



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA
PERSPECTIVA INTEGRAL

FRANCO ENCALADA FRESIA ESTEFANÍA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE
LA PERSPECTIVA INTEGRAL**

**FRANCO ENCALADA FRESIA ESTEFANÍA
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**MACHALA
2018**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA
PERSPECTIVA INTEGRAL

FRANCO ENCALADA FRESIA ESTEFANÍA
PSICÓLOGA CLÍNICA

TAMBO ESPINOZA GABRIELA MERCEDES

MACHALA, 04 DE JULIO DE 2018

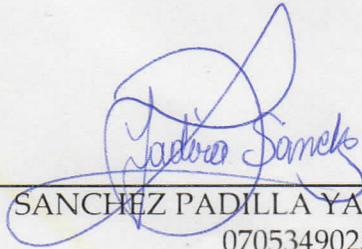
MACHALA
04 de julio de 2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA PERSPECTIVA INTEGRAL, 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.



TAMBO ESPINOZA GABRIELA MERCEDES
0704484492
TUTOR - ESPECIALISTA 1



SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
0705349025
ESPECIALISTA 2



PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER
0702794868
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: Lunes 16 de julio de 2018 - 10:34

Urkund Analysis Result

Analysed Document: INTRODUCCIÓN-CONCLUSIONES.docx (D40301199)
Submitted: 6/21/2018 7:53:00 PM
Submitted By: ffranco_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, FRANCO ENCALADA FRESIA ESTEFANÍA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA PERSPECTIVA INTEGRAL, 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, 04 de julio de 2018



FRANCO ENCALADA FRESIA ESTEFANÍA
0703762724

RESUMEN

La Enfermedad del Alzheimer afecta áreas cognitivas, sociales y laborales del individuo, tanto en quien la padece, como en los cuidadores; este trabajo se fundamenta en la contextualización y generalidades del Alzheimer: sus causas, consecuencias y diferencias de la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano y de inicio tardío, además aborda la propuesta de un plan terapéutico para la enfermedad del Alzheimer; determinando las áreas en las que se deba intervenir mediante un modelo no experimental por el tipo de investigación descriptivo de un caso ficticio, el caso "Alice", en el que se observa el inicio y progreso de los síntomas relevantes, se evalúa las funciones psíquicas bajo los aspectos del ACALOMIPSAM, que se afectan en el Trastorno Neurocognitivo Mayor debido a la Enfermedad de Alzheimer, y el tratamiento que efectuado, está basado en la utilización de técnicas cognitivas como: la eurythmia e historias de vida que incluyen a la psicoeducación; tomando estas técnicas desde la terapia cognitiva ya que se ha demostrado eficacia al tratar casos en los que se afectan al aprendizaje del individuo, además, hay que considerar a la persona y la enfermedad desde la perspectiva integral, por lo que se considera necesario, las derivaciones a otras especialidades como son neurología, psiquiatría y nutrición e integrar en el proceso terapéutico a los familiares y cuidadores, de esta manera, se busca prolongar la conservación de las funciones cognitivas el mayor tiempo posible y mantener la calidad de vida cuando estas se han deteriorado, a través de sus familiares.

Palabras claves: plan terapéutico, enfermedad, Alzheimer, terapia, cognitiva.

ABSTRACT

Alzheimer's disease affects the cognitive, social and work areas of the individual, both in the population and in the caregivers; this work is based on the contextualization and generalities of Alzheimer's: its causes, consequences and differences of Alzheimer's disease of early onset and late onset, also addresses the proposal of a therapeutic plan for Alzheimer's disease; Determining the areas in which a non-experimental model is debated by the type of descriptive investigation of a fictitious case, the "Alicia" case, in which the beginning and progress of the relevant tests are observed, the psychic functions are evaluated under the aspects of ACALOMIPSAM, which are affected in the Major Neurocognitive Disorder due to Alzheimer's Disease, and the treatment that is carried out, is based on the use of cognitive techniques such as: eurythmy and life stories that include psychoeducation ; These techniques can be used in cases where they affect the learning of the individual, in addition, we must consider the person and the disease from the integral perspective, so it is considered

necessary, referrals to other specialties such as neurology, psychiatry and nutrition and integration in the therapeutic process to family members and caregivers, in this way, it seeks to prolong the conservation of cognitive functions as long as possible and maintain the quality of life when these have deteriorated, through their families.

Keywords: therapeutic plan, disease, Alzheimer's, therapy, cognitive.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	4
PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA PERSPECTIVA INTEGRAL	5
Alzheimer	5
Causas	5
Factores predisponentes	6
ACALOMIPSAM	6
Caso Alice	7
Sintomatología	8
Valoración multiaxial	9
Criterios del DSM V y el Caso “Alice”	9
Plan de acción	10
Descripción del plan terapéutico	12
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	18
Anexo A	18
Anexo B	20

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad del Alzheimer es comúnmente conocida por la repercusión que tiene en los adultos mayores, por ello se estima que en el futuro la misma afectará a gran parte de la población para el 2050; debido a los avances científicos que han ocurrido, permiten la detección previa a una demencia (Alonso, Brito y Castro 2018; Taragano et al., 2015).

La enfermedad, conocida como Alzheimer llega a afectar áreas del individuo, tanto en quien la padece, así como, en sus cuidadores (amigos, familiares o terceros); por ello se han implementado destrezas que permitan al sujeto convivir con la enfermedad, cabe recalcar que, no existe aún la cura.

En el trabajo se realiza una investigación bibliográfica descriptiva, se fundamenta la contextualización del Alzheimer, por medio de artículos científicos; que respaldan la información obtenida, así como las causas y consecuencias de la enfermedad e incluso se realiza la diferencia entre Alzheimer de inicio temprano vs Alzheimer de inicio tardío, y los aspectos relevantes de las funciones psíquicas del ACALOMIPSAM; además se relaciona, con un caso ficticio basado en la película “Por siempre Alice” que presenta a una mujer que sufre de Alzheimer de inicio temprano, determinando la necesidad de una intervención terapéutica integral.

El objetivo de este ensayo, es diseñar la estructura del plan de intervención integral, que establece la importancia de un desarrollo eficaz con los parámetros óptimos y secuenciales del proceso, enfocados en la valoración de las funciones psíquicas, determinando las áreas en las que se deba intervenir y el trabajo interdisciplinario, con la finalidad de que facilite la intervención en pacientes con Alzheimer y beneficie próximos trabajos de investigación.

PLAN DE INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DESDE LA PERSPECTIVA INTEGRAL

Alzheimer

El primero en reconocer la enfermedad y poner el nombre de Alzheimer, que de ahora en adelante se escribirá EA, es Alois Alzheimer en 1906 y hasta la fecha es uno de los trastornos de memoria con sintomatología de deterioro a las funciones cognitivas, ya que todas estas enfermedades relacionadas con la demencia son un problema que va en aumento a través del transcurso del tiempo, relevante en las mujeres; por ende, es fundamental tomar en cuenta todos los casos que impliquen una declinación en las funciones relacionadas a la memoria, atención, lenguaje, conducta u otras habilidades básicas (Carvajal, 2016; Vernia y Martí, 2017; Viriam, Rojas, y Mora, 2016).

En el informe del Alzheimer según Cuadrado, Rosal, Moriana, y Antolí (2016) existe un aproximado de 47 millones de personas que presentan alguna de las clasificaciones de la demencia globalmente por lo cual se plantea como un reto que se centra en aspectos del enfermo y en el contexto que se encuentra.

Causas

La evolución de la EA genera incapacidades en el ámbito personal, social, laboral con pérdidas de memoria graduales e intensas en la memoria explícita; encargada de la recolección de experiencias manifestadas en actividades del diario vivir; por ello, los cambios en las neuronas son responsables de la afectación directa a la cognición y conducta, la enfermedad afecta no solo al enfermo sino al entorno familiar y social del individuo (Cuadrado et al., 2016 ; Locanto, 2015).

La EA se divide en inicio temprano y tardío, la EA de inicio tardío es la más común en los adultos mayores y se debe a la apolipoproteína E (APOE), existen factores que aumentan el

riesgo de contraer la enfermedad los cuales son conocidos como los factores predisponentes, los cuales están asociados a padecer la enfermedad por antecedentes familiares de: diabetes, obesidad, adicciones al cigarrillo, problemas cardiovasculares como la hipertensión u otras variables que afectan al péptido como: el cobre, hierro o el zinc (Carvajal, 2016).

Factores predisponentes

Los autores coinciden en que la proteína acumula beta-almiloide en el cerebro, proveniente de una proteína precursora indispensable para el: crecimiento, supervivencia, reparación ante un postdaño; la formación del péptido procesa enzimas en el gen de presenilina (PSEN 1) que aumenta la velocidad del péptido depositado en placas seniles; para una minoría es producido por los genes (PSEN 1, PSEN 2, proteínas precursoras) localizadas en el cromosoma 21 que aparece en las personas de 40 años; transmitidos de padres a hijos en pacientes que desarrollan la enfermedad a edades precoces haciendo que la teoría sea evidente (Acosta, 2013; Carvajal, 2016).

El beta-almiloide según Acosta (2013) constituye de 39 a 43 aminoácidos y el desequilibrio causa que los péptidos se acumulen, desencadenando un daño celular. La EA, es consecuencia del depósito de sustancias insolubles intra-extra celulares formadas por placas seniles; en el péptido que es el factor de un torrente de modificaciones en la evolución y neurotransmisión de las neuronas (Alonso et al., 2018; Locanto, 2015).

ACALOMIPSAM

Una de las áreas que resulta afectada en la EA es la apariencia ya que actividades diarias resultan afectadas (comer, vestirse, escribir, caminar, bañarse), la actitud puede llegar a un punto donde se torna agresiva hacia terceros, por ello existen las manifestaciones de resistencia ante los cuidadores (Ostergag, 2014; Viriam et al., 2016).

La conciencia es otra de las áreas que resulta afectada, el individuo pierde las experiencias anteriormente vividas y la moral o los principios son olvidados (Rodrigues, Vicente, y Gruart,

2013). La atención, lenguaje y la percepción también resultan afectadas ya que la enfermedad va en aumento e inicia por la corteza transentorhinal; la cual está encargada del aprendizaje y memoria, hasta llegar a la corteza de asociación (Acosta, 2013; Ostergag, 2014).

La orientación tiempo-espacio sufre alteraciones por los limitantes de la memoria; encargada de almacenar recuerdos y el conocimiento; es decir, que la inteligencia en conjunto con el pensamiento se vuelven lentos; cuando la enfermedad avanza confunden la realidad debido a una alteración en la sensopercepción, en cuanto al área afectiva, esta muestra síntomas depresivos; por la culpa, impotencia o resignación, e insatisfacción con la vida ante problemas relacionados a la salud como los de motricidad; causantes de afectaciones en el autocuidado de los adultos mayores (Arroyo, Chamorro, Díaz, y Gil, 2013; Contreras, Valenzuela, 2016; Reyes, 2013; Rodrigues et al., 2013).

Caso Alice

En este trabajo se realiza el estudio de la sintomatología presentada por una mujer de 50 años de aspecto descuidado, llamada Alice, que pierde su trabajo de docente en la materia de lingüística de la Universidad de California, vive con su esposo Jhon y tiene una persona que la cuida llamada Selena (quien está en casa cuando ningún familiar puede quedarse con Alice) ya que Alice no puede quedarse sola (Glatzer y West, 2014).

Alice es madre de 3 hijos mayores de edad; Ana, Tom y Lidia. El Alzheimer de inicio temprano es hereditario, 2 de sus hijos se realizan el estudio resultando que Lidia tiene probabilidades de desarrollar la enfermedad; Ana, se rehúsa a realizarse los exámenes. Tom y Ana mantienen buena comunicación con sus progenitores; Lidia mantiene buena relación con su padre, pero la relación con su madre es conflictiva debido a la decisión de Lidia de dejar de estudiar para dedicarse al teatro.

Los 3 hermanos mantenían buenas relaciones, pero luego de conocer sobre la enfermedad de Alice la relación entre Ana y Lidia se ha tornado conflictiva porque Ana en ocasiones hace como si su madre no estuviera en el mismo espacio donde ella se encuentra. En cuanto a la familia de origen de Alice, su madre y su hermana fallecieron en un accidente de tránsito,

cuando Alice tenía 18 años; su padre muere años después por insuficiencia renal producida por la cirrosis; la comunicación entre padre e hija era escasa debido a que no existía buena relación entre ellos.

Sintomatología

Alice comenzó a presentar pequeños olvidos, la primera vez cuando fue disertante en la universidad donde trabajaba, asume que era por factores pasajeros, jugaba con Ana el scrabble, pero a medida que avanzaba la enfermedad eran más fáciles las palabras que utilizaba hasta que poco a poco dejó el juego, Alice menciona al esposo que se perdió por un momento de camino a casa; en la visita con el neurólogo, en una prueba de memoria, olvida la dirección que tenía que recordar.

Alice, cuando estaba preparando la cena de navidad, olvida el nombre de una cesta a la que llama “la cosa de los quesos”, olvida los ingredientes de la receta del budín, olvida que había hablado con Yenny, la enamorada del hijo que esa noche la presentó, y que ya se habían saludado; en otro momento menciona al esposo que “siente que su cerebro se está muriendo”, pregunta varias veces por algo que ya se lo habían dicho momentos atrás en cosas del trabajo o de su familia, se evidencia de que existe un avance de la enfermedad, se pierde dentro de la casa, no logra concentrarse en la lectura por ello utiliza un resaltador o como ella menciona “la cosa amarilla”, en ocasiones olvida donde deja el teléfono (Glatzer y West, 2014).

Alice muestra una actitud pasiva, mirada perdida, su lenguaje es incoherente al momento de comunicarse también presenta falta de atención, mantiene los olvidos que son cada vez mayores por lo que no es recomendable que esté sola ya que su capacidad de orientación está alterada, por ello no puede permanecer sin alguien que la esté cuidando, ni puede realizar actividades de uso cotidiano realizarlas sin ayuda del cuidador como el comer, vestirse, su deterioro ha avanzado progresivamente, incluso ha olvidado a sus hijos.

Valoración multiaxial

Eje I: Trastornos Clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención.

Código diagnóstico y Nombre DSM-V

331.0	Enfermedad de Alzheimer (CÓDIGO CIE 10-G30.9)
294.10	Probable Trastorno Neurocognitivo mayor debido a una enfermedad de Alzheimer con alteración del comportamiento (apatía) grave (CÓDIGO CIE 10-F02.80)

Eje II: Trastornos de la Personalidad Retraso Mental

No refiere.

Eje III: Enfermedades Médicas

Nombre CIE-10	Código
Enfermedad de Alzheimer de establecimiento precoz (habitualmente antes de los 65 años de edad)	(G30.0)

Eje IV: Problemas Psicosociales y Ambientales

Verificar:

- **Problemas laborales** Especificar: desempleo y pérdida de la función laboral.

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global

Puntuación de EEAG= 11.

Criterios del DSM V y el Caso “Alice”

En el caso de Alice, cumple con los criterios para el Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), se evidencia el declive en dominios cognitivos: atención, función ejecutiva de las actividades diarias es por esto que necesita asistencia, el aprendizaje, memoria, habilidad motriz o por la preocupación hacia sí mismo o terceros; debido al deterioro cognitivo documentado

previamente por una prueba neuropsicológica que lo respalde, sin que las deficiencias cognitivas estén relacionadas por un síndrome confusional u otro trastorno (depresivo mayor, esquizofrenia) para considerar así al Trastorno Neurocognitivo Mayor debido a la EA (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El TNM debido a la EA para APA (2014) está basado en el cumplimiento de los criterios del TNM que es progresivo, cuando se manifiesta en, por lo menos dos dominios cognitivos de los criterios de la EA probable ya que la causa es por factores genéticos existentes por un declive en la memoria y aprendizaje, u otro dominio cognitivo (respaldado previamente en pruebas); sin que exista otra enfermedad neurodegenerativa o afección (ver anexo A, figura 2).

Plan de acción

El plan de acción propuesto se basa en la teoría de Imogine King sobre la consecución de objetivos se sustenta en la interacción integral que logra metas objetivas entre el paciente – el enfermero o enfermera, las cuales intervienen en el proceso manejado desde el hogar, pues considera sistemas (personal, interpersonal y social), del Yo desarrollado por la interacción entre el individuo y los demás; por esta razón toman en cuenta todos los aspectos del medio como las situaciones de estrés que se encuentran en el sistema para la toma de decisiones (Beltrán y Peñuela 2013; Viriam, Rojas, y Mora, 2016).

La perspectiva integral señala a la salud como un período con cambios determinados por una sociedad; con componentes para el: bienestar, funcionamiento y adaptación del ser humano, por ello en casos de Alzheimer se propone terapias antienvjecimiento relacionadas al estilo de vida como: el ejercicio físico para frenar el avance de la EA (Alonso et al., 2018; Contreras, 2016).

El factor de riesgo predisponente al desarrollo de la EA según Arizaga et al. (2018) es el de riesgo vascular, por ello el cambio de hábitos saludables inmediatos y de largo plazo mediante una dieta que aporte los nutrientes en cantidades que satisfacen a las personas conocida como

restricción calórica (RC) en la cual se obtiene mejoría en enfermedades relacionadas al envejecimiento, por medio de la ayuda de un nutricionista.

Las estrategias para Vernia y Martí (2017) en la terapia cognitiva son las historias de vida que son instrumentos para mejorar la capacidad de recordar el diálogo e interpretación de cada persona en un contexto determinado con el objetivo de la construcción socio histórica, estableciendo la relación entre el investigador, el sujeto de investigación, y los miembros familiares; otra de las estrategias es la Euritmia que a través de un cuestionario mide la depresión y la ansiedad en sesiones de musicoterapia; donde se adquiere conciencia del cuerpo aprendiendo a improvisar corporal y musicalmente mejorando la función cognitiva y la disminución en comparación con los miembros de la familia.

La propuesta como alternativa al entrenamiento cerebral concluye en un mejoramiento cognitivo ya que se demostró que fueron efectivas al mejorar las habilidades o funciones cognitivas; en la estimulación cognitiva que potencia: la velocidad de procesamiento auditivo-visual, memoria de trabajo a largo plazo, razonamiento, atención; dirigida así a estructuras cerebrales específicas (Mogollón, 2014).

Los estudios sobre los efectos de la música en las funciones cognitivas, mencionan que ocurre un proceso desde la producción hasta la finalización en la creación de una partitura, esta demuestra diferencias entre los músicos y sujetos que no eran músicos, donde se obtiene resultados sobre la relación de aumento en el cuerpo caloso en músicos y que la velocidad de transferencia que ocurre entre sus hemisferios es mayor; comparada con sujetos que no eran músicos (Custodio y Cano, 2017).

La estimulación cognitiva para Mogollón (2014) logra un alcance integral de aspectos: sociales, físicos y educativos interrelacionados para desarrollar la salud mental y física mediante actividades como caminatas de 10 Kms semanales que propone Erickson, donde menciona que la actividad protege las estructuras del cerebro en pacientes con EA.

Las propuestas que menciona el autor es la educación como potenciador cognitivo, otra es la socialización que resalta la importancia social, la salud y el paciente debido a investigaciones realizadas por neurocientíficos que concluyen en la importancia de los tipos de entrenamiento cerebral medidos a corto plazo (basados exclusivamente en áreas específicas y no en la

totalidad del cerebro sin la posibilidad de erradicar la enfermedad) para llegar a un consenso sobre las investigaciones de la enfermedad, la prevención de riesgos donde se obtiene mejoras por medio de la intervención cognitiva con un equipo interdisciplinar, cuando el sujeto pierda la capacidad de autocuidado (Mogollón, 2014).

Descripción del plan terapéutico

El plan terapéutico se realiza en un tiempo aproximado de cinco meses cada quince días, considerando el caso, el tiempo de duración de la sesión es de 45 minutos. El tiempo a trabajarse puede ser modificado; por ello la propuesta son 10 sesiones, con la terapia cognitiva que implica el trabajo con las historias de vida y la euritmia (Ver anexo B).

El plan terapéutico inicia con la entrevista en la que se obtiene información relevante al caso o lo que considere el paciente para mencionar de los ámbitos de su vida: personal, familiar, social; en la cual se obtendrá información que, de acuerdo al criterio del psicólogo, si el paciente cumple o no con los criterios diagnósticos del TNM debido a la EA u otra hipótesis que puedan aparecer; luego de confirmado el diagnóstico, se explicará la necesidad de realizar tareas extrasesión; la realización del ejercicio físico; en especial la caminata semanal, además de la lectura; también se realizará la explicación de la necesidad e importancia de participación de todos los miembros familiares y continuar el tratamiento interdisciplinario con los especialistas como el neurólogo, nutriólogo y en caso de ser necesario, con el psiquiatra.

Iniciado el tratamiento psicoterapéutico, en la siguiente sesión se realiza la entrevista mediante un diálogo dirigido para comprobar si han ocurrido resultados satisfactorios del proceso o si se han realizado las tareas extrasesión y qué mejoras son notorias, luego se prosigue con la explicación de la terapia cognitiva: euritmia, en qué consiste; para luego continuar con ejercicios de relajación, los de vocalización para después realizar los que involucran las manos y los pies; en cuanto a las tareas extrasesión continua con lo explicado en la primera sesión referente a la participación de todos los miembros, los ejercicios, y las derivaciones.

La sesión tres, inicia con una entrevista, se realiza el control de la tarea extraclase, luego a través de la psicoeducación dentro de la técnica cognitiva: historias de vida, información obtenida en la primera sesión, en esta sesión se trabaja con todos los integrantes de la familia y el paciente, el objetivo es que esta técnica permita frenar el avance de la enfermedad; para la tarea extrasesión se continúa con lo requerido en la segunda sesión. La cuarta sesión también se realiza la entrevista, luego se trabaja la terapia explicada en la segunda sesión, con recomendaciones sobre la terapia, se trabaja los ejercicios de relajación y vocalización con una intensidad moderada de la música.

La quinta sesión se trabaja con la entrevista, para pasar a la terapia cognitiva sobre las historias de vida enfocadas en experiencias que involucran ámbitos sobre la pareja y los hijos con todos los miembros familiares; como tarea extrasesión se continúa con lo requerido en las primeras sesiones y el reforzamiento en casa. La sexta sesión comienza con la entrevista, para continuar después con la terapia cognitiva: euritmia; al trabajar con lo explicado anteriormente en otras sesiones; como tarea extrasesión se continúa con lo requerido en la quinta sesión.

La sesión séptima comienza con una entrevista con todos los miembros enfocados en las mejoras obtenidas a través del proceso para luego continuar con la terapia cognitiva: historias de vida enfocadas en ámbitos laborales a través del intercambio de experiencias con todos los miembros; en cuanto a las tareas extrasesión se continúa con lo requerido en la sesión 5.

La octava sesión se realiza la entrevista y trabaja con los ejercicios de vocalización, calentamiento de manos, pies; y lectura de las canciones o la colaboración de todos los miembros por los movimientos para la tarea extrasesión continúa con lo requerido en la quinta sesión.

La novena sesión, inicia al igual que todas las sesiones con la entrevista y seguido a ello la terapia cognitiva: historias de vida; enfocadas en la familia donde se trae las experiencias relatadas a los miembros familiares y con ayuda del paciente intercambian los recuerdos de padres y hermanos, la tarea extrasesión realiza lo requerido en la quinta sesión. La décima sesión, continúa a través de un seguimiento para corroborar el avance de la enfermedad o si ha existido una mejora en ciertas áreas.

CONCLUSIONES

La Enfermedad del Alzheimer se fundamenta en los criterios relevantes de un aproximado de 47 millones de personas, por causas que generan incapacidad en los ámbitos personales, sociales y laborales tanto del Alzheimer de inicio temprano como el del tardío por factores predisponentes como la acumulación de beta- amiloide que afecta al ACALOMIPSAM en casos diagnosticados.

El Trastorno Neurocognitivo Mayor debido a la Enfermedad de Alzheimer, en Alice, cumple con los criterios que evidencian un declive en los dominios cognitivos, relaciones sociales y familiares, por ello se propone una perspectiva integral como estrategia del plan terapéutico con la finalidad de producir una estimulación cognitiva ya que se demostró que fueron efectivas al mejorar las habilidades o funciones cognitivas donde se explica e implementa el programa, utilizando como técnica cognitiva la música y las historia de vida, para que se logre mantener los recuerdos de las experiencias vividas anteriormente.

Las estrategias implementadas en el trabajo según estudios; obtienen resultados acompañados de la intervención con los familiares ya que está demostrado por los autores que se obtienen mejoras al vincular al entorno con el paciente a través de la sensibilización y participación de ellos en el proceso terapéutico; además de las derivaciones complementarias con otras especialidades, como Neurología, Psiquiatría (si fuera necesario) y Nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, G. B. (2013). Mysteries and Realities of Alzheimer's Disease. *Cocinet*, 155(1-2), 70-80. Retrieved from http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/8374/misterios_y_realidades.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Alonso Abreu, G. S., Brito Armas, J. M., y Castro Fuentes, R. (2018). Terapias antienvjecimiento aplicadas a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 53(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.007>
- Arizaga, R., Barreto, D., Bavec, C., Berríos, W., Cristalli, D., Colli, L., ... Argentina, G. de T. de N. del C. y N. C. de la S. N. (2018). Dieta y prevención en enfermedad de Alzheimer. *Neurológica Argentina*, 10(1), 44-60. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.11.002>
- Arroyo Anlló, E. M., Chamorro Sánchez, J., Díaz Marta, J. P., y Gil, R. (2013). Memoria procedimental en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 51(4), 403-413. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=90457713&lang=es&site=ehost-live&scope=site%5Cnhttp://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDPUBLICACION=4540>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. (Asociación Americana de Psiquiatría, Ed.). Estados Unidos: APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Beltrán, L. F. A., y Peñuela, P. G. (2013). Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Spanish). *Redalyc*, 15(2), 31-47. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803003.pdf>
- Carvajal, C. C. (2016). Biología Molecular de la Enfermedad de Alzheimer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(2), 104-122. Retrieved from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200104

- Contreras, Valenzuela Marcel, L. (2016). La Salud Desde Una Perspectiva Integral. *Revista Universitaria de La Educación Física Y El Deporte*, 9(9), 50–59. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6070681.pdf>
- Cuadrado, F., Rosal, M., Moriana, J.-A., y Antolí, A. (2016). La representación de la enfermedad de Alzheimer en los álbumes ilustrados Alzheimer's. *Ocnos*, 15(2), 7–20. <https://doi.org/10.18239/ocnos>
- Custodio, N., I., y Cano-Campos, M. (2017). Efectos de la música sobre las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 61. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3060>
- De los Reyes Aragón, C. J. (2013). Día Mundial de la Lucha Contra el Alzheimer. *Psicología Desde El Caribe*, 30(2), vii–ix. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328601001>
- Glatzer, R., y West, W. (2014). *Still Alice Siempre Alice* (España e Hispanoamérica). Estados Unidos: Brown, James Koffler, Pamela Lutzus, Lex. Retrieved from <http://pelisplus.co/pelicula/siempre-alice/>
- Locanto, O. L. (2015). Pharmacological therapy of Alzheimer's disease and other dementias. *Arch Med Interna*, 37(1), 61–67. Retrieved from <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Mogollón-González, E. de J. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare*, 18(2), 1–17. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-2.1>
- Ostergag Antezana, F. N. (2014). Soporte social en el cuidador primario de una persona con Alzheimer. *Ajayu*, 12(1), 79–99. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rodrigues, C., Florencio, V. C., y Gruart, M. (2013). Relación entre cognición y personalidad en enfermos con alzheimer. *Revista de Psicología*, 1(2), 187–196. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852060017%0ACómo>
- Taragano, F. E., Castro, D. M., Serrano, C. M., Heisecke, S. L., Lequizamón, P. P., Loñ, L., y Dillon, C. (2015). Una encuesta sobre Biomarcadores y diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer. *Scielo*, 75, 282–288. Retrieved from <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/26502462.pdf>

Vernia, A. M., y Martí, M. (2017). Música y palabra contra el alzheimer [en] Music and word against Alzheimer. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 29(3), 159–173. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513554414010%0ACómo>

Viriam Leiva Díaz, Rojas, M. E. H., y Mora, E. A. (2016). Experiences of families living with a member diagnosed with Alzheimer 1. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1–22. Retrieved from <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n30/1409-4568-enfermeria-30-00086.pdf>

ANEXOS

Anexo A

CRITERIOS DEL DSM V

Figura 1. Trastorno Neurocognitivo mayor

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	
X	A. Declive en el rendimiento de uno o más dominios de: <u>atención</u> , <u>función ejecutiva de las actividades</u> , <u>el aprendizaje</u> , <u>la memoria</u> , <u>el lenguaje</u> , <u>habilidad motora o cognición social</u> basada en:
X	1. Preocupación en sí mismo, en quién lo conoce o el clínico, por el declive de una función cognitiva y
X	2. Deterioro cognitivo, documentado por un test neuropsicológico u otra evaluación cuantitativa.
X	B. Las deficiencias de la cognición interfieren con la autonomía del ser en actividades cotidianas (necesita asistencia en actividades diarias).
X	C. Las deficiencias de la cognición no son exclusivos de un síndrome confusional.
X	D. Las deficiencias de la cognición no se explican por otro trastorno (depresivo mayor, esquizofrenia).
X	Debido a: Enfermedad de Alzheimer

Fuente: DSM V.

Figura 2. Trastorno Neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
X	A. Cumplimiento de los criterios de un TNM (trastorno neurocognitivo mayor) .
X	B. Inicio progresivo del trastorno (en el TNM por lo menos dos).
X	C. Cumplimiento de los criterios de la EA probable (si aparece lo siguiente); caso contrario, será diagnosticado como posible. 1. Evidencias que la genética es causante de la EA.
X	2. Aparecen: a. Un declive en la memoria y aprendizaje, u otro dominio cognitivo (basada en la anamnesis o en pruebas).
X	b. Declive gradual de la capacidad cognitiva.
X	c. Sin evidencias de una etiología (ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cualquier afección de declive cognitivo).

Fuente: DSM V.

Anexo B

PLAN TERAPÉUTICO

Cuadro 1. Plan terapéutico de un tiempo aproximado de 5 meses, cada 15 días (el tiempo será modificado dependiendo el avance o retroceso de la paciente)

PLAN TERAPÉUTICO DE UN TIEMPO APROXIMADO DE 5 MESES, CADA 15 DÍAS (EL TIEMPO SERÁ MODIFICADO DEPENDIENDO EL AVANCE O RETROCESO DE LA PACIENTE)				
NÚMERO DE SESIÓN	TERAPIA Y TÉCNICA	TIEMPO	OBJETIVO Y BREVE EXPLICACIÓN	TAREAS EXTRA-SESIÓN
1	Entrevista.	45 min.	Corroborar la severidad de los síntomas y si cumplen con los criterios diagnósticos.	Participación de los miembros familiares. Realizar ejercicios físicos (caminata de 10 kms semanales). Lectura diaria. Derivación a Neurología (en caso de ser necesario a Psiquiatría y Nutrición).
2	Entrevista Psicoeducación Terapia cognitiva: Euritmia	10 min 10 min 25 min	Explicar a todos los integrantes sobre la terapia y en qué consiste. El programa según Vernia y Martí (2017) inicia con relajación y 15 minutos en ejercicios de vocalización para continuar con el calentamiento del cuerpo desde manos hasta pies.	Continuar con lo requerido en la sesión 1. Control en la calidad de alimentos que consume el paciente.
3	Entrevista Psicoeducación	5 min 15 min	Explicar a todos los integrantes sobre la terapia y en qué consiste.	Continuar con lo requerido en la

	Terapia cognitiva: Historias de Vida	25 min	Recordar la localización tiempo espacio determinado; ya que las historias son producto de la memoria personal, colectiva y social configurando así la identidad personal para frenar el avance de una fase aguda de la enfermedad (Vernia y Martí, 2017).	sesión 1 y 2.
4	Entrevista Terapia cognitiva: Euritmia	10 min 35 min	Implementar la estrategia a trabajar. Aprender los ejercicios utilizados para la relajación y los de vocalización con una música de intensidad moderada.	Continuar con lo requerido en la sesión 3. Reforzar el conocimiento anteriormente adquirido en consultorio. Control en la calidad de alimentos que consume el paciente.
5	Entrevista Terapia cognitiva: Historias de Vida. Ámbitos: 1.Pareja, 2. Hijos	5 min 40 min	Recordar la localización tiempo espacio determinado y enfocado en la pareja y los hijos. Recordar experiencias vividas con la pareja. Recordar experiencias vividas con los hijos. Intercambiar experiencias con todos los miembros familiares.	Continuar con lo requerido en la sesión 4. Reforzar las terapias en casa.
6	Entrevista Terapia cognitiva:	10 min 35 min	Implementar la estrategia a trabajar. Realizar los ejercicios para la relajación y los de vocalización,	Continuar con lo requerido en la sesión 5.

	Euritmia		pasando al calentamiento desde manos hasta los pies con la participación de cada uno de los miembros.	
7	Entrevista Terapia cognitiva: Historias de Vida. Ámbitos: 3. Trabajo	5 min 40 min	Recordar la localización tiempo espacio determinado; enfocado en el trabajo. Recordar experiencias vividas en el ámbito laboral. Intercambiar experiencias con todos los miembros familiares con respecto al trabajo.	Continuar con lo requerido en la sesión 5.
8	Entrevista Terapia cognitiva: Euritmia	10 min 35 min	Implementar la estrategia a trabajar. Realizar los ejercicios para la relajación, vocalización, pasando al calentamiento desde manos hasta los pies con la participación de cada uno de los miembros sobre la actividad que se encuentren realizando como la recuperación de las letras de la canción o los movimientos.	Continuar con lo requerido en la sesión 5.
9	Entrevista Terapia cognitiva: Historias de Vida. Ámbitos: 4. Familia de origen	5 min 40 min	Recordar la localización tiempo espacio determinado; enfocado en la familia de origen: padres y hermanos. Recordar experiencias vividas en el pasado con padres y hermanos. Intercambiar experiencias con todos los miembros familiares con respecto a la familia de origen de la paciente.	Continuar con lo requerido en la sesión 5.
10	Entrevista Seguimiento	20 min 25 min	Corroborar el avance de la enfermedad.	Continuar con lo requerido en la sesión 5.

Elaborado por: El Autor 2018