con ideas delirantes, con estado de ánimo depresivo y no complicado. El mismo autor destaca que los individuos que sufren de síndrome de Down o personas con historia de traumatismo craneal tienen mayor probabilidad de padecer la demencia; por otro lado las personas con familiares de primer grado que han sufrido de Alzheimer de inicio precoz tienden a padecer el trastorno, sin descartar que la demencia de tipo tardío también tiene una carga hereditaria.

En el transcurso de la enfermedad los síntomas y el deterioro se incrementa, generando problemas emocionales y afectado el estado de salud física y mental del paciente, aparecen trastornos conductuales (aislamiento social, agresividad, irritabilidad), se disminuye el interés por las actividades que normalmente disfrutaba realizar (Fontán, 2013).

Para Baidin, Teles, Michelato, Kusumota & Marques (2016) surgen problemáticas neuropsiquiátricas propias del deterioro masivo de la memoria de tal manera que el individuo entra en un estado depresivo, presencia episodios delirantes que comprenden alucinaciones auditivas y visuales y agresividad; la ansiedad y agitación también se hacen presentes. **Ver anexo 4**

La enfermedad de Alzheimer presenta tres estadios de acuerdo a la gravedad de los síntomas según Cabrera, Martínez, Gutiérrez, Hakim & Pérez (2014):

Fase inicial: la memoria a corto plazo es afectada, al individuo se le dificulta asimilar y aprender nueva información, existe una disminución del diccionario de palabras ya aprendidas y el flujo de palabras pronunciadas, cabe recalcar que la persona puede darse a entender con explicaciones básicas. El mismo autor manifiesta que surge ineptitud o torpeza motriz y de coordinación (vestirse, escribir, colorear, no recordar cómo llegar a casa).

Fase moderada: se ve afectada la memoria a largo plazo, los síntomas se intensifican, aparece el trastorno parafásico, se disminuye la destreza de la persona para realizar las actividades que comúnmente ejecutaba, existe incapacidad para reconocer agentes del entorno familiar. El mismo autor afirma que aparecen cambios conductuales como agresividad, desvarío, confusión, irritabilidad, distracción, en ocasiones incontinencia urinaria y rasgos bipolares como euforia “carcajadas” o distimia “llanto” en momentos inadecuados.

Fase avanzada: el sujeto se hace totalmente dependiente del cuidador, necesita ayuda para alimentarse, pierde la habilidad motriz y aparece el síndrome de inmovilidad, se presenta apático y cansado. El mismo autor asevera que su lenguaje es inentendible, no concuerdan sus ideas y conceptos por lo cual aparece el síndrome afásico, cabe mencionar que el paciente es capaz de recibir y brindar expresiones afectivas.

Es evidente el impacto físico, psicológico y económico causado por esta condición patológica “Alzheimer” que afecta no solo al paciente si o también a su cuidador primario, actualmente existen múltiples métodos para diagnosticarla. **Ver anexo 9**

Para el diagnóstico de la demencia es necesario tomar en cuenta la historia clínica neurológica del paciente, se debe aplicar el método de observación clínica tomando en cuenta lo referido por los familiares y la evaluación del profesional. El mismo autor

manifiesta que durante un periodo semanal o mensual se aplican reactivos que evalúen la memoria, cabe mencionar que este diagnóstico cumple con un 85% de certeza por lo cual es necesario aseverar el diagnóstico mediante la técnica histológica de una biopsia cerebral (Cabrera, Martínez, Gutiérrez, Hakim & Pérez, 2014).

Para Cacabelos (2001) el diagnóstico debe ser multidisciplinario, comprende el estudio de varios factores como la evaluación genética, biológica, neuropatológica, cerebrovascular, neuroimagen, pruebas de laboratorio y criterios diagnósticos clínicos.

Contador-Castillo y sus colaboradores (2009) describen test y escalas neuropsicológicas para la evaluación cognoscitiva, funcional, de aprendizaje, depresión y de retención visual, este último se aplica con la finalidad de descartar la confusión entre el deterioro de la memoria y la deficiencia visual.

Entre las escalas de evaluación se describen las siguientes: test de evaluación cognoscitiva “Mini Mental State Examination”; test del dibujo del reloj o Clock drawing test (CDT) de Thalaman; escala de demencia Mattis (1976); escala de evaluación funcional del adulto mayor; escala de Cornell “Depresión en demencias” y por último para diferenciación se aplica el test viso-espacial (Contador-Castillo, Fernández-Calvo, Ramos & Cacho, 2009).

Cabrera y sus colaboradores (2014) para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer y diferenciarla con la aparición de otras patologías; las valoraciones neuropsicológicas aportan significativamente al diagnóstico, se aplican al paciente ejercicios de razonamiento abstracto, lógico, matemático y verbal. El mismo autor afirma que el estudio médico tiene la capacidad de detallar y pronosticar hasta 8 años antes deterioros cognitivos leves, por consiguiente el individuo podrá utilizar estrategias preventivas contra la demencia.

Cabe recalcar la importancia de la intervención psicológica y farmacológica del paciente con Alzheimer, Según Carvalho, Pacheco, Oliveira, Vianna & Riera (2017) existen diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas para demencias, entre estas hay intervenciones sociales, psíquicas, terapia física y acupuntura. El mismo autor afirma que las personas con esta condición sufren de depresión y ansiedad por lo tanto se interviene con terapias interpersonales con una duración aproximada de 3 a 12 semanas.

La terapia ocupacional es utilizada con bastante frecuencia en intervenciones con Alzheimer, Willard & Spackman (2008) entre los fundadores de la terapia ocupacional

encontramos a George Edward Barton, William Rush Dunton, Thomas Bessell Kidner, Isabelle Newton, Susan Cox Johnson, Eleanor Clarke Slagle; el psiquiatra William Rush Dunton fue conocido como el padre de la terapia ocupacional, trabajó como supervisor de las clases de ocupación en el hospital Sheppard Pratt, Maryland. Su trabajo es impulsado por la psicología humanista.

Para Gajardo & Aravena (2016) la terapia ocupacional trabaja para mejorar la calidad de vida del paciente con demencia y sus cuidadores. El mismo autor afirma que esta terapia permite que el paciente retome y se adapte a las actividades de acuerdo a la capacidad que posee y a su vida diaria con la demencia, también implementa el fortalecimiento y capacitación al cuidador en las tareas diarias para mejorar el afrontamiento ante la situación actual. **Ver anexo 7**

Las actividades se utilizan como medio terapéutico diferenciándose en distintas categorías ocupacionales como cuidado personal, ocio, trabajo, relaciones sociales, manejo financiero entre otras; esta terapia incrementa la autonomía, independencia, funcionalidad y reduce la discapacidad y dependencia del cuidador, aportando de tal manera a un mejor estado psicológico y emocional (Corregidor, 2010). **Ver anexo 10-11**

Algunos estudios muestran que la motivación y estimulación del área cognitiva ayudan a retrasar el deterioro de las funciones y habilidades; se trabaja con las capacidades intactas del individuo de tal manera que la estimulación reemplace las funciones deterioradas (Cabrera, Martínez, Gutiérrez, Hakim & Pérez, 2014).

Se realizó una investigación con 383 ancianos con demencias durante 24 semanas, y se notó que la rehabilitación y entrenamiento cognitivo aportó significativamente a la capacidad del paciente para realizar las actividades diarias, atención, capacidad de recordar y responder información (Carvalho, Pacheco, Oliveira, Vianna & Riera, 2017).

Cabrera y sus colaboradores (2014) los tratamientos ocupacionales y de recreación son los más efectivos para el trabajo con demencias, como (terapias con mascotas, musicoterapia, ejercicio físico, arteterapia), por lo tanto aportan al mejoramiento de la conducta, estado de ánimo y funcionamiento global del sujeto en las situaciones tradicionales de la vida cotidiana.

Romero & Moruno (2003) existen distintas técnicas ocupacionales entre estas: terapia prevocacional: se utiliza para determinar y conocer en qué labor el paciente se destaca y

se encuentra más interesado, se puede tomar en cuenta como sustitución de las capacidades más deterioradas; terapia educacional: ayuda a la rehabilitación del desenvolvimiento personal y autónomo en las actividades de la vida diaria como el cuidado personal, trabajo, salud, financiamiento entre otros.

La terapia recreacional: sirve como un tiempo de ocio (actividad favorita) esto permitirá que el paciente se desestrese y mantenga un estado emocional estable; ergoterapia: ayuda a que el paciente mejore su capacidad motriz, cognitiva y funcional por medio de actividades como tejer, pintar, carpintería, esculturas entre otras; la arteterapia y musicoterapia se hacen presentes en esta técnica (Romero & Moruno, 2003).

Posteriormente se expone una posible propuesta de intervención psicológica para la demencia de tipo Alzheimer. La intervención esta centrada en mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la aplicación de la terapia ocupacional con la finalidad de rehabilitar los factores cognitivos, motores y emocionales, de tal manera que se fortalece la autonomía y la capacidad de resiliencia ante las adversidades y limitaciones que genera la enfermedad. Por ende se aporta a la reducción de estrés y carga del cuidador primario.

Se aplica la entrevista clínica con el paciente y su cuidador primario. Se trabaja entorno a la persona, sus ocupaciones y el medio ambiente que lo rodea interviniendo mediante distintas técnicas como la terapia educacional con actividades de la vida diaria (aseo, higiene, vestido, etc); movilidad (¿cómo llegar a casa?, coger el colectivo); estimulación cognitiva (uso de tecnología, manejo de cuentas financieras) mantenimiento personal (cuidado de salud, mantenimiento del hogar, etc); participación social, comunidad, familia, educación, área de trabajo. **Ver anexo 8-13**

También se aplica la técnica de Ergoterapia con actividades que comprenden habilidad motriz (manualidades, pintura, orfebrería, escultura, etc). Finalmente se aplica la terapia recreacional en este caso se puede utilizar una actividad que estimule el aspecto cognitivo y emocional del adulto mayor como juegos (Bingo, crucigramas, ajedrez, etc).

CONCLUSIONES

- Los factores que predisponen al deterioro de la memoria no comprenden solo una carga genética, engloban múltiples factores de riesgo médicos y psicosociales como el padecimiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, consumo de tabaco los cuales provocan inflamaciones cerebrales, un nivel educativo y estado socioeconómico bajo (escasa estimulación cognitiva). Sin descartar que uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta es el sexo y la edad sabiendo que el sexo femenino después de los 65 años tiene mayor probabilidad de padecer el trastorno.
- Lo que diferencia el envejecimiento normal del patológico es la gravedad de los síntomas y la afectación integral de la vida cotidiana del adulto mayor, teniendo en cuenta que la normalidad no constituye problemáticas graves que afectan de manera significativa a la capacidad funcional del individuo, su afectación no es gradual. A diferencia de lo patológico que comprende síntomas intensos y graduales donde el paciente va perdiendo sus habilidades progresivamente hasta llegar a la inhabilidad funcional, comunicacional, laboral y de interacción social.
- La enfermedad de Alzheimer es una patología neurodegenerativa que conlleva al deterioro gradual de la memoria y las funciones de ejecución, ésta patología crea un impacto significativo en el área personal, social, laboral y económico de quien la padece. El cuidador primario también se ve afectado de manera indirecta ya que comprende un trabajo diario y sin descanso, por consiguiente también presenta sintomatología conductual y psicológica como depresión, ansiedad, estrés, problemas de sueño.
- La terapia ocupacional atribuye de manera importante a la rehabilitación del paciente con Alzheimer y direcciona al cuidador primario. Interviene en torno a la persona sus ocupaciones y medio ambiente, por ende individuo adquiere mayor habilidad y autonomía. Existe mayor resiliencia y adaptación a los cambios y discapacidad que genera la enfermedad. Por ende el estado psicológico, emocional y motor del adulto mayor se mantienen estables y mejor adaptados.

REFERENCIAS

- Alzheimer's Disease Internacional . (Octubre de 2013). *El coste y la prevalencia del alzheimer y otros tipos de demencia*. Obtenido de Bupa: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
- Arroyo-Anlló, Chamorro-Sánchez, Díaz-Marta & Poveda. (2013). Memoria procedimental en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(4), 403-413.
- Baldin, Teles, Michelato, Kusumota & Marques, L. (2016). Síntomas neuropsiquiátricos de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y el desgaste de los cuidadores familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24.
- Barker, K. (2008). Historia de la Terapia Ocupacional. En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional 10ª Edición* (págs. 5-11). Madrid - España: Editorial Médica Panamericana.
- Benavides-Caro, C. (Abril de 2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Anestesiología*, 40(2), 107-112.
- Cabrera, Martínez, Gutiérrez, Hakim & Pérez, M. (2014). Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(2), 508-518.
- Cacabelos, R. (2001). Enfermedad de Alzheimer presente terapeutico y retos futuros. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25(03), 216-238.
- Cancino & Rehbein, M. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.
- Carvalho, Pacheco, Oliveira, Vianna & Riera, V. (2017). intervenciones no farmacológicas para el tratamiento del deterioro cognitivo. *Unifesp*, 135(3), 20-309.
- Contador-Castillo, Fernández-Calvo, Ramos & Cacho. (2009). Deterioro de la memoria no verbal en la demencia tipo Alzheimer: ¿olvido o adquisición? *Psicothema*, 21(1), 15-20.
- Corregidor, A. (2010). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología (Bases conceptuales y aplicaciones prácticas). En A. Corregidor Sanchez. Madrid, España.
- DSM-IV. (1995). Demencia de tipo Alzheimer. En M. Sabshin, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (págs. 144-150). Barcelona, España: Masson, S.A.
- Fontán, L. (2013). La enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina*, 7(1), 34-43.

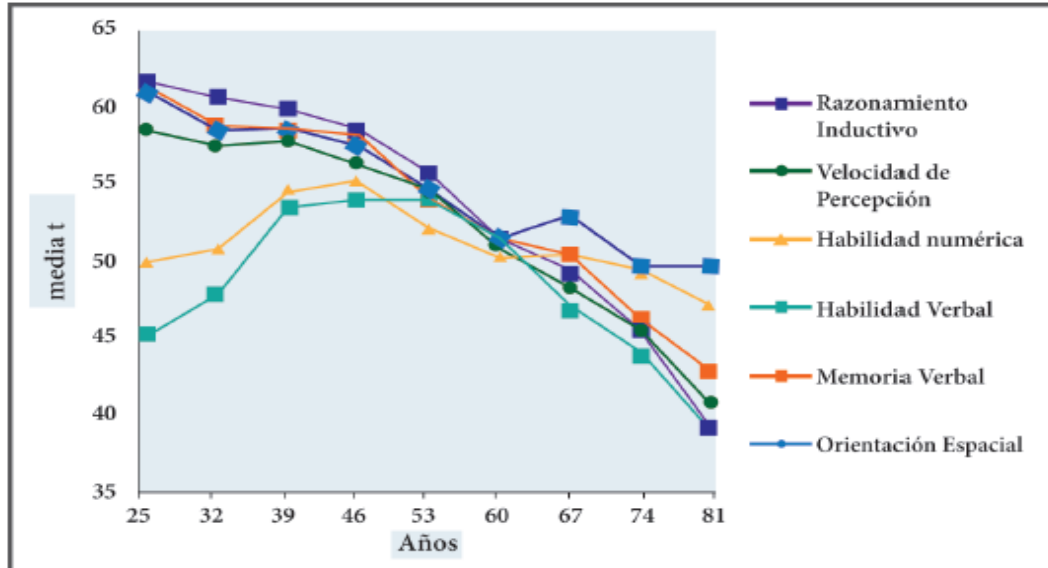
- Gajardo & Aravena, J. (2016). Como aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Revista Chilena Neurología psiquiátrica*, 54(3), 239-349.
- Gómez, A.-E. (Febrero de 2007). Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. *Farmacía preventiva*, 21(2), 62-67.
- Llibre & Gutiérrez, J. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387.
- Mogollón, E. (Junio de 2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 34(1), 56-74.
- Montez, Gutiérrez, Silva-Pereira & García-Ramos. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Chil. Neuropsicol*, 7(3), 121-126.
- OMS. (12 de 12 de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Demencia: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Palacios & Morales, V. (Mayo de 2011). *La memoria en el anciano*. Obtenido de <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Memoria%20en%20el%20Anciano.pdf>
- Park & Schwarz, D. (2002). Envejecimiento cognitivo. En A. Alcocer (Ed.). Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Pichot, P. (1995). Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales. En DSM-IV, *Demencia de Tipo Alzheimer* (págs. 145-150). España: Masson, S.A.
- Rodriguez, J. (2015). Cuidados Paliativos en ancianos con demencias. *Geroinfo*, 10(01).
- Rodríguez, J. (s.f.). Guía de buena practica clínica en Alzheimer y otras demencias. En J. Rodríguez, *Atención primaria de calidad*. España.
- Romero & Moruno, M. (2003). Terapia ocupacional Teorías y Técnicas. En M. Romero & Moruno. Barcelona, España: Masson.
- Romero, Fernandez, Lopez, Suz & Cordero, A. (2012). Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. *Finlay*, 2(1).
- Ruiz-Vargas, J. (2018). Envejecimiento y memoria: ¿cómo y por qué se deteriora la memoria con la edad? *Elsevier*, 43(5), 268- 270.
- Valverde, Aguilar, Gabarain, Araya & Azofeifa, E. (2015). Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. *Acta Medica Costaricense*, 57(3).

ANEXOS

ANEXO 1

CAMBIOS EN LA COGNICIÓN RELACIONADOS CON LA EDAD

Gráfica 1. Cambios en la cognición relacionados con la edad



Fuente: Hedden and Gabrieli (2004).

En la tabla 1 se muestran las categorías más importantes de declinación cognitiva relacionadas con la edad.

ANEXO 2

FACTORES DE RIESGO EN EL DETERIORO DE LA MEMORIA

Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(3):378-387

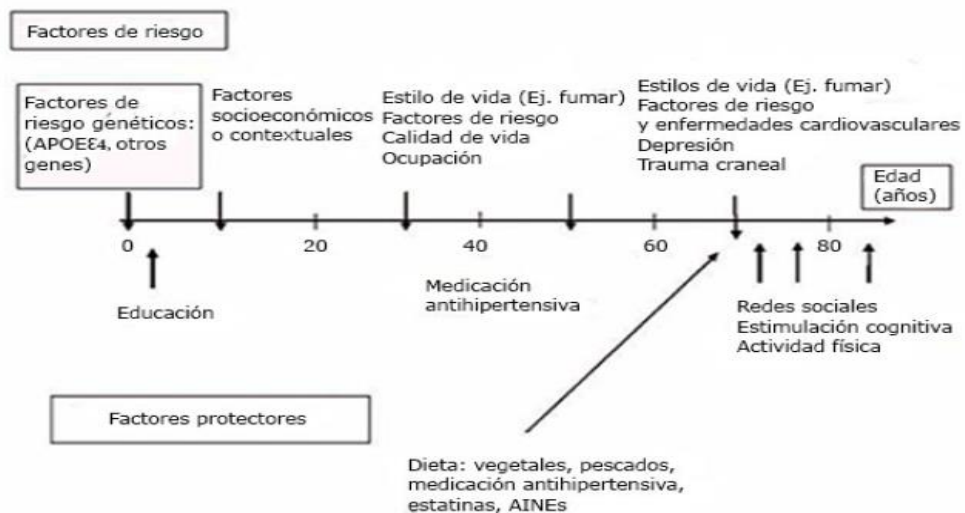


Fig. Importancia del enfoque multifactorial y del curso de la vida en la prevención de las demencias.

ANEXO 3

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS SEGÚN LA RED NEURONAL (DIVISIÓN CRANEAL) EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Tabla 1. Alteraciones neuropsicológicas según la red neural afectada	
Red perisilviana .	Patologías del lenguaje (afasia). Patologías de la función práxica (apraxias).
Red occipitotemporal .	Agnosia sensorial.
Red parietofrontal .	Apraxia para vestirse, apraxia para la construcción.
Red límbica .	Amnesia reciente.
Red prefrontal .	Alteraciones de la atención, abulia, desinhibición.

ANEXO 4

GRADO DE INCIDENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN PACIENTE CON SÍNDROME DEMENCIAL

Tabla 1. Distribución de Síntomas Psicológicos y Conductuales en pacientes con Síndrome Demencial .

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES	No.	%
Trastorno de la actividad	56	82,3
Agresividad	40	58,8
Trastorno del sueño	40	58,8
Ideación paranoide e ilusoria	36	52,9
Alucinaciones	24	35,2
Ansiedad y fobias	20	29,4
Depresión	16	23,5
Llanto (por crisis)	12	17,6

Fuente: modelo de recolección primario de datos

ANEXO 5

ESTADÍSTICA DE PREVALENCIA DE DEMENCIA EN LOS CONTINENTES A NIVEL MUNDIAL

Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(3):378-387

indirecta (por ejemplo, pago de servicios, entre estos a otras personas por el cuidado).¹

Tabla. Prevalencia, número estimado de personas con demencia, casos incidentes por año (2010), proporción de incremento (2010–2050) y costos totales acorde a la división por regiones geográficas de la carga global de enfermedades

Área geográfica	Consenso Prevalencia de demencia \geq 60 años (%)	Personas con demencia \geq 60 años en el 2010 (millones)	Casos nuevos estimados de demencia por año	Incremento en la proporción de personas con demencia 2010-2050 (%)	Costos totales (billones) USD
Europa	6,2	9,95	2 344 507	87	238,64
Asia	3,9	15,94	3 557 595	282	123,67
África	2,6	1,86	525 818	370	5,84
Las Américas	6,5	7,81	1 253 746	246	235,84
Norte América	6,9	4,38	842 808	151	213,04
América Latina	6,0	3,10	371 387	393	19,82
Caribe Insular	6,5	0,33	39 551	215	2,98
Mundo	4,7	35,56	7 681 665	225	603,99

Fuente: Ob. cit. 1.

ANEXO 6

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Factores de riesgo y factores protectores en la enfermedad de Alzheimer	
Enfermedad de Alzheimer	
Factores de riesgo	Depresión
	Menopausia
	Hipercolesterolemia
	Hiperhomocisteinemia
	Deficiencia de B ₁₂ y folatos
	Obesidad
	Tabaquismo
Factores protectores	Menarquia
	Hormonas sexuales
	Tensión arterial normal
	Colesterolemia normal
	Homocisteinemia normal
	Niveles de B ₁₂ y folatos normales

ANEXO 7

ENFOQUES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Tabla 1. Enfoques de terapia ocupacional en demencias

	Funcional	De ajuste cotidiano
Impacto de la condición	Se centra en la pérdida de capacidades de la persona y el impacto que esto tiene en la reducción de los niveles de independencia y funcionalidad. Incorpora al ambiente social a partir de las consecuencias negativas del cuidado en las personas alrededor, usualmente desde resultados centrados en la carga del cuidador	Se centra en la calidad de vida y el ajuste adaptativo a la vida cotidiana con demencia, bajo una lógica relacional en la que el sujeto con demencia, su entorno social y su entorno físico son interdependientes y por ende, el ajuste se da a partir de las condiciones de los tres componentes en las situaciones cotidianas que pueden ser desafiantes para la persona y su entorno
Propósitos	Busca la optimización de capacidades físicas y cognitivas individuales para la mantención del desempeño individual en actividades de la vida diaria	Busca modular el impacto que los síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales pueden tener en la participación del sujeto y su relación con el ambiente cotidiano
Evaluación	Utiliza instrumentos de evaluación centrados en el sujeto con demencia y la medición de sus capacidades (cognitivas, físicas) o niveles de independencia o riesgo	Utiliza instrumentos de evaluación para diversos resultados tanto en la persona con demencia como su entorno: calidad de vida, síntomas neuropsiquiátricos y su impacto, conocimiento de capacidades, autoeficacia, interacción social, formas de comunicación, entre otros
Modalidades de intervención	Basa su acción en la estimulación y entrenamiento de habilidades, la prescripción de actividades ejecutables para desarrollar por el sujeto, la modificación del ambiente físico para la reducción de potenciales riesgos físicos, y busca reducir la carga en cuidadores a través de acciones generalmente grupales y la regulación de las rutinas de cuidado	Se centra en la promoción de la participación de la persona con demencia en situaciones y actividades cotidianas, enfatizando en la interrelación con otras personas y el ambiente físico, incorporando acciones personalizadas, privilegiando intervenciones individuales y considerando elementos biográficos en la modificación del ambiente, la adaptación de actividades y la capacitación al entorno de apoyo

ANEXO 8

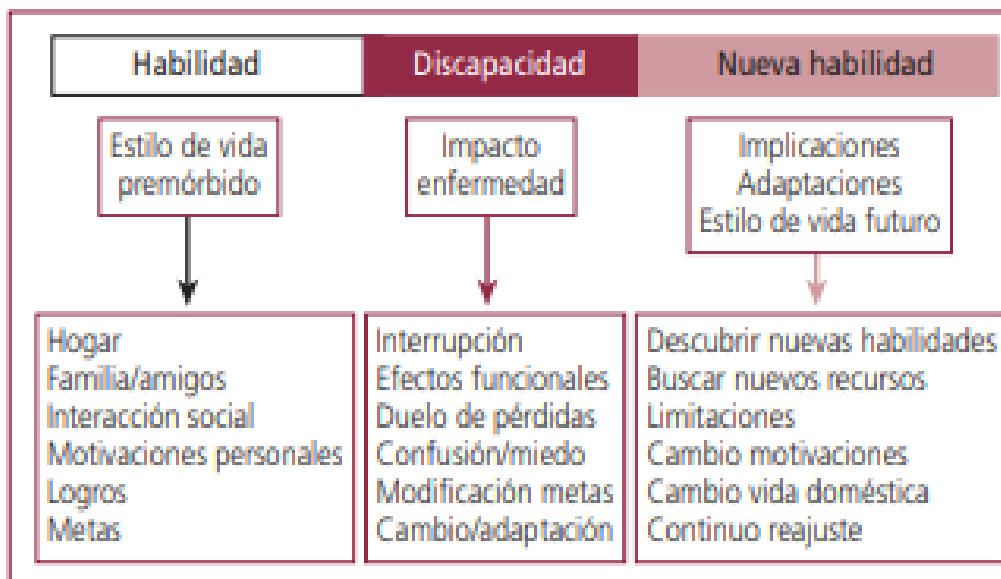
MATERIAL BÁSICO PARA UNA SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TABLA 3. Material básico de la sala de terapia

- Ocupacional en UME
- Material audiovisual e informático
- Mesas y sillas con resposabrazos de fácil manejo
- Cama regulable en altura
- Colchonetas para actividades de relajación
- Material de rehabilitación de MMSS y MMII
- Material rehabilitación para prensión y pinza
- Material rehabilitación sensorial y sensibilidad
- Material de estimulación cognitiva
- Utensilios de baño, vestido y cocina
- Tableros de actividades instrumentales
- Soportes en pared para realizar actividades en bipedestación
- Pulsadores adaptados
- Ayudas técnicas para aseo y vestido
- Ayudas técnicas para la marcha
- Ayudas técnicas para el ocio
- Teléfonos adaptados

ANEXO 9

CURSO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO, FÍSICO, MOTOR Y EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON DEMENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL



ÁREAS EN LAS QUE INTERVIENE LA TERAPIA OCUPACIONAL

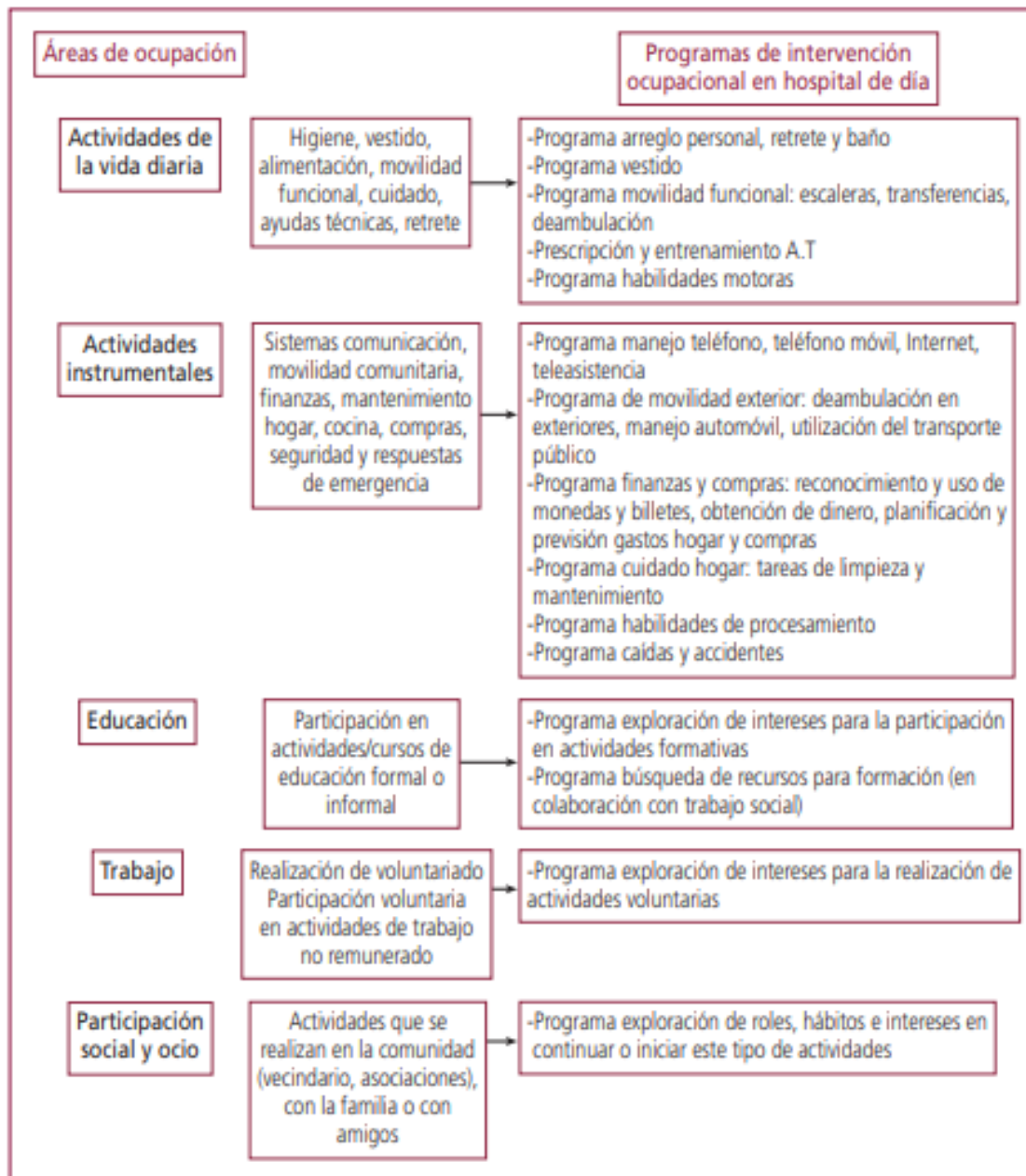


FIGURA 8. Diagrama de programas de terapia ocupacional en el hospital de día geriátrico.

ANEXO 11

MARCO DE TRABAJO PARA LA TERAPIA OCUPACIONAL



FIGURA 1. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: ámbito de competencia y proceso (AOTA, 2002).

ANEXO 12

ESCALAS PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Nombre escala	Año de publicación	Autor
1 Escala calificación AVD ⁽¹⁶⁾	1965	Dinnerstein, Lowenthal, Dexter M
2 Test de AVD ⁽¹⁷⁾	1980	Lawton
3 Índice de Barthel ⁽⁷⁾	1965	Mahoney and Barthel
4 Escala BUSTOP ⁽¹⁸⁾ (Burke stroke time-oriented profile)	1979	Feigenson and Polkow
5 Formulación de evaluación de AVD	1973	Donalson
6 Escala de Cruz Roja ⁽¹²⁾	1986	Guillén Llera
7 Índice de Kazt ⁽¹⁹⁾	1963	Katz, Ford, Moskowitz
8 Escala Kenny de evaluación del autocuidado ⁽²⁰⁾	1965	Schoening
9 Escala de AVD de Klein Bell ⁽²¹⁾	1982	Klein, Bell
10 Escala del nivel de rehabilitación LORS II ⁽²²⁾	1982	Carey Posavac
11 Medida de la independencia funcional (FIM) ⁽²³⁾	2000	Wright
12 Perfil de AVD ⁽²⁴⁾	2005	Dutil, Forget, Vanier and Gaudreault
13 Escala AMPS ⁽²⁵⁾	2001	Fisher
14 Valoración de Autocuidado ⁽²⁹⁾	2002	Melvilla, Nelson
14 Índice de Edmans ⁽²⁶⁾	1997	Edmans, Webster
15 Escala OCAIRS ⁽²⁷⁾ Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale	1989	Kaplan & Kielhofner

ANEXO 13

FASES DE EVALUACIÓN OCUPACIONAL Y TRATAMIENTO



FIGURA 1. Fases de la evaluación y el tratamiento de terapia ocupacional en unidades geriátricas de agudos.

ANEXO 14

EVALUACIÓN DE DESTREZAS OCUPACIONALES

Destrezas ocupacionales	Descripción de evaluación
Destrezas sensoriomotoras	Arco de movimiento de articulaciones Fuerza muscular Coordinación motora gruesa y fina Sensibilidad Resistencia Propiocepción Patrón postural. Percepción visual y auditiva
Destrezas cognitivas y de comunicación	Orientación Cognición Habilidad para seguir instrucciones Conceptuación Comprensión instrucciones verbales y no verbales Expresión de ideas y sentimientos
Destrezas psicosociales	Autoidentidad Autoestima Habilidad de adaptación a situaciones cambiantes Sistema de apoyo social

ANEXO 15

POSIBLES INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN AUTORES CONTEMPORÁNEOS

Tabla 2. Intervenciones de terapia ocupacional en demencia y sus potenciales resultados (Continuación)

Autor	Año	País	Tipo de estudio	Intervención	Potenciales resultados
Graff MJ, et al ²⁰	2008	Holanda	CE ECA	<ul style="list-style-type: none"> - 10 sesiones TO 1 h (5 semanas) - Reconocimiento de problemas (COPM, OPHI-II) - Modificaciones ambientales y del estilo de cuidado - Capacitación en resolución de problemas cotidianos, SPCD, síntomas cognitivos, promoción de participación 	<ul style="list-style-type: none"> - Costo económico de la intervención es menor al manejo habitual a 3 meses
Baldelli MV, et al ²¹	2007	Italia	PT-PT	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención de TO durante 12 meses en un centro diurno para PcDem, 5 días a la semana (2 h al día) - Actividades grupales con un enfoque educacional y de interacción social (cocinar, jardinear, colorear y dibujar, actividad física) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduce SPCD - Reduce prescripción de psicofármacos - Reduce uso de contención física
Graff MJ, et al ²²	2007	Holanda	ECA	<ul style="list-style-type: none"> - 10 sesiones TO de 1 h (5 semanas) - Reconocimiento de problemas (COPM, OPHI-II) - Modificaciones ambientales y del estilo de cuidado - Capacitación en resolución de problemas cotidianos, SPCD, síntomas cognitivos, promoción participación 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora calidad de vida de la PcDem y cuidador - Mejora percepción de salud PcDem y cuidador - Reduce síntomas depresivos en la PcDem
Graff MJ, et al ²³	2006	Holanda	ECA	<ul style="list-style-type: none"> - 10 sesiones TO de 1 h (5 semanas) - Reconocimiento de problemas (COPM, OPHI-II) - Modificaciones ambientales y del estilo de cuidado - Capacitación en resolución de problemas cotidianos, SPCD, síntomas cognitivos, promoción participación 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora calidad de vida de la PcDem - Mejora funcionalidad de la PcDem - Reduce sensación de carga de cuidador - Reduce costos económicos de los cuidados
Dooley NR, Hinojosa J ²⁴	2004	Estados Unidos	PT-PT	<ul style="list-style-type: none"> - 2 sesiones de TO - 1 visita de evaluación y entrega de recomendaciones escritas de modificaciones en el hogar - Visitas domiciliarias de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduce percepción de carga en el cuidador - Aumenta percepción positiva de rol del cuidador - Aumenta frecuencia de actividades en la PcDem
Corcoran M, Gitlin L ²⁵	1992	Estados Unidos	PT-PT	<ul style="list-style-type: none"> - 5 visitas domiciliarias de TO (3 meses) - Se identifican SPCD junto a cuidador y soluciones ambientales; se entrena al cuidador en estrategias de manejo de SPCD 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la incorporación de estrategias para manejo de SPCD en el cuidador

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado. CE: Costo-efectividad. PT-PT: Estudio Pre test/Post test. PcDem: Persona con demencia. SPCD: Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. COPM: *Canadian Occupational Performance Measure*.

ANEXO 16

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS CUIDADORES

Tabla 3. Potenciales resultados de la intervención de terapia ocupacional en la persona con demencia y su cuidador familiar, según tipo de intervención

Blanco de intervención	Modalidad	Intervención Estrategias específicas	Potenciales resultados	
			Cuidador	Persona con demencia
Cuidador, o Diada (persona con demencia y cuidador)	Visita domiciliaria personalizada en las necesidades y características de la persona con demencia y el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Educación y capacitación para manejo de situaciones cotidianas desafiantes - Ajuste de actividades - Adaptación de ambiente - Cambio en estilos de cuidado - Manejo de SPCD específicos - Comprensión de la enfermedad - Actividades diseñadas a la medida, según la historia e intereses de la PcDem 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de carga percibida - Reducción de síntomas depresivos - Mejora de calidad de vida global - Aumento de autoconfianza en rol de cuidador - Reducción de costos económicos y tiempo asociado a cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de SPCD - Reducción de síntomas depresivos - Mejora participación en actividades cotidianas - Aumento de independencia en actividades - Aumento de calidad de vida
Persona con demencia	Intervención de carácter grupal en centro diurno Intervención personalizada en dispositivo atención sanitario (específico o no para demencia)	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones de educación con foco en actividades diarias - Actividades de estimulación personalizadas y multicomponente (cognición, tiempo libre, físico, etc.). - Actividades estructuradas 	No referidos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de SPCD - Aumento de calidad de vida global - Reducción de contención física - Reducción de uso de psicofármacos

ANEXO 17

MINI MENTAL STATE EXAMINACIÓN TEST

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO diferido (Máx.3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPLA. Dibaje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEXT (CDT) (THALMAN, B., ET AL., 1996)

Criterios de puntuación del Test del Reloj (J. CACHO y R. GARCÍA)

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores de localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez), cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas.
0	Efecto en forma de «rueda de carro».

ANEXO 19

ESCALA DE VALORACIÓN DE DEMENCIAS

¿Tiene usted problemas de memoria o de razonamiento? Sí No

Hace un rato su(esposo/a, etc) me ha contado algunas experiencias recientes que usted ha tenido. ¿Puede contarme algo de ellas? (Pida detalles si es necesario, como el lugar del acontecimiento, la hora, los participantes, duración del acontecimiento, cuándo se acabó o cómo el sujeto u otros participantes llegaron allí.)

En 1 semana

1.0 –En gran parte correcto _____

0.5 _____

0.0 –En gran parte incorrecto _____

En 1 mes

1.0 –En gran parte correcto _____

0.5 _____

0.0 –En gran parte incorrecto _____

Le voy a decir un nombre y una dirección para que los memorice durante unos minutos. Repita el nombre y la dirección después de mí:

(Repita hasta que la frase sea repetida correctamente, con un máximo de tres intentos.)

Elementos	1	2	3	4	5	
		Juan	García,	Calle Aragón	42	Barcelona
		Juan	García,	Calle Aragón	42	Barcelona
		Juan	García,	Calle Aragón	42	Barcelona

(Subraye los elementos repetidos correctamente en cada intento.)

¿Cuándo nació usted? _____

¿Dónde nació usted? _____

¿Cuál fue la última escuela a la que usted asistió?

Nombre _____

Lugar _____ Curso _____

¿Cuál era su principal trabajo / ocupación (o el de su esposo/a si usted no trabajaba)?

¿Cuál fue su último trabajo (o el de su esposo/a si usted no trabajaba)? _____

¿Cuándo se jubiló usted (o su esposo/a) y por qué? _____

Repita el nombre y la dirección que le pedí antes que memorizase:

Elementos	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

ANEXO 20

ESCALA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Escala 3. ÍNDICE DE KATZ	
	Valoración
Lavarse	
<i>Independiente:</i> necesita ayuda sólo para lavarse una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía) o se baña enteramente solo <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> necesita ayuda para lavarse más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera, o no se baña solo <input type="checkbox"/>
Vestido	
<i>Independiente:</i> coge la ropa de cajones y armarios, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido <input type="checkbox"/>
Ir al retrete	
<i>Independiente:</i> va al retrete solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> precisa ayuda para ir al retrete <input type="checkbox"/>
Movilidad	
<i>Independiente:</i> se levanta y acuesta por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> necesita ayuda para levantarse y acostarse o sentarse, no realiza uno o más desplazamientos <input type="checkbox"/>
Continencia de esfínteres	
<i>Independiente:</i> control completo de la micción y la defecación <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> incontinencia parcial o total de la micción o la defecación <input type="checkbox"/>
Alimentación	
<i>Independiente:</i> lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne) <input type="checkbox"/>
<i>Dependiente:</i> necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral <input type="checkbox"/>
<hr/>	
CRITERIOS DE VALORACIÓN	
A. Independiente en todas las funciones.	
B. Independiente en todas menos en una de ellas.	
C. Independiente en todas menos en el baño y otra cualquiera.	
D. Independiente en todas menos en el baño, vestido y otra cualquiera.	
E. Independiente en todas menos en el baño, vestido, uso del retrete y otra cualquiera.	
F. Independiente en todas menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera.	
G. Dependiente en todas las funciones.	
O. Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E ni F.	

ANEXO 21

ESCALA DE CORNELL

CORNELL SCALE. DEPRESIÓN EN DEMENCIA

Nombre _____				
Edad _____ Sexo _____ Fecha _____				
A. SIGNOS RELACIONADOS CON EL HUMOR-ÁNIMO				
1. Ansiedad	A	0	1	2
2. Tristeza	A	0	1	2
3. Pérdida de reactividad frente a acontecimientos alegres	A	0	1	2
4. Irritabilidad	A	0	1	2
B. TRASTORNOS DE CONDUCTA				
5. Agitación	A	0	1	2
6. Retardo-lentitud	A	0	1	2
7. Múltiples quejas físicas	A	0	1	2
8. Pérdida de interés	A	0	1	2
C. SIGNOS FÍSICOS				
9. Pérdida de apetito	A	0	1	2
10. Pérdida de peso	A	0	1	2
11. Pérdida de energía	0	1	2	
D. FUNCIONES CÍCLICAS				
12. Variación diurna de síntomas de ánimo	A	0	1	2
13. Dificultad para dormir	A	0	1	2
14. Despertar múltiple durante el sueño	A	0	1	2
15. Despertar precoz o de madrugada	A	0	1	2
D. TRASTORNO IDEACIONAL				
16. Suicidio	A	0	1	2
17. Baja autoestima	A	0	1	2
18. Pesimismo	A	0	1	2
19. Delirios congruentes al ánimo: de pobreza, enfermedad, pérdida	A	0	1	2

- A No evaluado
- 0 Ausente
- 1 Suave o intermitente
- 2 Severo