



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE
TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO.

CONDOY YAGUACHI JUAN MIGUEL
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN
CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO
ESPECIFICADO.

CONDOY YAGUACHI JUAN MIGUEL
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE
TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO.

CONDOY YAGUACHI JUAN MIGUEL
PSICÓLOGO CLÍNICO

ZAMBRANO MARIN ZAIDA DE LOURDES

MACHALA, 20 DE SEPTIEMBRE DE 2021

MACHALA
20 de septiembre de 2021

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO

por Juan Miguel Condoy Yaguachi

Fecha de entrega: 25-ago-2021 04:01p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1635931137

Nombre del archivo: JUAN_CONDOY.docx (36.58K)

Total de palabras: 3010

Total de caracteres: 17060

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

El que suscribe, CONDOY YAGUACHI JUAN MIGUEL, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Terapia integrativa sistémico-ocupacional en un caso de trastorno neurocognitivo mayor no especificado., 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.

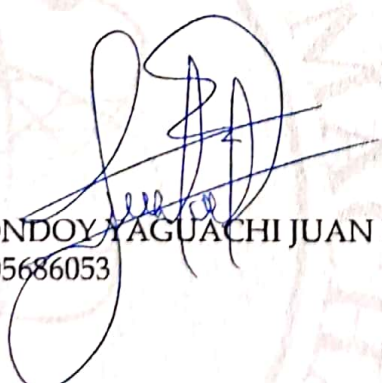
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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.

El autor 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, 20 de septiembre de 2021



CONDOY YAGUACHI JUAN MIGUEL
0705686053

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	cuidadores.unir.net Fuente de Internet	<1 %
2	iris.paho.org Fuente de Internet	<1 %
3	www.psico-guiaclinica.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

Activ
Ve a Cc

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO.

Condoy Yaguachi Juan Miguel
C.I.: 0705686053
jcondoy1@utmachala.edu.ec

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un plan terapéutico para un caso con trastorno neurocognitivo mayor no especificado; consta de diez sesiones realizadas bajo el enfoque integrativo con terapia sistémica y ocupacional. En esta investigación se realizó la búsqueda de definiciones, etología y prevalencia del trastorno; se evidenció sintomatología a nivel cognitivo con afectación física; además, del curso y desarrollo del trastorno neurocognitivo mayor. En cuanto al tratamiento se incorporan técnicas que favorecen el bienestar y autonomía del paciente; por otra parte, es importante mencionar que la metodología que aborda la investigación es de tipo descriptiva, a través de revisión bibliografía actualizada y de relevancia al tema de investigación. El estilo de vida que tienen los pacientes con trastorno neurocognitivo mayor no especificado se ve afectado en los diversos ámbitos, como los familiares, sociales y laborales; por consiguiente, es necesario incorporar un trabajo integral con familia, para fortalecer el estado emocional, recuperar autonomía y detener el deterioro cognitivo en paciente.

Palabras claves: Trastorno neurocognitivo mayor no es especificado, alteración cognitiva, intervención terapéutica.

INTEGRATIVE SYSTEMIC-OCCUPATIONAL THERAPY IN A CASE OF NON-SPECIFIED MAJOR NEUROCOGNITIVE DISORDER

Condoy Yaguachi Juan Miguel
C.I.: 0705686053
jcondoy1@utmachala.edu.ec

ABSTRACT

The aim of this work is to develop a therapeutic plan for a case with unspecified major neurocognitive disorder; it consists of ten sessions carried out under the integrative approach with systemic and occupational therapy. In this research, a search for definitions, ethology and prevalence of the disorder was carried out; symptomatology at cognitive level with physical affectation was evidenced; in addition, the course and development of the major neurocognitive disorder. As for the treatment, techniques that favor the well-being and autonomy of the patient are incorporated; on the other hand, it is important to mention that the methodology used in the research is descriptive, through a review of updated bibliography relevant to the research topic. The lifestyle of patients with unspecified major neurocognitive disorder is affected in various areas, such as family, social and work; therefore, it is necessary to incorporate a comprehensive work with family, to strengthen the emotional state, regain autonomy and stop cognitive impairment in patients.

Key words: Major neurocognitive disorder not specified, cognitive impairment, therapeutic intervention.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	6
TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO.....	7
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS.....	16
ANEXOS	19

INTRODUCCIÓN

La etapa del adulto mayor corresponde a una de las avanzadas del ciclo de la vida; en ella aparecen complicaciones físicas, biológicas y mentales; el envejecimiento trae consigo un sinnúmero de enfermedades degenerativas, como es el caso del trastorno neurocognitivo mayor no especificado, tema de interés del presente trabajo investigativo; afectaciones que traen consigo deterioro personal, familiar, social y laboral en las personas que la padecen (Pérez & Obdulia, 2017).

Las enfermedades degenerativas comúnmente se las conoce por su deficiencia neuronal, tal es el caso del trastorno neurocognitivo mayor no especificado que está presente en un porcentaje elevado en población adulta mayor, esta alteración conlleva una sintomatología extensa que va desde la alteración en la memoria hasta la dificultad física y pérdida de autonomía (León *et al.*, 2009).

El presente trabajo investigativo aborda esta problemática del trastorno neurocognitivo mayor no especificado, a través de un caso de adulto mayor y familiares; de esta manera, se hace uso del enfoque integrativo a través de las terapias sistémica y ocupacional; así mismo, se plantea el objetivo relacionado con la elaboración de un plan terapéutico de diez sesiones con sus respectivas técnicas de intervención que permiten dar cumplimiento a los objetivos planteados en cada una de las sesiones, para optimizar calidad de vida de paciente y apoyo familiar.

TERAPIA INTEGRATIVA SISTÉMICO-OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR NO ESPECIFICADO.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5, 2014), define a la demencia senil como trastorno neurocognitivo mayor no especificado, esta patología natural del envejecimiento afecta áreas cognitivas y motoras causando la pérdida de la autonomía, por lo tanto en el trascurso de esta investigación el término demencia senil será sustituido por trastorno neurocognitivo mayor, cabe destacar que los dos términos tienen el mismo significado.

A lo largo de los siglos el concepto trastorno neurocognitivo mayor no especificado se utilizó en un sentido distinto del actual criterio ; desde el siglo XVII (1701), la explicación de los trastornos cognitivos se hizo de forma precisa; de esta manera; desde 1700 se comienza usar en Europa el término para nombrar a estados de disfunción cognitiva como una connotación médica más estricta; por otro lado, a finales del siglo diecinueve (1801) y comienzos del veinte (1901) el término demencia se lo comprende como el resultado de trastornos irreversibles de las funciones intelectuales (Custodio *et al.*,2019).

El trastorno neurocognitivo mayor es una enfermedad orgánica natural del envejecimiento que afecta directamente al órgano cerebral y la corteza cortical, causando alteraciones en las funciones psíquicas como: orientación, atención, memoria, entre otras, este síndrome no solo reduce las funciones cognitivas si no también la movilidad del sujeto, afectado su motricidad fina y gruesa (Pérez, 2018).

La demencia es un síndrome principalmente de naturaleza crónica progresiva caracterizado por el deterioro de la funcionalidad cognitiva, más allá de lo cual podría considerarse un efecto del envejecimiento normal, afectando a la memoria, la orientación, la comprensión, el cálculo y otras áreas del estado de conciencia; además, suele acompañarse en ocasiones por deterioro del control emocional, conductas sociales o motivación (Alvarado *et al.*,2019).

De acuerdo a Saavedra (2014), define al trastorno neurocognitivo mayor no especificado como un síndrome que incluye la pérdida de funcionalidades cognitivas en relación a la vida cotidiana cómo es el desempeño social y familiar; así mismo, se observa manifestaciones de carácter psicológicas y conductuales, como pérdida de la memoria, desinhibición, alucinaciones visuales y depresión cuya severidad aumenta según el desarrollo y curso degenerativo.

La etiología del trastorno neurocognitivo mayor no especificado la conforman dos grupos; las demencias cerebrales que son degenerativas y presentan procesos atrofiados del encéfalo, cómo es el caso de Alzheimer, Huntington y Parkinson; por otra parte, se encuentran las demencias sistémicas o secundarias que según su etiología son vasculares, tóxicas y epilépticas, a consecuencia de hidrocefalias normotensivas, por patologías en general o por endocrinopatías (Amarista, 2002).

Según Nuñez *et al.*, (2020), indican que cada veinte años se duplicarán los casos del trastorno neurocognitivo mayor no es especificado siendo el Alzheimer y la demencia vascular los más frecuentes, se considera que perjudicará a setenta y cinco millones de individuos en tan solo quince años y alcanzará el triple en el año dos mil cuenta; además, se calcula que, en todo el mundo, hay entre veintidós y veinticuatro millones de individuos que padecen de patología.

Para la Organización panamericana de la salud (OPS) declaró estas dos enfermedades como factores patológicos del trastorno neurocognitivo mayor no especificado, la diabetes mellitus 2 integra alteraciones como la obnubilación del pensamiento y problemas en la memoria a corto y a largo plazo aumentando el desarrollo hasta llegar a la demencia, por otro lado la hipertensión arterial también se integra al desarrollo demencial, un aumento del ritmo cardíaco acelerado puede causar lesiones cerebrales, y provocar un daño permanente contribuyendo al diagnóstico de la demencia (Vásquez y Asenjo, 2021).

La etiología del trastorno neurocognitivo mayor no especificado es natural, al ser una enfermedad degenerativa la aparición es común tanto por la edad como por tener comorbilidades con otras enfermedades del envejecimiento tal caso sería el Alzheimer, no obstante la reducción de la autonomía y la pérdida de funciones psíquicas son

resultados de edad avanzada que ronda entre los 65 años hasta el último año de vida, sin embargo el aislamiento, sentimientos de inutilidad y reducción de movilidad física, ayudan al desarrollo del trastorno neurocognitivo mayor no especificado (Zúñiga y Casas, 2017).

Los múltiples inicios del trastorno neurocognitivo mayor no específico parten de depresión, delirios y trastorno del sueño, estos trastornos mentales comparten la sintomatología en un sesenta por ciento antes de ser diagnosticado con trastorno neurocognitivo mayor no especificado, además de preceder el inicio de un trastorno neurocognitivo mayor no especificado el deterioro en la vejez se presenta a través de episodios de agresividad, ideas delirantes, paranoia entre otras (Pérez y Milagros, 2005).

Esta patología generada en la etapa de la tercera edad perjudica a los ancianos menores de 65 años, sin embargo aumenta su prevalencia progresivamente con la edad (un 16.1% de los individuos pertenecen al rango de 45-59 años y un 9.9% en individuos mayores de 60 años), sin embargo, pese a su creciente trascendencia, el trastorno neurocognitivo mayor no especificado es una patología muchas veces infra diagnosticada e infravalorada por el doctor de cabecera (Moretti *et al.*, 2021).

Los estudios realizados el año 2011, los pacientes de la tercera edad que presentaron diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor no especificado eran en su mayoría tipo Alzheimer con 56.2% eran del sexo femenino mayores a 65 años y un 11.9% aparecen con múltiples comorbilidades orgánicas no transmisibles, sin embargo no se administraron dosis de medicamentos (Tello *et al.*, 2016).

Para los autores Llibre y Gutiérrez (2014). El diagnóstico de esta patología no precisa una gran diferencia en la prevalencia de hombres y mujeres, sin embargo es que en los últimos años se ha presenciado comorbilidades que tiene con otras enfermedades sin importar el género, las investigaciones refieren que la demencia se asocia con hipertensión arterial, ictus y artritis; estas enfermedades fisiológicas son las más comunes en el adulto mayor, por la afectación en la condición física y mental.

El trastorno neurocognitivo mayor no especificado abarca un sinnúmero de la población mundial, este no solo afecta al paciente si no también a su entorno social y familiar, debido a la gran demanda, el tratamiento farmacológico resulta ser más eficaz para

reducir y controlar la sintomatología, ya que la demencia por ser un síndrome degenerativo no tiene cura. Los fármacos más comunes aceptados por el (FDA) son: clorhidrato de tacrina, galantamina, donepezil, rivastigmina entre otras (Cano, 2007).

En el trastorno neurocognitivo mayor no especificado el deterioro y la reducción de las capacidades cognitivas son degradantes, sin embargo existen fármacos para ralentizar el desarrollo del trastorno y mantener el bienestar mental del sujeto, los medicamentos son: antipsicóticos, moduladores afectivos, anti demenciales y benzodiazepinas; la dosis y el inicio del consumo van a depender del curso, desarrollo y de la gravedad del trastorno para evitar contraindicaciones y síntomas desfavorables (Ahunca, 2017).

El tratamiento terapéutico consiste en la aplicación de estrategias clínicas o psicosociales basadas en un enfoque teórico clásico que tiene como fin cambiar o reducir el avance del problema diagnosticado; además, el tratamiento enfatiza buscar alternativas de ayuda independientemente de la patología presentada (Muela y Sansinenea, 2020).

La intervención terapéutica en el trastorno neurocognitivo mayor no especificado puede explicarse cómo un conjunto de técnicas clínicas como, musicoterapia, actividad física, estimulación cognitiva, con el fin de ralentizar el deterioro del paciente; sin embargo, no se ha evidenciado que exista una recuperación relevante; pero se destaca la reducción del deterioro cognitivo (Pérez, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la demencia puede tener efectos alarmantes en las familias o en los sujetos que cumplan el rol de cuidadores, para la OMS los cuidadores pueden presentar problemas a nivel económico, emocional y familiar. Por otra parte, es necesario que la familia tenga el apoyo económico por parte de un organismo para solventar los gastos en medicina, vestimenta, y control médico.

Para los autores Domínguez *et al.*, (2017), en la etapa del adulto mayor se evidencia reducción de autonomía y dependencia; así mismo, los autores indican que existen formas para restaurar autonomía personal y recuperar autoestima en las personas con trastorno neurocognitivo mayor no especificado; procedimiento que se realiza a través de técnicas y actividades como arte terapia, desarrollo de habilidades sociales y cognitivas; así como también, fijar lista de nombres; identificar, llaves, colores, revistas y fotografías.

Consecuentemente, existe una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales tecnológicas como la robo terapia que consiste en sustituir las intervenciones mascotas y convertirse en un método de primera instancia para tratar a las personas con trastorno neurocognitivo mayor no especificado (Rosillo *et al.*,2019).

En este caso, la intervención terapéutica se fundamenta en el enfoque sistémico y ocupacional; el sistémico que consiste en la observación clínica de la estructura y funcionalidad del grupo familiar con el fin de entender las fronteras, vínculos, límites y normas que se establecen en el hogar (Rodríguez *et al.*,2019).

La ocupacional, que consiste en realizar actividades integrativas entre paciente y familiar; con el objetivo de mejorar la calidad de vida, busca recuperar la autonomía de las personas afectadas, y restaurar pensamientos patológicos como motricidad, causados por las disfunciones mentales (Carvajal *et al.*,2019).

La propuesta para el tratamiento del trastorno neurocognitivo mayor no especificado es a través del enfoque integrativo sistémico ocupacional; consta de diez sesiones con sesenta minutos de duración y control, a través de seguimiento. Se trabaja con paciente, familia o cuidador; los aspectos a trabajar están relacionados con memoria, autoestima y apoyo familiar; se enviará por sesión tareas de tipo ocupacional al paciente.

CASO

Paciente de sexo masculino con 68 años de edad, con hospitalización por 16 días y tratamiento psiquiátrico; el paciente inicia manifestado pérdida de la memoria para hechos recientes y antiguos, incapacidad para sostener una conversación ya que pierde el hilo conductor de la misma, por lo que es necesario recordarle el tema, estos síntomas fueron progresivos. Hace 3 años manifiesta confusión con los medios de transporte que lo movilizan a su casa ó trabajo; lo que hace que abandone su empleo por incapacidad para trasladarse; lo que causa baja autoestima en su personalidad. Desde hace dos años refiere tener dificultad en la marcha, temblor distal de extremidades superiores, rigidez en lado derecho; además, hay dificultad en control de esfínter vesical. Recibió tratamiento farmacológico sin mejoría; se administró l-dopa que alivio algunos de los síntomas y se presentaron efectos secundarios (inquietud e insomnio) por lo que se sustituyó por tofranil, artane y bendaril; sin presentar mejoría.

En sesión No 1, el objetivo es establecer pautas de información y vinculación con el compromiso terapéutico, en esta sesión se realiza encuadre del plan terapéutico con el fin de informar a familiares o cuidador los recursos, las técnicas y contexto donde se llevará a cabo las sesiones; se explica horario, y se establece fecha para próxima sesión.

En sesión No 2, el objetivo es establecer pautas para mejorar convivencia en el núcleo familiar; para dar cumplimiento, se utiliza la técnica de las preguntas circulares, constituye un instrumento terapéutico para identificar el síntoma; además, ayuda a relevar pensamientos, emociones y sentimientos dentro del núcleo familiar. Así mismo, se aplica otra técnica, que es el juego de la oca, con el fin de reforzar vínculos afectivos, ejercitar memoria a corto y largo plazo, y mejorar comunicación. Familiares y paciente se sientan en forma circular, se coloca un tablero en el centro con fichas y cada uno de los participantes debe describir diez eventos de forma cronológica; finalmente, se recuerda fecha de próxima sesión.

En sesión No 3°, el objetivo es conservar la funcionalidad mental de paciente; para ello, se hace uso de la técnica de estructuración artística; se realizan actividades como, pintar y dibujar; el profesional ejemplifica la actividad antes de realizarla, luego familiar direcciona la técnica, con esto se incrementa participación activa y creativa de paciente. De manera adjunta, se da un espacio a la técnica de relajación progresiva, se busca que paciente y familiar alivien tensión muscular causada por alguna situación estresante. Finalmente, se envía tarea a casa para paciente, debe realizar en una hoja de papel un dibujo libre basado en su imaginación. Se recuerda fecha para próxima sesión.

En sesión No 4, el objetivo es ejercitar las funciones mentales del adulto mayor, para reducir deterioro. Se inicia revisando tarea enviada a casa; posterior se procede, a la aplicación de la técnica de los cuentos metafóricos. Esta técnica se aplica conjuntamente con paciente y familiar; participantes se sientan en forma circular tomados de las manos, se inicia con la frase “había una vez”, la siguiente persona debe de enlazar las ideas. Esta actividad favorece al paciente en participación activa, a vocalizar bien las palabras, fortalecer vínculos y reactivar pensamiento. Finalmente, se envía tarea a casa, paciente debe transcribir lo que más recuerda del cuento realizado, conjuntamente debe recibir elogios por la actividad realizada; y se recuerda fecha de próxima sesión.

En sesión No 5°, el objetivo es reducir afectación en funcionalidad mental. Profesional inicia revisando la tarea a casa; posterior, pide a paciente una recapitulación de sesión anterior. Se aplica la técnica de visualización de imágenes de algún evento relevante. Para tal efecto, el familiar procede a mostrar el contenido fotográfico a paciente, conjuntamente profesional realiza algunas preguntas relacionadas con las fotografías. Se sugiere continuar con la actividad en casa de manera progresiva con diferente material fotográfico para mayor efectividad en funcionalidad mental. Finalmente, se recuerda fecha de próxima sesión.

En sesión No 6°, el objetivo es mejorar estado de ánimo y mantener funcionalidad de la memoria. Se pide a paciente recapitular lo trabajado en sesión anterior. En esta sesión se hace uso de la técnica reminiscencia musical; se presentan melodías musicales de la época juvenil del paciente; con el fin, de refrescar memoria, mejorar estado de ánimo, mantener orientación en el tiempo y vocalización de palabras a través del canto. A partir de esta sesión en adelante se le otorga responsabilidad con una mascota (gato, perro, otros), para que cuide de ella; actividad que mantienen activo el pensamiento, memoria y conciencia. Para la revisión de la tarea se hará preguntas a paciente, información que será corroborada por familiar o cuidador.

En la sesión 7°, el objetivo es incrementar autonomía a través de la participación física y mental en paciente; se inicia con revisión de tarea. En esta sesión se usa la técnica de estructuración de ocio que consiste en realizar actividades cotidianas, juegos de mesa cómo dominó, ajedrez y jenga. Para ello, paciente y familiar seleccionan recortes de madera que se apilan verticalmente; consiste en sacar las partes sin hacer caer las demás. Este juego promueve la actividad mental y estimulación motriz. Finalmente, se recuerda fecha de próxima sesión.

En la sesión 8°, el objetivo es mantener la autonomía y estimular motricidad fina y gruesa a través de actividades físicas en paciente; se inicia con revisión de tarea anterior. En esta sesión, se aplica la técnica geronto gimnasia, son ejercicios de movilidad funcional que trabajan varios aspectos de la psicomotricidad, se toma en consideración la edad del paciente; pueden ser caminatas, circuitos y ejercicios en el mismo eje con movimientos de cintura hombros, pies y manos. Las actividades se realizan de manera integral paciente

familia. Se continúa con actividad para casa. Finalmente, se recuerda fecha de próxima sesión.

En sesión No 9°, el objetivo es disminuir los niveles de deterioro cognitivo a través de actividades ocupacionales. Se realiza revisión de tarea anterior. Se aplica la técnica de estrategias motoras con el fin buscar participación activa de paciente y fortalecer afectividad con familia. El profesional presenta actividades de ocio como tejer, coser dibujar; toda la actividad es dirigida por familiar. Se debe realizar la actividad desde casa; se recuerda fecha de próxima sesión.

En sesión No 10°, el objetivo es mantener la funcionalidad física y mental del paciente, se realizan preguntas sobre el cuidado de la mascota; luego se procede a realizar la técnica de reeducación funcional. Esta actividad, está dirigida al aseo personal, reconocer dinero y actividades personales que forman parte de la vida cotidiana. Finalmente, se combina la sesión con técnica de relajación. Posterior, se inicia etapa de seguimiento para controlar evolución de paciente.

CONCLUSIONES

- El trastorno neurocognitivo mayor no especificado es una enfermedad que involucra el deterioro cognitivo con repercusiones en la movilidad física del individuo, se caracteriza principalmente por alteración a nivel de memoria y pensamiento, se manifiesta por lo regular en el adulto mayor con deterioro cognitivo, hipertensión, diabetes tipo dos, trastorno del sueño, ansiedad y depresión.
- El trastorno está presente en la mayoría de población de adultos mayores, demanda cuidados especiales y permanentes por parte de familiares; es una enfermedad irreversible a la cura; sin embargo, existe el tratamiento farmacológico como antipsicótico, modulador afectivo, anti demenciales y benzodiacepinas que busca ralentizar el progreso del trastorno. demenciales y benzodiacepinas otorgado por un proceso psiquiátrico terapéutico que busca ralentizar el desarrollo del trastorno.
- Finalmente, desde el ámbito psicológico se realizó un abordaje integrativo sistémico ocupacional, con intervención conjunta paciente familia; la integración y uso de las técnicas relacionadas ayudan a controlar la alteración del estado de conciencia, recuperar autonomía, priorizar comunicación y fortalecer la afectividad, respectivamente.

REFERENCIAS

- Ahunca , L. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 51-58. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
- Alvarado García, A. M., Alvarado Hueso, P. V., Rojas Méndez, L. T., y Oviedo Tao, P. A. (2019). Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 10(3). doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813>
- Amarista, F. (Julio de 2002). Demencia. *Gaceta Medica de Caracas*, 110(3). Obtenido de Scielo: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622002000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Dsm-5* (Quinta ed.). Estados Unidos: Editorial Medica Panamericana.
- Cano, C. (2007). Tratamiento de las demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 157-174. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615418013.pdf>
- Carvajal, J., Gurumendi, I., Pazmiño, C., y Calle, M. (2019). Cervicobraquialgia: Manejo del dolor, terapia física y terapia ocupacional. *Recimundo*, 2(3), 26-51. doi:10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.26-51
- Custodio, N., Montesinos, R., y Alarcón, J. (2019). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*, 84(4), 235-250. doi:<https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
- Domínguez-Toscano, P. M., Román-Benticuaga, J. R., y Montero-Domínguez, M. D. (2017). Evaluación del efecto de un programa de arteterapia aplicado a personas. *Arte Individuo y Sociedad*, 29(3), 255-278. doi:<http://dx.doi.org/10.5209/ARIS.55013>

- León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R., y Escarpín, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista medica del instituto mexicano del seguro social*, 47(3), 277-284. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745514008.pdf>
- Llibre, J., y Gutiérrez, R. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de salud publica*, 40(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/214/21431356008.pdf>
- Moretti Luchesi, B., Rodrigues de Souza Melo, B., Balderrama, P., Martins Gratão, A. C., Nisihara Chagas, M. H., Iost Pavarini, S. C., y Reis Martins, T. C. (2021). Prevalencia de factores de riesgo de demencia en personas de mediana y mayor edad inscritas en Atención Primaria de Salud. *Demencia Neuropsicologia.*, 02, 15. doi:<https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-020012>
- Muela, A., y Sansinenea, E. (2020). Tratamiento Psicologicos Personalizados orientaciones clinicas. *Papeles del psicologo*, 41(1), 16-30. doi:<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>
- Nuñez, O., Calzado Benítez, A., Alcorta Rodríguez, T. M., Fernández García, A. S., y Borges Rodríguez, O. (2020). La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales. *Invest. Medicoquir.* Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq201u.pdf>
- OMS. (21 de Septiembre de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pérez, B., y Obdulia, M. (2017). Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *Revistas Electronicas MediSur*, 15(1), 8-11. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180049913003.pdf>
- Pérez, E., y Milagros, A. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(3), 6-13. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47310302.pdf>

- Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-169. doi:<https://doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.8>
- Rodríguez Bustamante, A., Pérez Arango, D. A., Bedoya Cardona, L. M., y Herrera Rivera, O. (10 de Diciembre de 2019). Terapia Familiar Sistémica sobre el self terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 89-108. doi:10.17151/rlef.2019.11.1.6
- Rosillo, N., Pérez, E., Pérez, E., y Peláez, B. (2019). Tratamiento no farmacológico en demencias. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 53-59. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986273>
- Saavedra, M. (2014). Diagnóstico, tratamiento e investigación en pacientes con demencia. Tensiones y significado. *Revista colombiana Bioética*, 9, 59-137. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189232734003.pdf>
- Tello, T., Renato, A., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-350. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Vásquez, K., y Asenjo, J. (2021). Factores patológicos asociados a demencia senil en adultos mayores de un centro médico. *Ciencia y Salud*, 5(2), 19-26. doi:<https://doi.org/10.22206/cysa.2021.v5i2.pp19-26>
- Zúñiga, T., & Casas, D. (2017). EL RESPETO A LA AUTONOMÍA EN EL MANEJO DE ANCIANOS CON DEMENCIA. *Revista Colombiana de Bioética*, 12(2), 40-48. doi:<https://doi.org/10.18270/rcb.12i2.1929>

ANEXOS

SESIÓN N°1

SESIÓN N°1		
TEMA	Encuadre y contrato terapéutico	
OBJETIVO	Establecer las pautas de información y vinculación con compromiso terapéutico.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport	Dialogo	10 minutos
Diagnóstico y Psicoeducación <ul style="list-style-type: none"> ● Explicar acerca del Trastorno Neurocognitivo mayor no especificado y sus repercusiones en la autonomía del paciente. ● Explicar la importancia del tratamiento terapéutico. ● Informar aspectos de confidencialidad. 	Dsm-5 Bibliografía actualizada	25 minutos
Establecer normas del compromiso terapéutico <ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia ● Número de sesiones ● Puntualidad ● Uso del celular ● Enfoque terapéutico ● Costo del proceso terapéutico 	Contrato	15 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programar la fecha para la próxima cita 		10 minutos

SESIÓN N° 2		
TEMA	Comunicación y vínculos afectivos.	
OBJETIVO	Reconocer el problema y establecer pautas para mejorar la convivencia en el núcleo familiar.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport	Diálogo	10 minutos
Preguntas Circulares <ul style="list-style-type: none"> ● Permite identificar el síntoma y encontrar soluciones a la problemática, además, ayuda a relevar pensamientos, emociones y sentimientos dentro del núcleo familiar. 	Diálogo	20 minutos
Juega de la oca <ul style="list-style-type: none"> ● Es un juego de ocio familiar, donde cada uno de los participantes relatan eventos de forma cronológica. ● Permite reforzar los vínculos afectivos, mejorar la comunicación y reactivar la memoria en el paciente. 	Dado Tablero fichas de la oca	25 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	5 minutos

SESIÓN N° 3		
TEMA	Apoyo familiar	
OBJETIVO	Conservar la funcionalidad mental del paciente.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport	Diálogo	10 minutos
Estructuración Artística <ul style="list-style-type: none"> ● Consiste en realizar actividades cómo pintar y dibujar. ● Se muestra imágenes para que el paciente dibuje mientras el familiar lo direcciona. ● Esta técnica permite mantener la participación activa y la creatividad del paciente. 	Pinturas papel imágenes	25 minutos
Técnica de relajación Progresiva <ul style="list-style-type: none"> ● Se busca que paciente y familiar alivien tensión muscular causada por alguna situación estresante. ● Los participantes se recuestan en el diván y se procede a tensionar los músculos del cuerpo desde la cabeza hasta los pies progresivamente. 	Divans Diálogo	20 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	5 minutos
Tarea: Realizar un dibujo de forma libre en base a su imaginación.		

SESIÓN N° 4		
TEMA	Apoyo familiar, memoria	
OBJETIVO	Ejercitar las funciones mentales del adulto mayor, para reducir deterioro.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea. 	Diálogo	15 minutos
Cuentos metafóricos <ul style="list-style-type: none"> ● Se aplica de manera integral con el paciente y la familia, los participantes se sientan en forma circular y se toman de las manos, el juego empieza con la frase “había una vez” la siguiente persona debe de enlazar las ideas. ● Se reúne todas las ideas para la formación del cuento y proceder analizarlo. ● Permite la participación activa del paciente, también ayuda a vocalizar bien las palabras, fortalecer vínculos y a reactivar el pensamiento en la formación del cuento. 	Sillas	40 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	5 minutos
Tarea: paciente debe transcribir lo que más recuerda del cuento realizado, conjuntamente debe recibir elogios por la actividad realizada.		

SESIÓN N° 5		
TEMA	Memoria	
OBJETIVO	Reducir la afectación en funcionalidad mental.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea 	Diálogo	10 minutos
Feedback <ul style="list-style-type: none"> ● Se realiza una recapitulación de la sesión anterior al paciente para empezar a ejercitar la memoria. 	Diálogo	10 minutos
Visualización de imágenes <ul style="list-style-type: none"> ● Permite ejercitar la memoria de eventos pasados. ● El familiar procede a mostrar el contenido fotográfico del paciente y el terapeuta realiza preguntas cómo; ¿Recuerdas pasó ahí? ¿Cuándo fue? ¿Quiénes son los que salen en la imagen? 	Material Fotográfico	25 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	5 minutos
Tarea: Continuar con la actividad en casa de manera progresiva con diferente material fotográfico para mayor efectividad en funcionalidad mental.		

SESIÓN N° 6		
TEMA	Memoria, autoestima	
OBJETIVO	Mejorar el estado de ánimo y mantener la funcionalidad de la memoria	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea 	Diálogo	10 minutos
<ul style="list-style-type: none"> ● Feedback ● Se realizan preguntas de la sesión anterior al paciente para empezar a ejercitar la memoria. 	Diálogo	15 minutos
Reminiscencia Musical <ul style="list-style-type: none"> ● Se presentan melodías musicales de la época juvenil del paciente con el fin de refrescar la memoria mejorando el estado de ánimo y orientación en el tiempo. ● Promueve la vocalización de las palabras a través del canto. 	Equipo de sonido	30 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	5 minutos
Tarea: Consiste en que el paciente tome una mascota (gato, perro) y este cuide de ella, con esta técnica buscamos que el usuario tenga presente una responsabilidad de darle de comer, tomar agua etc, estas actividades mantienen activo el pensamiento, la memoria y la conciencia, para la revisión de la tarea se le hará preguntas al paciente información que será corroborada por el familiar o cuidador.		

SESIÓN N° 7		
TEMA	Memoria, Autoestima	
OBJETIVO	Incrementar autonomía a través de la participación física y mental en paciente	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea 	Diálogo	15 minutos
Estructuración de ocio <ul style="list-style-type: none"> ● Consiste en realizar actividades cotidianas, juegos de mesa cómo el dominó, el ajedrez y el jenga. ● El juego “jenga”, son recortes de madera que se apilan verticalmente, consiste en sacar las partes sin hacer caer las demás partes, este juego promueve la actividad mental y estimulación de la motricidad fina. ● Este juego promueve la actividad mental y estimulación motriz. 	Jenga	35 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas ● Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	10 minutos

SESIÓN N° 8		
TEMA	Apoyo familiar, autoestima	
OBJETIVO	Mantener la autonomía y estimular la motricidad fina y gruesa a través de actividades físicas.	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea 	Diálogo	15 minutos
Técnica gerontogimnasia <ul style="list-style-type: none"> • Son los ejercicios de movilidad funcional que trabajan varios aspectos de la psicomotricidad, se realiza a través de actividades acordes a la edad del usuario, cómo caminatas, circuitos y ejercicios en el mismo eje “movimientos de cintura hombros pies y manos”. • Permite la estimulación de la motricidad para restablecer la autonomía y reducir el deterioro cognitivo, las actividades se realizan de manera integral con la familia del paciente, se recomienda continuar con la actividad en casa. 	Área Recreacional	35 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> • Despejar dudas • Programa la fecha para la próxima cita 	Diálogo	10 minutos

SESIÓN N° 9		
TEMA	Apoyo familiar	
OBJETIVO	Disminuir los niveles de deterioro cognitivo a través de actividades ocupacionales	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea 	Diálogo	15 minutos
<ul style="list-style-type: none"> ● Feedback ● Se realizan preguntas de la sesión anterior al paciente para empezar a ejercitar la memoria. 	Diálogo	10 minutos
Estrategias Motoras <ul style="list-style-type: none"> ● Permite la participación activa del paciente, estimulando la motricidad fina y gruesa, además de fortalecer las relaciones con su familia. ● Son actividades de ocio como tejer coser dibujar, esta técnica es integrativa el paciente realiza la destreza y el familiar lo dirige, esta actividad nos permitirá desarrollar los intereses de creatividad la atención y la participación activa 	Área Recreacional	35 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas. ● Programa la fecha para la próxima cita. 	Diálogo	10 minutos
Tarea: Realizar un dibujo de forma libre en base a su imaginación.		

SESIÓN N° 10

TEMA	Apoyo familiar	
OBJETIVO	Mantener la funcionalidad física y mental del paciente	
TIEMPO	60 minutos	
PARTICIPANTES	Paciente y familiares	
ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y Rapport <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de la tarea 	Diálogo	10 minutos
Reeducción Funcional. <ul style="list-style-type: none"> ● Se realiza a través de actividades como el aseo personal, reconocer el dinero y actividades que se asocian a su autonomía personal y forman parte de la vida cotidiana, con el reducir la dependencia a la hora de realizar actividades básicas del individuo. 	Área Recreacional	30 minutos
Técnica de relajación. “Respiración profunda” <ul style="list-style-type: none"> ● Esta técnica ayuda eliminar, el estrés el cansancio mental y encontrar la tranquilidad en el sujeto. 	Área lúdica	10 minutos
Cierre y Despedida <ul style="list-style-type: none"> ● Despejar dudas. ● Programar la fecha para la próxima cita. 	Diálogo	10 minutos
Tarea: Realizar un dibujo de forma libre en base a su imaginación.		