

**“PROGRAMA PALIATIVO DE
ENTRENAMIENTO Y
PSICOESTIMULACIÓN DE
FUNCIONES COGNITIVAS, EN
PACIENTES QUE PADECEN
ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER CON
ALTERACIONES LEVES”**

Trabajo Final de Graduación

Lic. en Psicología

**“PROGRAMA PALIATIVO DE ENTRENAMIENTO
Y PSICOESTIMULACIÓN DE FUNCIONES
COGNITIVAS, EN PACIENTES QUE PADECEN
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON
ALTERACIONES LEVES”**

TRIBUNAL:

MEDRANO Leonardo

PERENO Germán

ALUMNA: María Eugenia Torras

Abril, 2011

*Sean cuales fueren los retos a los que te
enfrentes en la vida, acuérdate siempre
de mirar a la cima de la montaña,
porque así contemplaras la grandeza.
Recuérdalo y no permitas que ningún
problema, por grande que pueda
parecer, te desanime, ni dejes que
nada inferior te distraiga de la cima
de la montaña. Esa es la única idea
que quiero dejarte.*

Alfonzo Ortiz, n. 1939

Agradecimientos

Son muchas las personas especiales que me gustaría agradecer su apoyo en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras, en mi recuerdo y en el corazón. Perdí a mucha gente que quise y que amo aun, pero gane el ejemplo de sus vidas.

Gringo, me dejaste muchas cosas y ocupas un lugar muy importante en mi corazón, es por eso que hoy, quiero dedicarte principalmente este logro, sos un ejemplo de vida!! Te amo con mi alma

Mamina, GRACIAS por tu ternura, por escucharme, por enseñarme a luchar y a disfrutar de la vida universitaria, por confiar y sentirte orgullosa de mí, por estar en los momentos más difíciles de mi vida. Sobre todo gracias por cuidarme en la manera que lo haces.... Te amo

Gracias Hugo, por tu apoyo, en muchos momentos fuiste el lugar donde cobijarme como si fueras mi padre.

Mami chocha GRACIAS por acompañarme a transitar los caminos de la vida con mucho amor, por apoyarme en mis decisiones y contenerme cuando lo necesite. Por tu aliento en cada paso y a cada momento....POR HACER DE TU CASA, LA MIA, por tus mimos y caricias cuando mas lo necesitaba

Adrian, gracias por tener siempre esa palabra que me hace mirar hacia adelante, porque gracias a vos entendí que siempre es posible luchar por lo que uno ama y que siempre hay tiempo para empezar de nuevo....por no dejarme caer, por tu incondicionalidad y tu optimismo GRACIAS...LLEGUE QUERIDO Y LO HICE A TU LADO!

Gracias hermana MER, por acompañarme hasta en silencio con una comprensión a prueba de todo. Gracias por ser parte de mi vida, te quiero con mi alma!

Gracias hermano Zaca, por ayudarme a terminar mis ultimas materias y por enseñarme que Si uno busca resultados distintos, no debemos hacer siempre lo mismo". Parte de mi logro hoy es tuyo...sin dudarlo.

Gracias Junior, socia querida por estar frente a la consultora en mi ausencia y empujarme a seguir.

Gracias Toy, por tu frescura y esas ganas de vivir. Agradezco a dios te haya puesto en mi camino. Te quiero.

Gracias a mis colegas y casi colegas, amigas, grandes mujeres y compañeras de rutas Argentinas con quienes compartí los mejores años de facultad, gracias por las noches eternas de estudio, los mates lavados, los viajes....Agradezco haberlas conocido y que estén en mi camino.

Gracias Per, por que en uno de los momentos mas difíciles, me hiciste inmensamente feliz con la llegada de Umma. Gracias por transitar juntas esta ultima etapa, y por todas las que vendrán!! Tenés un lugar en mi corazón.

A todos mis profesores que participaron en mi formación académica, especialmente al Lic. Dante Cardone, quien gracias a sus charlas y enseñanzas hizo descubrir en mí esta bella profesión.

A mis amigas importadas!!!!!!Sobre todo Meji querida, te extraño mucho, Gracias por elegirme y dejarme entrar en tu vida, Pronto nos veremos, Y COMO SIEMPRE DIJIMOS...CONTINUARA....

Gracias a mis amigas de siempre, de la adolescencia, que soñamos juntas alguna vez con nuestras profesiones, o sobre que íbamos a ser cuando seamos grandes, y aquí estamos, seguimos juntas y con el afecto intacto de aquella época.

Gracias Helenita por los mimos al alma y por pasar largas noches estudiando conmigo, felicidades PSICOLOGA!! . Martu gracias por la paciencia y perdón por mi efusivo carácter y mi pre-locura!!

Gracias primos, tíos y abijadas. Si me dieran a elegir, los volvería a elegir una y mil veces mas.

Es el momento de cerrar capítulos, una bella etapa. Hoy es un excelente día para comenzar con un nuevo proyecto de vida y construir nuevos desafíos.

Los quiero

Eugenita

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Graduación se realiza en función de la propuesta de un Proyecto De Aplicación Profesional (PAP), al ofrecer un aporte para la intervención dirigida al cuidado de pacientes que padecen alteraciones cognitivas leves en la demencia tipo Alzheimer, con la finalidad de mantener y estimular las capacidades preservadas en el adulto mayor e intentando así, potenciar la independencia y autovalidez de los mismos, mediante el diseño de un programa situado de entrenamiento cognitivo llevado a cabo en la Residencia Geriátrica "La Glorieta", situada en Saldán, Provincia de Córdoba.

Para ello, en la primera parte del proyecto se relevó información pertinente para lograr la aproximación diagnóstica a la Institución y seleccionar el grupo de residentes participantes del mismo. Posteriormente, y en función de los datos recabados en primera instancia, se procedió a diseñar el plan de acción dirigido al grupo seleccionado. Las actividades se construyeron en relación a las funciones cognitivas a estimular.

Por último, para poder determinar qué resultados se obtuvieron a partir del proyecto diseñado y evaluar el impacto del mismo, se realizó una aplicación Test-Re Test para comparar los datos más objetivos.

ABSTRACT

This Final Graduation Paper is made based on the proposal for a Professional Application Project (PAP) by providing an input to the care intervention for patients with mild cognitive impairment in Alzheimer type dementia. The main goal is to maintain and promote the capabilities preserved in the elderly and trying to enhance their independence and self-validity by designing a cognitive training program conducted in the nursing home "La Glorieta".

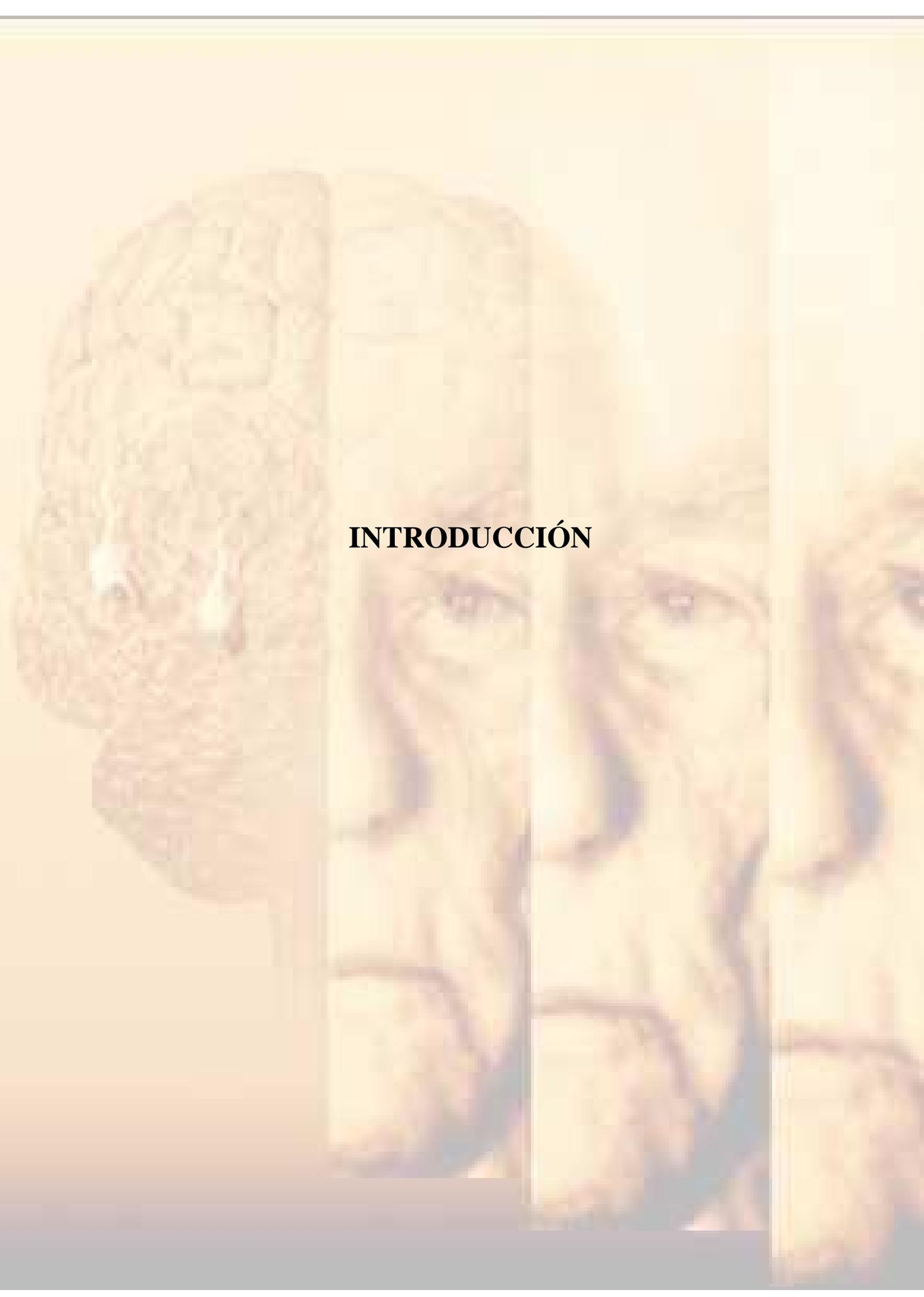
To achieve this purpose, in the first part of the project, relevant information was relieved to get the diagnostic approach to the institution and to the group of residents who were selected as participants. Subsequently, based on data collected in the first instance, we proceeded to design the plan of action for the selected group. The activities are constructed in relation to the cognitive functions which will be stimulated.

Finally, to determine what results were obtained from the project, and to evaluate the impact of it, a Test-Re test application will be carried out in order to compare objective data.



Contenido

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	13
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
MARCO TEORICO DE REFERENCIA	16
CAPITULO I: SENECTUD Y EVOLUCION COGNOSCITIVA	16
CAPITULO III: BATERÍAS DE TEST ESPECÍFICOS PARA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS:	42
METODOLOGÍA.....	45
APROXIMACION DIAGNOSTICA A LA INTITUCION.....	49
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	59
DISEÑO DE PLAN DE ACTIVIDADES	65
ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACIÓN AL PROGRAMA.	66
PLAN DE ACCIÓN:	70
EVALUACIÓN DE IMPACTO.....	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXO I: PLAN DE ACCIÓN.....	92



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, se realiza en función de la propuesta de un proyecto de aplicación profesional (PAP) con el propósito de cumplimentar el requisito de tesis de la carrera Licenciatura en Psicología correspondiente a la Universidad Empresarial Siglo 21.

La elección del tema se fundamenta en el interés personal y profesional de la autora al ofrecer un aporte para la intervención dirigida al cuidado de personas con alteraciones cognitivas leves en la demencia tipo Alzheimer, con la finalidad de mantener y estimular las capacidades preservadas en el adulto mayor e intentando paliar la alteración cognitiva, conductual y funcional de los mismos en la fase inicial o leve de la enfermedad.

Dentro del marco del trabajo final de graduación, tiene por objeto presentar un proyecto posible de ser aplicado, dirigido a adultos mayores. El plan de intervención será diseñado y llevado a la práctica en su primera etapa, en la residencia Geriátrica La Glorieta situado en Saldán, provincia de Córdoba.

Las personas mayores tienen riesgo de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes. De ahí, la importancia de tomar la Psico-estimulación Cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones como la atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial., etc.

El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad. Esto, también supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobretodo en los casos de incapacidad y dependencia.

La vejez va acompañada de una serie de pérdidas, tanto exógenas como endógenas. Esta etapa se caracteriza por diversos deterioros y cambios importantes que se producen en las capacidades psíquicas, físicas, cognitivas, sociales y emocionales de los mayores, lo que en la mayoría de los casos implican un cierto deterioro en la calidad de vida y pérdida de autonomía.



La demencia es la pérdida global de las funciones cognitivas que interfieren en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral. El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrograda junto otros déficits, como alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo; y son justamente estas funciones las que requieren ser evaluadas para poder arribar al diagnóstico de demencia.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que habitualmente comienza con pérdida de memoria, y al que se van asociando alteraciones de otras funciones, con una progresiva afectación de la actividad diaria del sujeto, ya que presenta síntomas tanto en la esfera conductual como psicológica, conduciendo paulatinamente a la persona a una situación de dependencia.

El programa de intervención que se desarrolla, está orientado a los primeros estadios de la patología, destinada a la activación y estimulación de las funciones mnésicas (tanto de la memoria viso-espacial como audio-verbal), además del entrenamiento en las capacidades para sintetizar, evocar, deducir o razonar posibilitando retrasar el progreso del deterioro de las mismas.

Ante esta situación, es importante tener en cuenta que la detección precoz de las manifestaciones clínicas iniciales de la demencia, es necesaria para establecer estrategias terapéuticas sintomáticas y paliativas en beneficio del paciente y su entorno. Tal detección, antes que los enfermos se encuentren en un estadio muy evolucionado, presentaría múltiples ventajas, entre las cuales se encuentra el mantenimiento de habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En ausencia de un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico, multidimensional, que incluya además de la intervención farmacológica, la no farmacológica capaz de mejorar la capacidad de reserva, plasticidad cognitiva o potencial de aprendizaje de los individuos diagnosticados en la enfermedad de Alzheimer.

Por lo tanto, el proyecto de aplicación está pensado para una población de pacientes adultos mayores, cuya clara pérdida de la memoria, comienza a interferir en sus actividades diarias, con fallas en el aprendizaje de nueva información, conductas reiterativas e intrusiones con falsos reconocimientos. Por ello, la estimulación neuropsicológica o terapia cognitiva es el procedimiento



terapéutico que mejora e incrementa la capacidad para procesar y usar información permitiendo un mejor funcionamiento del paciente en su vida diaria.



**FUNDAMENTACIÓN
Y
OBJETIVOS**



JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En el presente apartado del trabajo se efectuara una breve contextualización del tema central que originó el proceso de indagación teórica y el diseño de la propuesta de intervención, una justificación de la importancia y relevancia social que tendría impacto en las practicas profesionales.

Por otra parte se describirá el tipo de problema práctico que se requiere resolver para finalmente presentar los objetivos generales y específicos que se persiguen a lo largo del proceso.

El Programa de Psicoestimulación Cognitiva, centra esencialmente sus acciones en personas con demencia, específicamente en los enfermos de Alzheimer cuyas alteraciones cognitivas son leves. Partiendo del aumento de esta patología y de lo íntimamente ligado al impacto familiar y social de la misma, se busca ahondar en la existencia de terapias alternativas que acompañen y complementen a la medicación, reconociendo la necesidad de recrear programas educativos que se inserten en la vida cotidiana del paciente, proveyendo y suministrando de esta manera, pautas y elementos a los profesionales, cuidadores y entorno que rodea al mismo.

Por lo expresado anteriormente, se advierte la necesidad de introducirnos en el campo profesional del área de la psicología, en la búsqueda, indagación y diseño de herramientas.

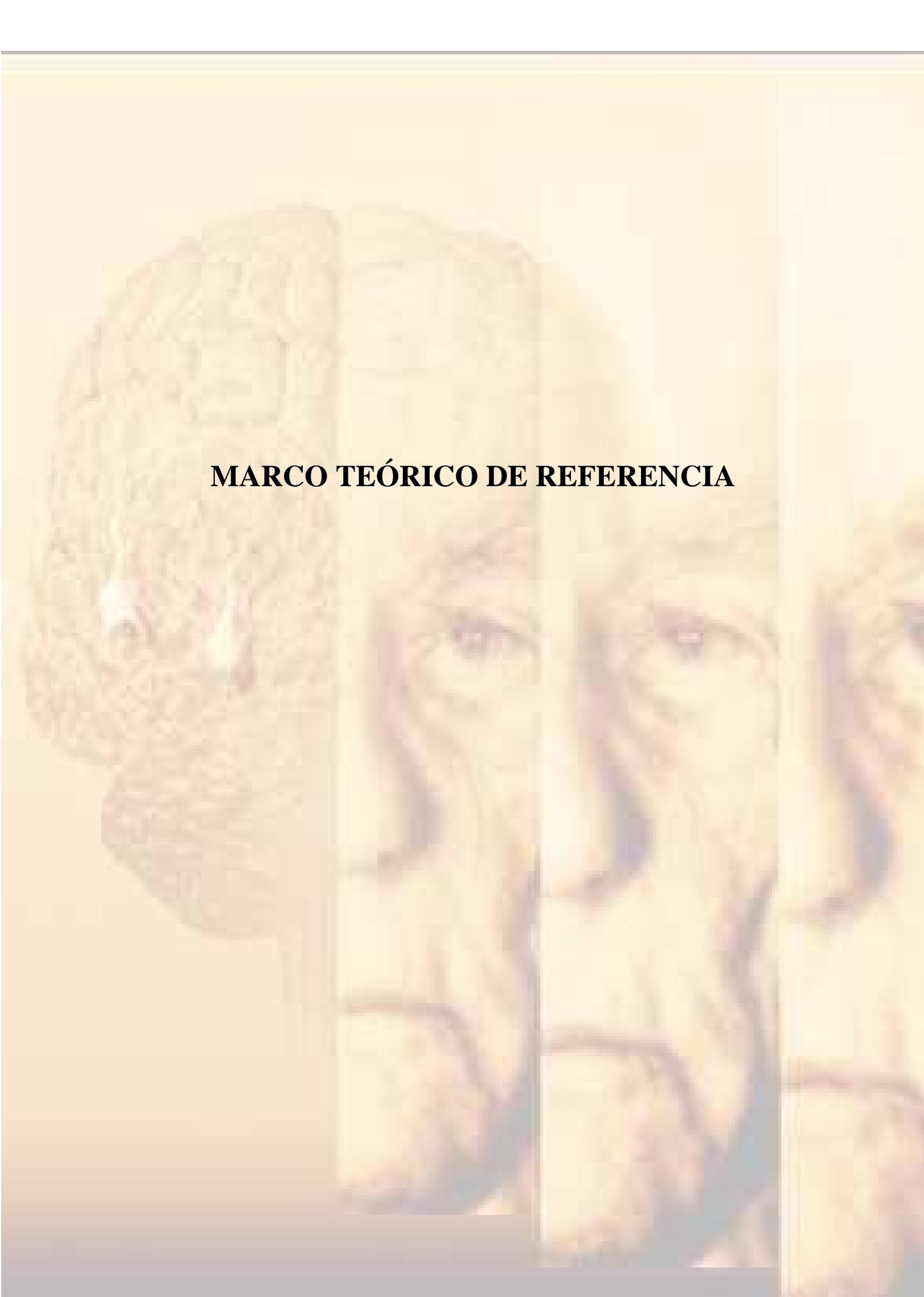


OBJETIVO GENERAL

- ζ Diseñar un Programa paliativo situado, de entrenamiento y psicoestimulación de funciones cognitivas, en pacientes de tercera edad que padecen demencia con alteraciones leves.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ζ Determinar el grupo de residentes, participantes del proyecto, caracterizando las funciones cognitivas comprometidas, afectadas y conservadas.
- ζ Relevar aspectos organizacionales y funcionales de la institución de pertenencia del grupo de residentes, con el fin de contextualizar el diseño.
- ζ Describir el plan de actividades hipotético que incluye el programa de estimulación situado
- ζ Elaborar el plan de evaluación de impacto, hipotético del programa en cuestión.



MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA



MARCO TEORICO DE REFERENCIA

CAPITULO I: SENECTUD Y EVOLUCION COGNOSCITIVA

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con cambios en todos los órganos incluyendo el cerebro. Con el paso del tiempo empieza una serie de modificaciones cognitivas que involucran la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Estos cambios cognoscitivos constituyen uno de los factores centrales de las etapas tardías de la vida. (Ardila y Rosselli, 2007)

El aumento de la duración promedio de la vida representa uno de los aspectos más sobresalientes del mundo contemporáneo. Esto se podría pensar como resultado de una multiplicidad de factores, como los avances medico-farmacológicos, los altos niveles nutricionales, las mejores condiciones de higiene y los progresos en el control de las enfermedades infantiles. La ciencia y la tecnología han modificado las causas de muerte temprana y la duración máxima de la vida.

La perspectiva es, que para el siglo XXI el neuropsicólogo clínico tenga una cifra mayor de pacientes pertenecientes a la tercera edad, lo cual implica conocer mejor los cambios ocurridos con la edad y los instrumentos adecuados para determinar qué es un envejecimiento normal y como diferenciarlo de un envejecimiento patológico (Nussbaum, 1997. Citado por Ardila y cols. 2007) Más aún, dados los cambios demográficos actuales se requieren nuevas clasificaciones de la población senil. Así, por ejemplo, se consideran seniles jóvenes (Young-old) los individuos entre los 55 y los 74 años de edad, seniles viejos (old-old) a quienes están por encima de los 75, y seniles mas viejos (oldest-old) a los mayores de 85 años (Backman, 2000).



La senectud como un proceso diferencial.

La tercera edad -senectud- ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado (Carretero, Palacios y Marchesi, 1998). De este hecho se deriva una serie de consecuencias importantes.

Decir que es un proceso equivale a subrayar que no es algo que ocurre de repente, como podría ser un accidente o una enfermedad que sobreviene súbitamente. Estamos ante un cambio gradual y universal en el que intervendrán un número considerable de variables o factores de todo tipo que lo irán modelando y configurando diversamente.

El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, propia de cada especie, sobre el cual influyen numerosos factores, algunos propios del individuo (genéticos), y otros ambientales, circunstanciales, etc. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un aumento progresivo de la vulnerabilidad y en una disminución de la viabilidad del organismo asociado a una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y a una mayor posibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte (Bagnati, Allegri, Kremer y Taragano, 2003).

Algunos autores, Bente Pakkenberg, Dorte Pelviga, Lisbeth Marnera, Mads J. Bundgaard (2003) y otros asocian el envejecimiento con una pérdida de las neuronas corticales en el intervalo que va entre los 20 y los 90 años de edad, siendo esto el origen probable de los cambios cognitivos relacionados con la edad. Sin embargo, actualmente, no puede sostenerse más la opinión tradicional de que el envejecimiento se asocia inexorablemente a pérdida neuronal.

En el cerebro humano, durante el envejecimiento puede continuar la mielinización y la ramificación dendrítica demostrando la potencial plasticidad aún en edades tardías de la vida. Mucho de los llamados cambios relacionados con la edad pueden ser reflejo de la influencia de otras enfermedades (vasculares, degenerativas de las células) y no de una evolución inexorable de la normalidad. (Loñ y cols., 2003).

Según las teorías contextuales, el desarrollo se ve altamente afectado por el entorno cognitivo, social y físico del individuo. Puesto que estas influencias son tan poderosas, la



mente de los mayores todavía pueden ser plásticas y estar abiertas al cambio. Más de una década de investigación han apoyado esta visión (Lerner, 1990).

Si bien, se podría considerar que el envejecimiento humano exitoso sería biológicamente posible, algunos autores como Lezak (1999) afirman que existe cierto grado de declinación fisiológica en la senescencia que determinaría un enlentecimiento en la velocidad del procesamiento de la información, cierto decremento en la capacidad para codificar, almacenar y evocar informaciones nuevas e incluso cierto grado de reducción del stock lexical.

Cambios cognoscitivos durante el envejecimiento normal

Hay una observación de gran importancia con respecto a los cambios cognoscitivos vinculados al envejecimiento: al aumentar los rangos de edad, los puntajes en diferentes pruebas neuropsicológicas tienden a mostrar una dispersión mayor (Ardilla y Roselli, 1989). Es decir mientras mayor es la edad más heterogénea es la ejecución. Mientras que algunas personas siguen presentando una ejecución relativamente alta, otras muestran una caída acelerada. El primer grupo correspondería a lo que se conoce como “envejecimiento exitoso”, es decir, personas que aun en edades muy avanzadas presentan una ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas y llevan una vida relativamente normal. Por el contrario, quienes presentan una caída acelerada en sus habilidades cognoscitivas llegarían a presentar una demencia de tipo Alzheimer (DTA), y en estos casos, los cambios cognoscitivos ligados al envejecimiento aumentan en términos patológicos.

Deterioro cognitivo y demencia.

Se entiende por deterioro cognitivo cualquier alteración de las capacidades mentales superiores. Puede tratarse de un deterioro focal, cuando esta limitado a una operación mental aislada, como el habla, o a un conjunto interrelacionado funcional o topográficamente; o difuso si afecta varias capacidades mentales a la vez. Utilizando los criterios operativos propuestos por Marsden (1978) (Citado por Tárraga (1999), y ratificados por el Grupo de Estudios de Demencias de la Sociedad Española de Neurología



(citado por Tárraga y cols. 1999), se define la demencia como un síndrome orgánico adquirido, que ocasiona un deterioro global persistente, sin alteraciones en el nivel de conciencia, que interfiere en el ámbito social y/o laboral y que aboca a la incapacidad para el autogobierno de la persona.

Hasta la fecha no es posible realizar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y otras demencias en su estado preclínico, por una razón fundamental, que las bases biológicas y genéticas no tienen la suficiente y probada fortaleza para asegurar con certeza el diagnóstico e iniciar una actividad preventiva.

Explicaciones teóricas de las alteraciones de los procesos cognocitivos.

Se alega que las deficiencias cognitivas son consecuencia de una merma en la capacidad de procesamiento de la información, reflejada en un decremento en la capacidad de memoria y de atención. También se afirma que, con la edad, los recursos personales autogenerados (self initiative) para almacenar y recobrar información general y en especial novedosa, disminuyen. Es decir, la persona va perdiendo la capacidad de hacer asociaciones entre nuevos aprendizajes para llevar a cabo planes de recobro o evocación; pero si recibe ayudas externas como claves de recobro puede compensar las deficiencias que le preocupan. Las personas seniles se benefician con pruebas que utilizan estrategias de reconocimiento pero tienen un pobre desempeño en pruebas de recobro libre (Zacs, Gasher y Li, 2000)

Una segunda explicación es la lentificación con que se procesa la información, la cual se hace evidente sobre todo en la percepción y puede generar una mengua cognoscitiva generalizada que incluya las habilidades de memoria. Salthouse (1996), propuso dos mecanismos subyacentes a esta lentificación. En primer lugar, el envejecimiento inhibe el mecanismo que permite realizar actividades en un tiempo restringido y en segundo lugar, inhibe el mecanismo de simultaneidad que hace que los resultados de procesos cognocitivos inmediatamente anteriores no puedan usarse porque están perdidos.



La tercera explicación se relaciona con una mengua en el proceso inhibitorio de la atención sobre los procesos de memoria de trabajo (Hasher, Zacks y Rahhal, 1999). De acuerdo con esta propuesta el envejecimiento se caracterizaría por la presencia de información irrelevante y por una reducción en el autocontrol de los procesos llevados a cabo por la memoria operativa o de trabajo. Esta falta de control inhibitorio congestionaría la capacidad de la memoria de trabajo, disminuyendo su eficiencia para almacenar nueva información e incrementando la posibilidad de interferencia en el proceso de recobro de aquella.

La cuarta explicación de las alteraciones de la memoria por envejecimiento consiste en la reducción en el recobro de las características contextuales de experiencias vividas y de la fuente de esas memorias (Zacs y cols. 2000). La memoria de cualquier evento requiere de nexos entre las características del evento y la situación que lo rodea. Es probable que estos nexos de origen perceptual o cognoscitivos, estén debilitados.

El envejecimiento patológico: Demencia

La demencia constituye un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas: memoria, lenguaje, habilidades viso-perceptuales, de razonamiento, etc., vinculados a cambios emocionales y comportamentales generales (Roselli, 2003). Cualquier entidad que comprometa de manera extensa el sistema nervioso central puede desencadenar una demencia. Por su diversidad etiológica, la demencia puede aparecer a cualquier edad, sin embargo dado que los dos factores más comunes son las enfermedades degenerativas y las vasculares, la demencia es un síndrome que aparece con mayor frecuencia después de los 55 años. En esta diversidad de etiologías se incluyen las causas degenerativas, vasculares, traumáticas, infecciosas, obstructivas, metabólicas, tóxicas y neoplásicas (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

Según su etiología, las demencias pueden ser tratables o intratables. Se calcula que de 50 a 60 % de estas son irreversibles, mientras que otras pueden someterse a tratamiento; de ser así, en 30 o 40% de los casos se puede alterar el curso del deterioro neurológico



(Cummings, 1992). Solo algunas demencias podrían considerarse parcialmente tratables, de hecho en investigaciones recientes se concluye que la reversibilidad de la demencia es muy baja: no mas de 4% (Burke 2000).



CAPITULO II: DESCRIPCION DEL CURSO EVOLUTIVO DE LAS DEMENCIAS

Las demencias, presentan, un inicio insidioso y un curso progresivo, caracterizado por la pérdida de capacidades cognitivas y cambios de conductas que interfieren progresivamente en la autonomía de las personas que las sufren, lo que las hace dependientes de su entorno. Estas pérdidas y cambios se pueden observar inicialmente en las actividades avanzadas e instrumentales de la vida diaria, hasta que progresivamente se pierden las habilidades para realizar actividades básicas.

Típicamente en las fases iniciales, la memoria es la función más alterada, pero no es la única y no se altera de manera uniforme. La pérdida de otras funciones cognitivas se manifiesta en la dificultad para planificar actividades cotidianas habituales (compras) o no habituales (preparación de un viaje), el no poder seguir una conversación o una noticia por la radio o la televisión, el tener las palabras en la punta de la lengua y no poder decirlas, y el no recordar nombres propios y no retener acontecimientos importantes de cada día u olvidar planes de futuro (ej. Citas con el medico), el no ver diferentes puntos de vista de un problema cotidiano y no poder resolverlo. Todas estas dificultades observadas en el día a día, son también manifestaciones de las enfermedades en las fases leves.

A medida que progresa la enfermedad en las fases **MODERADAS** aparecen alteraciones mas severas en otras funciones cognitivas, que se manifiestan en la incapacidad para reconocer las cosas que nos rodean, el reconocimiento de los objetos del entorno o en la situación que tienen en el espacio (agnosia); también se puede manifestar en la incapacidad para poder hablar o comprender el lenguaje verbal, reduciéndose el habla y olvidando el significado que tienen las palabras (afasia); y por último, otra forma de manifestación de las fases moderadas de la enfermedad es perdiendo la secuencia motora necesaria para utilizar los objetos del entorno (ej. Un cepillo de dientes) o vestirse (apraxia). Estas manifestaciones son un reflejo de los síntomas del clásico síndrome afaso-aprático-agnóstico, que caracteriza a la enfermedad de Alzheimer.

Las alteraciones neuropsicológicas que presentan los enfermos de Alzheimer en las fases moderadamente graves y graves de la patología afectan globalmente todas las funciones cognitivas, agravándose el síndrome afásico (habla reducida a varias palabras),



apráxico (comer con las manos) y agnóstico (no reconoce a sus familiares ni incluso a si mismo en una fotografía o en el espejo), de manera que pierde su autonomía para casi todas las actividades básicas y necesita asistencia permanente las 24 horas del día. Algunos enfermos presentan alteraciones de la conducta en el inicio o a medida que progresa la enfermedad.



Enfermedad de Alzheimer.

Características diagnosticas del DSM IV

“... el inicio de la demencia tipo Alzheimer es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo. Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alzheimer, el diagnostico solo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia...,” (DSM IV. 1995. 176.)

Para comenzar a comprender esta enfermedad, hay que delimitarla, Bagnati (2003) entiende por demencia a una afección cerebral adquirida, que produce una alteración de las funciones intelectuales y/o de la conducta del sujeto, respecto a un estado anterior conocido o estimado, de suficiente importancia como para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir e independiente de alteraciones del estado de conciencia.

Con respecto al compromiso de las funciones intelectuales, se requiere que mas de un área este afectada: al deterioro de la memoria se suman otras alteraciones tales como disturbios del lenguaje, anormalidades visuo espaciales y perdidas de capacidades cognitivas, como la habilidad para el calculo, la resolución de problemas y la abstracción, entre otras. En adición a este déficit de las funciones intelectuales hay alteraciones de la conducta y del animo que hacen emerger síntomas muy disruptivos para el diario vivir del paciente y de los que lo rodean. Esta declinación en su actividad cotidiana es lo que se denomina nivel funcional, es decir, cómo “funciona” la persona, y la demencia no puede ser denominada como tal si no hay afección del nivel funcional del paciente.

El último componente de la definición de demencia establece que el paciente debe tener claridad de conciencia, es decir que no debe presentar ninguna condición médica (ej. Infección urinaria, deshidratación, hipoglucemia, tumor cerebral) o toxica (ej. Medicamentos, alcohol, drogas), ya que estas condiciones por si solas entorpecen las



funciones intelectuales y dificultan el diagnóstico. Muchas veces ambas condiciones coexisten (demencia y alteración de la conciencia), volviendo más complejo el estado del paciente y las posibilidades terapéuticas (paciente demente y confuso).

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa del cerebro que afecta especialmente a las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico. Es considerada como una entidad clínico patológica consistente en la asociación de una demencia lentamente progresiva, de comienzo en la edad adulta, y la observación en el córtex de pérdida neuronal y presencia de placas neuríticas y ovillos neurofibrilares en concentraciones que superan claramente a lo esperado por efecto del envejecimiento fisiológico.

Sin embargo, ante la imposibilidad de obtener muestras histopatológicas, para el diagnóstico se utilizan los criterios de la Asociación psiquiátrica americana (DSM-IV) y los del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA). Ambos poseen una sensibilidad en torno al 80% y especificidad del 70%.

El neurólogo Aleman Alois Alzheimer describió esta enfermedad en 1907, y desde entonces se le reconoce como la causa más frecuente de demencia. Suele iniciarse luego de los 50 años y representa aproximadamente 60 % de todas las demencias (Breitner y cols. 1999). A menudo, aparece en combinación con la demencia vascular (Fratiglioni, 1999). Se cree que la enfermedad es hereditaria, en 20% de los casos se manifiesta en forma autosómica dominante y en el 80% restante hay una mayor probabilidad que de miembros de la familia tengan antecedentes de la enfermedad (Cook y cols, 1979).

En la enfermedad de Alzheimer, están involucrados múltiples genes: algunos pueden ser causales de la enfermedad, mientras que otros modifican, incrementando o disminuyendo, la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o determinan la edad a la cual se comienzan a desarrollar los síntomas. Es decir, hay genes que causan la enfermedad y otros que pueden incrementar la susceptibilidad a padecerla.



Los genes denominados causativos son responsables de un pequeño número de casos de enfermedad de Alzheimer generando la enfermedad en adultos jóvenes de 40 a 50 años. Se conocen al menos seis rutas genéticas que involucran mutaciones en los cromosomas 1, 14 y 21 (Bagnati y cols. 2003).

Todos estos genes producen una alteración en la síntesis normal de una proteína: la proteína precursora de amiloide (APP) conduciendo así a depósitos anómalos de amiloide insoluble, que dan origen a las lesiones típicas mencionadas: las placas neuríticas.

En contraste, algunos genes no causan la enfermedad de Alzheimer, pero incrementan la susceptibilidad a padecerla: el mayor interés se ha centrado en el genotipo ApoE (apolipoproteína E). La presencia del alelo Apoe4 incrementa considerablemente la certeza del diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer en personas con deterioro cognitivo constatado. Sin embargo no ayuda a predecir la enfermedad en personas con cognición normal, y hay casos que pueden tener confirmado el diagnóstico por biopsia cerebral aun en ausencia de ApoE 4 (Bagnati y cols. 2003).

Se distinguen tres etapas en la evolución de la enfermedad: 1) la amnésica, 2) la confusional y 3) la demencial (Lishman, 1978). La etapa amnésica se caracteriza por fallas en la memoria reciente con problemas para almacenar nueva información, desorientación espacial, olvido de palabras en el lenguaje espontáneo, dificultades en el cálculo y cambios frecuentes en el estado de ánimo, incluso depresión.

En la fase confusional hay un decremento de las funciones intelectuales, se agudiza la anomia, el lenguaje es parafásico, hay cambios en la comprensión y se conserva la capacidad de repetición. La amnesia se convierte en una amnesia anterógrada grave y aparece la amnesia retrógrada. Las dificultades espaciales se consolidan en una apraxia construccional evidente y una agnosia topográfica y espacial. En esta etapa, los pacientes pueden mostrar, en pruebas de neuroimagen, cambios atróficos leves, en especial del hipocampo y del lóbulo temporal (Moore y cols, 2001), así como lentificación en el EEG (Electro Encefalograma).



Por ultimo, en la etapa demencial, los pacientes presentan un grave deterioro intelectual y comportamental. El lenguaje expresivo se reduce hasta constituir un cuadro de semimutismo o mutismo, con tendencia a la ecolalia. La comprensión se limita a órdenes muy sencillas. Puede haber pérdida del control de esfínteres y con frecuencia el paciente permanece acostado en posición rígida o flexionada.

Etapa	Amnésica	Confusional	Demencial
Lenguaje	Anomia	Habla Vacía y Ecolalia	Mutismo
Memoria	Amnesia Anterograda Parcial	Amnesia Anterograda total y amnesia retrograda	Amnesia anterograda total y aumento de la amnesia retrograda
Or. Visuoespacial	Dificultades Leves	Agnosia topográfica y apraxia construccional	Ausencia de habilidades visuespaciales
Calculo	Errores de operaciones aritméticas	Acalculia primaria y espacial	Concepto de numero ausente
Motricidad	Normal	Inquietud	Rigidez



Características neuropsicológicas

En principio las alteraciones del lenguaje en pacientes con Demencia de tipo Alzheimer consisten en dificultades para encontrar palabras. Se observan latencias largas para producir la palabra, y se reduce el vocabulario expresivo. Mas tarde, se olvidan las palabras de poco uso y finalmente el defecto lexical se hace evidente en palabras de uso común. Se pueden advertir parafasias literales y verbales (Ardila y Rosselli, 1986).

Cummings y cols. (1992) estudiaron las alteraciones específicas del lenguaje en pacientes con DTA y encontraron que los aspectos que mas se alteran son el contenido del lenguaje, la comprensión de ordenes complejas, la denominación de objetos, la generación de palabras y la escritura espontanea y el dictado. Una de las alteraciones del lenguaje mas tempranas en el proceso demencial es la anomia, secundaria a un defecto en el proceso semántico y no a un anormalidad perceptual (Ross, 1990), a pesar de que pueden hallarse errores tanto lingüísticos como perceptuales. La anomia va progresando al mismo tiempo que el deterioro demencial.

La comprensión del lenguaje conversacional solo se compromete en etapas avanzadas de la demencia. En las etapas iniciales hay problemas para comprender órdenes semánticamente complejas. Una ejecución pobre no se debe a defectos en el volumen de memoria semántica, sino a defectos en la comprensión verbal y a la tendencia a perseverar, típica de estos pacientes (Citado por Maroto Serrano, 2003). En general se conserva la capacidad de repetir números, palabras y frases de alta frecuencia. Sin embargo, la repetición de frases con contenido lexical complejo se encuentra alterada. Kempler y cols. (1987) demostraron que los pacientes con DTA conservan la sintaxis y la gramática.

En la DTA se compromete también el lenguaje escrito. En la mayoría de los pacientes se conserva la lectura en voz alta, a menos que el deterioro sea muy severo. La comprensión de oraciones y texto disminuye conforme avanza el proceso demencial. Los defectos en la escritura-espontanea y el dictado—comienzan a notarse en etapas avanzadas de la demencia. Algunos estudiosos sugieren que los pacientes con un DTA de origen



temprano (antes de los 65 años) tienen alteraciones más severas de lenguajes que aquellos cuyos síntomas aparecen después de los 65 años (Chiui y cols. 1985).

Generar palabras a partir de categorías fonológicas y semánticas, es otra función lingüística que se altera en la DTA (Bayles y cols. 1989). Algunos autores advierten más dificultad para producir palabras a partir de categorías semánticas que de categorías fonológicas (Rosen, 1980) (Citado por Ardila y Rosselli. 1989a). Bayles y cols. (1989), demostraron que hay varios niveles de dificultad para producir palabras en distintas categorías lexicales; así, es fácil decir nombres de animales pero pronunciar las letras S, F, A y nombrar vegetales y frutas ya resulta complicado. Estas diferencias pueden cambiar según el sistema fonológico, por ejemplo, en español es más fácil expresar palabras que empiecen con A, y la categoría frutas es más fácil de completar que la categoría vegetales (Ardila y Rosselli, 1989b)

Una de las funciones más afectadas en la DTA es la memoria. Desde que se inicia la enfermedad, el paciente se olvida de hechos recientes, poco a poco, el trastorno se va agravando. En principio las alteraciones de la memoria se refieren a hechos almacenados con un código temporal y espacial (memoria episódica), pero luego se va comprometiendo la memoria semántica. Al empezar, estos trastornos tienen altibajos: el paciente alterna días de absoluta lucidez con otros en los que la confusión comienza a ser evidente. A medida que la enfermedad avanza, esta carencia de memoria para nombres, caras, intenciones y objetos se convierten en una franca amnesia anterógrada con desorientación temporo-espacial. El gradiente temporal de la amnesia retrograda se va haciendo cada vez mayor y el paciente solo recuerda los eventos sucedidos 20- 30 años atrás. Debido a la amnesia retrograda el paciente vive en el pasado, confunde a las personas y permanece en un estado de desconcierto (Ardila y Rosselli, 2007).

Sullivan, Corkin y Growdon (1986) demostraron que en pacientes con DTA se reduce la capacidad de memoria a corto plazo, pues presentan un incremento en la tasa de olvido, en especial para estímulos visuales. El volumen de memoria inmediata también se reduce, ya sea para material verbal o espacial (Spinnler y cols. 1988). Cuando la demencia



es de leve a moderada la primacía, es decir, la retención de las primeras palabras de una lista, esta prácticamente ausente, mientras que la recencia, recordar las últimas palabras de una lista, permanece casi inalterable. Las dificultades para almacenar nueva información han sido confirmadas una y otra vez en pacientes con DTA (Dannenburg, Parkinson y Inman, 1988). Los pacientes no se benefician de un recobro a través de claves (Grober y Buschke, 1987) lo cual demuestra que el problema de memoria no está en el recobro sino en el almacenamiento. La utilización de acciones mostrando el uso de los objetos favorece en el almacenamiento de nueva información (Karlsson, Backman y Herlitz, 1989). La codificación motora según estos autores, puede contrarrestar algunas carencias atencionales que impiden un buen almacenamiento de material verbal. Así por ejemplo, el paciente memoriza mucho mejor la palabra tijeras si tiene la oportunidad de utilizarlas para cortar.

Las lagunas en el almacenamiento se acompañan de errores cualitativamente diferentes a los observados en sujetos seniles normales. Un paciente con DTA tiende a producir intrusiones no relacionadas (de tipo confabulatorio palabras que nunca habían aparecido durante la sesión), y perseveraciones (producir nuevamente el material ya presentado), demostrando impotencia para cambiar rápidamente (Lowenstein, 1989).

Otra alteración neuropsicológica que aparece inicialmente en los pacientes con DTA es la dificultad para manejar dimensiones espaciales. El paciente comienza por sentirse extraño en lugares conocidos, hasta ser completamente incapaz de reconocer barrios, calles y edificios. Esta agnosia topográfica presenta gradiente temporal, pues hay mayor dificultad para identificar lugares recientemente conocidos. Se tienen, además, problemas para aprender nuevas marcas topográficas (Ardila y Rosselli, 2007).

Las dificultades espaciales se extienden al reconocimiento del reloj. En principio el problema solo consiste en el dibujo de un reloj, con lectura adecuada de este. Después cuando se lee el reloj, reflejado en un espejo, se confunde el minuterero con el segundero hasta llegar a la completa imposibilidad para leerlo, aunque el paciente sepa que hora es. En general la apraxia construccional es una alteración que acompaña al deterioro demencial



por DTA. Esta deficiencia puede no ser muy evidente en la vida cotidiana del paciente, pero es notoria en la copia de figuras durante la sesión de evaluación.

Técnicas empleadas en la rehabilitación Cognoscitiva

Los programas con más tradición dentro de las terapias no farmacológicas son aquellos dirigidas a la estimulación y actividad cognitiva. Se basan en la creencia de que mantener a la persona con demencia, activa y estimulada, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, puede disminuir o ralentizar el declive cognitivo y funcional, estimulando aquellas áreas que todavía están preservadas y evitando el desuso que puede venir derivado de la falta de competencia en otras funciones. Esta teoría vendría avalada por recientes estudios (Wilson y cols. 2002) que demuestran cómo la participación frecuente en actividades que estimulan la cognición (leer, jugar a las cartas o al ajedrez, visitar museos, escuchar música o tocar algún instrumento, hacer crucigramas, ver la televisión, etc.) puede disminuir el riesgo de enfermedad de Alzheimer y de demencia en personas ancianas.

Por otra parte, el tratamiento farmacológico consiste, básicamente, en la administración de fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa, que actúan compensando la disfunción colinérgica y manteniendo niveles eficaces de acetilcolina, lo que se traduce en una mejoría de las capacidades cognitivas del paciente (Boada, 2003). Estos fármacos han demostrado eficacia en frenar o ralentizar la evolución de la enfermedad por un tiempo.

De acuerdo a Tárraga (1994, 1998, 2001) se están realizando grandes esfuerzos en fomentar las llamadas «terapias blandas» o «no farmacológicas» (estimulación de las capacidades cognitivas, entrenamiento en memoria, intervenciones conductuales para el mantenimiento en habilidades de la vida diaria, intervenciones psicosociales), las cuales tienen el efecto de enlentecer el deterioro cognitivo al mismo tiempo que potencian el efecto de los fármacos. La estimulación incrementa la reserva cognitiva, dado que mediante entrenamientos se restauran capacidades intelectuales de forma que el deterioro puede ralentizarse y también retardar sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria del paciente.



La eficacia de algunos programas de entrenamiento cognitivo se ha comprobado en distintas investigaciones en las que los sujetos con demencia tratados mejoran significativamente con respecto al grupo control (Ermini-Fünschilling, 1993; Herlitz, 1991; De Vreese y Neri, 1999; Tárraga, 1994; Tárraga y cols. 2006).

Barandiaran (2002), clasifica los tratamientos no farmacológicos aplicados en las demencias tal como se indica en la tabla 1.

-Tabla 1. Clasificación de los tratamientos no farmacológicos en las demencias

1- Programas de estimulación y actividad
-terapia de orientación a la realidad
- reminiscencias
-musicoterapia
-actividad física
-programa de psicoestimulacion integral
2-Reestructuracion ambiental
3-Tecnicas de modificación de conductas
4- Programas para familiares
5- Entrenamiento de capacidades cognitivas especificas
6-Nuevas intervenciones
-Programas alternativos con ordenadores
- Prgrama intergeneracional (metodología montesori)

La terapia de orientación a la realidad fue desarrollada por Folson (1968) y modificada posteriormente por Holden y Woods (1982). Inicialmente se utilizo para mejorar la calidad de vida de personas mayores en el ámbito geriátrico con estado de confusión, aunque sus orígenes se remontan a veteranos de guerra con graves trastornos (Francés, Barandian, Marcellán y Moreno, 2003).

Es una técnica psicoterapéutica grupal para asistir a personas confusas y desorientadas, para aprender y practicar técnicas que los ayuden a afrontar los problemas causados por su desorientación, mediante la estimulación y la provisión estructurada de información sobre si mismos y su entorno. Se proporciona estructurada y repetidamente la información básica respecto a la orientación temporal, espacial y personal favoreciendo la



orientación de las personas con demencia, reforzando la percepción de las cosas familiares y de su entorno.

La orientación a la realidad es un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma conciencia de su situación en el tiempo (Orientación temporal) en el espacio (orientación espacial) y en la persona, como terapia imprescindible en un programa terapéutico de demencia. Es un método de tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes, para que preserven datos sobre ellos mismos y sobre su entorno (Maroto Serrano, 2003).

Originalmente, el énfasis estaba centrado en administrar información al paciente a cualquier oportunidad. Mas recientemente, se ha desarrollado una aproximación mas ecológica, en la que se responde a las preguntas de los pacientes con información segura o ayudándoles a descubrir la información por ellos mismos (Reeve & Ivison, 1985; Williams, Reeve, Ivison y Kavanagh, 1987), teniendo probablemente esta ultima variable menos riesgo de sobre estimulación, que cuando se le proporciona información que el paciente no es capaz de asimilar (Francés y cols. 2003).

Se ha valorado a eficacia de la Terapia de Orientación a la Realidad (ROT) en diversos estudios, siendo una de las terapias mas ampliamente evaluada. Brook, Degun y Mather (1975) realizaron el primer ensayo randomizado con resultados positivos sobre la función de los pacientes que asistían a sesiones de orientación a la realidad. Mas recientemente, Zanetti y cols. (1998) demostraron en un estudio que enfermos de alzheimer en fase moderada, sometidos a ciclos repetidos de Orientación a la Realidad (OR) (media de 15 semanas aproximadamente), mostraban mejor funcionamiento cognitivo al año que aquellos que solamente habían asistido a sesiones durante cuatro semanas, mostrando cómo el mantenimiento de la intervención en el tiempo, puede mostrar mas beneficios.

La aplicación de *terapias blandas* en el tratamiento de los trastornos cognitivos y de la conducta en general, y en particular en la enfermedad de Alzheimer, debe suponer un valor añadido al tratamiento farmacológico. Es decir, la mejoría clínica que aportan los



nuevos fármacos, ha de verse incrementada cuando el enfermo se encuentra en un *medio protésico*, un entorno especialmente diseñado para paliar los déficits de un sujeto.

El programa de Psicoestimulación Integral se define como una estrategia terapéutica, fundamentada en la existencia de la neuroplasticidad cerebral y basada en la neuropsicología cognitiva y en las terapias de modificación de conducta, dirigida a favorecer la funcionalidad instrumental y básica del paciente y mantener su autonomía.

El término “Programa” se asocia a pautas de actuación global preestablecidas por cada enfermo. El término psicoestimulación tiene su razón de ser en las intervenciones terapéuticas que, implícita o explícitamente, persigue la neuropsicología mediante la estimulación y rehabilitación de determinadas funciones cognitivas.

La exploración neuropsicológica permite diseñar el programa específico individualizado de psicoestimulación de aquellas funciones cognitivas que presentan algún déficit o se hallan preservadas. Los talleres de estimulación cognitiva, el de cinesiterapia (terapia a través del movimiento), el de ocupación y las técnicas de mantenimiento de la AVD, constituyen el conjunto de talleres que completan el programa de psicoestimulación integral.

El punto de partida con base científica, en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias, es la capacidad plástica del cerebro, conocida como neuroplasticidad. Esta se define como “*la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y reestablecer el equilibrio alterado, después de una lesión*” (Geschwind, 1985) Recientes investigaciones como las de Goldman y Plum, (1997); ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el que padece demencia, si bien en menor intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

Otro concepto básico es el de la Psicoestimulación, o sea, aquel “*conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad rehabilitadora*”.



(Uzzell y Gross, 1986). No se trata de una sobre estimulación desorganizada, tan negativa para el enfermo con demencia, sino de una estimulación lo mas individual posible y, por lo tanto, adecuada a las capacidades funcionales residuales que le permitan su ejercicio y el “despertar” de aquellos “olvidos”.

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados, a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no esta tan avanzado. En este periodo de declive existe una capacidad de aprendizaje manifiesta en los cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales, abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias.

Mortimer (1997) plantea que estas personas presentan una reserva cerebral, bien causada por un mayor número de neuronas o de la densidad de sus interconexiones en la juventud, bien por la disposición de estrategias cognitivas para la resolución de problemas, bien por la capacidad de tejido cerebral funcional que mantiene la persona. Diversos autores, entre ellos Katzman (1993), afirman que esta reserva cerebral reduce la expresión clínica de la enfermedad de Alzheimer, y es de gran trascendencia el hecho de que pueda incidirse en ella por diversos medios, mediante la educación, la prevención de trastornos cerebro-vasculares o la estimulación cognitiva.

La experiencia clínica permite afirmar que coexisten dos causas del déficit cognitivo: la orgánica y la funcional. La causa orgánica estaría ocasionada por la aparición del proceso patológico degenerativo. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, esta causa es producida por la muerte neuronal, a pérdida de sinapsis y las alteraciones en los neurotransmisores. Ante este conjunto de factores existe la terapéutica farmacológica y la no farmacológica, ambas con las limitaciones correspondientes.

Por otra parte, la causa funcional estaría producida por la ausencia continuada del ejercicio de una determinada función ya sea cognitiva, social o física. Esta disminución de



funciones es producida a menudo, por el propio enfermo, como mecanismo de defensa ante las dificultades crecientes que aparecen y las situaciones de estrés, consecuencia de su déficit progresivo y del aumento de ansiedad y pérdida de autocontrol.

En función de este deterioro que vivencia el paciente, es importante que los programas de estimulación se basen en el reforzamiento de ciertas áreas específicas. La orientación en **ESPACIO, TIEMPO y PERSONA**, entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, constituye un concepto heterogéneo relacionado con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro.

En las **demencias leves** una de las características típicas es la desorientación temporal en la fecha, el mes, incluso día de la semana, conservando la orientación en el año; **en fases moderadas y más graves de las demencias**, la desorientación temporal es completa.

También se observa desorientación espacial en el lugar en el que se encuentran. Algunos aspectos de la desorientación en el tiempo y en el espacio inmediato, se encuentran relacionados con la pérdida de la memoria reciente (el día es una información en permanente cambio, al igual que el lugar donde se encuentran en un determinado momento); otros aspectos de la orientación temporal y espacial son más permanentes y más resistentes al deterioro en las fases leves de la demencia. Respecto a la persona, los aspectos que más se pierden en las **fases leves** son aquellos referentes a su edad, siendo el año de nacimiento, la fecha y el nombre de sus familiares más resistentes al deterioro en las primeras fases (Tárraga y cols. 2006).

Otras alteraciones que sufren los pacientes de Alzheimer, y que pueden ser estimuladas mediante programas específicos, son las referidas al lenguaje, ya que el lenguaje es una de las funciones cognitivas que se deteriora en el transcurso de las demencias. De las alteraciones que se producen a nivel lenguaje, se pueden encontrar las **afasias**, o incapacidad para hablar, que es un síndrome clínico que se puede presentar en



diferentes patologías y puede estar asociada a diferentes causas, en el caso del Alzheimer se presenta por la degeneración neuronal de sufren los pacientes.

También se pueden encontrar Alexias, que es un síndrome que se presenta como la incapacidad o dificultad para leer o comprender la lecturas. Finalmente, pueden aparecer Agrafías, en la cuales se da la dificultad o incapacidad para producir lenguaje escrito, siendo la escritura una actividad de alta complejidad, ya que implica interacciones complejas del lenguaje, representaciones ópticas, gnósicas y grafomotoras.

En las **demencias leves**, típicamente, el habla es fluida aunque con transformaciones, **parafasias** (errores afásicos en la expresión verbal por deformación de fonemas o por sustitución de una palabra por otra), pausas para buscar palabras y **anomias** (reducción en la expresión verbal, falta de nombres y de verbos). La dificultad para encontrar las palabras se compensa con sustituciones, pero más tarde, la fluidez se pierde. Posteriormente, en las **demencias moderadas**, el lenguaje espontáneo se reduce, con más anomia, se convierte en elíptico, concreto, tangencial y repetitivo, abundante en perífrasis y circunloquios (frases donde habría una palabra) y parafasias semánticas, la comprensión es cada vez más reducida. Finalmente, en las fases **moderadamente graves** de la enfermedad, el lenguaje oral espontáneo está prácticamente ausente, se presenta el mutismo y en la incitación el lenguaje oral se reduce a dos o tres frases estereotipadas. (Tárraga y cols. 2006). En las **demencias leves**, de manera característica el lenguaje oral aparece más alterado que el escrito, que se preserva durante más tiempo durante el proceso evolutivo.

En el lenguaje escrito, inicialmente se observa una pérdida de las reglas ortográficas en la escritura al dictado, sustituciones y omisiones; posteriormente se pierden las formas escritas de las palabras, con fenómenos de la frecuencia de las palabras (las palabras más frecuentes se pierden más tarde). Por último, se produce la pérdida grafomotora, observándose una agrafia severa (con imposibilidad para copiar palabras). La lectura presenta el mismo patrón de desestructuración, pero de forma característica se produce en una etapa posterior en el proceso evolutivo.

Otra capacidad que se altera en el proceso de evolución de las demencias es la del reconocimiento o Agnosias. Las agnosias se definen como las alteraciones en el



reconocimiento del mundo que rodea al sujeto, ya sea por la entrada visual (agnosia visual), auditiva (agnosia auditiva), táctil (agnosia táctil), olfativa (anosmia), alteraciones del reconocimiento en el esquema corporal (asomatognosia), sin que se alteren los aspectos elementales de la visión, de la audición, tacto, olfato y gusto.

Típicamente, en las **demencias leves**, una de las primeras manifestaciones de las agnosias visuales se observa en la dificultad para reconocer estímulos visuales complejos y la organización espacial de éstos. Durante la progresión de la enfermedad, aparecen trastornos de reconocimiento de caras familiares poco frecuentes, objetos, de la organización del espacio, trastornos en el reconocimiento táctil del propio cuerpo (no reconoce simultáneamente dos estímulos que se producen a la vez en distintas partes del propio cuerpo) y trastornos en el reconocimiento de olores familiares (*anosmia*). En las últimas fases de la enfermedad es posible encontrarse con elementos de *prosopoagnosia severa* (ej., que el paciente no reconozca su propia cara), con *fenómenos* en los cuales el cuerpo del otro se reconoce como cuerpo propio.

También, como se ha mencionado anteriormente, en las demencias, y particularmente en el alzheimer aparecen problemas relacionados a la memoria. En los enfermos con demencias, se encuentra una alteración en la capacidad de aprender material nuevo y de recordar la información aprendida.

La afectación de la memoria, en las demencias, y en particular en la enfermedad de *Alzheimer*, en algún momento del proceso evolutivo de la enfermedad es muy extensa, puesto que se ve afectada tanto la memoria reciente, y por lo tanto el proceso de **fijación**-, como el proceso de **consolidación** de material produciéndose el **olvido**. El enfermo no puede recordar la información reciente y también presenta dificultades en **evocar** información de la memoria remota.

La *amnesia* es la pérdida o la disminución adquirida de la memoria como consecuencia de una alteración de las estructuras neurobiológicas que sostienen la memoria. Existen tres tipos de memorias, la inmediata, la reciente y la remota.



Respecto de la primera, la **memoria inmediata**, hace referencia al recuerdo de información que se acaba de percibir. Tiene una capacidad limitada en torno a 7 ± 2 elementos y una duración temporal igualmente limitada. Respecto de la **memoria reciente**, permite retener información nueva constituyendo recuerdos, y puede ser incidente (la memoria de cada día); intencional (en función de un proyecto de futuro); prospectiva; voluntaria (aprendizaje de memoria).

Finalmente, la **memoria remota** es el resultado de todas nuestras experiencias, y su contenido es variado. La *memoria episódica* es la memoria biográfica personal; la *memoria semántica* es la de los conocimientos, acontecimientos adquiridos, culturales, históricos, lingüísticos. Y finalmente, se encuentra la *memoria de las habilidades sensoriomotrices*, por ejemplo conducir un coche o una bicicleta.

A lo largo de la enfermedad de Alzheimer, las pérdidas mnésicas aumentan de manera progresiva, alterando en su funcionamiento a los distintos tipos de memoria, de forma no homogénea. En las personas con demencia leve, la memoria reciente es la que se presenta más afectada, presentando mayor dificultad en retener información nueva (Maroto Serrano, 2003).

La alteración de la memoria episódica es uno de los aspectos del funcionamiento cognitivo más alterado en la enfermedad de Alzheimer, a corto y a largo plazo, también lo son los rápidos olvidos de la información nueva, y una intensa alteración de la memoria retrograda debido a problemas en la recuperación de la información y a una pérdida de la memoria almacenada, puesto que en la enfermedad de Alzheimer se hayan implicados todos los procesos de memoria a largo plazo (codificación, consolidación y recuperación).

En principio la memoria a corto plazo (memoria de trabajo) está respetada, pero acaba alterándose a medida que progresa la enfermedad. También se afecta la memoria semántica y el paciente presenta déficits nuevos que incluyen menor vocabulario, menor comprensión de palabras y mayor dificultad de nombrar objetos.

Otra de las alteraciones que se observan en los pacientes con demencias leves son las del **procesamiento aritmético**, alteraciones de la estrategia y el procedimiento de



resolución de problemas (**cálculo complejo**) que se manifiestan en situaciones de la vida diaria donde interviene el dinero en las actividades de compra y venta. Los pacientes son incapaces de estimar el precio relativo de los objetos. Los números pierden su valor simbólico. Igualmente, se altera el cálculo mental simple y complejo por una alteración en los sistemas de atención y concentración.

Posteriormente se observan mayores signos de **acalculia** y, en ocasiones, se observa **acalculia espacial** (trastorno de la organización espacial, en la que no se mantiene el orden ni la posición de los dígitos). La **Acalculia**, es un signo adquirido que se manifiesta por una alteración en la habilidad aritmética donde el procedimiento de cálculo en sí mismo está afectado. (Tárraga y cols. 1999)

Finalmente, se suelen presentar alteraciones en las capacidades práxicas. La Apraxia es un síndrome adquirido que se manifiesta en la alteración del control voluntario de los movimientos intencionales (Liepmann, 1907). Como alteración compleja y heterogénea, se han descrito varios tipos de apraxia, los más importantes son:

1. Apraxia Ideomotora que es la incapacidad de ejecutar el gesto simple ni a la orden ni en imitación (adiós, saludo militar, imitar la utilización de un cepillo de dientes, etc.).
2. Apraxia Ideatoria se presenta como la incapacidad de las secuencias gestuales (saca bien los fósforos de la caja pero la quiere encender por el lado incorrecto) y/o en la utilización real de los objetos.
3. Apraxia Constructiva es la dificultad en la reproducción de un modelo –dibujo– de dos y tres dimensiones, dificultad en la construcción de rompecabezas o modelar objetos con barro.
4. Apraxia Del Vestido es como la incapacidad para vestirse, dificultad para disponer las prendas respecto a las partes del cuerpo correspondientes, o colocación por azar en un lugar inapropiado (los calcetines en las manos).



En las demencias leves, las capacidades prácticas constructivas se alteran, por lo que es aconsejable la simplificación de tareas complejas. Posteriormente, éstas se acaban convirtiendo en impracticables, aunque sólo consistan en la copia de un esquema sencillo. Las alteraciones prácticas gestuales surgen en fases más moderadas, y se manifiestan en la dificultad para imitar gestos simbólicos y manipular objetos comunes, así como al realizar actividades cotidianas. Las dificultades prácticas relativas al vestirse, aparecen primero al ponerse la ropa y, más tarde, al quitársela, afectando sobre todo al orden de colocación de las prendas.

En los estadios **moderadamente graves y graves**, el enfermo no sabe cómo comer, beber o vestirse porque ha perdido la secuencia de acción de los objetos y su uso, el significado de éstos y no puede reconocerlos.



CAPITULO III: BATERÍAS DE TEST ESPECÍFICOS PARA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS:

Examen básico inicial

Uno de los tests de evaluación rápida que más se utiliza es el **Examen del Estado Mental Mínimo (MMSE)** de Folstein. Es el test cognitivo abreviado de mayor validez y difusión internacional. Si bien es adecuado para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas, no puede sustituir una evaluación neuropsicológica completa en tanto presenta limitaciones, como su “falta de sensibilidad” para evaluar pacientes con distintos grados de severidad y su “alcance limitado” ya que evalúa solo algunos dominios cognitivos, y deja de lado por ejemplo la evaluación de funciones ejecutivas (Folstein, Folstein y Mchugh, 1975).

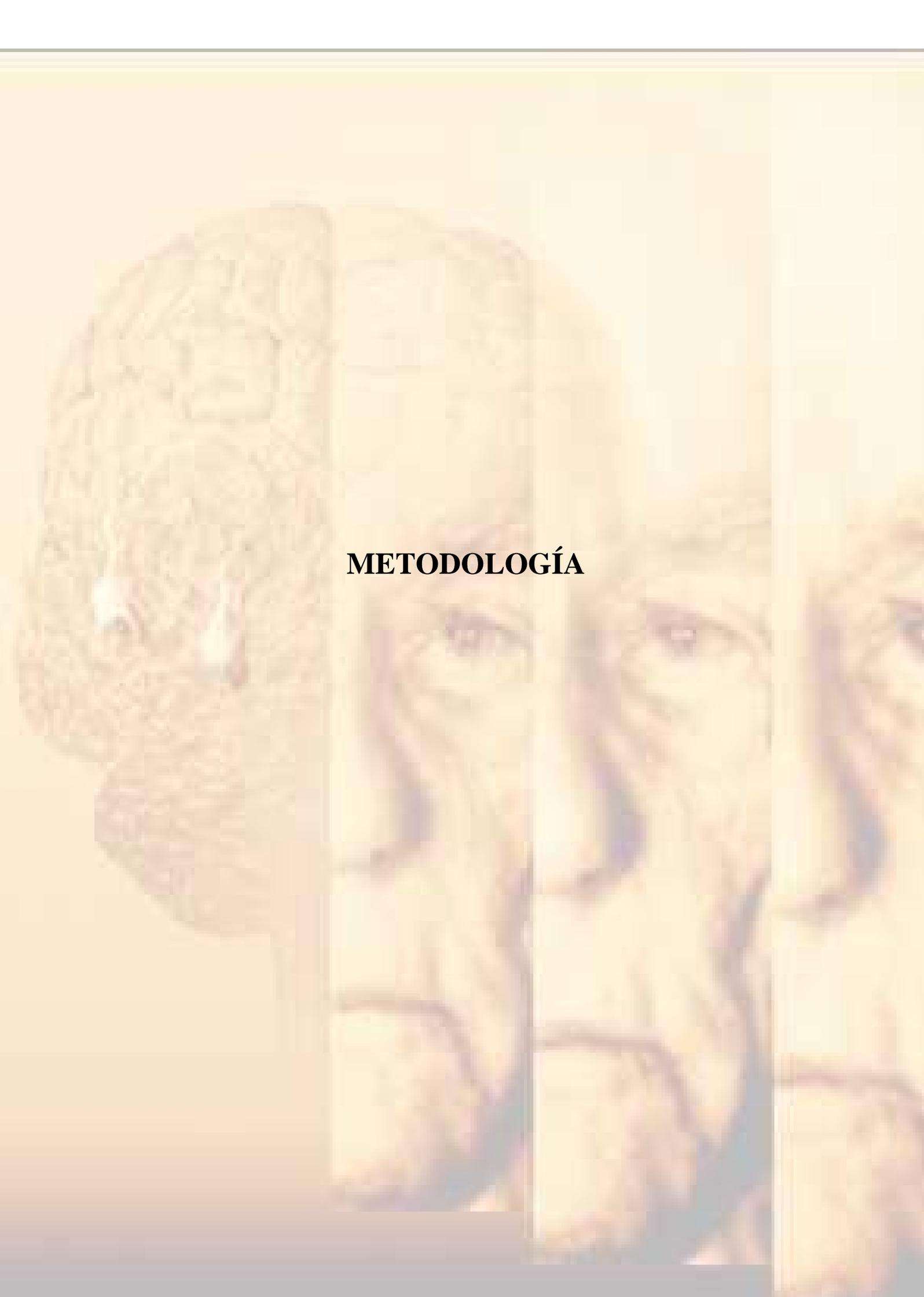
En el caso de Demencia Tipo Alzheimer, la **Escala de Evaluación para la enfermedad de Alzheimer (A.D.A.S.)** para la cual se dispone de normativa local (Mangone y cols. 1995) que evalúa principalmente lenguaje, memoria y praxias. Es una escala de fácil y rápida administración, aún en estadios avanzados de demencia y se ha impuesto internacionalmente.

Para los síndromes de deterioro cognitivo de tipo subcortical, la **Escala de Demencia de Mattis (“Mattis’s Clinical Dementia Rating Scale”, CDRS)** (1988) es más útil frente a patología vascular o frontotemporal, dado que evalúa atención, iniciación/perseveración, construcción, Conceptualización y memoria a corto plazo verbal y visual. Como sus ítems están organizados de manera jerárquica respecto de su complejidad, ofrece la interesante posibilidad de obviar la administración de aquellos más simples cuando encontramos un buen rendimiento inicial. Esta escala arroja un valor global, con un máximo de 144 puntos y valores parciales para las distintas funciones cognitivas. El punto de corte de la escala total es de 123.

Como instrumento para la detección precoz y evaluación del deterioro cognitivo en sus estadios iniciales se puede utilizar el **Test del Reloj**. Si bien este test fue ideado para evaluar visuoespacialidad y praxia constructiva, también permite evaluar otros dominios



cognitivos como la planificación frontal, el contenido y procesado del conocimiento específico del código horario, también los mecanismos de transcodificación semántica, los cuales han resultado ser una variable de altísima sensibilidad al deterioro cognitivo incipiente (Mangone y cols. 2005).



METODOLOGÍA



METODOLOGÍA

Para efectuar el diseño del programa paliativo de psicoestimulación cognitiva se consideran diferentes etapas secuenciadas en el tiempo y la aplicación de técnicas y estrategias pertinentes a cada momento y en función del propósito que se persigue.

Cabe destacar que si bien se presentan y desarrollan la totalidad de las etapas que incluiría el programa de ser aplicado, para su comprensión plena, se diferenciarán aquellas que fueron efectivamente implementadas y de las que se enuncian o diseñan en forma hipotética.

Por otra parte cabe aclarar que el programa se construye a partir de los aportes teóricos relevados, los rastreos de pruebas y test estandarizados y utilizados en el campo de la neuropsicología, pero a su vez ,metodológicamente se construye y organiza una secuencia original de administración al grupo concreto y a la situación específica de la institución indagada.

Por otro lado, si bien se toma como referencia planes de estimulación existentes se incluyen y recrean otras herramientas que transforman al proyecto en un diseño de intervención situada, adaptada y transformada para el caso particular indagado.

Por lo anterior, no se pretende extender o personalizar en forma automática a otros grupos, sin el debido proceso de análisis contextual y de los pacientes que intervienen en ellos.

Además, otro recaudo metodológico importante es aclarar, que si bien se ha efectuado un recorte de la patología a partir de sus manifestaciones mas evidentes, como lo son las funciones comprometidas y que a su vez son susceptibles de ser trabajadas luego por un cuidador, no se desconoce que cada paciente o residente presente una historia singular, vínculos particulares con los demás y una estructura socio afectiva que lo atraviesa y lo constituye , y que no ha sido abordada por la complejidad que eso implica, en relación a un trabajo mas de corte casuístico clínico.



El proyecto incluye tres fases o etapas:

- Preparatoria -exploratoria
- Diseño del plan de actividades de Estimulación.
- Diseño de modelo de evaluación de impacto

Primera fase: Preparatorio Exploratoria

En esta primera parte del proyecto se relevó información pertinente que permitió ordenar y seleccionar la Institución y el grupo de residentes participantes, así mismo se definieron los tipos de instrumentos a utilizar, el tiempo y el espacio de aplicación. La etapa exploratoria a su vez se organizó en dos momentos:

1- Aproximación Diagnóstica a la Institución

2-Selección de los sujetos a trabajar

Segunda fase: Diseño del plan de actividades de estimulación

En función de los datos recabados en la primera etapa, y del posicionamiento teórico enunciado en el trabajo, se procede a diseñar un plan de acción para el trabajo con el grupo seleccionado.

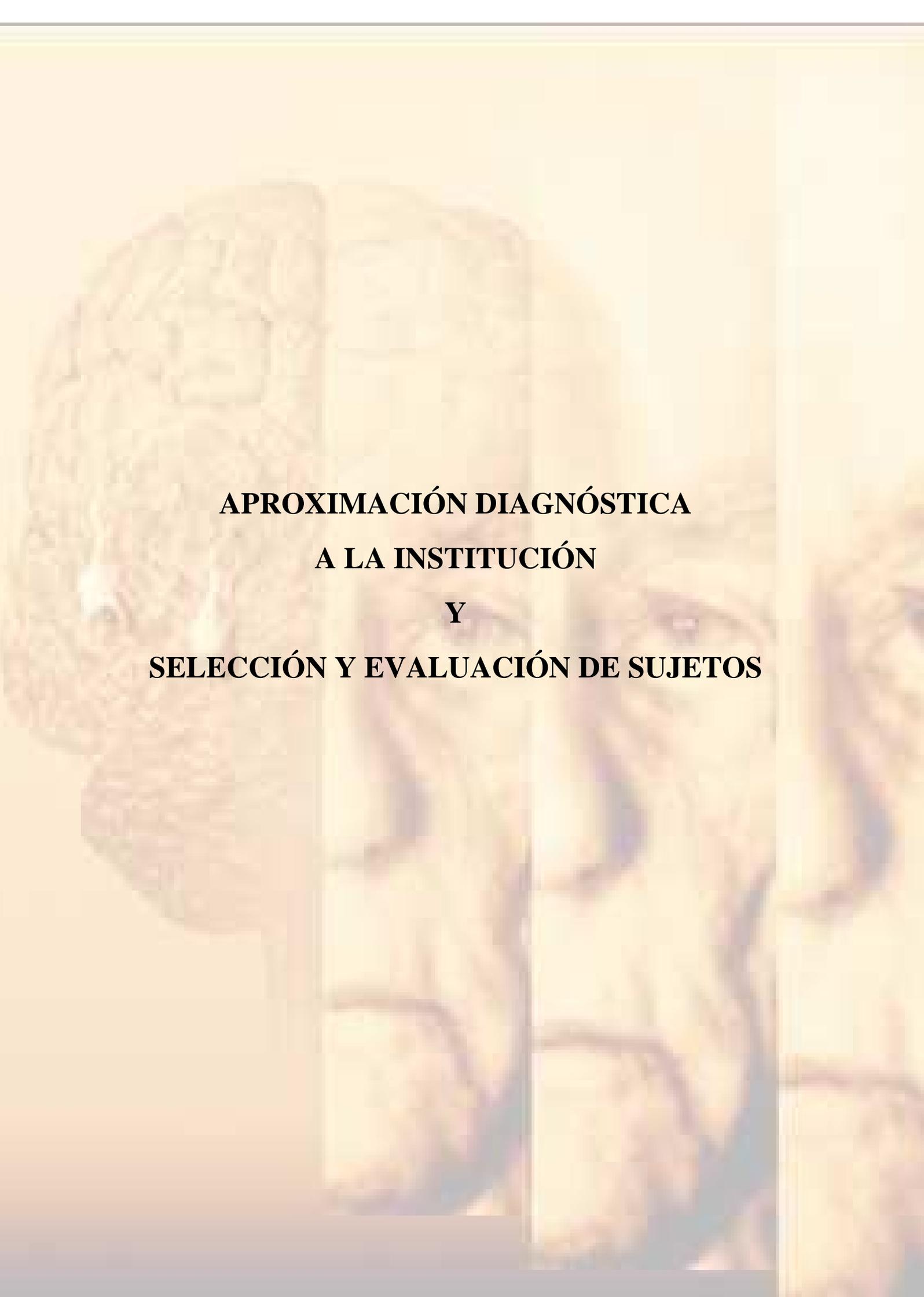
El plan de actividades contiene objetivos, procedimientos metodológicos y temáticos a trabajar. Las actividades se construyen en relación a las funciones cognitivas a estimular y permite organizar distintas secuencias o combinaciones para trabajar en un proceso de tiempo largo.

Tercera fase: Evaluación de impacto

El objetivo principal de esta fase, es descubrir la efectividad del programa y para esto, se toma como base de comparación los objetivos del mismo, a la luz de la relación entre estos y sus presuposiciones.



Además de posibilitar el conocimiento de los efectos de este proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos utilizados, se determinara hasta qué punto se alcanzaron los objetivos establecidos.



**APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA
A LA INSTITUCIÓN
Y
SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE SUJETOS**



APROXIMACION DIAGNOSTICA A LA INTITUCION

Instrumentos

Con la intención de relevar el estado actual de la organización, en que se encuentra la problemática a investigar en la misma, se realizó un **plan diagnóstico**, utilizando diversos instrumentos cualitativos para la recolección de datos, que se detalla a continuación:

Técnicas utilizadas:

Observación Participante:

- Visitas a la institución, lugares de trabajo.

Entrevistas semidirigidas (Anexo):

- Con el medico de la institución.
- Con la directora general de la institución.

Fuentes secundarias

Lectura de material contribuido por la institución.

- Folletos
- Reglamento Interno
- Guía de Actividades de Laborterapia

El Relevamiento de la información en relación al contexto institucional, la infraestructura y población a la que atiende, sobre todo para detectar las fortalezas y debilidades relacionadas con la posibilidad de la implementación del proyecto, se efectuó a través de la observación, principalmente, charlas informales y recorrido de la institución de forma personal, junto al análisis de contenido del material documentado. Se incluye:

- Entrevistas semidirigidas a directivos y /o aquellos que integren cargos jerárquicos en la institución, con el objeto de exonerar información inherente a la historia y fundación de la misma, su misión, políticas, expectativas y objetivos.



- Entrevistas semiestructuradas y cuestionarios dirigidos a: médicos, psicólogos y profesionales afines para profundizar y conocer de acuerdo a su experiencia laboral, la importancia y/ pertinencia de un programa de psicoestimulación y entrenamiento de funciones cognitivas en ancianos demenciados con alteraciones cognitivas leves.

Descripción de la institución

En el año 2007 aproximadamente, un equipo de profesionales de la ciudad de Córdoba, entre ellos médicos, kinesiólogas y asistentes Geriátricos, debido a su vasta experiencia en el rubro geriatría y en el cuidado y atención para personas de tercera edad deciden emprender un nuevo proyecto llamado “La Glorieta”. Para ello, unieron esfuerzos tratando de lograr un ambiente propicio y adecuado para la asistencia de “abuelos” que allí residen.

La idea se gesta como consecuencia del conocimiento y solvencia profesional de quienes lo integran, adquirida en años previos de trabajo en distintos centros y residencias dedicadas a esta actividad, en la zona de Saldan y Villa Allende.

Las socias gerentes, conjuntamente con otros profesionales, habían constituido un vínculo laboral hace siete años atrás, razón que las llevó a querer tener su propia residencia geriátrica incorporando personal idóneo y de su conocimiento previo.

Con el tiempo, incorporaron provechosos y novedosos cambios que beneficiarían notablemente los servicios brindados, logrando integrar un capacitado equipo profesional con jóvenes pero experimentados médicos y demás profesionales.

De esta forma empieza a gestarse la institución, expandiéndose y diversificando sus prestaciones, con la incorporación de diversas actividades pensadas para el mejoramiento continuo. Tal es así que lograron incrementar un servicio de asistencia integral, de rehabilitación y recuperación en general, con atención las 24 Hs., servicios de emergencia, entre otros, haciendo de la institución un espacio confortable para favorecer y afianzar la atención de sus residentes.



El posicionamiento y crecimiento de este centro es tal, que logró instaurarse como uno de los geriátricos mas completos de Saldan, zona donde se sitúa la residencia., liderando en la dirección General, la Dra. Andrea Torelli junto a Lucrecia Pognante, socia gerente encargada del área administrativa y atención en general.

Actualmente, La Glorieta es una institución que se halla en plena etapa de crecimiento en busca de formalizar y establecer sus actividades e instaurarse de una manera más eficaz, que posibilite y permita atender a las necesidades no solo de los pacientes y sus cuidadores sino del personal en general.

El propósito que guía el trabajo de sus profesionales es mejorar y elevar la calidad de vida de los residentes, trabajar interdisciplinariamente, promover, favorecer y afianzar la contención afectiva logrando el desarrollo de la autoestima.



Descripción de la institución

Comodidades

Diseñado para la internación geriátrica, la Glorieta cuenta con ambientes de óptima iluminación, ventilación y espacio para el mayor confort y comodidad:

SECTOR "A"

- Habitaciones que cuentan baño privado
- Calefacción por radiadores
- Sala de estar y Tv
- Amplios ventanales y vista panorámica

SECTOR "B"

- Habitaciones equipadas para internaciones
- Sala de enfermería
- Consultorios

Servicios

- Asistencia Integral
- Rehabilitación y Recuperación General
- Atención las 24 hs
- Nutrición
- Kinesiología
- Servicio de emergencia
- Pensión permanente o temporaria
- Servicio de lavandería

Actividades

- Talleres varios
- Laborterapia
- Festejos especiales
- Visitas
- Gimnasia.



Misión

“...crecer y desarrollarse hacia óptimos niveles, en el cuidado y atención en servicios para personas de tercera edad”

“...ofrecer la máxima calidad y calidez en la atención para mejorar y optimar la calidad de vida de los residentes...”

Objetivo

“...añadir nuevas actividades y talleres para la asistencia integral del paciente logrando la contención afectiva y la integración de los mismos...”

Políticas

“...Trabajar en un ambiente de trabajo saludable, seguro y productivo...”

“...Generar y mantener las condiciones de seguridad y salubridad en los lugares de trabajo...”

Estructura de la institución

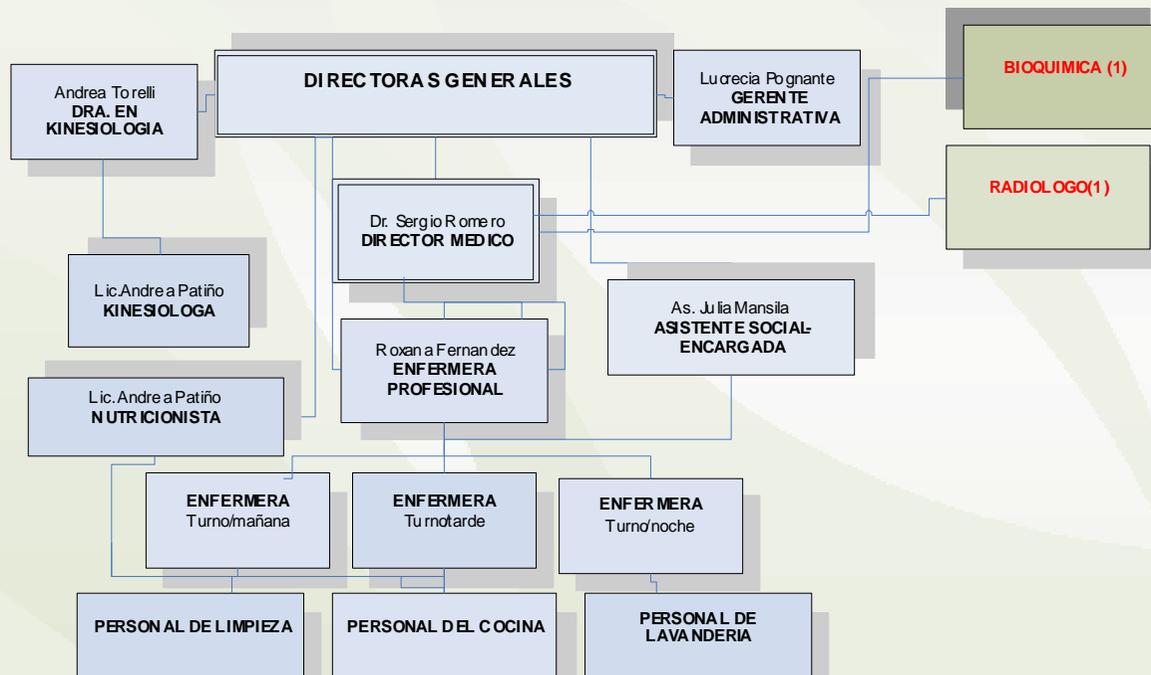
Las actividades y decisiones en la institución se transmiten a través de líneas de mando y su estructura piramidal reposa considerablemente en la autoridad formal bajo la dirección general y el director medico.

El equipo operativo esta conformado por el médico, una enfermera profesional, otras tres distribuidas en forma rotativa en los tres turnos (mañana, tarde y noche), junto al personal de limpieza, cocina y lavandería respectivamente.

La plantilla del personal se completa con una nutricionista, dos kinesiólogas, asistentes geriátricas, asistente social y laborterapista.



ORGANIGRAMA.
“RESIDENCIA GERIÁTRICA: “LA GLORIETA”





Análisis FODA

Las fortalezas con las que cuenta esta institución, definen el aspecto positivo de la misma, y es netamente de carácter interno.

Estas fortalezas se derivan de aquellos servicios que ofrece “la organización”; y mas importante aun, de la prioridad e importancia que destacan los distintos profesionales sobre la calidez y calidad en la construcción del vinculo con los ancianos, por parte de estos para lograr su bienestar emocional. Ellos consideran hacer de “una residencia geriátrica” la extensión del propio hogar para que los lazos familiares se mantengan constituidos e integrados, entendiendo la difícil decisión y tarea que implica internar a un familiar.

Esto, marcaría la diferencia con otras instituciones similares en el rubro proporcionando un aumento en la eficacia y eficiencia para el desempeño de sus funciones, lo que, probablemente, les permitirá facilitar el alcance de las metas propuestas por la institución. Las mismas están asociadas a la incorporación y renovación continua, a la idea de implementación e incorporación de nuevas actividades y talleres para el bienestar del adulto mayor. Estas fueron llevadas a cabo a través del área de laborterapia constituida por la asistente social, la Psicóloga, la participación de los directivos de la institución y por supuesto los residentes.

Utilizar la música como instrumento comunicacional e incorporando en el ambiente estímulos relacionados al recuerdo, a la memoria (reminiscencia) y a la respuesta rítmica del cuerpo, es de suma importancia para el entrenamiento y activación de las funciones involucradas. Otros talleres se han desarrollado en la institución a lo largo del 2009 y conciernen al movimiento y a la gimnasia grupal, donde se trabajó focalizando puntos como el “reconocimiento” y el establecimiento de vinculo”. Aquellos pacientes que se hallaban en sillas de ruedas integraban, también la ronda para la ejercitación., favoreciendo su ubicación espacial, en el entorno, aliviando sensaciones de inseguridad. Algunos de los movimientos estaban dirigidos a la amplitud de miembros superiores, elevación coordinada, con extensión de brazos, dedos y manos.



Son varias las actividades que fueron llevadas a cabo en pos de alcanzar niveles óptimos para el bienestar del adulto mayor, creando verdaderas fortalezas para la institución en si misma. Estas prácticas no se están empleando en la actualidad por falta de recursos económicos, materiales, y/o grupos poco motivados para actividad.

Aunque los talleres de laborterapia, abandonados el año pasado, se estén re-pensando y se encuentren en proceso de desarrollo, en la actualidad la clínica geriátrica no tiene incorporada como parte de sus prácticas a la actividad lúdica y la ejercitación para los residentes. Esto se convierte en una debilidad para la institución, afectando de forma negativa y directa el desempeño de la misma, probablemente derivándose en precarios y efímeros servicios para la estimulación de estos pacientes.

La institución se encuentra frente a una población con psicopatologías diversas, la cual no cuenta con un cuerpo de profesionales vinculados netamente al área de salud mental (psicólogos, psiquiatras, etc.) en su defecto, la plantilla esta conformada solo por un medico gerontólogo, encargado de la totalidad de pacientes que allí residen, avocando puntualmente sus funciones a cuestiones medicas/clínicas netamente.

Tales debilidades encontradas en el análisis institucional, se podrían contrarrestar con acciones inmediatas a efectos de transmutarlas en fortalezas para la institución indagada mediante acciones correctivas al respecto, sujetas a una baja inversión económica con una alta recuperación dada por la calidad de los servicios brindados y una optima imagen retribuida a la institución.



SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A TRABAJAR

Procedimiento

El programa paliativo de entrenamiento y psicestimulación de funciones cognitivas está dirigido a personas que se encuentran en estadios incipientes de la enfermedad de Alzheimer, es decir, se excluyen aquellos que se hallen en fases muy avanzadas de la patología u otras demencias cuyo declive cognitivo es evidente y notorio.

Para apoyar el proyecto de aplicación profesional será necesario relevar información pertinente sobre el grado de deterioro de los residentes y evaluar los diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones viso perceptivas, viso-motoras y viso constructivas, planificación y de ejecución de los sujetos, entre otras. De esta forma se podrá determinar y establecer un filtro sobre quienes van a constituir la población de interés y por lo tanto, podrán beneficiarse al recibir el programa de estimulación. Asimismo se establecerá una rentabilidad diagnóstica, valorando mediante las siguientes técnicas no solo aquellas funciones involucradas, comprometidas y afectadas sino aquellas que se encuentren conservadas, para dirigir y operar sobre ellas con el programa paliativo de entrenamiento.

Instrumentos

Con el fin de evaluar el estado actual de los participantes se utilizó el **Mini-Mental State Examination** (Folstein y cols. 1975), por su gran difusión como test de screening tanto en la clínica como en investigación. Además es el instrumento más utilizado para evaluar los efectos de intervenciones en pacientes con demencia así como para valorar la progresión del deterioro cognitivo, evaluando capacidades cognitivas como la orientación espacio-temporal, la memoria inmediata, el lenguaje y las praxias ideatorias constructivas. Un resultado por debajo del punto de corte sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado normal no permite descartar un eventual deterioro. Su



puntaje máximo es de 30 y su valor de corte 24. Sin embargo, se recomienda utilizar como valor de corte 26, como en la mayoría de los estudios internacionales.

El **Test del dibujo del reloj o Clock Drawing Text (CDT)** se administró para valorar el estado cognitivo del sujeto y evaluar diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones viso perceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras.

El punto de corte para la estimación del deterioro asociado a la demencia tipo Alzheimer que muestra mayor eficacia (93,16) es de 6 con una sensibilidad del 92,8% y una especificidad del 93,48%. Por lo tanto se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y agujas del reloj) en el test es menos o igual a 6 o como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor a 6 (Thalman y cols. 1996).

Se aplicó el **Test de las Fotos** (fototest), instrumento breve, cuya estructura asegura una adecuada validez de contenido al evaluar directamente memoria visual, capacidad ejecutiva (fluidez verbal), denominación (lenguaje), elementos esenciales cuya afectación se exige para el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia. El punto de corte es de 25/26 para DEM Y 28/29 para DET (Carnero-Pardo y cols. 2007).

Otros instrumentos utilizados:

- ζ Entrevistas semi-estructuradas y cuestionarios dirigidos a médicos, psicólogos, cuidadores y profesionales afines para profundizar y conocer de acuerdo a su experiencia las patologías recurrentes en la residencia geriátrica.
- ζ Lectura y análisis de documentos varios: Informes de Laborterapia de los pacientes e historias clínicas de los mismos.



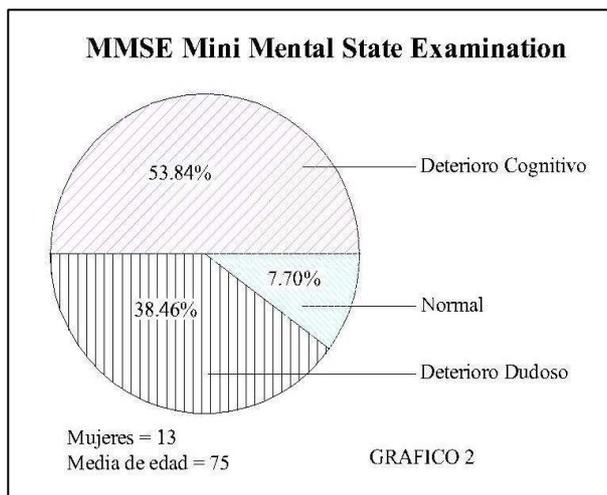
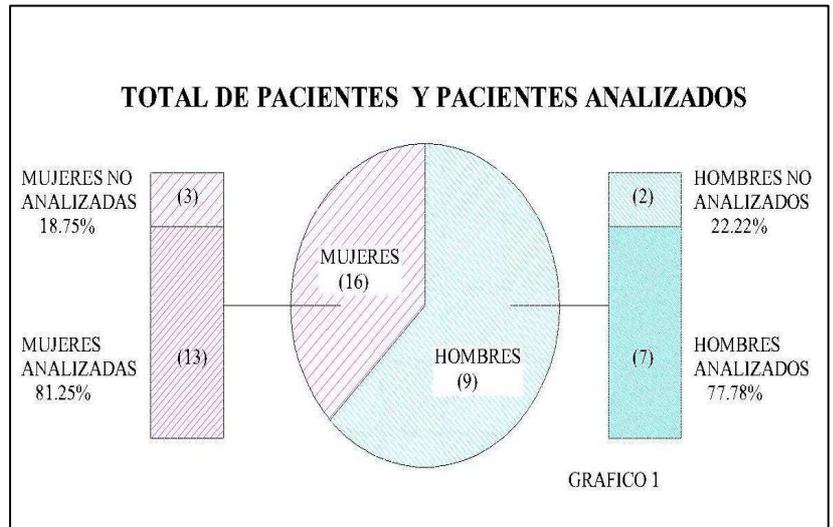
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MMSE

La muestra evaluada se caracteriza por estar compuesta de, 13 mujeres (media de edad: 75) y 7 hombres (media de edad: 71) y de la totalidad de pacientes analizados, el 77% tenía educación primaria y secundaria completa, el 13% tenía educación superior o universitaria y un 10% solo educación primaria.

A partir de la aplicación y administración del Mini Mental State Examination, se obtuvo como

resultado que, de las 13 mujeres analizadas se ratificó que el 53,84% de las mismas obtuvieron un puntaje menor a 24 (punto de corte), manifestando deterioro cognitivo, el 38,46% obtuvieron puntajes entre 24 y 26 puntos, mostrando un deterioro cognitivo dudoso y el 7,70% restante obtuvieron puntajes entre 27 y 30 puntos en el examen básico perteneciente a un estado cognitivo normal.

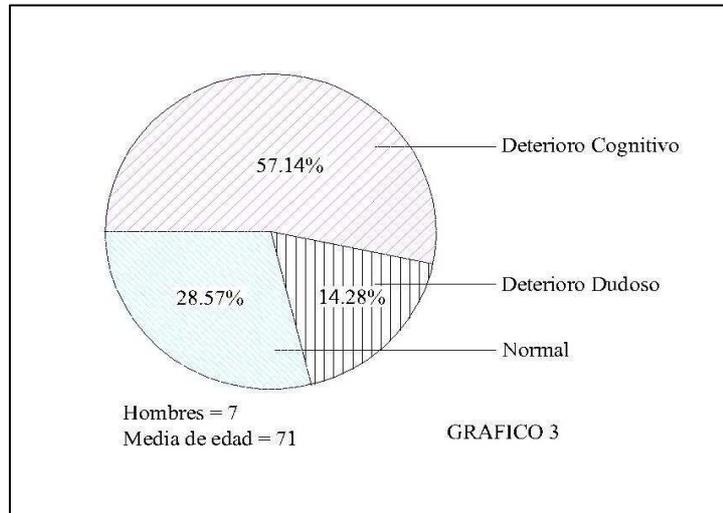


Los fallos recurrentes fueron en la orientación temporo-espacial y la memoria, sobre todo en el ítem que evalúa Recuerdo diferido. También se pudieron apreciar dificultades en concentración, comprensión y lenguaje, sobre todo en la lectura del material.



El estado cognitivo de los hombres según el instrumento aplicado, arrojó que el 57,14% de los mismos presenta deterioro cognitivo, el 28,57% deterioro cognitivo dudoso y el 14,28% de ellos un estado cognitivo normal. Las mayores dificultades se presentaron en los ítems referidos a la atención y el cálculo junto a las alteraciones en el lenguaje, manifestando en el recuerdo diferido evidentes fallos.

El 75% de los protocolos de los hombres analizados con este instrumento mostraron dificultades en la copia de la figura (praxias constructivas).

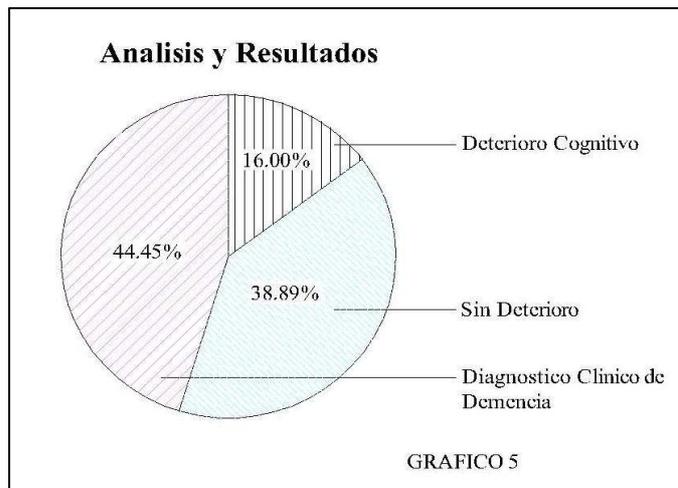




Test de las fotos (FOTOTEST)

De los 20 pacientes contactados, el 10 % fueron bajas (un paciente por ausencia dada por enfermedad y uno por no consentimiento verbal, con un porcentaje de participación del 90%), siendo la muestra final de 18, con una distribución por sexos del 66,67% de mujeres y 33,33% de hombres.

De la totalidad de pacientes analizados, el 38,89% de los mismos puntuaron por encima del punto de corte (25/26) no manifestando deterioro cognitivo. El 16% del total de los residentes geriátricos analizados, presentaron deterioro cognitivo, exhibiendo alteraciones recurrentes en el Recuerdo Libre y el Recuerdo facilitado, conservando la fluidez verbal y la denominación en el lenguaje. El 44,45% del total de pacientes puntuaron debajo del punto de corte presentando un diagnóstico clínico de demencia. Estos últimos manifestaron evidentes fallos de la memoria reciente en el proceso de registro de la información.



Los pacientes tuvieron dificultades notorias en la recuperación espontánea de objetos, sobre todo en el proceso de consolidación de material, con olvidos a largo y a corto plazo. En consecuencia, con dificultades para el proceso de evocación o reconocimiento de información previamente presentada.

Lo descrito también se cotejó de acuerdo a los documentos y registros de observación e información aportada por el médico gerontólogo, resaltando que en la mayoría de los casos de diagnóstico demencial, las alteraciones estaban presentes también en la capacidad de evocación de los recuerdos episódicos y semánticos remotos, con el fenómeno del declive temporal del recuerdo (los hechos más lejanos, son los que recuerdan mejor, antes que los más recientes que se olvidan antes) y con una presencia de falsas memorias o reconocimientos (pacientes que frente a una lámina donde había una Pera, nombraban la palabra “tren”)



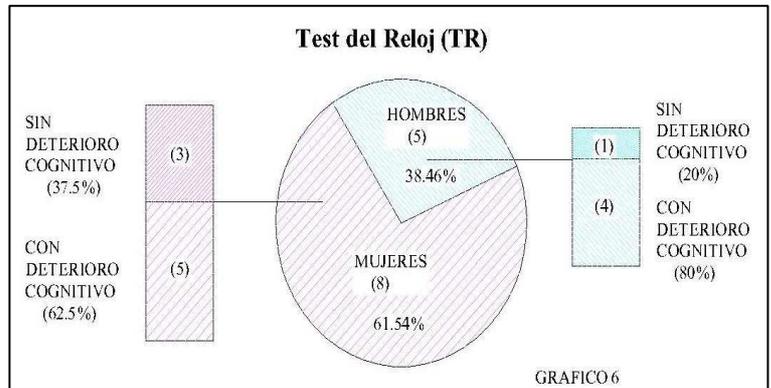
Los pacientes presentaron alteraciones, sobre todo en la memoria reciente con una gran dificultad para retener información nueva. Los déficits a corto plazo, se evidenciaron a la hora de recordar y procesar material que se acababa de obtener (por ejemplo lo que se ha hablado en una conversación, recordar el capítulo de un libro que se acaba de leer, etc.), esto acompañado de pobreza en el vocabulario, menor comprensión de palabras y mayor dificultad para la denominación, incorporar material nuevo y recordar información ya aprendida.



Test del dibujo del reloj o Clock Drawing Text (CDT)

En la aplicación del test del reloj, de la totalidad de pacientes analizados, el 61,54% mujeres y 38,46 % hombres, se obtuvieron diversas puntuaciones en la ejecución del mismo. Los resultados

arrojados fueron que el 80% de los hombres presentaron alteraciones cognitivas notables. Estas alteraciones estaban presentes en el 62,5% de las mujeres sometidas a la prueba. El 37,5 de las mismas puntuaron por encima del punto de

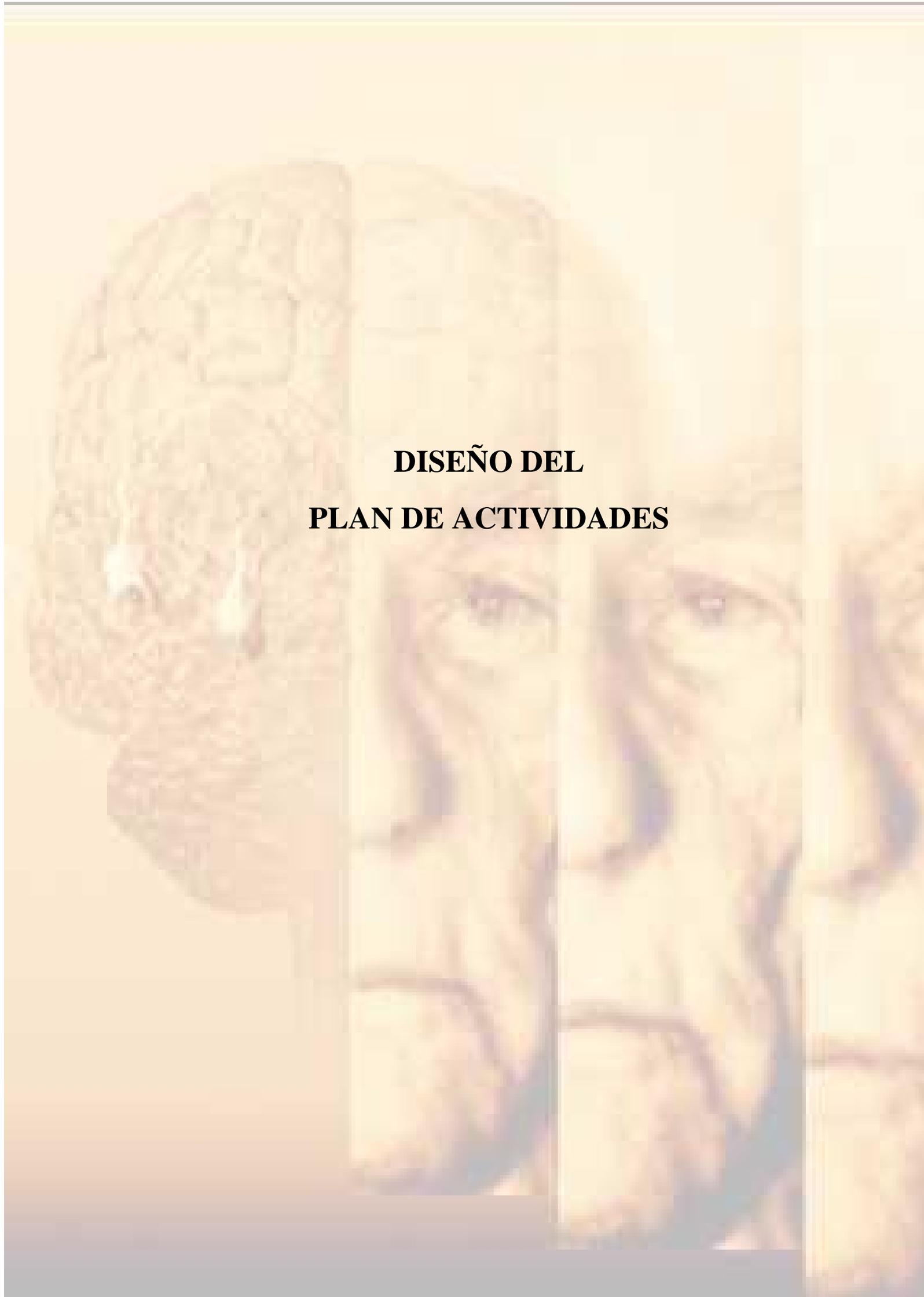


corte presentando un estado cognoscitivo normal, conservando determinadas capacidades (planificación, coordinación, orientación etc).

La mayoría de las mujeres con alteraciones cognitivas, manifestaron en la ejecución del reloj, fallas en la coordinación de esta tarea; en la organización visual y motora, así como en la capacidad de procesar simultáneamente la tarea que está ejecutando.

Los hombres fallaron en la ejecución de las instrucciones vinculadas a que el reloj marque una determinada pauta horaria como dice la consigna, vinculando estas fallas al almacenamiento en la memoria y posteriormente a la recuperación de esa información.

Se pudieron constatar en estos pacientes la incapacidad de dibujar la esfera de reloj lo suficientemente grande como para situar en ella todos los números, esta micrografía podría ser un marcador de alteración motora afectando otros dominios cognitivos como la orientación visuoespacial, praxias constructivas, la planificación y las capacidades vinculadas al procesamiento de la información.



**DISEÑO DEL
PLAN DE ACTIVIDADES**



DISEÑO DE PLAN DE ACTIVIDADES

El programa paliativo de entrenamiento y psicoestimulación cognitiva es utilizado para reactivar. No pretende restituir las funciones cognitivas de los pacientes demenciados o que padezcan síndromes neurológicos graves.

Esta diseñado para ser aplicado a personas añosas con algún tipo de deterioro cognitivo leve.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

- ζ Potenciar y optimizar, la independencia y auto validez en pacientes de tercera edad mejorando su calidad de vida través de diferentes técnicas de estimulación cognitiva
- ζ Mantener a la persona activa y estimulada para la ralentización del declive cognitivo y funcional durante la fase incipiente de la demencia tipo Alzheimer.
- ζ Mantener las capacidades remanentes estimulando las aéreas que aun se encuentran preservadas evitando el progreso del deterioro.



ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACIÓN AL PROGRAMA.

CANTIDAD Y DURACION DE LAS SESIONES.

Lo habitual sería una sesión por semana, cuya duración es por lo general, de una hora y media cada una.

PREPARACION DE LAS SESIONES

- ζ Proveerse de un cuaderno o carpeta donde se llevara el registro del: Nombre y Apellido de cada uno de los participantes. En cada ficha se anotaran las evaluaciones objetivas(test) que se realizaran desde la iniciación del programa y las reevaluaciones sucesivas, las observaciones sobre los rendimientos, las dificultades, los avances de cada uno en el transcurso del desarrollo del programa
- ζ Lista de actividades que se llevara a cabo en cada sesión
- ζ Seleccionar el material que se utilizara teniendo en cuenta el tiempo del que se dispone, el tipo de participantes y las funciones específicas que se van a entrenar.

Para la aplicación del programa

El paciente ha de tener conocimiento de los beneficios que aportará el programa de rehabilitación, proporcionándole información relevante para que comprenda la relación entre sus problemas funcionales y las técnicas de tratamiento utilizadas, a la vez que necesita tener la sensación de pertenencia al programa y al grupo. Estos programas son, además, de especial importancia en el mantenimiento de la máxima independencia funcional posible de los ancianos, quienes están amenazados por un incremento de los niveles de dependencia.

Las actividades que se desarrollan en los programas, actuarán en dos niveles:

A nivel individual:

- Evaluación de la situación del paciente.
- Evaluación del programa y de los resultados obtenidos.(Evaluación de Impacto)



A nivel actitudinal:

- El terapeuta debe ser el hilo conductor del taller. Debe centrar la sesión en la función que se está estimulando o ejercitando y consiguiendo los objetivos propuestos para cada actividad.
- Es importante que se trabaje sobre la función no sobre la actividad. Es decir, no importa que la actividad quede inacabada, siendo lo primordial la estimulación de la función que se esté ejercitando.
- Reforzar cualquier pequeño logro que se consiga en la terapia.
- Presentar la información con un ritmo más lento y pausado. Se debe esperar a que los pacientes procesen la información sin forzarlos a responder. Se debe dejar un tiempo de reacción para que den la respuesta. Si este periodo es demasiado prolongado, se darán pautas al paciente.
- No se debe infantilizar nunca a los pacientes.
- Llamar a cada paciente por su nombre.
- Captar y mantener el contacto ocular.
- Hablar de manera sencilla (simplificar el mensaje).
- Utilizar los gestos (comunicación no verbal).
- Ser conscientes de los déficits sensoriales y mentales.
- Sonreír y expresar sentido del humor.
- Mantener un tono de voz adecuado, no alzándola ni gritando nunca.

Recursos materiales y económicos

Para la ejecución del programa paliativo de entrenamiento y psicoestimulación cognitiva, será necesario contar con los recursos materiales requeridos para la realización de las acciones dirigidas a cumplir aquellos objetivos específicos. Para ello, fue necesaria la elaboración del presupuesto pertinente, el costo estimado de los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades del proyecto y se presentan a continuación:



Organización y cronograma de actividades del programa.

Las actividades inherentes al programa de entrenamiento y psicoestimulación cognitiva dirigido a personas de tercera edad que padecen demencia con alteraciones leves, se organiza en fases, permitiendo en cada una de ellas el entrenamiento y la estimulación de una función cognitiva (Memoria, praxias, Calculo, lenguaje, Gnosias y Orientación). A los fines prácticos, se detalla a continuación la cronología y la programación las actividades y talleres, conjuntamente con las fases del programa.



PLAN DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE 2010

Proyecto "Programa de entrenamiento v psicoestimulacion Cognitiva"			Organizador: María Eugenia Torras		
fase del proyecto	comienzo	fin	fase del proyecto	comienzo	fin
COMPRA Y PREPARACION DE MATERIAL	1.08.2010	1.08.2010	6ºSesion. Estimulación. Gnosias	29.09.2010	5.10.2010
EVALUACION PSICOLÓGICA DE CADA	4.08.2010	9.08.2010	Evaluaciones Posteriores, Seguimiento y	6 .10.2010	12.
1º Sesión: Estimulación. Orientación Temporo	25.08.2010	31.8.2010		[Selec.	[Selec.
2º Sesión: Estimulación. Lenguaje	1.09.2010	7.09.2010		[Selec.	[Selec.
3ºSecion: Estimulación. Calculo	8.09.2010	14.09.2010		[Selec.	[Selec.
4ºSesion. Estimulación. Memoria	15.09.2010	21 09.2010		[Selec.	[Seleccion
5ºSesion. Estimulación. Praxias	22 09.2010	28 09.2010		[Selec.	[Selec.

	<p>agosto</p> <table border="1"> <tr><td>L</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>D</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td></tr> <tr><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>	L	M	X	J	V	S	D					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<p>septiembre</p> <table border="1"> <tr><td>L</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>D</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	L	M	X	J	V	S	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						<p>Octubre</p> <table border="1"> <tr><td>L</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>D</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	L	M	X	J	V	S	D				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24	25	26		27	28	29	30	31				<p>noviembre</p> <table border="1"> <tr><td>L</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>D</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td></td></tr> </table>	L	M	X	J	V	S	D						1	2		3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20	21	22	23		24	25	26	27	28	29	30		<p>diciembre</p> <table border="1"> <tr><td>L</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>D</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	L	M	X	J	V	S	D	1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21		22	23	24	25	26	27	28		29	30	31					
L	M	X	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																																																
				1	2	3																																																																																																																																																																																																																																
4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																																																																																																
11	12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																																																																																
18	19	20	21	22	23	24																																																																																																																																																																																																																																
25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																																																
L	M	X	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																																																
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																																																																																																																																																
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																																																																																																																																																
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																																																																																
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																
29	30																																																																																																																																																																																																																																					
L	M	X	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																																																
			1	2	3	4	5																																																																																																																																																																																																																															
6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																																																																																
13	14	15	16	17	18	19																																																																																																																																																																																																																																
20	21	22	23	24	25	26																																																																																																																																																																																																																																
27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																																																		
L	M	X	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																																																
					1	2																																																																																																																																																																																																																																
3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																																																																																																																																
10	11	12	13	14	15	16																																																																																																																																																																																																																																
17	18	19	20	21	22	23																																																																																																																																																																																																																																
24	25	26	27	28	29	30																																																																																																																																																																																																																																
L	M	X	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																																																
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																																																																																																																																																
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																																																																																																																																																
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																																																																																																																																																
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																
29	30	31																																																																																																																																																																																																																																				



PLAN DE ACCIÓN:

Para dar comienzo a los talleres de entrenamiento y psicoestimulación será necesario que el coordinador/a del mismo diga su nombre y los datos que desee agregar (edad, estado civil, nacionalidad, etcétera), luego sucesivamente cada uno de los participantes harán lo mismo. Posteriormente evocaran el nombre y todos los datos posibles que han oído de los otros participantes, reforzando la función mnésica.

En cada sesión se reforzara y estimulara la motivación, la comunicación, teniendo en cuenta los intereses, gustos y particularidades de cada integrante (las personas recuerdan mas cuando entran en juego el afecto y lo placentero).

ENCUENTROS Y ACTIVIDADES

1° ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal.

OBJETIVOS

- Desarrollar el sentido de la orientación y la memorización del espacio por medio de asociaciones entre lugares y objetos, utilizando la imagen mental.
- Aprender a desplazarse en el espacio a través de referentes¹ espaciales.

ACTIVIDADES

Las actividades que se desarrollaran en este encuentro están orientadas a estimular la orientación temporal, espacial y de la persona. Primero se realizaran

¹ Referentes: signos que, asociados a lugares o acontecimientos fijos, facilitan el detectar datos que subyacen en la memoria.



preguntas tales como ¿Qué día es hoy? ¿Qué año? ¿Dónde estamos? ¿En qué barrio estamos?, ¿Cual es su nombre? ¿Cuántos años tiene? ¿En qué año nació? Etc.

Durante este encuentro, se realizaran actividades que permitan estimular la memoria y el recuerdo de espacios o recorridos que hacen habitualmente. También se trabaja la orientación temporal en base a la historia, acontecimientos de la vida de los ancianos, etc.

PARTICIPANTES

En este encuentro se trabajará individualmente con cada uno de los participantes del proyecto.

DURACIÓN

Este encuentro tendrá una duración aproximada de una hora con cada participante.

RECURSOS

- Cubos coloreados para armar figuras.
- Planos de diferentes lugares.
-



2º y 3º ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva en el área del lenguaje

(Fluidez verbal², vocabulario-expresión oral y escrita-significación verbal³)

OBJETIVOS

- Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.
- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar la expresión verbal.
- Mantener y estimular la comprensión verbal.
- Potenciar la capacidad de repetición.
- Favorecer la incitación y la fluidez verbal.
- Ejercitar la mecánica de la lecto-escritura.

ACTIVIDADES

En el segundo encuentro el objetivo es poder fomentar el lenguaje verbal y la fluidez del mismo. Para esto se generaron actividades que permiten trabajar el lenguaje automático, espontáneo, la denominación de objetos, evocación categorial, repetición verbal, lecto-escritura, descripción, copiado de texto, razonamiento, abstracción y otras funciones verbales y fluidez verbal.

Para trabajar el lenguaje automático, los ejercicios planteados se trabajan oralmente. Se pueden utilizar estrategias de facilitación oral, como por ejemplo empezar la serie automática de palabras, Evocar la mayor cantidad posible de palabras a partir de categorías (flores, comidas, animales). Para comenzar a estimular este lenguaje se pueden realizar la enumeración de los meses del año, o de las estaciones, los días de la

² Fluidez verbal: capacidad de recordar palabras pronunciadas o escritas. Mide el vocabulario activo que una persona puede recordar)

³ Significación Verbal: Es la capacidad de reconocer y comprender las ideas expresadas con palabras



semana, contar del 1 al 10, por ejemplo. La fluidez verbal se relaciona con la capacidad para recordar palabras específicas y ayuda a medir el vocabulario activo que se puede recordar, facilitando también el ejercicio de la memoria.

Se pretende ejercitar el lenguaje espontáneo, para esto se utilizan recursos que facilitan la evocación de palabras. Por ejemplo, utilizando una lámina, fotografía o situación determinada, se les pide a los participantes que describan que hay en la imagen, que ropa llevan puesta, que objetos hay en la sala, que explique lo que hace a diario en la institución, etc.

Por otro lado, los ejercicios de denominación no sólo hacen referencia al lenguaje verbal, sino al escrito. Presentándole una serie de imágenes simples se les pide que escriban por debajo de cada imagen el nombre del objeto que representa. De esta forma también se estimula la motricidad.

Para ejercitar la evocación categorial se le brinda al sujeto una serie de planillas con diferentes consignas, sobre las cuales debe trabajar. Por ejemplo, una grilla con consignas como: “escriba palabras que comiencen con la sílaba:” y se le brindan cuadros con sílabas distintas para que escriban las palabras. También se trabajan palabras que inicien con ciertas letras, o conjugación de letras (TR, BR, etc.). Otra forma de estimular la evocación, es brindándoles categorías sobre las cuales tienen que buscar palabras, por ejemplo: animales, nombres de varón, objetos que se encuentran en supermercados, etc.

La repetición verbal utiliza mucho la memoria, ya que se le dicta una serie de letras, palabras o frases, que el sujeto debe repetir. Este ejercicio puede ser realizado cuantas veces sea necesario, con las mismas o diferentes palabras. Es necesario tener en cuenta que deben proponerse frases con diferente número de palabras y distinto nivel de dificultad de éstas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral, al estadio de deterioro del enfermo.

En el tercer encuentro se pretende trabajar lo relacionado a la lecto-escritura, la construcción de frases en base a la redacción a partir de una palabra o varias, y la redacción de textos sobre situaciones que ha vivido el sujeto o lo que ha hecho durante el día, sobre un espectáculo al que haya asistido, etc. Otra forma de ejercitar el lenguaje



es brindar al paciente una serie de palabras a las cuales le falta una letra, y deben completarlas. La redacción guiada es un buen ejercicio para comenzar a trabajar sobre la lecto-escritura, ya que se le brinda al sujeto una base para poder ejercitar el lenguaje.

Es importante retomar ejercicios realizados en encuentros anteriores, con el fin de no dejar de estimular aspectos que ya han sido trabajados, permitiendo que se sigan desarrollando. Para esto, en este tercer encuentro se utilizarán láminas sobre las cuales los pacientes deberán dar una descripción, también se le puede dar una consigna como “describa lo que lleva puesto” “que ve por la ventana” etc.

Finalmente, se pretende estimular el pensamiento abstracto, esto es la construcción de conceptos o constructos a partir de una serie de palabras o preguntas. Así se puede preguntar que tienen en común ciertas palabras, completar frases o se brindan dos series de palabras que deben ser unidas con flechas.

PARTICIPANTES

Cada encuentro se trabajará individualmente con cada uno de los participantes del proyecto.

DURACIÓN

Estos dos encuentros tienen una duración aproximada de una hora cada uno.

RECURSOS

- Láminas.
- Planillas para estimulación de lecto-escritura.



4º ENCUESTRO:

Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal

OBJETIVOS

- Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.
- Favorecer la producción de actos motores voluntarios.
- Mantener la mecánica de la escritura como ejercicio de las praxias gráficas.
- Favorecer las habilidades visuo-constructivas

ACTIVIDADES

La praxias son unas de las habilidades afectadas en los pacientes con Alzheimer, y la motricidad fina se pierde, lo cual requiere estimulación para mantenerla o por lo menos paliar su pérdida. En función de esto se desarrollaron actividades orientadas a estimular la psicomotricidad, mantener la escritura y poder favorecer la coordinación viso-motriz.

Así se proponen actividades como completar dibujos que se encuentran a la mitad, seguir líneas de puntos numeradas de diferente complejidad, y también listas de palabras que deben dibujar y que hacen referencia a objetos cotidianos.

PARTICIPANTES

Esta actividad puede realizarse de manera grupal o individual indistintamente.

DURACIÓN

Este encuentro tendrá una duración aproximada de una hora total.

RECURSOS

- Láminas para compeltar
- Hojas en blanco para dibujar.



5° y 6° ENCUENTROS:

Estimulación cognitiva de las capacidades gnósicas

OBJETIVOS

- Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.
- Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.
- Favorecer el acceso al sistema léxico y semántico.
- Trabajar el reconocimiento de los sonidos.
- Maximizar las capacidades lingüísticas.

ACTIVIDADES

En pacientes con la enfermedad de Alzheimer es importante que se estimule la concentración y atención, y para esto se diseñaron actividades que brindan tanto estímulos auditivos como visuales, que favorecen el reconocimiento de palabras y sonidos, maximizando las capacidades lingüísticas de los pacientes.

Las actividades propuestas se basan en reconocer elementos de fotografías, y posteriormente asociarlos a formas: objetos redondos, cuadrados, etc. También se le presentan objetos cotidianos sobre los cuales tienen que escribir el nombre, contar cuantos elementos hay, diferenciar los elementos entre categorías, entre otras.

Otra actividad que ayuda a la estimulación de la memoria y del lenguaje es la evocación de elementos relacionados, por ejemplo, nombrar cinco objetos azules, o plantear frases como “el cielo es de color...” y el paciente debe completar. El siguiente ejercicio se relaciona al reconocimiento de emociones, mostrándole diferentes rostros se le pide al paciente que determine qué emoción expresa en la foto.

La realización de ejercicios de organización espacial y percepción permite estimular al paciente a realizar actividades que los ubiquen temporalmente, como por ejemplo, organizar diferentes relojes en función de la hora que marcan; o mostrando relojes sin agujas y pedirles a los sujetos que las dibujen señalando una hora específica.



El encuentro cinco finalizará con una actividad de ubicación espacial, para lo cual se le mostrara al paciente una lamina con diferentes animales, algunos dentro de un circulo y otros ubicados alrededor de este, y se le preguntará sobre la ubicación que tienen algunos animales y el paciente deberá describirla.

En el sexto encuentro, se buscará estimular el lenguaje verbal y el reconocimiento de objetos y ambientes. Así se le presentarán imágenes de diferentes habitaciones de un hogar (pieza, cocina, baño, etc.) y se le pedirá que mencione objetos que se encuentran en la imagen, de que habitación se trata, que mencione la ubicación de algunos objetos, etc.

Posteriormente se trabajará con la coordinación viso-motora, para esto se establecieron ejercicios donde el sujeto debe recorrer líneas punteadas con el lápiz, o distinguir líneas con diferentes colores. También se le dan consignas de dibujar diferentes formas geométricas con diferentes colores.

Por último se presentan ejercicios de reconocimiento visual, donde deben encontrar diferencias, o marcar una o varias letras o números dentro de un conjunto.

Todas estas actividades permiten estimular en el sujeto el reconocimiento, la coordinación visual y motriz, y la estimulación verbal, habilidades afectadas por el Alzheimer.

PARTICIPANTES

Esta actividad se realizará individualmente con cada participante.

DURACIÓN

Cada encuentro tendrá una duración aproximada de una hora total.

RECURSOS

- Laminas con fotografías.
- Hojas en blanco para dibujar.
- Laminas con dibujos y actividades para completar.



7º ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal.

OBJETIVOS

- Es importante, mediante estos ejercicios, la estimulación y el desarrollo de la agudeza sensorial y la discriminación perceptiva, el entrenamiento en utilizar los sentidos como referentes para evocar recuerdos.

ACTIVIDADES

Las actividades de este encuentro esta orientadas a estimular los sentidos del olfato, el oído, el gusto y el tacto. La estimulación sensitiva permite la asociación de conceptos a experiencias, lo que estimula tanto el recuerdo y la memoria como la creación de nuevos recuerdos.

Para provocar la estimulación auditiva se propone la grabación de sonidos específicos que el paciente deberá reconocer. También frases asociadas a colores, o nombres, o números y cifras, que posteriormente el sujeto deberá repetir. Un ejercicio de mayor dificultad es escuchar una lista de palabras en la grabación, que después deberá repetir y categorizar.

Respecto de la estimulación olfativa, los ejercicios apuntan a aromas específicos de comidas o frutas, u olores de sustancias específicas contenidos en frascos o botellas opacas, que no permitan ver su contenido. Otro ejercicio plantea que a partir de imágenes los sujetos evoquen los olores, describiéndolos.

Mediante ejercicios para la estimulación gustativa, se distinguirán y describirán los sabores de distintas sustancias (dulce, salado, agrio, perfumado acido y amargo) buscando activar la memorización de ellos. Las actividades constan de observar alimentos en una lamina, evocar su gusto (dulce, amargo, salado, etc.) y plantear su agrado o desagrado.



Finalmente, para la estimulación táctil se pretende activar la memorización. Así se presentan dos ejercicios diferentes, uno para reconocer formas y otro para reconocer texturas. Teniendo los ojos cerrados, se le facilitaran al participante diferentes objetivos con formas y texturas distintas, a los fines de que puedan reconocerlos.

PARTICIPANTES

Esta actividad puede realizarse de manera grupal o individual indistintamente.

DURACIÓN

Este encuentro tendrá una duración aproximada de una hora total.

RECURSOS

- Elementos para estimulación olfativas.
- Laminas
- Elementos para estimulación táctil.



8º ENCUESTRO

Memoria

OBJETIVOS

- Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.
- Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.
- Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos.
- Potenciar la orientación de la persona.

ACTIVIDADES

En este encuentro se estimularán las diferentes memorias o procesos de evocación de información que puede utilizar una persona. En primera instancia se realizarán ejercicios para estimular la memoria reciente y el proceso de evocación inmediato y diferido de imágenes a partir de elementos visuales. Para esto se presentan al paciente fotografías personales, de personajes populares, lugares conocidos por el paciente y objetos o alimentos de uso cotidiano (un solo tipo de fotografías a la vez, para no crear confusión al paciente y facilitar el recuerdo).

En una segunda instancia, se trabajará sobre la memoria reciente, y el proceso de evocación inmediato y diferido a partir de material verbal, para esto se le pide al paciente que recuerde una información específica (noticia periodística, acontecimiento...) y evocarla en un período de tiempo determinado. Y Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al paciente, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.).

Para estimular la memoria remota particularmente, se le pide a la persona que explique lo que recuerde de su lugar de nacimiento. A partir de una fotografía de un personaje popular del pasado. También se puede trabajar con el número de teléfono o



dirección personal. La complejidad o el tipo de información que se solicitara evoque el paciente, dependerá de su grado de demencia.

Finalmente, se trabajará sobre la estimulación de la memoria inmediata y reciente. Para esto se realizaran ejercicios como observar este cuadro y leer las palabras durante unos minutos. Posteriormente, decir las palabras que recuerde. También se trabaja con la repetición de listas de números, que debe adecuarse la complejidad al nivel de deterioro del paciente.

PARTICIPANTES

Esta actividad debe realizarse individualmente con cada paciente.

DURACIÓN

Este encuentro tendrá una duración aproximada de una hora total.

RECURSOS

- Fotografías.
- Laminas con palabras y números.



9° ENCUENTRO

Estimulación cognitiva del procesamiento aritmético y numérico

OBJETIVOS

- Optimizar la discriminación de los números.
- Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal.
- Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas.
- Favorecer la discriminación de cantidades.

ACTIVIDADES

La primera actividad para este encuentro se relaciona con secuencia de números, valor de los billetes, y operaciones matemáticas sencillas. La segunda actividad está relacionada a conjuntos y pertenencias, donde se le pide que categorice números de acuerdo a diferentes criterios. Finalmente se realiza una actividad de reconocimiento numérico, donde el paciente posee los números escritos en letras y deberá escribirlo en números romanos.

PARTICIPANTES

Esta actividad debe realizarse individualmente con cada paciente.

DURACIÓN

Este encuentro tendrá una duración aproximada de una hora total.

RECURSOS

- Planillas de ejercicio.



EVALUACIÓN DE IMPACTO

El objetivo de la Evaluación de Impacto es determinar qué resultados se obtuvieron a partir de la aplicación del proyecto diseñado. Considerando que se trabaja con pacientes con deterioro cognitivo, y que el programa pretende ayudar a enlentecer el deterioro y mejorar la calidad de vida de los sujetos con Alzheimer, se realizará una aplicación de Test-Re Test, para comparar los datos de manera más objetivos.

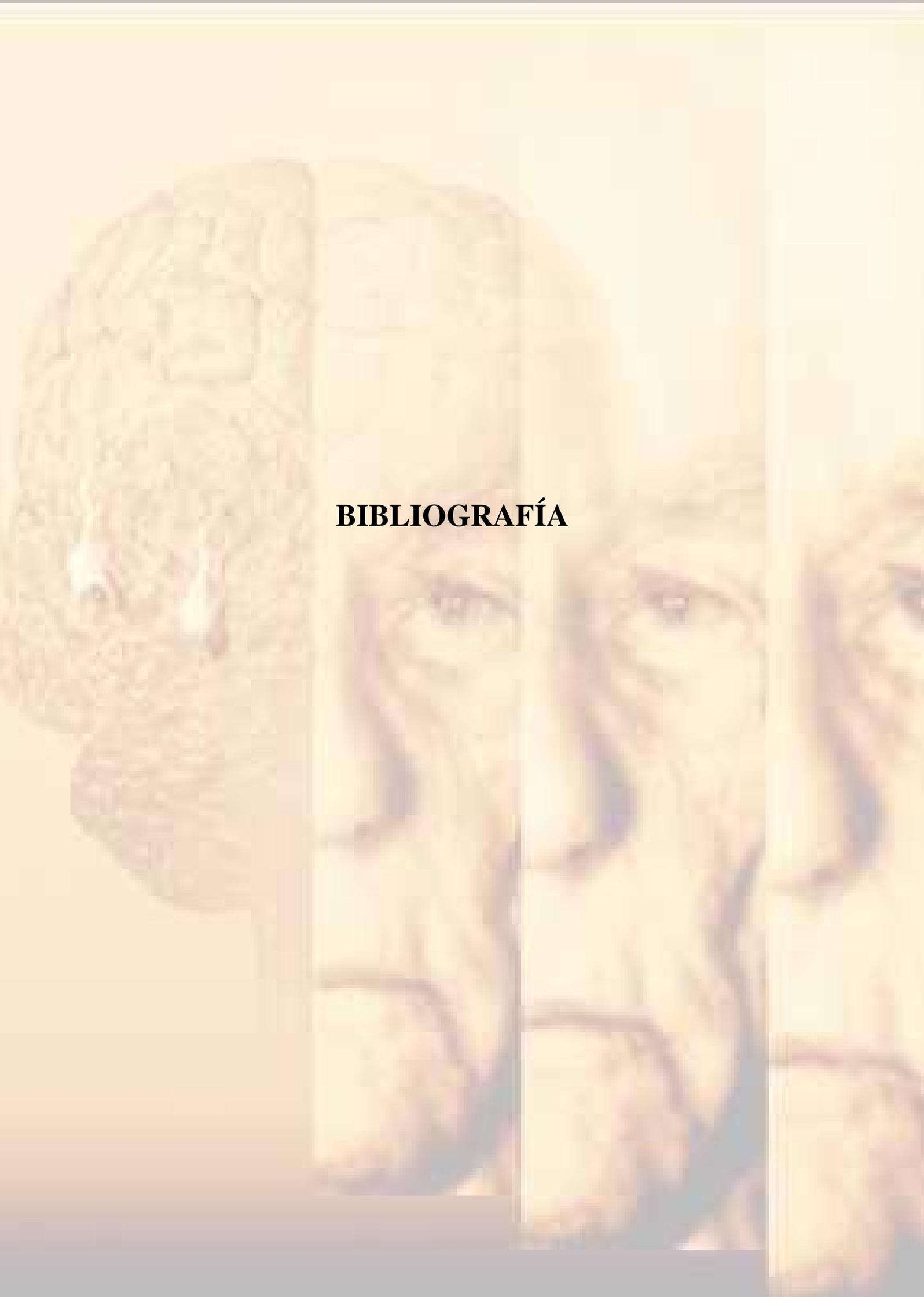
Antes de iniciar la aplicación del proyecto presentado, se aplicará a los sujetos tres test, como primera prueba:

- Mini- Mental State Examination (MMSE)
- Test del dibujo del reloj o Clock Drawing Text (CDT)
- Test de las Fotos (fototest)

Estas pruebas permiten medir en que estadio de deterioro cognitivo se encuentra el sujeto, y que habilidades posee afectadas (verbales, paxis, memoria, etc.). Los resultados obtenidos se consideraran como línea de base para cada individuo en la iniciación de la estimulación.

El Re-Test se aplicará una vez finalizado programa de estimulación, con las mismas pruebas, para establecer resultados comparativos entre la línea base y la finalización de las actividades.

Finalmente, en una tercera instancia, se aplicará el Test Mini-Mental State Examination, a los tres (3) meses de haber finalizado el trabajo de estimulación. El objetivo es determinar si los resultados obtenidos por la estimulación se mantuvieron en el tiempo.



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, M. y Risiga M. (2007). *“Talleres de Activación Cerebral y Entrenamiento de la Memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos”*. Argentina. Editorial Paidós.
2. Allegri R, Kremer Janus, Taragano F. (2003) *“Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud”*. Ed. Polemos.
3. Arango, Fernández y Ardila (2003) *“Las demencias”*. Mexico. Ed. El manual Moderno.
4. Ardila y Roselli, (1989a) *“Neuropsychological Characteristics of normal aging”*. Developmental Neuropsychology. Año/Vol 5. Pág- 307-320.
5. Ardila y Rosselli, (1986) *“La vejez: Neuropsicología del fenómeno de envejecimiento”*. Mexico. Ed. Trillas.
6. Ardila, A, Rosselli, M, (2007) *“Neuropsicología Clínica”*. México: Ed. Manual Moderno,.
7. Backman (2000) *“Cognitive function in very old. En: F. I. M. Crack y T. A. Salthouse (Eds.). The Handbook of Aging and Cognition. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.*
8. Bagnati, Allegri, Kremer y Taragano, (2003) *“Capítulo 1: ¿Qué es la demencia?”* En *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Manual para familiares*. Bagnatti P, Allegri RF, Kremer J y Taragano FE. Edit. Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2003
9. Baos Sanchez, Ruiz Muñoz, Bernal Lopez, Ballester Rodriguez, Angora Mazuecos (2007) *“Estudio de validez del Test de las fotos en el cribado de Deterioro Cognitivo en Atención Primaria”*. Revusra Clínica Médica Farmacia. Año 2. Vol. 2. Pág. 57-62
10. Barandiaran M. (2002). *“Programas de psicoestimulación cognitiva en las demencias”*. En J. M. Manubens, M. Berthier y S. Barquero (Eds.), *Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos* (pp. 307-319). Barcelona: Pulso.
11. Bayles, K. A. Salmon, D. p. Tomoeda, C. K. Jacobs, D. Caffrey, J. T. Kazniak, A. W. y Troster, A. I. (1989). *Semantic and letter category naming in ALZHEIMER patients: a predictable difference*. Developmental Neuropsychology, Año/Vol. 5, Pag. 335-347



12. Bente Pakkenberg, Dorte Pelviga, Lisbeth Marnera, Mads J. Bundgaard, Hans Jorgen G. Gundersenb, Jens R. Nyengaardb, Lisbeth Regeura (2003) “*Aging and the human neocortex*”. *Experimental Gerontology* Año/Vol. 38. Pág. 95–99
13. Boada, (2003) “*Anticolinesterásicos, menamina o ambos. Aula Medica de Ediciones*”
14. Breitner, Wise, Anthoni, Welsh-Bohmer, Steggens, Norton (1999) “*APHE E4 counts predicts afge whwn prevalence of AD increase, then decines*”. The Cache County Study. *Revista Neurology*. Año/Vol 53. Pag. 321-331.
15. Brook, P., Degun, G. & Mather, M. (1975). “*Reality orientation, a therapy for*”
16. Brook, P., Degun, G., Mather, M. (1975) “*Reality Orientation a therapy for psychogeriatric patients: a controlled study*”. *British Journal of Psychiatry*, Año/Vol. 127, Pág. 42-45.
17. Burke, D. Sengoz, A. y Schwartz, R. (2000). Potentially reversible cognitive empairment in patients presenting to a memory disorder clinic. *Journal of Clinical Neurosciences*, 7, 120-123.
18. Carnero-Pardo, Saez-Zea, Montiel Navarro, Del Saz. (2007) “*Utilidad diagnostica del test de las fotos (fototest) en deterioro cognitivo y demencia*”. *Neurología*. Vol. 22 Año. 10. Pág. 860-869.
19. Carnero-Prado, Saéz-Zea, Montiel Navarro, Del Saz, Feria Vilar, Perez-Navarro, Ruiz-Guimenez, Vilchez-Carrillo, Montoro-Ríos (2007) “*Utilidad diagnostica del Tes de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia*”. *Revista neurología*. Vol. 22- Año 10. Pag. 860-869.
20. Chiui, Teng, Henderson y Moy (1985) “*Sensitivity ty emotional expressions and situation in organic patients*”. *Cortez*. Vol/Año 16- Pag. 145-158.
21. Cook, Bartus, Ferris, Whitehose, Cohen, y Gershon (1986) “*Age associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change report of a National Intitute of Mental Health Work Grup*”. *Developmental Neuropsychology*. Vol/Año 2. Pág. 261-276
22. Cumming, Benson. (1992) “*Dementia. A Clinical Approach.*” Butterworth-Heinemann. Boston.



23. Dannenbauem, Parkinson y Inman (1988) “*Short-term forgetting: comparisons between patients with dementia of the Alzheimer type, depressed and normal elderly*”. Cognitive neuropsychology. Vol/año. 5. Pág. 213-234
24. De Vreese, L.P. & Neri, M. (1999). “*Ecological impact of combined cognitive training programs and drug treatment in Alzheimer's disease*”. Int Psychogeriatr, Año/Vol. 11 (supl. 1), Pag. 187.
25. DSM-IV. (1995) “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*”. Texto revisado. Barcelona. Ed. Masson.
26. Elias, M. Beiser A. Wolf P. Au R. y D’Agostino R, (2000) “ *The preclinical phase of Alzheimer’s disease_a 22-year prospective study of the Framingham cohort*”. Archives of Neurology. Vol/Año 57. Pág. 808-813.
27. Ermini-Fünschilling (1993) “*Mental Training for patients with beginning senile dementia. Effects on Verbal Fluency*”. Trabajo presentado en el Congreso de Psicogeriatría , Madeira. 1993.
28. Folsom JC. Reality Orientation for elderly patient. J Geriatric Psychiatry 1966; 1: 291-307.
29. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugo PR (1975) “*Mini mental stat. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*”. J Psychiatr Res, 1975; Año/Vol 12. Pag. 189-198.
30. Francés, I., Barandian, M., Marcellán, T. & Moreno, L. (2003). “*Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*”. An Sist. Sanit. Navar, Vol. 26 Año. 3, Pág. 405-422.
31. Fratiglioni, L. (2000). “*Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts*”. Neurology, Año/Vol 54, Pag. 10-15.
32. Geschwind, (1985) “*Mechanisms of change after brain lesions*. En: Notebohm (ed). Hope for a Nueva Neurology. Annals of the Nueva York Academy for Sciences. Vol/Año 457. Pág. 1-11
33. Goldman S, Plum F. (1997) “*Compensatory regeneration of the damaged adult human brain: Neuroplasticity in a clinical perspective*” En: Freund HJ, Sabel BA, Witte OW (Eds.). *Brain Plasticity*. Philadelphia, 1997; 99-107.
34. Green, Kaye y Ball, (2000) “*The Oregon Brain ageing study. Neuropathology accompanying healthy aging in the oldest old*”. Neurology. Vol. 54. Año 1. Pag. 105-113.



35. Grober y Buschke (1987) “*Genuine memory Deficits in dementia*”. *Developmental Neuropsychology*. Año/Vol. 3- Pág. 13-36
36. Grupo de Estudios de Demencias de la Sociedad Española de Neurología
37. Hasher, L. Zacks, R. T. y Rahhal, T. A. (1999). “*Timing, instructions and inhibitory control: some missing factors in the age and memory debate*”. *Gerontology*, Año/Vol. 45, Pág. 355-357
38. Herlitz, A. Adolfosson, R., y Bacman, L. (1991). “*Cue utilization following differents forms of encoding in mildly, moderately and severely demented patients with Alzheimer`s disease*”. *Brain and cognition*, Año/Vol 15, Pág. 119-130.
39. Holden, U.P., Woods, R.T. (1982). “*Reality Orientation. Psychological approach to*
40. Karlsson, T., Bäckman, L. & Herlitz, A. (1989). “*Memory improvement at differents stages of Alzheimer's disease*”. *Neuropsychologia*, Año/Vol 27, Pág. 737-742.
41. Katzman R. (1993) “*Education and the prevalence of dementia and Alzheimer`s disease*”. *Neurology*; Año/Vol 43. Pag. 13-20.
42. Kemper, S. (1987). Life-span changes in syntactic complexity. *Journal of Gerontology*, 42, 323-8.
43. Lerner R. (1990) “*Plasticity person-context relations and cognitive training in the aged years. A developmental contextual perspective*”. *Developmental psychology*, Año/Vol 26, Pag. 911-915
44. Lezak, M, (1999) “*Neuropsychological Assesment*”. 4th. Edición. New York: Oxford University Press.
45. Liepmann, H. y Maas, O. (1907). Ein fall von linseitiger Agraphie and Apraxie beirechtseitiger Lahmung. *Manuschrift Psuchiatry und Neurologie*, 10, 214-227.
46. Lishman, W. A. (1978). *Organic Psychiatry*. Londres: Blackwell Scientific Publisher
47. Loñ L, Serrano CM y Allegri RF. (2003) “*CAP III: Alteraciones cognitivas en el envejecimiento y en las demencias*” En *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Manual para familiares*. Bagnatti P, Allegri RF, Kremer J y Taragano FE. Edit. Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2003
48. López JJ. (1989) “*Plasticidad neuronal. Diversos enfoques del término plasticidad nerviosa*”. *Rev Esp Geriatr Gerontol* Vol. 24. Supl. 1. Pág. 9-15. Versión Virtual. Extraido



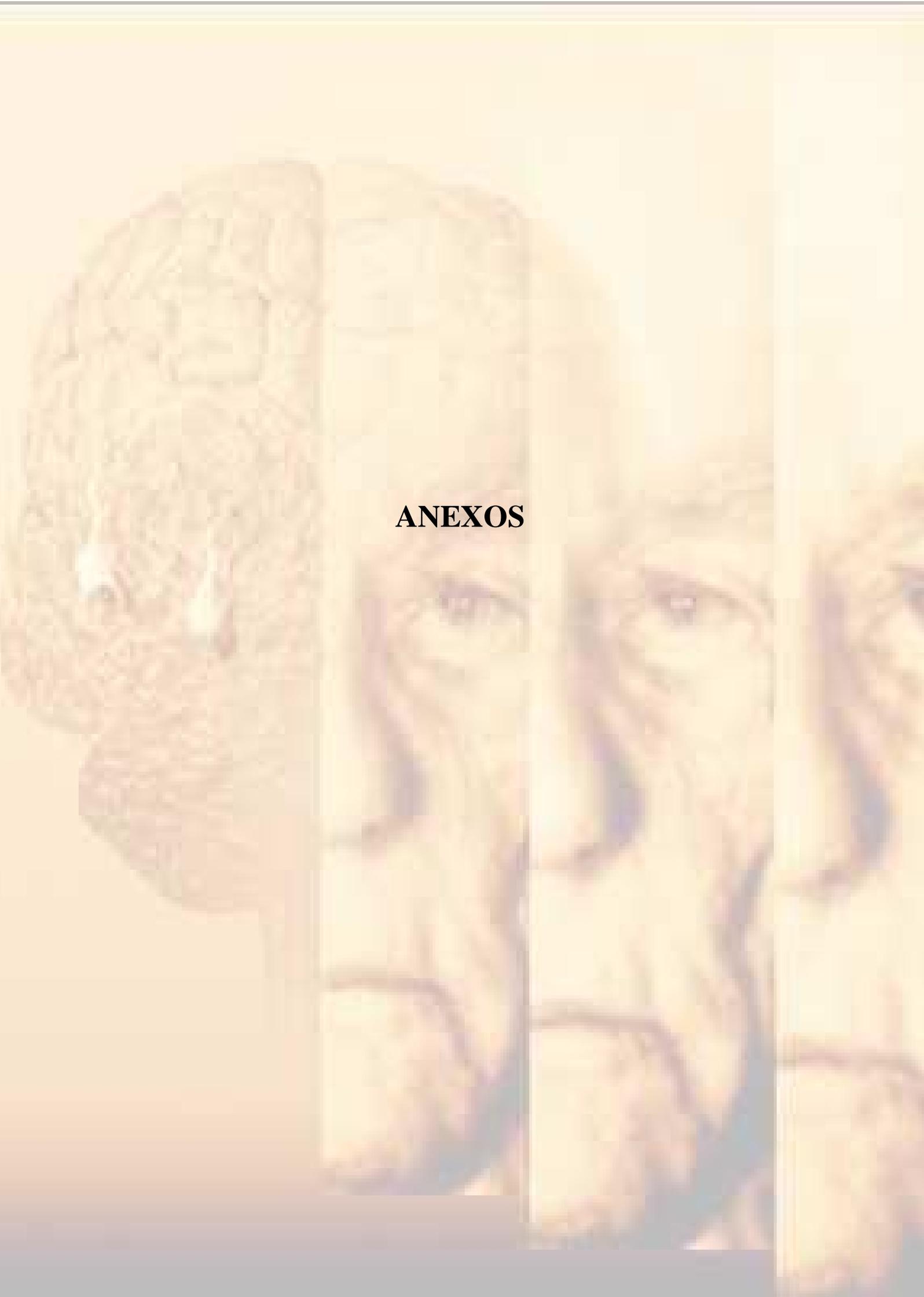
el 12/05/2010 de

<http://www.familialzheimer.org/media/libros/volveraempezar/pdf/doc2.pdf>

49. Lowenstein (1989) “*An analysis of intrusive errors types in alsheimer´s disease and related disorders*”. *Developmental Neuropsychology*. Año/Vol 5. Pág. 115-126.
50. Mangone CA, De Pascale AM, Gigena VMG, Sanguinetti RM, Barman PD, Pereyra S, Sica RE (1995). “*Escala de Evaluación para Enfermedad de Alzheimer (A.D.A.S.) Adaptación a la lengua castellana. Confiabilidad interexaminadores en retesteo seriado*”. *Revista Neurologica Argentina.*, Vol. 20. Año 2. Pág. 31-42.
51. Mangone CA, Grillo R, Saavedra L, Pallo V, Salgado P. (2005) “*New assessment variables for the clock setting test*”. Vol XVI. Pag. 13-19
52. Maroto Serrano M. A. (2003) *Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. En *La Memoria*. Edita: Comunidad De Madrid, Instituto De Salud Pública
53. Mattis S. (1988) “*Dementia Rating Scale. Professional Manual*”. Florida: Psychological Assessment Resources.
54. Moore, J. C. et al., (2001) Memory training improves cognitive ability in patients with dementia. *Cognitive Rehabilitation*, 11, 245-261.
55. Mortimer JA. *Brain* (1997) “*Reserve and the clinical expression of Alzheimer´s disease Geriatrics*” Año 52. Supl. 2. Pág. 50-53.
56. Reeve, W. & Ivison, D. (1985). “*Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients*”. *Age Ageing*, Vol. 14 Año 2, Pág. 119-121.
57. Ross E. D. (1984) “*Disturbances of emocional language with right hemisphere lesions*”. En A.Ardila y F. Otrosky (Eds). *The right hemisphere: Neurology and neropsychology*. Nueva York: Gordon y Breach.
58. Ross, G. W. Cummings, J. L. y Benson, D. F. (1990). Speech and language alterations in dementia syndromes: characteristics and treatment. *Aphasiology*, 4, 339-352
59. Salthouse (1996) “*The processing speed theory of adult age differences in cognition*”. *Psychological Review*. Año/Vol. 103. Pág. 402-428
60. Spinnler, H., Della Sala, S., Bandera, R., & Baddeley, A.D. (1988). Dementia, aging, and the structure of human memory. *Cognitive Neuropsychology*, 5, 193–211.



61. Sullivan, Corkin y Growdon. (1986). “*Verbal and not verbal short-terms memory in patient with Alzheimer disease and in healthy elderly subjects*”. *Developmental Neuropsychology*. Año/Vol.2. Pág. 387-400.
62. Tárraga y otros (1999) “*Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*”. Barcelona: Glosa ediciones.
63. Tárraga, Boada, Morera, Domènech, Llorente (2006) “*Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*”. Ed. Fundación Ale.
64. Tárraga, L. (1994). Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine*, 6, 44-53.
65. Thalman, B, et al., (1996) “*Test del Reloj o Clock Drawing Text (CDT)*”. Extraído el 12(10/2010 de <http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/test-reloj.pdf>
66. Uzzell BP, y Gross T. (1986) “*Clinical neuropsychology of intervention*”. Boston: Martinus Nijhoff.
67. Williams, R., Reeve, W., Ivison, D. & kavanagh, D. (1987). “*Use of environmental and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients*”. *Age and Ageing*, Año/Vol 16, Pág. 315-318.
68. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, Bennett DA. (2002) “*Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer's disease*”. *JAMA*. Vol. 287 Año. Pag. 742-748.
69. Zacs, Gasher y Li (2000) “*Human memory*”. En: F. I. M. Craik y T A Salthouse (Eds.) *The handbook of aging and Cgniyion*. Mahwah, Nuea Jersey. Lawrence Elabaum Associates.
70. Zamarrón Cassinello M. D.; Tárraga Mestre L.; Fernández Ballesteros, R. (2008) “*Plasticidad Cognitiva En Personas Con La Enfermedad De Alzheimer que Reciben Programas De Estimulación Cognitiva*”. *Psicothema*, año/vol. 20, número 003. Universidad de Oviedo; Oviedo, España. Pp. 432-437. Versión digital estraída el 20/12/2010 de <http://www.losmedicamentos.net/articulo/psicothema-plasticidad-cognitiva-en-personas-con-la-enfermedad-de>
71. Zanetti, O., Metitieri, T., Bianchetti, A. & Trabucchi, M. (1998). “*Reality Orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study*”. *Neurobiol Aging*, Vol. 19 Año. 4, Pág. 102-103.



ANEXOS



ANEXO I: PLAN DE ACCIÓN

Para dar comienzo a los talleres de entrenamiento y psicoestimulación será necesario que el coordinador/a del mismo diga su nombre y los datos que desee agregar (edad, estado civil, nacionalidad, etcétera), luego sucesivamente cada uno de los participantes harán lo mismo. Posteriormente evocarán el nombre y todos los datos posibles que han oído de los otros participantes, reforzando la función mnésica.

En cada sesión se reforzará y estimulará la motivación, la comunicación, teniendo en cuenta los intereses, gustos y particularidades de cada integrante (las personas recuerdan más cuando entran en juego el afecto y lo placentero).

1° ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal.

OBJETIVOS

- Desarrollar el sentido de la orientación y la memorización del espacio por medio de asociaciones entre lugares y objetos, utilizando la imagen mental.
- Aprender a desplazarse en el espacio a través de referentes⁴ espaciales.

1. ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Orientación temporal:

- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué fecha estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿En qué año?
- ¿En qué estación del año?
- ¿Qué hora es?
- ¿En qué momento del día estamos?
- ¿Si ahora vamos a comer, qué hora debe ser?

⁴ Referentes: signos que, asociados a lugares o acontecimientos fijos, facilitan el detectar datos que subyacen en la memoria.



Dada una situación determinada (por ejemplo): Mañana será 25 de Diciembre.

- ¿Qué fiesta celebraremos?
- ¿Qué es típico de estas fiestas?
- ¿Con quién lo celebraremos?
- ¿Qué comeremos?

Orientación espacial:

- ¿Dónde estamos?
- ¿Qué es este sitio?
- ¿En qué calle estamos?
- ¿En qué planta estamos?
- ¿En qué barrio estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿En qué provincia?
- ¿En qué nación?

Orientación de la persona:

- ¿Cómo se llama?
- ¿En qué año nació?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Está casado/a?
- ¿Cómo se llama su esposo/a?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Y nietos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Qué edades tienen?
- ¿En qué calle vive?
- ¿Cuál es su número de teléfono?

Ejercicios espaciales

- 1- Describir, retener y evocar trayectos (circuitos concretos) de la clínica geriátrica, recorridos habituales, baño-habitación. Habitación-cocina. Patio-comedor.
- 2- Localizar mentalmente objetos asociados a distintos lugares de la residencia geriátrica. Se menciona primero el o los objetos para asociar. “colocándolos luego en un lugar determinado y diciendo a la vez donde se los ubica. Luego, a partir de los objetos, evocar donde fueron colocados. Y finalmente a partir,



de los lugares, evocar qué objetos fueron colocados en cada lugar. Ejemplos:
dormitorio: *un florero*; cocina: *un libro*.

- 3- *Con cubos de lados coloreados. Armar figuras de acuerdo a los modelos de dificultad adecuada al nivel de los pacientes.*
- 4- Localizar en planos sencillos distintos lugares y calles. Primero se los nombra y describe en voz alta. Luego en un plano igual pero sin nombres escritos, ubicar calles y lugares.

Ejercicios temporales⁵

- 1- Cronología de hechos vividos. Se trabaja la sucesión en el tiempo de distintos episodios (modas, costumbres, hábitos) a través de material gráfico y escrito. Se puede trabajar comparando fotografías de distintas épocas y de la actualidad (las de los pacientes inclusive), a través de textos, recortes de diarios actuales o antiguos. También pueden ser mapas con las localidades donde ha vivido el paciente.
- 2- Evocar hechos históricos acontecidos durante su vida.
- 3- Presentar un cuadro o laminas con personajes y solicitarles una historia actual, luego relatar una historia con “antes” y “después”.

⁵ Para desarrollar la noción de sucesión en el tiempo, situando un acontecimiento en relación con otros y utilizando referentes temporales.



2º y 3º ENC UENTRO.

Estimulación cognitiva en el área del lenguaje (Fluidez verbal⁶, vocabulario-expresión oral y escrita-significación verbal⁷)

OBJETIVOS

Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.
Ejercitar el lenguaje automático.
Optimizar la expresión verbal.
Mantener y estimular la comprensión verbal.
Potenciar la capacidad de repetición.
Favorecer la incitación y la fluidez verbal.
Ejercitar la mecánica de la lecto-escritura.

LENGUAJE AUTOMÁTICO

Son ejercicios que se *trabajan oralmente*. Se pueden utilizar estrategias de facilitación oral, como por ejemplo empezar la serie automática de palabras.
Evocar la mayor cantidad posible de palabras a partir de categorías (flores, comidas, animales)

1-El paciente puede comenzar diciendo:

¿Cuáles son los meses del año?
¿Cuáles son las estaciones del año?
¿Cuáles son los días de la semana?
Los números del 1 al 10

LENGUAJE ESPONTÁNEO

Dada una lámina concreta, una fotografía o una situación determinada:

Describe:

¿Qué hay en esta fotografía?
¿Qué ropa lleva?
¿Qué objetos hay en esta sala?
¿Qué observa en esta lámina?
Explique lo que hace normalmente a diario.

⁶ Fluidez verbal: capacidad de recordar palabras pronunciadas o escritas. Mide el vocabulario activo que una persona puede recordar

⁷ Significación Verbal: Es la capacidad de reconocer y comprender las ideas expresadas con palabras.



DENOMINACIÓN

- Poner debajo de cada imagen el nombre del objeto que represente.



EVOCACIÓN CATEGORIAL

- Escribir palabras que empiecen por las sílabas

GA	MA	TO



- Escribir palabras que empiecen por las letras:

M	P	L

- Escribir palabras que empiecen por los grupos de letras:

BR	CR	TR

- Escribir nombres de cosas que podemos encontrar en:

SUPERMERCADO	LIBRERIA	FARMACIA



- Escribir nombres de:

PECES	ANIMALES DE 4 PATAS	ANIMALES CON ALAS

- Escribir nombres de:

CALLES	OFICIOS	DEPORTES	VARON

REPETICIÓN VERBAL

- Repetir las siguientes frases:

Deben proponerse frases con diferente número de palabras y distinto nivel de dificultad de éstas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral, al estadio de deterioro del enfermo.

- En el garaje hay treinta autos
- La manteca se compra en el supermercado
- El domingo comeremos migas
- Hay un gato en el tejado
- Me gusta bailar
- Hablo tres idiomas
- Vivo con mi hija
- Hoy es lunes
- Tengo un perro
- Voy a casa
- Bebo agua
- Tengo hambre

- Repetir las siguientes palabras:



Deben proponerse palabras con diferente número de sílabas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral, al nivel de capacidades del enfermo.

- Cascabel, extravagante, divertido, gimnasta, fantástico, supermercado, ligereza, abundante, impermeable, dudoso, famélico...
- Banco, santo, pardo, madre, cromo, grúas, selva, trucha, mango, puerta, noche, trasto, bueno, jarra, piedra...
- Saco, gato, pelo, raya, mano, lobo, sopa, llave, letra, costa, metro, fino, sal, sol, más, paz, res, mes, con...
 - Repetir las siguientes letras:
 - G, P, B, L, M, O, A, L, N, S, F, I, R
 - A, E, I, O, U

LECTO-ESCRITURA

I. Redacción

- Escriba una breve redacción sobre las actividades que ha realizado este fin de semana.
- Escriba una breve redacción sobre algún espectáculo al que ha asistido: obra de teatro, cine, partido de fútbol...

II. Redacción guiada

- Escribir algún refrán que usted conozca:

Ejemplo: *Dime con quién andas y te diré quién eres.*

- Escribir un poema o la letra de una canción que usted conozca.

- Escribir una frase en la que aparezcan las siguientes palabras:

• Novela, programa, favorito:

Ejemplo: *La novela de la tarde es mi programa favorito.*

- Pescado, lata, gato
- Ventana, habitación
- Portería, ladrón
- Campo, perdiz
- Suerte, lotería



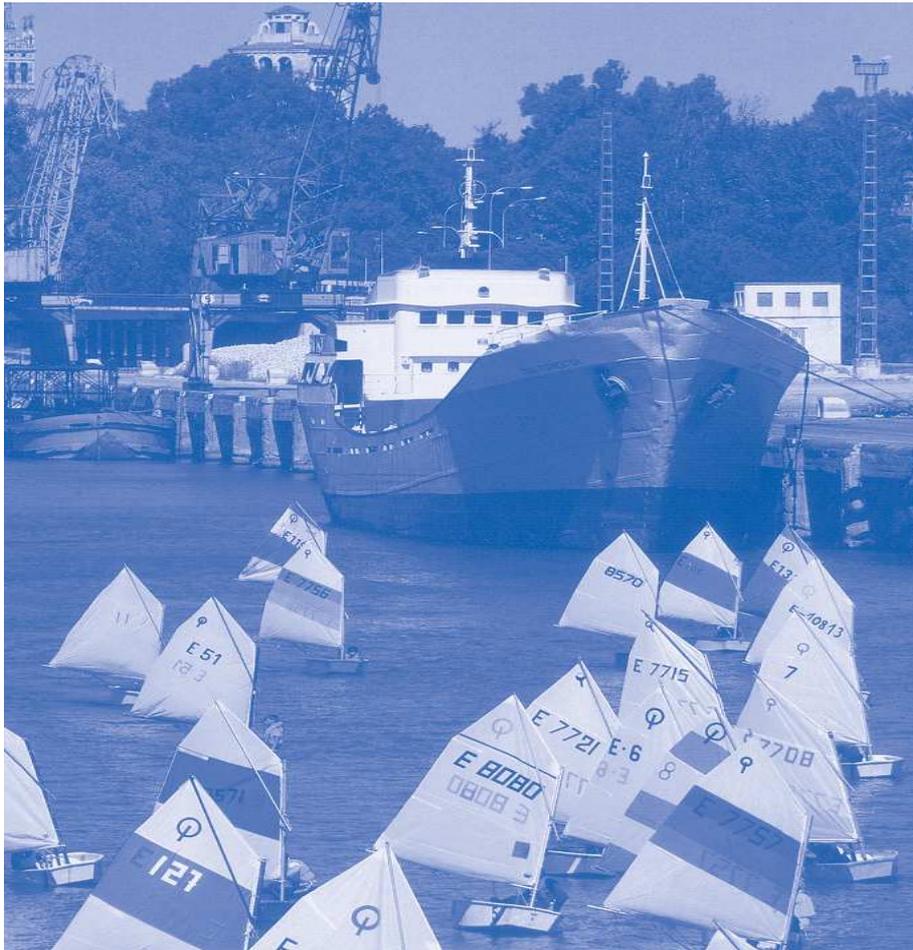
- Escribir una frase en la que aparezca la siguiente palabra:
- Periódico:

Ejemplo: Me gusta leer el *periódico* cada mañana.

- Sueño
- Caramelo
- Cereza
- Mar
- Corazón

DESCRIPCIÓN

- Describir:
- La indumentaria que usted lleva puesta.
- Lo que usted ve por la ventana o en la sala en que se encuentra.
- Describa la siguiente escena.



COPIA

- Dado un texto determinado, o palabras concretas, el paciente debe copiarlos. Debe adecuarse el nivel de dificultad de la información a las capacidades lingüísticas del paciente.

Completar palabras

- Completar las palabras con la letra adecuada:
- N_CHE
- G_RAJE
- M_DRE
- P_BRE
- M_NISTRO
- S_LDADO
- M_DICO
- B_LANZA
- S_NTO
- DOMING_



- P_DRE
- S_LITARIO
- TESOR_
- REM_
- MONT_

RAZONAMIENTO, ABSTRACCIÓN Y OTRAS FUNCIONES VERBALES

- ¿Qué tienen en común las siguientes palabras?

Ejemplo: El perro, el gato y el león son *animales*.

- El blanco, el rosa y el azul son
- La pollera, las medias y la remera son
- El whisky, el vino y la cerveza son
- El avión, la moto y el tren son
- El dos, el cinco y el nueve son
- Pintor, escultor y mecánico son
- El salmón, la sardina y la trucha son
- La primavera, el verano y el invierno son
- España, Francia y Argentina son
- La nariz, la boca y los ojos son
- El cuchillo, el tenedor y la cuchara son

- Unir con flechas, el adjetivo más adecuado a cada palabra:

DIENTES
PELO
CAUSA
PRADERA
FRUTA

VERDE
JUSTA
MADURA
BLANCOS
CANOSO

- Escribir el nombre de las tiendas correspondientes:

Ejemplo: ¿Dónde compramos el pan? *En la panadería.*

¿Dónde compramos...

- la carne? _____
- el pescado? _____
- el periódico? _____
- los relojes? _____
- las zapatillas? _____
- el pollo? _____
- el perfume? _____
- los medicamentos? _____
- los tomates? _____



- Completar las siguientes frases:

Ejemplo: Un deporte en el que se utiliza una pelota es el FÚTBOL.

- El último mes del año es _____
- La estación del año en que hace más frío es _____
- Para hacer una tortilla de papas necesito aceite, sal, papas y _____
- El color del mar y del cielo es el _____
- El padre de mi padre es mi _____
- Los pintores pintan _____
- Los aviones aterrizan en el _____
- Entre el dos y el cuatro está el número _____

FLUIDEZ VERBAL.

- Palabras cruzadas (simples)

					M			
		A			O		A	
C	A	L	Z	A	D	O	S	
		I			O		I	
		E				O	R	O
A	N	A	N	A				
		A						
		R						



4 °ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva de las capacidades prácticas

OBJETIVOS

Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.

Favorecer la producción de actos motores voluntarios.

Mantener la mecánica de la escritura como ejercicio de las praxias gráficas.

Favorecer las habilidades visuo-constructivas

EJERCICIOS PARA TRABAJAR LAS CAPACIDADES PRÁXICAS

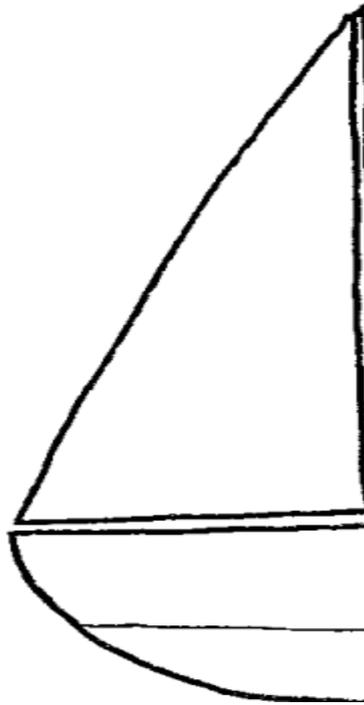
UTILIZACIÓN DE OBJETOS COTIDIANOS (PRAXIAS IDEATORIAS)

- Una vez entregados una serie de objetos reales, pedir al paciente que los nombre, explique para qué se usan y haga uso de ellos. Una muestra de algunos objetos son:

Peine, espejo, sobre y sello, vela, reloj, percha, gorro de ducha, anillo, llave, martillo, clavo, botón, lana...

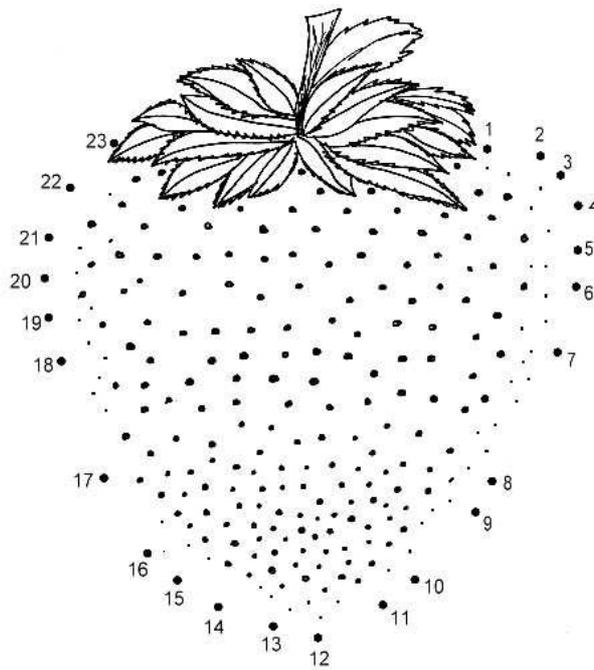
PRAXIS CONSTRUCTIVA

- Dibujar:
 - Una casa
 - Un árbol
 - Un peine
 - Un teléfono
 - Unos lentes
 - Una zanahoria
 - Un reloj
- Completar la figura:

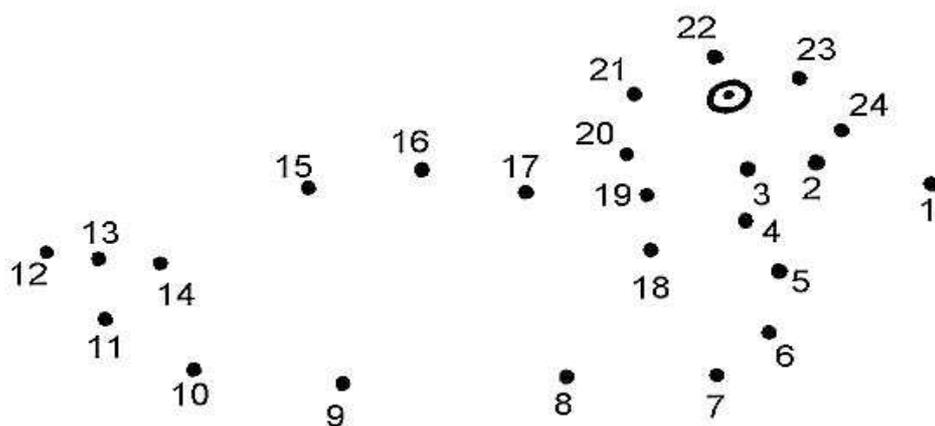
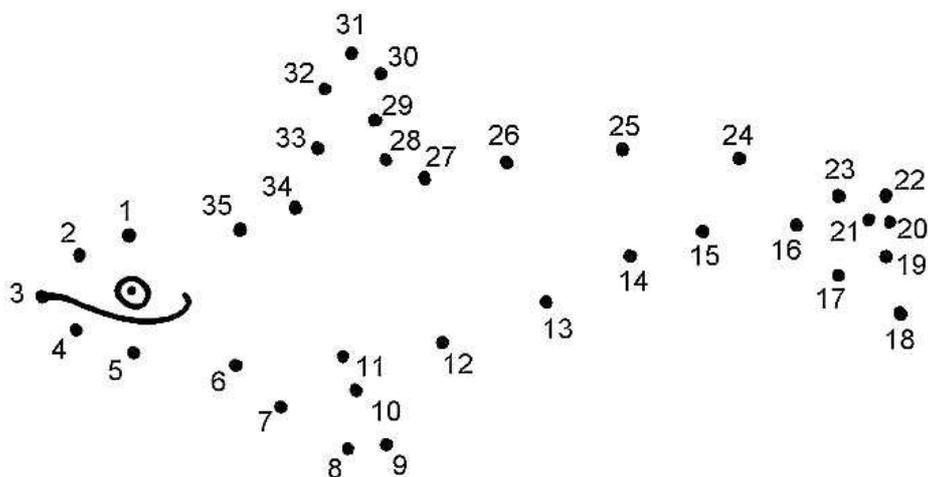


EJERCICIOS DE MOTRICIDAD FINA

- Tomar un lápiz de color y una todos los puntos, siguiendo la numeración, hasta conseguir que aparezca el dibujo de la figura.



- Con un lápiz de color, unir todos los puntos siguiendo la numeración hasta conseguir que aparezca una figura.





5º Y 6º ENCUENTRO:

Estimulación cognitiva de las capacidades gnósicas

OBJETIVOS

- Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.
- Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.
- Favorecer el acceso al sistema léxico y semántico.
- Trabajar el reconocimiento de los sonidos.
- Maximizar las capacidades lingüísticas.

EJERCICIOS PARA TRABAJAR LAS CAPACIDADES GNÓSICAS

GNOSIAS VISUALES

Reconocimiento de imágenes gráficas

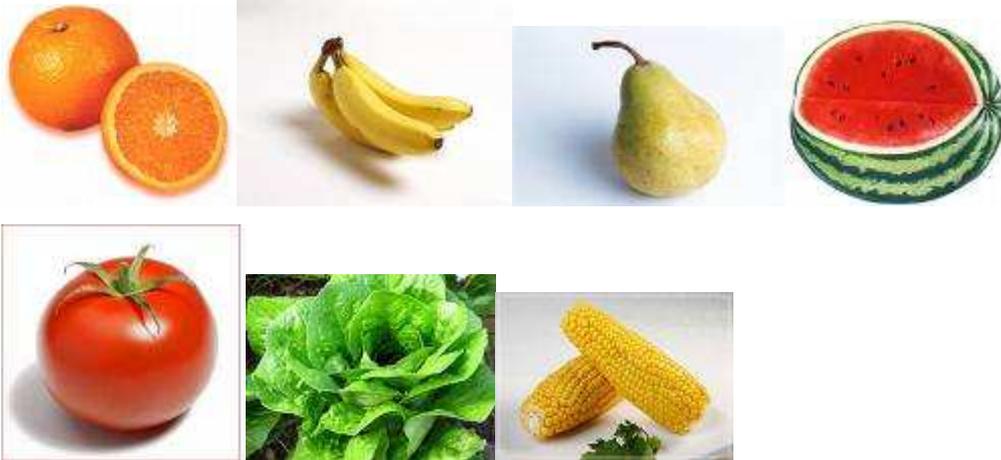
- ¿Qué objetos se ve en las siguientes imágenes?



- Decir el nombre de otros objetos relacionados con estas imágenes.
¿Hay algún objeto redondo en la lámina?



- Escribir el nombre de las frutas Y verduras de las fotografías.



- Decir nombres de frutas y verduras que no estén en las fotografías anteriores.

¿Cuántas frutas hay?

¿Cuántas verduras hay?

- ¿Cuántas verduras diferentes aparecen en la siguiente fotografía?



- Observar las siguientes fotografías:

Localice el obelisco de Bs as en las fotografías

Localice el Big-Ben de Londres en las fotografías.

Localice la Torre de Pisa en las fotografías.

Localice la estatua de la Libertad de Nueva York en las fotografías.



Reconocimiento de colores

- Evocar

Decir nombres de 5 objetos o cosas azules.

Decir nombres de 5 objetos o cosas rojas.

Decir nombres de 5 objetos o cosas amarillas.

Decir nombres de 5 objetos o cosas verdes.

Reconocimiento del color habitual

Las naranjas son de color...

El cielo es de color...

El carbón es de color...

El rubí es de color...

La hierba es de color ...

Los limones son de color...

Las hojas son de color...

Dadas unas láminas o lápices de colores, pedir al paciente que:

Señalar el color verde oscuro.

Señalar el color azul claro.

Señalar el color amarillo claro.

Señalar el color azul oscuro.

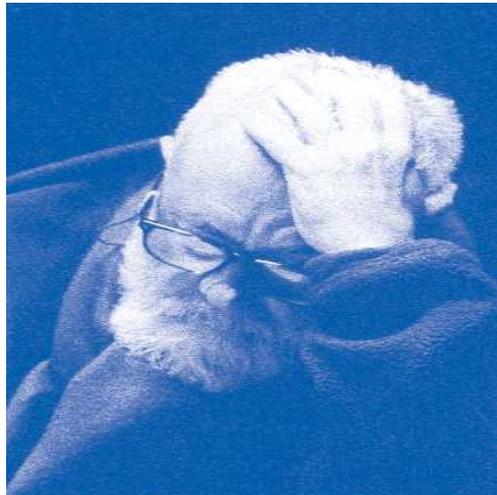
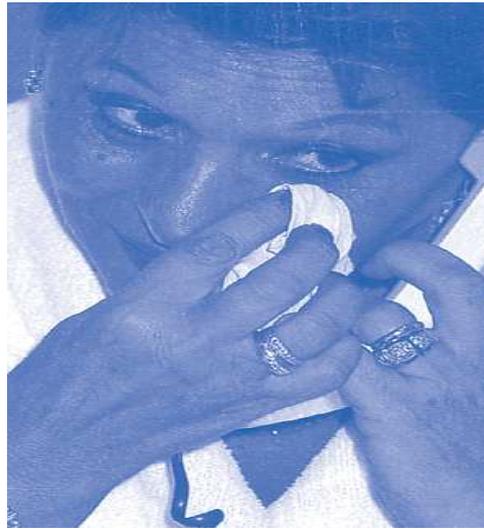
Señalar el color amarillo oscuro.

Señalar el color marrón claro.

Señalar el color rojo oscuro.

Señalar el color rojo claro.

.Reconocimiento de las Expresiones



- Ejercicio para el reconocimiento de las emociones:

- Señalar los personajes que están sonriendo.
- Señalar el personaje que está triste.
- Señalar el personaje que llora.
- Señalar el personaje que está preocupado.

.Organización espacial y percepción

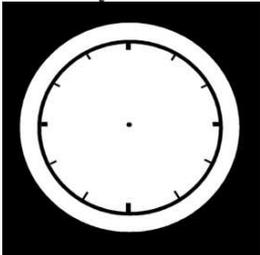
Organización espacial horaria

- ¿Qué hora marcan los relojes?
- ¿Cuántos relojes son de pared y cuántos son de pulsera?
- ¿Qué actividad realiza Usted a las horas que marcan los relojes?

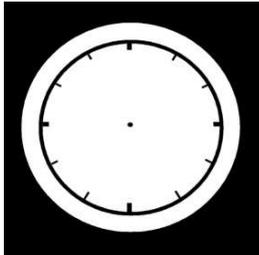


- Aquí, se le enseñara al paciente, una hoja con dibujos de relojes. En ellos, se tendrán que dibujar las agujas según las consignas lo indiquen:

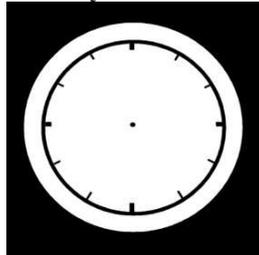
las siete y media



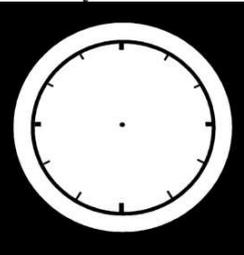
nueve menos veinte



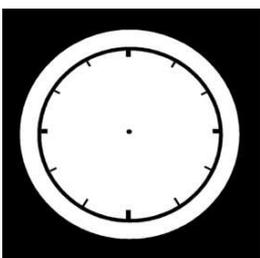
doce y diez



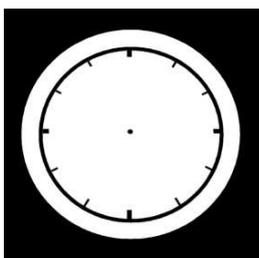
tres y veinticinco



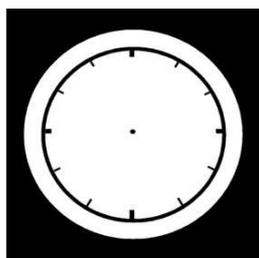
Seis y diez



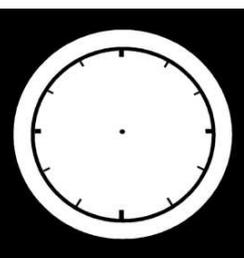
once y cuarto



cinco en punto



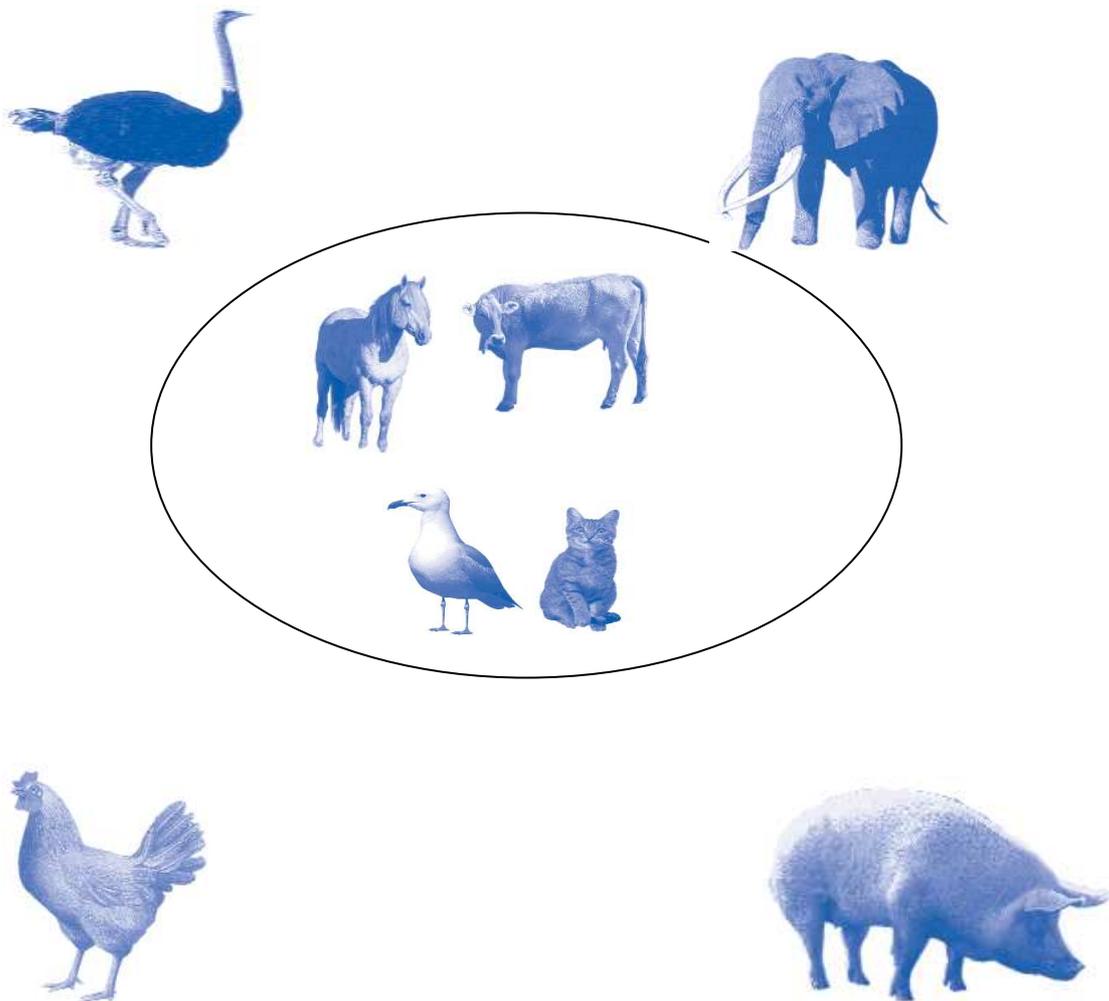
tres y media





Se presentara una lamina con animales y se deberá determinar la localización de los mismos en el espacio (dentro del círculo, arriba, abajo, fuera del círculo).

- ¿Dónde se encuentra el gallo? Fuera del círculo, en la parte inferior derecha.
- ¿Dónde se encuentra el elefante?
- ¿Y la vaca, el gato y el caballo?





- Se le presenta al paciente, la siguiente imagen y se le pregunta:

“..Observe la siguiente imagen. Me podría decir a qué parte de la casa representa...”





Con respecto a esta misma lamina, pedirle al paciente que responda visualizando la misma:

- ¿Qué objetos hay en la imagen?
- ¿Dónde está el horno?
- ¿Los platos?

Pedirle al paciente que observe la siguiente imagen y que diga qué parte de la casa representa.



- ¿Qué objetos hay en la imagen?
- ¿Dónde está el espejo?
- ¿Y las pantuflas, el jabón y el cepillo?



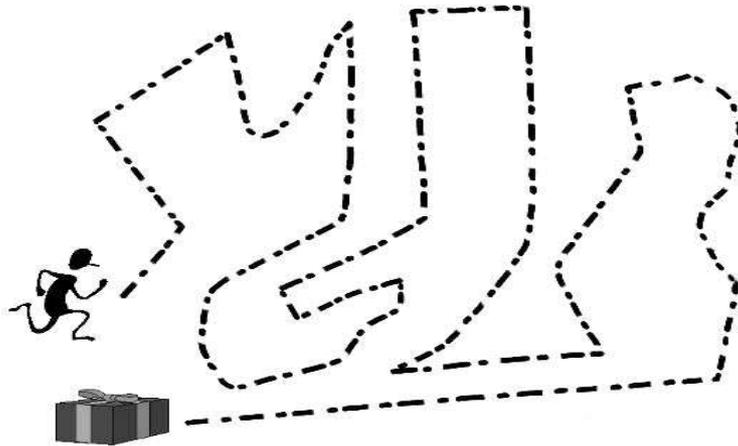
Observar la siguiente imagen. Decir qué parte de la casa representa.



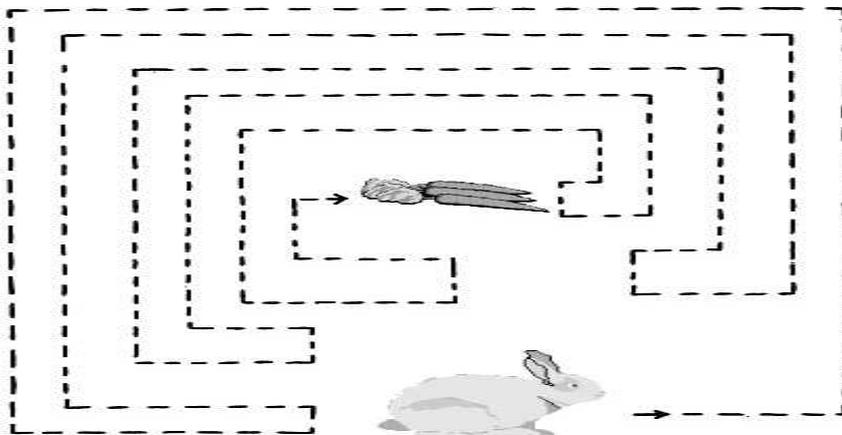
- ¿Qué objetos hay en la imagen?
- Decir el nombre de dos objetos cuadrados que aparezcan en la imagen.
- ¿Dónde está el cuadro?
- ¿Y la lámpara, los almohadones y la planta?



- Repasar las rayas discontinuas hasta llegar al regalo.

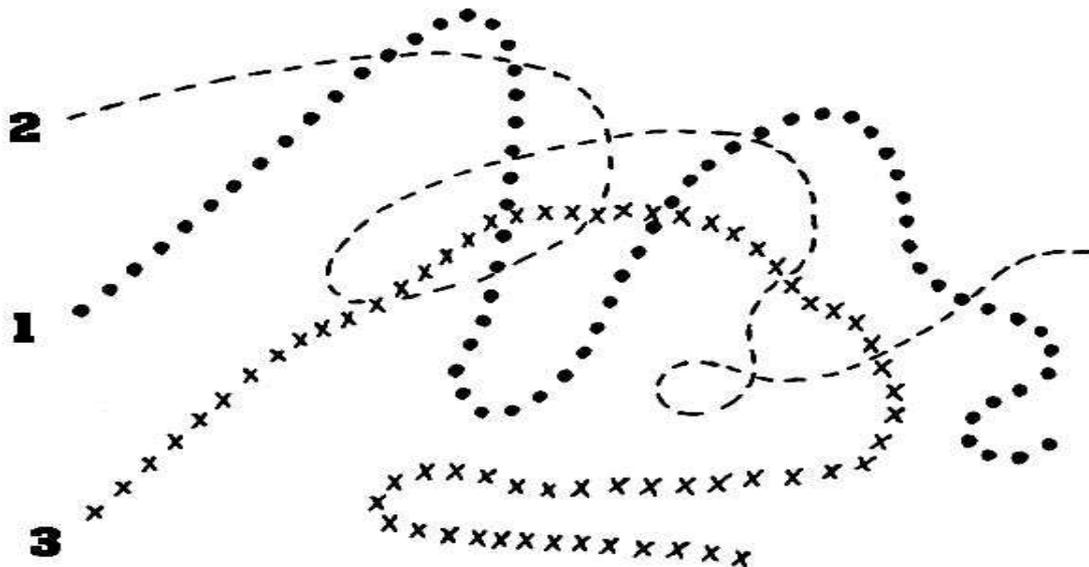
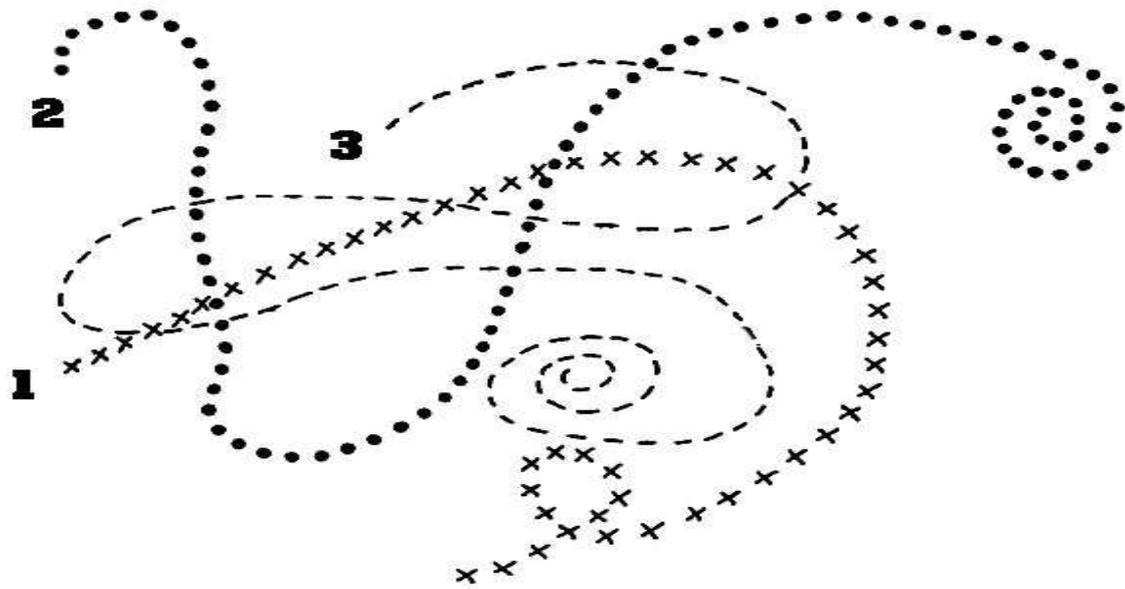


- Repasar las rayas discontinuas hasta que el conejo llegue hasta las zanahorias.



Siga cada una de las diferentes líneas con un color.

- Repase el nº 1 con el color rojo.
- Repase el nº 2 con el color azul.
- Repase el nº 3 con el color verde.

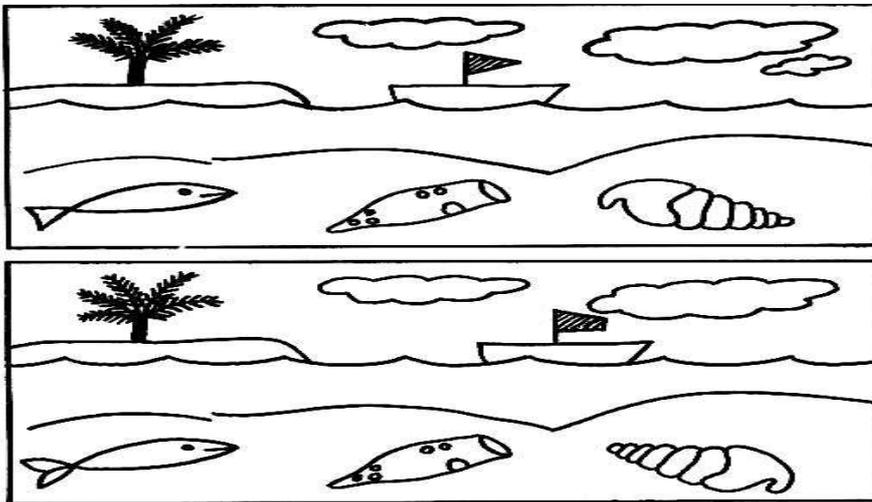
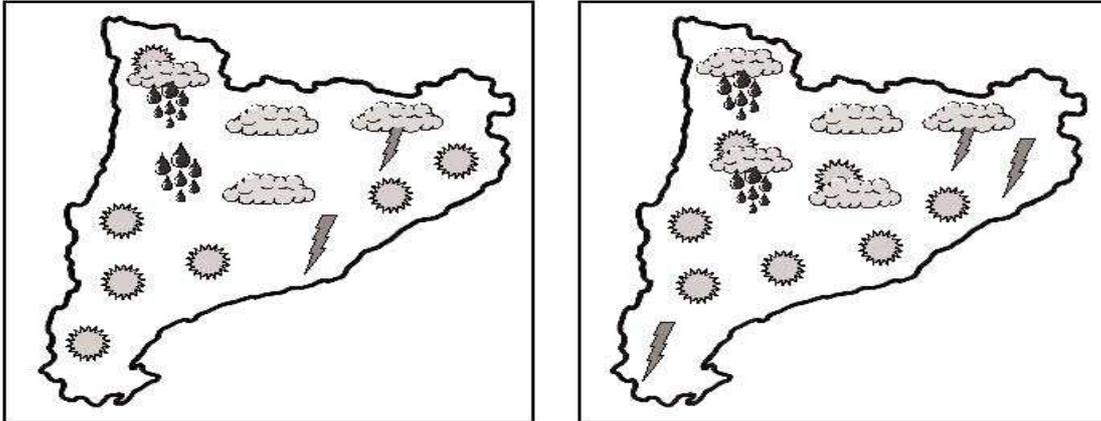


- Dibujar

- Un rectángulo.
- Un triángulo dentro del rectángulo.
- Un círculo a la derecha del rectángulo.
- Un cuadrado debajo del círculo.
- Un triángulo.
- Un círculo debajo del triángulo.
- Un cuadrado a la derecha del círculo.



Encontrar las seis diferencias que existen entre el dibujo de la derecha y el de la izquierda (tarea atencional).



- Ejercicio de rastreo espacial (tarea atencional).
- Marque con una cruz todas las “T”.
- Marque con una redonda todas las “U”.

U T K H O U F D
Y H J R T O U F
S D E P A M X S
B T C A R I F Ñ
D N S K H U A P
I L P F D S E T
Y U G E S J L O



P G F V M C K X

Marcar con una cruz los números 7.

- Marque con una cruz los números 3.
- Marque con una cruz los números 6.
- Marque con un círculo los números pares.
- Marque con un círculo los números impares.

5 4 6 2 3 2 5 8

8 7 9 6 3 6 1 4

5 6 9 8 4 5 2 3

6 5 4 5 8 7 9 7

4 5 6 4 5 6 4 1

2 3 2 2 1 5 1 5

1 5 1 6 4 8 7 8

7 8 3 2 4 1 2 6



7º ENCUENTRO: Percepción⁸ y atención⁹

OBJETIVOS

Es importante, mediante estos ejercicios, la estimulación y el desarrollo de la agudeza sensorial y la discriminación perceptiva, el entrenamiento en utilizar los sentidos como referentes para evocar recuerdos.

a) AUDITIVOS:

-Registrar y retener para memorizar sonidos y ruidos simples (desde un casete)

-Grabar en un casete lista de palabras. Retener y luego evocar una palabra repetida varias veces de la lista.

-Grabar los siguientes textos:

✚ Colores

La habitación había sido decorada con cortinados de listas azules y amarillas. las paredes estaban pintadas de celeste claro y el techo de color blanco. el piso y la puerta era de madera natural marrón, y la araña de bronce dorada colgaba del techo.

✚ Nombres:

Sara y Elena se conocían desde pequeñas. Sus madres, Nora y Ester habían sido también amigas desde la niñez. Roberto, el hermano de Elena se había casado con Susana y tuvieron un niño a quién llamaron Luis.

✚ Números y cifras:

Esta mañana, 12 de junio, el tren partió a las 8:00 desde el andén numero 6. Se me asigno el asiento 23, al lado de la ventanilla. En el vagón había solo 10 pasajeros.

Actividad:

⁸ Percepción: reconocimiento inmediato de algo a través de los sentidos. El registro y selección de los estímulos sensoriales es posible mediante la atención

⁹ Es la aplicación selectiva de la conciencia sobre un objeto determinado, que queda destacado del campo metal.



- Retener y evocar luego de los textos escuchados los colores, nombres y números mencionados

Lista de palabras escuchadas para memorizar y luego clasificar por categorías:

*MARTILLO	*DENTISTA
*TULIPÁN	*PARAGUAS
*PINZA	*ROSA
*ABOGADO	*ANTEOJOS
*LIRIO	*TENZA
*GUANTES	*ARQUITECTO
*SERRUCHO	*CLAVEL
*MARINO	*SOMBRERO
*TENAZA	*CALA
*BASTÓN	*MEDICO

Lista de palabras escuchadas-
Clasificación de palabras por categorías

HERRAMIENTAS
FLORES
PROFESIONES
ACCESORIOS

b) OLFATORIOS:

-Despertar y desarrollar la agudeza olfatoria para reconocer distintos tipos de olores y aromas¹⁰.

EJERCICIOS.

- Reconocer, para luego evocar aromas y olores de fruta, comidas, flores etc.
- Registrar y reconocer los olores y los aromas de sustancias contenidas en recipientes opacos numerados cuya boca estará cubierta por una tela muy porosa (por ejemplo, gasa). El coordinador de los encuentros previamente enunciara las sustancias que se habrán de reconocer.
- De una lamina con dibujos de distintos objetos olorosos (manzana, dentífrico, etc.), reconocer y describir los olores y aromas y luego evocarlos.

¹⁰ Los ejercicios con el olfato son muy apropiados para la reminiscencia espontanea.



c) GUSTATIVOS

Mediante estos ejercicios, se distinguirán y describirán los sabores de distintas sustancias (dulce, salado, agrio, perfumado ácido y amargo) y activar la memorización de ellos.

EJERCICIOS

- De una lamina con dibujos de sustancias comestibles, describir retener y memorizar las descripciones de los sabores de cada una (dulce amargo salado ácido, etc) y expresar su gusto o disgusto por ellos.
- Nombrar y describir otras sustancias, evocándolas

d) TACTILES

Mediante estos ejercicios, se distinguen formas y texturas y activar su memorización.

EJERCICIOS.

- Para las formas; se registrara con el tacto y los ojos cerrados distintos objetos(lápiz, vaso, plato etc.) dentro de una bolsa, habiéndolos primero reconocido visualmente y nombrado. Luego evocarlos.
- Para la textura, se registrara con e tacto y ojos cerrados distintos elementos (algodón, papel de lija, metal, madera, goma, vidrio, lana, seda, cuero, etc.). Nombrarlos y evocarlos.

Domino de texturas.

- Es un domino clásico cuyas fichas, en lugar de puntos tienen texturas (conviene confeccionarlos en tamaño mas grande que lo usual, en madera o cartón). Cada mitad de las fichas tiene una textura diferente por ejemplo, piel, seda, lana papel de lija gruesa, papel de lija fino, paño, terciopelo, etc. las reglas son las mismas que las de juego de domino convencional.



8º ENCUESTRO

MEMORIA

OBJETIVOS

- Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.
- Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.
- Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos.
- Potenciar la orientación de la persona.

MEMORIA RECIENTE Y PROCESO DE EVOCACIÓN INMEDIATA Y DIFERIDA DE IMÁGENES CON MATERIAL VISUAL

- Se presentan al paciente fotografías personales, de personajes populares, lugares conocidos por el paciente y objetos o alimentos de uso cotidiano (un solo tipo de fotografías a la vez, para no crear confusión al paciente y facilitar el recuerdo).

Decir:

El nombre de los familiares y amigos que aparecen en la fotografía.

El nombre de los personajes famosos que recuerde de la fotografía.

El nombre de los lugares que conozca de la fotografía.

El nombre de los utensilios que aparecen en las fotografías.

El nombre de los alimentos que aparecen en la fotografía.

Se retiran las fotografías o imágenes de la vista del paciente y se le pide:

Decir:

El nombre de los familiares y amigos que recuerde que aparecían en la fotografía.

El nombre de los personajes famosos que recuerde que aparecían en la fotografía.

El nombre de los lugares que recuerde que aparecían en la fotografía.

El nombre de los utensilios que recuerde que aparecían en las fotografías.

El nombre de los alimentos que recuerda que aparecían en la fotografía.

- Dibujar cinco cosas de las presentadas anteriormente.

Previamente se habrán mostrado un grupo de objetos o imágenes con las características siguientes:



REDONDAS	CUADRADAS
----------	-----------

Dibujar cinco cosas de las presentadas anteriormente

Previamente se habrán mostrado un grupo de objetos o imágenes con las características siguientes:

CALIENTES	FRIAS
-----------	-------

MEMORIA RECIENTE Y PROCESO DE EVOCACIÓN INMEDIATA Y DIFERIDA CON MATERIAL VERBAL

- Recordar una información (noticia periodística, acontecimiento...) y evocarla en un período de tiempo determinado.
- Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al paciente, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.).

- A partir de esta información:

Pedir al paciente que explique lo que recuerde de la información.

Pedir que recuerde algún dato concreto de la información.

Intentar que el paciente recuerde esta información posteriormente: horas después, días después (puede ser que el paciente necesite algún tipo de ayuda para recordar la información que se le pide, por ejemplo la noticia trataba de...).

Pedir al paciente que exprese su opinión personal sobre la noticia o acontecimiento.

- Leer los siguientes refranes populares:

•Dime con quién andas y te diré quién eres.

•De tal palo, tal astilla”

•Una golondrina no hace verano

•No por mucho madrugar se amanece más temprano



- No todo lo que brilla es oro
 - Quien mal anda, mal acaba
 - Mas vale pájaro en mano que 100 volando
 - Al que madruga dios lo ayuda.
- Recordar alguno de los refranes que ha leído.

MEMORIA REMOTA

- Explicar lo que recuerde de su lugar de nacimiento.
 - ¿Qué recuerda del día de su boda?
 - ¿Qué recuerda de la infancia de sus hijos?
 - ¿Qué recuerda de su etapa laboral?
 - ¿En que consistía su empleo?
-
- A partir de una fotografía de un personaje popular del pasado:
 - ¿Qué personaje es?
 - ¿Qué recuerdos le trae?
 - ¿A qué se dedicaba?
-
- Se pide al paciente que recuerde, o bien se le muestra, su dirección o número de teléfono.
 - Se le pide que lo lea (más de una vez si es preciso).
 - Se le pide que lo repita de memoria.

Si no es capaz de retener mucha información proporcionada a la vez, se intenta que memorice la información por separado, se trabaja con el nombre de la calle hasta que lo aprenda, cuando lo tenga consolidado, se trabaja con el número de la calle, cuando lo tenga consolidado, se trabaja con el piso y así sucesivamente...

MEMORIA INMEDIATA Y RECIENTE

- Observar este cuadro y leer las palabras durante unos minutos. Posteriormente, decir las palabras que recuerde.

PASTEL		AZUL	
	POLICÍA	PLANETA	COLOR
SILENCIO	FUEGO	SOPA	
GOL	CUBITO	GUITARRA	
	CABEZAL	SOL	
AGUA	PATO	ESTRELLA	
	CONEJO	PERFUME	
TECHO		BICICLETA	



- Repetir la siguiente lista de números (debe adecuarse la complejidad al nivel de deterioro del paciente).

A	B	C	D
• 5.500	350	25	1
• 2.700	290	40	5
• 1.000	500	39	3
• 4.800	700	72	2

- Se facilitan al paciente datos relacionados con su biografía personal.
- Usted nació el 25 DE Marzo DE 1935. ¿En qué fecha nació?
- Usted vive en la calle 25 De Mayo n° 367 ¿En qué calle vive?
- Su número de teléfono 4518976. ¿Cuál es su número de teléfono?
- Su esposa se llama Marta. ¿Cómo se llama su esposa?



9º ENCUENTRO
**ESTIMULACIÓN COGNITIVA DEL PROCESAMIENTO
ARITMÉTICO Y NUMÉRICO**

OBJETIVOS

- Optimizar la discriminación de los números.
- Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal.
- Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas.
- Favorecer la discriminación de cantidades.

SECUENCIACIÓN DE NÚMEROS

- Marcar en color rojo los números pares y en color azul los números impares.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

- Continuar la serie hasta llegar a 100.

+2									
2	4	6							
									100

- Ordenar de mayor a menor las siguientes cantidades de pesos:

3.325 3.023
4.213 5.234



- Seguir las indicaciones hasta llegar al resultado:

$$3 \times 2 \rightarrow \boxed{} + 7 \rightarrow \boxed{} - 1 \rightarrow \boxed{} \% 3 \rightarrow \boxed{}$$

- A partir de folletos y propagandas (alimentos, productos de limpieza, prendas de vestir...), con monedas o billetes (reales o simulados), objetos reales o simulados...

¿Cuál es la fruta más cara?

¿Cuánto vale un kilo de manzanas?

¿Cuánto vale el papel de cocina?

Si pagamos el kilo de tomates con 20 pesos. ¿Cuánto dinero nos devuelven?

Si una remera vale 40 pesos. ¿Cuánto cuestan 2 remeras?

- A partir de los billetes y monedas (reales o simulados):

Pague el pantalón que vale 130 pesos.

Pague el periódico, que vale 5 pesos.

Deme el cambio de la compra del periódico.

- Buscar en los folletos:

¿Qué podemos comprar con 60 pesos?

¿Y con 20 pesos?

¿Qué cuesta más de 100 pesos?

¿Qué es más caro: un kilo de bananas o un kilo de peras?

CONJUNTOS Y PERTENENCIA

- Se escribe una serie de números de distintas cifras.

Agrupar los números de 3 cifras:

Agrupar los números de 2 cifras:

Agrupar los números de 1 cifra:

- Se colocan en la mesa fichas de distintos colores y con valores diferentes.

- Agrupar las fichas por colores.

- En función de los números que hay en cada ficha, realice la suma por colores. ¿Cuál es el color que tiene el valor más alto?



RECONOCIMIENTO NUMÉRICO

- Escribir los números siguientes en cifras:
- Veintitrés:
- Cuarenta y siete:
- Cincuenta y nueve:
- Ciento veintitrés:
- Sesenta y cinco:
- Mil trescientos cuarenta y nueve: