



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención integrativa en un adulto mayor con
enfermedad de Alzheimer: Un caso clínico**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Sigüenza Vallejo, Steven Alejandro

Directora: Toro Sánchez, Gianella Lisseth

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 30 del octubre de 2023

Magíster en Psicología Clínica

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.

De mi consideración.

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención integrativa en un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer: Un Caso Clínico realizado por Steven Alejandro Sigüenza Vallejo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Gianella Lisseth Toro Sánchez

C.I.: 0706673290

Correo electrónico: gltoro@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Steven Alejandro Sigüenza Vallejo declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención integrativa en un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer: un Caso Clínico, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno, marco teórico; el capítulo dos, metodología; capítulo tres, resultados, discusión y conclusiones, siendo la Magíster Gianella Lisseth Toro Sánchez, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Steven Alejandro Sigüenza Vallejo.

C.I.: 1105679797

Correo electrónico: sasiguenza@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A mis padres que me brindaron su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A mis padres, que me han brindado las oportunidades para poder labrarme un futuro profesional, han sido una ayuda incondicional dentro de todo este largo proceso, les agradezco inmensamente por su sacrificio y paciencia.

A mi pareja, que ha sido una gran compañera brindándome su apoyo y comprensión durante los momentos más difíciles y supo darme el impulso necesario para continuar.

A mis compañeros, a todas las personas que me brindaron su ayuda cuando más lo necesité.

Índice de contenido

<i>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular</i>	<i>II</i>
<i>De mi consideración.</i>	<i>II</i>
<i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i>	<i>III</i>
<i>Dedicatoria.....</i>	<i>V</i>
<i>Agradecimiento</i>	<i>VI</i>
<i>Índice de contenido.....</i>	<i>VII</i>
<i>Resumen</i>	<i>1</i>
<i>Abstract</i>	<i>2</i>
<i>Introducción</i>	<i>3</i>
<i>Capítulo uno</i>	<i>6</i>
<i>Marco teórico.....</i>	<i>6</i>
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 Identificación del paciente	6
1.1.2 Motivo de consulta.....	7
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología	7
1.2 Proceso de evaluación	8
1.3 Proceso diagnóstico	14
1.3.2 Diagnóstico presuntivo o definitivo.....	14
<i>Capítulo dos</i>	<i>18</i>
<i>Metodología.....</i>	<i>18</i>

2.2	Tratamiento/Intervención	18
2.2.2	Objetivos terapéuticos	18
2.2.3	Plan de tratamiento/intervención	19
	Capítulo tres	29
	Resultados.....	29
	Discusión.....	32
	Conclusiones.....	38
	Recomendaciones.....	39
	Referencias.....	40
	Apéndice A. Instrumentos psicométricos utilizados.....	50
	Apéndice B. Material para estimulación cognitiva.....	.57

Índice de tablas

Tabla 1	Instrumentos psicométricos y escalas de observación.....	13
Tabla 2	Plan de intervención psicoterapéutico.....	19
Tabla 3	Resultados pretratamiento y postratamiento.....	29

Índice de figuras

Figura 1	Genograma familiar	6
-----------------	---------------------------------	----------

Resumen

Paciente de 69 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana, viudo, de etnia mestiza, con estudios secundarios incompletos, se encuentra bajo el cuidado de sus hijos. Desde hace aproximadamente un año y medio manifiesta un repentino déficit en sus funciones mentales superiores y cambios en el estado ánimo. Es diagnosticado por psiquiatría bajo criterios de un F00* Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.-†) en el mes de septiembre previo a su ingreso en un centro gerontológico en el mes de octubre del 2022.

En base a la valoración psicológica se plantea un plan de intervención bajo el modelo integrativo que incluye estimulación cognitiva, terapia de reminiscencia, terapia de orientación a la realidad y técnicas de relajación. Debido a las características propias del caso, como el estado de la enfermedad y la predominante sintomatología que dificultaba en trabajo, no se pudo cumplir con satisfacción los objetivos terapéuticos establecidos al inicio de la intervención; sin embargo, si se logró una mejoría del estado del ánimo del paciente.

Palabras clave: alzheimer, demencia, estimulación cognitiva.

Abstract

69-year-old patient, Ecuadorian nationality, widowed, of mestizo ethnicity, with incomplete secondary education, is under the care of his children. For approximately a year and a half, he has been experiencing a sudden deficit in his higher mental functions and changes in mood. He was diagnosed by psychiatry with F00* Alzheimer's disease dementia (G30.-†) in September prior to his admission to a gerontological center in October 2022.

Based on the psychological assessment, an intervention plan is proposed under the integrative model, which includes cognitive stimulation, reminiscence therapy, reality orientation therapy, and relaxation techniques. Due to the specific characteristics of the case, such as the stage of the disease and the predominant symptoms that hindered the work, the therapeutic objectives established at the beginning of the intervention could not be satisfactorily achieved. However, an improvement in the patient's mood was achieved.

Keywords: alzheimer's, dementia, cognitive stimulation.

Introducción

La enfermedad del Alzheimer, forma degenerativa de demencia, es un trastorno neurodegenerativo crónico que afecta a millones de personas en todo el mundo, pues a medida que envejecemos, nuestros cuerpos y mentes experimentan cambios naturales, pero para aquellos que padecen Alzheimer, estos cambios se vuelven incapacitantes (Soldan et al., 2020).

Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria, el deterioro cognitivo y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias y aunque afecta principalmente a los adultos mayores, el Alzheimer no es una parte normal del envejecimiento (Bachmann et al., 2023; Banning et al., 2020). En la actualidad, se estima que más de 50 millones de personas en todo el mundo viven con Alzheimer, y se espera que esta cifra se duplique en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida (Scheltens et al., 2021).

La prevalencia del Alzheimer a nivel de los países latinoamericanos representa un 10.66% de la carga mundial, dicha cifra tiene un posible origen en los bajos niveles de educación que esta población recibe; además, de las condiciones de vida propias de la región; es así que estas cifras se convierten en un desafío para los sistemas de atención médica. Así como para las familias y cuidadores de los pacientes, que se enfrentan a la carga emocional y económica de esta enfermedad (Ribeiro et al., 2022; Rivera-Fernandez et al., 2021).

Las bases biológicas del Alzheimer se basan en dos principales hallazgos: las placas de beta-amiloide y los ovillos neurofibrilares; las placas de beta-amiloide son acumulaciones anormales de proteínas en el cerebro que se forman cuando fragmentos de una proteína llamada beta-amiloide se agrupan y se depositan entre las células nerviosas; es así, como estas placas interfieren con la comunicación entre las células y contribuyen al daño neuronal

(Banning et al., 2020; Bachmann et al., 2023). Por otro lado, los ovillos neurofibrilares son enredos anormales de una proteína llamada tau, que se encuentran dentro de las células nerviosas, estos ovillos dificultan el transporte de nutrientes y otras sustancias esenciales en las células, lo que lleva a la disfunción y la muerte celular; de esta manera estos dos procesos patológicos, junto con la inflamación crónica y otros factores, causan el deterioro progresivo de las funciones cognitivas y el deterioro general del cerebro observado en el Alzheimer (Dubois et al., 2016; Arvanitakis, 2019).

Sin embargo, también existen factores de riesgo asociados a esta enfermedad como la edad avanzada, dado que la mayoría de los casos se presentan en personas mayores de 65 años; del mismo modo los antecedentes familiares, pues tener familiares de primer grado, como padres o hermanos, con Alzheimer aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad; de la misma forma, existen ciertos genes que pueden aumentar la susceptibilidad al Alzheimer como el gen APOE-e4 se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (Atri, 2019). Otros factores a considerar son el historial de lesiones cerebrales, las lesiones traumáticas en la cabeza, como las lesiones cerebrales repetidas, se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer en etapas posteriores de la vida, al igual que factores asociados al estilo de vida como: falta de actividad física, una dieta poco saludable, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes (Ribeiro et al., 2023).

A pesar de que no se comprenden completamente todas las causas y mecanismos subyacentes de la enfermedad de Alzheimer, se han logrado establecer tratamientos farmacológicos para su intervención, pero también cada vez se les da más importancia a los tratamientos no farmacológicos, cuya eficacia y modelos de intervención aún se encuentran en investigación (Livingston et al., 2020). Es por ello la importancia de probar diferentes modelos de intervención para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

El presente trabajo de investigación pretende aportar conocimiento sobre la intervención psicoterapéutica en un caso de demencia por la enfermedad de Alzheimer, el cual puede servir como una guía de intervención tanto para psicólogos como otros profesionales con pacientes que presenten características similares. Del mismo modo, pretende aportar a la investigación nuevos métodos efectivos para el tratamiento de las demencias, buscando generar un beneficio para la sociedad en general.

A continuación, se presentará el trabajo contenido en tres capítulos estructurados de la siguiente manera; en el capítulo uno, se presenta datos de identificación del paciente y diagnóstico; en el capítulo dos, se abarca el marco teórico donde se detallará el modelo de tratamiento, objetivos y técnicas; para finalizar, en el capítulo tres, se presentan los resultados del modelo de intervención, así como posterior discusión, conclusiones y recomendaciones del caso.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

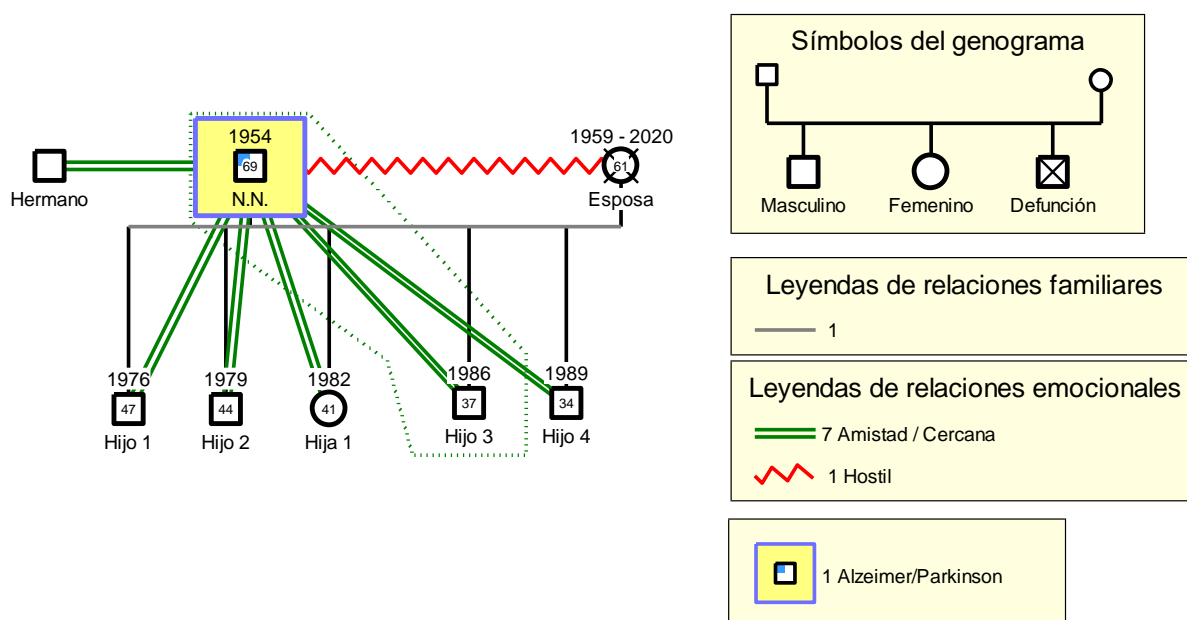
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente de 69 años de sexo masculino, viudo, padre de cinco hijos, panadero de profesión, con estudios secundarios incompletos, de un estrato económico medio bajo, procedente de Loja – Ecuador, proviene de una familia rural desintegrada.

Figura 1

Genograma familiar



Nota. En esta tabla se describe la estructura y funcionalidad familiar del paciente.

Familia nuclear conformada por cuatro hijos y una hija, refiere una relación cercana con sus hijos, caracterizada por una buena comunicación y límites claros; sin embargo,

manifiesta que mantenía constantes conflictos con su difunta esposa, así como una comunicación caracterizada por peleas y gritos.

1.1.2 Motivo de consulta

El paciente es trasladado a un centro gerontológico por presentar cuadros de pérdida de memoria, razón por la cual es ingresado en el mes de octubre del 2022 por decisión de su familia. En primera instancia es atendido por el psicólogo de la institución, el cual realiza una breve evaluación de sus funciones mentales al momento de su llegada, como parte del protocolo de ingreso. Es necesario aclarar que debido a que el paciente no es quien solicita la atención de manera voluntaria, este no manifiesta alguna demanda, por el contrario, aduce que no existe razón para ser evaluado.

El profesional refiere en su informe, que durante la entrevista se evidencia una disminución de sus funciones mentales superiores; además, de un estado de ánimo irritable, apático con labilidad emocional. Debido a que el paciente no presenta conciencia de su enfermedad, no logro expresar ninguna solicitud con respecto al servicio de atención psicológico al momento de la evaluación.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Según se relata la familia desconoce cuando inició el déficit cognoscitivo del paciente; sin embargo, los síntomas avanzaron de manera progresiva durante un año y medio aproximadamente, hasta que se volvieron evidentes los constantes cuadros de pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, falsos reconocimientos, así como estado de ánimo irritable, por el cual fue llevado a una valoración psiquiátrica el mes de septiembre del 2022 y diagnosticado con un F00* Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.-†) de acuerdo a la categorización CIE-10, sin indicios de delirios o alucinaciones de algún tipo. Adicionalmente, no demuestra conductas violentas para sí mismo o terceras personas. Tras su valoración recibe tratamiento farmacológico con antidepresivos, antipsicóticos y un antagonista no competitivo del receptor NMDA.

Al momento del ingreso en el centro gerontológico se realizó una evaluación psicológica, durante la entrevista mantenía un aspecto físico adecuado, vestimenta acorde a su edad y sexo, tono de voz disminuido y lentitud al hablar, con espacios de obnubilación, desorientación alopsíquica, una marcada hipoprosexia, amnesia de fijación y evocación, fuga de ideas, alteración en la estructura del pensamiento y juicio debilitado. Además, de abulia, inquietud psicomotora, con instintos conservados y sin introspección de la enfermedad; sin embargo, mantiene cierto grado de autonomía para la realización de las actividades cotidianas.

La etiología para la aparición y el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer se puede resumir a factores genéticos y ambientales. Algunos factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad son la crianza en un ambiente de escasos recursos económicos, pobre estimulación cognitiva durante la infancia y bajo nivel de escolaridad.

1.2 + Proceso de evaluación

La evaluación inicial se realizó en tres sesiones, de modalidad presencial, con una duración aproximada de 40 minutos por sesión. Para la misma, se utilizó las siguientes herramientas de recogida de información: entrevista clínica semiestructurada, observación clínica, escalas de apreciación; así como la aplicación de instrumentos psicométricos: Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15), Escala De Lawton Y Brody, El índice de Barthel (IB).

1.2.1 Entrevista con el paciente.

Según Perpiñá (2014) la entrevista es definida como una técnica versátil y flexible, utilizada para la recolección de información y evaluación, esto se logra mediante el diálogo, así como el uso de preguntas estructuradas. Las entrevistas de evaluación fueron semiestructuras y se desarrollaron de la siguiente manera:

- **Primera entrevista:** La primera sesión de evaluación se inició buscando establecer rapport, además, se llevó a cabo una breve presentación personal y se explicó de manera sencilla el motivo de la intervención. Posteriormente, se realizó una psicoanamnesis personal

por medio de una entrevista y una rápida valoración de las funciones mentales. Se finalizó preguntando si existía alguna duda con respecto al proceso a realizar, así como corroborar si había comprendido la información dada. Después de este primer encuentro se continuó con las actividades establecidas por el centro.

- **Segunda entrevista:** En la segunda sesión de evaluación se inició preguntando qué recordaba con respecto a la sesión anterior; posteriormente, se realizó la aplicación del instrumento Mini Examen del Estado Mental (MMSE), al igual que el Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15), los cuales se desarrollaron con cierta dificultad debido a los problemas de concentración; además, de cortos periodos de obnubilación; una vez finalizada la aplicación se realizó la psicoanamnesis familiar, tras obtener esta información se continuó con las actividades establecidas por el centro.

- **Tercera Entrevista:** En la tercera sesión de evaluación se inició preguntando sobre lo que recordaba de la sesión anterior, posteriormente se realizó la aplicación de la Escala De Lawton y Brody, así como el Índice de Barthel. Cabe destacar que durante la aplicación aún se mantenían las dificultades presentes en la anterior evaluación, dificultad para mantener la concentración, seguir el hilo de la conversación, obnubilación, pero en menor medida. Además, durante esta sesión se recogió información para la culminación de la historia clínica y posteriormente se procedió con las actividades establecidas por el centro.

1.2.2 Observación clínica.

Según Fernández-Ballesteros (2014) la observación es “aquello que se hace con cualquiera de los procedimientos y técnicas de recogida de información que requiere la percepción deliberada de comportamientos emitidos por un sujeto o sujetos (a distintos niveles de complejidad e inferencia...)” (p. 194 - 195). En otras palabras, es un método de recogida de información que se lleva a cabo por medio de protocolos sistematizados, ya sea en medios naturales o análogos, en los cuales no se buscan provocar una respuesta o conducta deseada (Huerta, 2019).

Durante la entrevista mostró un aspecto físico adecuado, vestimenta acorde a su edad y sexo. Sus rasgos faciales denotan tranquilidad, no se evidencia alteraciones físicas. Además, mantenía un tono de voz disminuido y lentitud al hablar, con espacios de obnubilación, desorientación alopsíquica, una marcada hipoprosexia, amnesia de fijación y evocación, fuga de ideas, alteración en la estructura del pensamiento y juicio debilitado. Además, al inicio de la entrevista demostró abulia; sin embargo, en el transcurso de la misma presentó ansiedad expectante e inquietud psicomotora; por otro lado, mantiene sus instintos conservados y sin introspección de la enfermedad.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Mini Examen del Estado Mental (MMSE): Diseñado por Folstein y colaboradores en el año de 1975, es un test utilizado como herramienta de cribado del deterioro cognitivo, el cual está indicado por escalas en función del nivel de deterioro. Evalúa la orientación, atención, concentración, memoria, pensamiento abstracto, cálculo matemático, lenguaje, percepción visual – espacial y la capacidad para seguir órdenes, su tiempo de aplicación es de 10 minutos, con puntos de corte que va de 30 a 27 puntos es decir no existe deterioro cognitivo; Entre 26 y 25 puntos es decir existen dudas o pudiera existir un posible deterioro cognitivo; Entre 24 y 10 puntos lo que se interpreta que existe un deterioro cognitivo de leve a moderado; Entre 9 y 6 puntos lo que significa un deterioro cognitivo de moderado a severo.(Llamas-Velasco et al., 2015). El MMSE tiene sensibilidad del 23% a 76% y una especificidad de 40% a 94% para deterioros cognitivos leves (Arevalo-Rodriguez et al., 2021).

Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15) - Versión Abreviada: El instrumento fue creado por Jerome A. Yesavage y colaboradores, es un cuestionario de screening para depresión en población geriátrica, de tipo heteroaplicable con una duración de entre cinco a siete minutos, en su versión acortada consta de 15 preguntas dicotómicas de “Si” o “No”, con puntos de corte que irían desde 0 a 5 lo que traduciría como normal; entre 6 a 9 que se interpreta como Depresión leve y un valor >10 representa una depresión establecida (Martí et al., 2000). La prueba cuenta con una fiabilidad intra e interobservador

de 0,96 y 0,89; una alta confiabilidad de .80, así como buena sensibilidad 81,1% y especificidad de 76,7%, siendo estos considerandos como resultados excelentes (De La Iglesia et al, 2002).

Escala De Lawton y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria): Es un instrumento desarrollado en el año de 1969 utilizado para la evaluación de la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en la población de adultos mayores. Posee un tiempo de aplicación de 4 minutos, con ocho ítems con respuestas dicotómicas 1 es decir independiente, 0 es decir dependiente y una puntuación que con puntos de corte para mujeres y hombres las cuales tienen una puntuación de 0 a 1 para mujeres y 0 para hombres, que indica una dependencia total, donde el individuo requiere asistencia en todas las actividades diarias; una puntuación de 2 a 3 para mujeres y 1 para hombres, refleja una dependencia grave, donde se necesita ayuda significativa para llevar a cabo las tareas básicas; con una puntuación de 4 a 5 para mujeres y 2 a 3 para hombres, se considera una dependencia moderada, indicando la necesidad de apoyo en algunas actividades específicas; una puntuación de 6 a 7 para mujeres y 4 para hombres, indica una dependencia ligera, con la capacidad de realizar la mayoría de las actividades, pero requiriendo ayuda ocasional; finalmente, una puntuación de 8 para mujeres y 5 para hombres, se clasifica como autónoma, lo que significa que la persona es capaz de realizar todas las tareas de forma independiente, sin necesidad de asistencia adicional (Santos y Júnior, 2008).

El índice de Barthel: De acuerdo con Barrero et al. (2005), el Índice de Barthel “es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original” (p. 81). Cuenta con 10 ítems, con una puntuación máxima de 0 a 100 puntos totales y puntos de corte los cuales van desde 0 a 20 puntos lo que se interpreta como dependencia total; entre 21 a 60 puntos dependencia severa; entre 61 a 90 dependencia moderada; entre 91 a 99 dependencia escasa; la puntuación máxima de 100 puntos se entiende como independencia; además, cuenta con una

fiabilidad inter e intraobservador; además, posee una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.86 a 0.92 (Barrero et al., 2005).

Escala de Deterioro Global (GDS): Esta es desarrollada por Reisberg y colaboradores en el año de 1982, es una escala que describe siete fases de deterioro cognitivo presentes en la enfermedad de Alzheimer, cada estadio incrementa de manera progresiva en función del nivel de deterioro, con puntuaciones que van de GDS 1 es decir ausencia de alteración cognitiva; GDS 2 o una disminución cognoscitiva muy leve; GDS 3 correspondiente a un defecto cognitivo leve; GDS 4 que implica un defecto cognitivo moderado ; GDS 5 o defecto cognitivo moderado-grave; Gds 6 que se interpreta como un defecto cognitivo grave; Gds 7 lo que significa un defecto cognitivo muy gravea. 7; (Reisberg et al., 1982). Así mismo, posee una sensibilidad del 79% para determinar un estadio demencia; además, posee buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.82 y validez convergente con respecto al Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y la Clasificación Clínica de Demencia (CDR) (García-Moja, 2013; Reisberg et al., 1982).

Evaluación del Estado Funcional (FAST): Es una escala desarrollada por Reisberg y su equipo, como un complemento para la Escala de Deterioro Global (GDS), anteriormente creada por el mismo, la Evaluación del Estado Funcional (FAST), se centra en la evaluación funcional de la persona con demencia y similar a la GDS se divide en siete estadios: Fast 1. Adulto normal; Fast 2. Adulto normal de edad; Fast 3. Compatible con demencia incipiente; Fast 4. Demencia leve; Fast 5. Demencia moderada; Fast 6. Demencia moderada-grave; Fast 7. Demencia grave; cada una de estos describen conductas referentes a la capacidad funcional de las personas con demencia (Reisberg,1998). La FAST cuenta con validez concurrente, una excelente fiabilidad inter e intra observador; además, de una buena consistencia interna alfa de Cronbach entre 0.60 a 0.70 (Rikkert et al., 2011).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos psicométricos.

Tabla 1

Instrumentos psicométricos y escalas de observación.

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Mini Examen del Estado Mental (MMSE)	16/30 puntos.	Deterioro cognitivo leve.
Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15)	0/15 puntos.	No depresión.
Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria)	2/8 puntos.	Dependencia moderada.
El índice de Barthel	100/100 puntos.	Independiente.
Escala de Deterioro Global (GDS).	GDS 4.	Defecto cognitivo moderado.
Evaluación del Estado Funcional (FAST)	Fast 4.	Demencia leve.

Nota. Descripción de los resultados cuantitativos por instrumento

Se obtuvieron los siguientes resultados tras la aplicación de los instrumentos:

Mini Examen del Estado Mental (MMSE): Según los resultados se obtuvo un puntaje de 16 puntos sobre 30, con lo cual se puede determinar un deterioro cognitivo leve. De manera más detallada, se observó un bajo rendimiento en las tareas de orientación espacial, atención, cálculo y habilidades de visoesquema.

Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15): Se obtuvo una puntuación de 0 sobre 15 puntos, lo cual se puede interpretar como la ausencia de un trastorno del estado de ánimo depresivo, presente al momento de la evaluación.

Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria): El evaluado depende moderadamente; es decir, puede realizar ciertas actividades básicas de cuidado personal, pero requiere de la ayuda de otra persona para realizar actividades más

complejas: administrar dinero, lavar la ropa, hacer las compras, pedir un taxi o movilizarse, etc.

El índice de Barthel: El evaluado demuestra poseer independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, asearse, usar el retrete, control de esfínteres, etc.

Escala de Deterioro Global (GDS): Según la valoración presenta un deterioro cognitivo moderado; es decir, existen defectos claramente definidos en la entrevista clínica, con déficit en las funciones mentales superiores y alteraciones del estado del ánimo.

Evaluación del Estado Funcional (FAST): Según la valoración funcional ésta corresponde a una demencia leve, lo cual indica una disminución de la capacidad para realizar tareas complejas; por ejemplo, cocinar, planificar; además, de manejar las finanzas personales e ir de compras.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso de evaluación se compone de diferentes pasos, desde la recogida de información, formulación de la hipótesis y contrastación de estas, para llegar a un diagnóstico definitivo que explique la sintomatología presente en el paciente (Fernández-Ballesteros, 2014). De la misma forma, a través de la entrevista clínica, aplicación de instrumentos psicométricos, así como la información proporcionada por el centro gerontológico, se contrastó la información con los criterios descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición (CIE-10), para formular un diagnóstico que explique la sintomatología presente en el caso.

1.3.2 Diagnóstico presuntivo o definitivo

Siguiendo el proceso diagnóstico, se hipotetizó los siguientes diagnósticos presuntivos en base a la información recogida, luego comparados con los criterios descritos en la Clasificación Internacional De Enfermedades en su Décima Edición (CIE-10):

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

Inicia antes de los 65 años, con un curso de deterioro relativamente rápido y con múltiples y marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. Incluyen los siguientes criterios: 1) Deben cumplirse los criterios de Demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00), y la edad de inicio debe ser anterior a los 65 años. 2) Además, se requiere que esté presente al menos una de las siguientes circunstancias: a) Pruebas de un inicio y progresión relativamente rápidos. b) Además del deterioro de la memoria, debe haber afasia (amnésica o sensorial), agrafia, alexia, acalculia o apraxia (que indican la repercusión sobre el lóbulo temporal, parietal y/o frontal).

Si bien el paciente cumple con algunos criterios correspondientes a la enfermedad de Alzheimer como la pérdida de memoria que interfiera para el desarrollo de las actividades cotidianas, incapacidad para retener información, déficit en varias funciones cognoscitivas, alteraciones en el estado de ánimo, no existen antecedentes u otras enfermedades o afecciones que expliquen mejor los síntomas, sin embargo, se descarta este diagnóstico debido a que no cumple con el tiempo de aparición de los síntomas, el cual indica un inicio anterior a los 65 años de edad.

F01.4 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

Incluye síntomas propios de una demencia vascular como existir la presencia de ictus transitorios con breves trastornos de conciencia y parestias o pérdidas de visión fugaces, así como una disminución de las funciones corticales superiores (gnosias, las praxias y el lenguaje, aprendizaje) y subcorticales (memoria, emociones, placer y producción de hormonas).

Si bien este diagnóstico comparte criterios similares al de Demencia en la enfermedad de Alzheimer, se descarta debido a que los síntomas no presentan un inicio abrupto, además de no existir evidencias de accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, hipertensión o antecedentes familiares de enfermedades vasculares.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

Trastorno que se caracteriza por el deterioro de la memoria, dificultades en el aprendizaje y una capacidad reducida para concentrarse en tareas. A menudo hay una sensación marcada de fatiga mental cuando se intenta llevar a cabo actividades mentales, y se encuentra subjetivamente dificultoso el aprendizaje de cosas nuevas, incluso cuando éste es objetivamente imprescindible.

Deben cumplirse los criterios generales de F06. B. Trastorno en la función cognoscitiva durante la mayor parte del tiempo en un período de al menos dos semanas, referido por el propio individuo o por un informador fiable. El trastorno se manifiesta por dificultades en alguna de las siguientes áreas: 1. Memoria (en particular recordar) o aprendizaje nuevo. 2. Atención o concentración. 3. Pensamiento (por ejemplo, enlentecimiento en la resolución de problemas en la abstracción). 4. Lenguaje (por ejemplo, comprensión, búsqueda de palabras). 5. Funcionamiento visoespacial. C. Anormalidad o disminución de la capacidad cognoscitiva en valoraciones cuantificadas (por ejemplo, test neuropsicológicos o examen del estado mental). D. Ninguna de las dificultades enumeradas en el criterio B (1)-(5) es tal que pueda hacerse un diagnóstico de demencia (F00 - F03), síndrome amnésico, síndrome postconmocional (F07.2) u otro deterioro cognoscitivo persistente debido al consumo de sustancias psicoactivas (Flx.74).

Se descartó este diagnóstico, debido a la gravedad de los síntomas, que indican un claro deterioro cognitivo y funcional, como se pudo corroborar tras la aplicación de los instrumentos psicométricos y escalas observación.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

Inicia después de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 o más tarde, con una progresión lenta y con deterioro de la memoria como rasgo principal. Incluye los siguientes criterios: 1) Deben cumplirse los criterios de demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00) y la edad de inicio debe ser de 65 o más años. 2) Además, se requiere que esté presente alguna de las siguientes circunstancias: a) Pruebas de inicio y progresión muy lentos y graduales (el grado de progresión sólo puede conocerse retrospectivamente tras el

curso de tres o más años). b) Predominio de deterioro de la memoria, sobre el de deterioro intelectual.

El paciente cumple con todos los criterios expuestos en este diagnóstico, los síntomas inician a una edad superior a los 70 años de edad, con una progresión lenta y gradual, así como un predominio en el deterioro de la memoria en conjunto con otros déficits intelectuales, por lo cual, se lo establece como diagnóstico definitivo.

Capítulo dos

Metodología

2.2 Tratamiento/Intervención

Para poder cubrir las necesidades presentadas en el caso, se optó por un modelo terapéutico integrativo enfocado en la estimulación cognitiva y la terapia de reminiscencia, las cuales han demostrado gran eficacia para abordar casos similares al presentado. El plan psicoterapéutico se llevará a cabo de manera presencial en un total de 9 sesiones, las cuales se distribuirán en dos sesiones por semana, cada una contando con una duración 40 minutos aproximadamente. Dentro del modelo de intervención se emplearon las siguientes técnicas: psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, terapia de reminiscencia de Butler, respiración diafragmática, respiración alterna de McKay y Fanning, respiración 4 - 7 - 8 Andrew Weil. Además, se empleó la terapia de orientación a la realidad de Folsom, así como la estimulación cognitiva en base a los ejercicios planteados en el libro de Tárraga y Boada.

2.2.2 *Objetivos terapéuticos*

En base a los resultados de evaluación y de acuerdo con el modelo terapéutico seleccionado, así como las características personales del caso, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos enfocados en contribuir al cuidado del estado de salud mental del adulto mayor:

- Estimular las funciones mentales superiores, principalmente la memoria, atención y concentración.
- Promover el mantenimiento de las habilidades motoras fina y gruesa.
- Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal.
- Brindar recomendaciones a los cuidadores sobre actividades de psicoestimulación en el hogar.

2.2.3 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 2

Plan de intervención psicoterapéutico

Sesión	Objetivo Terapéutico	Objetivo De Sesión	Técnica	Observación
1	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal.	Establecer el encuadre terapéutico con la paciente. Reducir la tensión muscular y el estrés situacional.	Relajación Progresiva de Jacobson.	El paciente se muestra colaborador, con una ligera inquietud. No se pudo completar la Relajación Progresiva de Jacobson en su totalidad debido a que se distraía fácilmente.
2	Estimular las funciones mentales superiores, principalmente la memoria, atención y concentración.	Estimular la comunicación y memoria biográfica.	Terapia de reminiscencia de Butler	Se muestra colaborador y atento, con breves espacios de obnubilación y desorientación espacial.
	Estimular las funciones mentales superiores, principalmente la memoria, atención y concentración.	Reducir la tensión muscular induciendo a un estado de calma.	Respiración diafragmática.	Se muestra colaborador y atento, al inicio de la intervención con breves espacios de obnubilación y desorientación temporal.
3	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la	Estimular la orientación espacial y temporal. Mantener las capacidades	Respiración alterna de McKay y Fanning. Terapia de orientación a la realidad de Folsom.	

	orientación temporal, espacial y personal	lingüísticas preservadas.	Estimulación del lenguaje de Tárraga y Boada.	
4	Estimular las funciones mentales superiores, principalmente la memoria, atención y concentración. Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal.	Facilitar la orientación espacial y temporal. Estimular la memoria de trabajo, inmediata, remota o de evocación	Terapia de orientación a la realidad de Folsom. Estimulación de la memoria de Tárraga y Boada.	Se muestra colaborador, sin embargo, presenta grandes dificultades con respecto a formación de nuevos recuerdos y memoria inmediata, dificultando el cumplimiento efectivo de la intervención.
5	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal espacial y personal.	Estimular la comunicación y memoria biográfica.	Terapia de reminiscencia de Butler	El paciente se muestra poco colaborador, inquieto y desorientado espacial y temporalmente.
6	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal. Estimular las funciones mentales	Reducir la tensión muscular induciendo a un estado de calma. Facilitar la orientación espacial y temporal.	Respiración 4 - 7 – 8 Andrew Weil. Terapia de orientación a la realidad de Folsom. Estimulación de la memoria y	Se muestra colaborador, sin embargo, presenta grandes dificultades con respecto a la memoria de trabajo, junto con dificultades el cumplimiento de las actividades de estimulación.

	superiores, principalmente la memoria, atención y concentración.	Estimular la memoria de trabajo, inmediata, semántica.	atención de Tárraga y Boada	
7	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal. Promover el mantenimiento de las habilidades motoras fina y gruesa.	Estimular la orientación espacial y temporal. Mantener las habilidades de motrices (fina y gruesa) Mantener las capacidades viso-constructivas.	Técnica 4-7-8 de Andrew Weil Terapia de orientación a la realidad de Folsom. Estimulación de praxias de Tárraga y Boada	Se muestra colaborador, sin embargo, presenta grandes dificultades con respecto a la memoria de trabajo, junto con dificultades el cumplimiento de las actividades de estimulación.
8	Brindar y entrenar en el uso de herramientas asistenciales o de apoyo para la orientación temporal, espacial y personal.	Favorecer la comunicación y memoria biográfica.	Terapia de reminiscencia de Butler.	No se pudieron realizar las sesiones.
9/ Seguimiento	Brindar recomendaciones a los cuidadores sobre actividades de psicoestimulación en el hogar	Enseñar actividades de psicoestimulación a los cuidadores.	Psicoeducación Recursos o material didáctico.	No se pudieron realizar las sesiones.

Nota. En esta tabla se describe el plan terapéutico, el número de sesiones, objetivos, técnicas y observaciones de cada sesión.

Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

Sesión 1: Durante la primera sesión se realizó un encuadre terapéutico, en donde se buscó explicar de forma sencilla la modalidad de intervención, el tiempo estimado; de igual manera, abordar preguntas que presente el paciente. Además, se procedió con la implementación de la relajación progresiva de Jacobson, la cual consiste en tensar y relajar durante cuatro segundos 16 grupos musculares del cuerpo, divididos en cuatro grandes grupos: brazos, manos, cara, cuello y piernas (Fernández et al., 2012).

Al momento de la realización de la técnica, se le pidió al paciente que se permaneciera sentado en su sitio, con una postura erguida, con los brazos sobre los muslos, a la par que se representaba la acción. Luego, se le pidió que buscara contraer lentamente las manos, haciendo puño, manteniendo la tensión mientras se contaba en voz alta hasta cuatro segundos, para posteriormente abrirlas, explicándole que se haría lo mismo con el resto de su cuerpo, continuando con sus pies. Aunque en un inicio realizó bien el ejercicio poco después perdió el interés y desistió en continuar. Para finalizar la sesión se preguntó cómo se sentía, demostrándose cansado e irritable, luego se agradeció su participación y se reincorporó a las actividades planificadas en el centro. Debido a la fácil distraibilidad del paciente, no se pudieron completar los objetivos propuestos en para la sesión.

Sesión 2: En la segunda sesión se implementó la terapia de reminiscencia propuesta por Butler en el año de 1963, esta terapia es recomendada como parte de las terapias no farmacológicas (Sociedad Española de Neurología, 2018), además de ser implementada en programas para el cuidado del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo leve (Schade et al., 2021). Consiste en que el paciente logre hablar o compartir sobre su experiencia de vida, recuerdos o conocimientos, esto a través de ayuda de medios como, fotografías, videos, objetos o juegos, de esta manera se busca estimular la memoria episódica, atención, lenguaje entre otras (Cabaco, 2019).

Al iniciar se preguntó al paciente si recordaba sobre la sesión anterior, demostrando claras dificultades para recordar la misma, continuando con las preguntas se evidenció

encontrarse desorientado en tiempo, espacio y lugar; por lo cual, después de hacer una retroalimentación, se dio paso a explicar brevemente la terapia de reminiscencia, así como las actividades que se llevarían a cabo durante la misma.

Para facilitar la participación del paciente, esta actividad se realizó de forma grupal, junto con otros residentes del centro. Se pidió al paciente que se presentaran compartiendo su nombre completo, edad, ocupación, cuántos hijos tenía y algún otro dato que quisiera compartir; de la misma manera, se pidió a los demás participantes realizar la actividad. Luego, se solicitó a los participantes que recordaran refranes comunes, a la par que se mencionaba otros para facilitar la actividad. Como último, se finalizó reproduciendo música de época, haciendo que los participantes cantaran y algunos bailaran. Dentro de esta sesión se logró cumplir con los objetivos esperados, recordar experiencias personales o biográficas, pudiendo compartirlas con los miembros del grupo y mejorando su estado de ánimo.

Para finalizar la sesión se preguntó cómo se sentía, demostrándose cansado, luego se agradeció su participación y se reincorporó a las actividades planificadas en el centro.

Sesión 3: La tercera sesión se inició preguntándole al paciente como se sentía e indicó estar tranquilo y de buen humor, demostrando una predisposición a colaborar. Continuando, se le preguntó qué recordaba con respecto a la sesión, su respuesta fue negativa, tornándose confundido y adoptando a una expresión de seriedad, ante esto se procedió con una técnica de relajación. Se empleó la técnica de respiración diafragmática o respiración profunda, cuyas instrucciones indican lo siguiente: la persona debe estar sentada cómodamente con la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la otra mano, para luego indicarle que se imagine que posee una “bolsa vacía” dentro del abdomen, la cual debería intentar expandir a medida que inhala, manteniendo una respiración constante durante 3 a 5 segundos y repetir esta acción de 4 a 5 veces (Fernández et al., 2012). Esta acción se realizó como se explicó anteriormente, repitiendo las instrucciones por dos ocasiones y logrando realizarla satisfactoriamente.

Se procedió con la terapia de orientación a la realidad, propuesta por primera vez por Folsom en 1966, como parte de las intervenciones de estimulación cognitiva para demencia (Rodríguez, 2020). La terapia busca orientar al paciente temporal, espacial y personalmente a través del uso de preguntas y herramientas asistenciales (Arroyo-Anlló et al., 2012). Así, se plantearon las preguntas indicadas por Tárraga y Rovira, (2000) como: “¿Qué día de la semana es hoy?”, “¿En qué fecha estamos?”, “¿En qué mes estamos?”, “¿Dónde estamos?”, “¿Qué es este sitio?”, “¿Cómo se llama?”, “¿En qué año nació?”, “¿Qué edad tiene?”, entre otras; además, haciendo uso de herramientas como un calendario y un cuaderno donde anotaba las respuestas concernientes a su persona, como el nombre, edad, lugar de nacimiento, etc.

También en esta sesión se dio comienzo con la estimulación cognitiva, en cuyo nombre se abarcan un gran conjunto de actividades, las cuales buscan estimular el funcionamiento de diferentes áreas cognitivas como el lenguaje, la atención, la memoria, entre otras (García, 2015). Dentro de esta sesión se trabajó con estimulación del lenguaje con actividades propuestas por Tárraga y Rovira (2000), comenzando con ejercicios de pronunciación y haciendo que mencionara los días de la semana y los meses del año; continuado con ejercicios de descripción de imágenes, en la cual se le presentó una lámina que contenía diferentes objetos, buscando que describiera lo que en ella se presentaba; posteriormente, se le pidió una tarea de repetición de palabras, ejemplo, “Hay un gato en el tejado”, “Bebo agua”, “Hablo tres idiomas”, entre otras.

La sesión terminó una vez que se notó que el paciente no podía continuar con las actividades; para finalizar la sesión se preguntó cómo se sentía, demostrándose cansado, luego se agradeció su participación y se reincorporó a las actividades planificadas en el centro. No se pudieron completar todos los objetivos propuestos para la sesión; sin embargo, se consideran satisfactorios, debido a que se lograron realizar parcialmente.

Sesión 4: La cuarta sesión se comenzó preguntándole al paciente cómo se sentía y que recordaba con respecto a la sesión anterior, respondiendo negativamente. A

continuación, se continuo con la terapia de orientación a la realidad, similar a la sesión anterior se realizó con la serie de preguntas buscando orientarlo temporal, espacial y personalmente; respondiendo con precisión y exactitud las preguntas enfocadas al aspecto personal.

La estimulación cognitiva en esta ocasión se centró en la memoria; para lo cual, se hizo uso de diferentes actividades, comenzando por preguntarle que había realizado en durante la semana anterior, si recordaba algún hecho en particular o qué quisiera comentar, posteriormente se realizó un ejercicio de memorización de refranes, el cual consistía en mencionarle dos grupos de cinco refranes sencillos, los cuales se le repetirían en tres ocasiones cada uno de estos, para luego preguntarle cuales recordaba, así en ambas ocasiones no logró memorizar más de dos refranes, con algo de dificultad. Luego se le presentó una lámina con nombres de objetos impresos, en la cual se pidió que prestara atención y recordara cuantos nombres pudiera, para lo cual se le designó cuatro minutos para esta acción, es así como en un primer intento tan solo logró recordar una palabra, desistiendo a un segundo intento y negándose a continuar se dio por finalizada la sesión. Se logró conseguir parcialmente los objetivos planteados para la sesión.

Sesión 5: En la quinta sesión el paciente se mostró inquieto y distraído, hubo resistencia para iniciar la sesión; sin embargo, accedió a participar. Se le preguntó qué recordaba con respecto a la sesión anterior, siendo negativa su respuesta, poco después se procedió con la terapia de reminiscencia de forma grupal. Primero, se le pidió que se presentaran compartiendo su nombre completo, edad, ocupación, cuántos hijos tenía; además, se intentó que compartiera sobre su adolescencia o juventud, logrando que relatara pequeños fragmentos de esta etapa, describiéndose como una persona “tranquila” la cual evitaba los conflictos, pero se detuvo su narración una vez que esta se volvió incoherente y repetitiva, para lo cual se hizo uso de una pausa de 10 minutos. A continuación, se presentó imágenes de objetos antiguos o de época, como radios, televisores, autos, entre otros, para luego preguntarle si alguna vez había visto o poseído alguno de estos, caso contrario describiera qué objetos recordaba y logró referir algunos detalles sobre su profesión.

Se tuvo que interrumpir la sesión debido a que el paciente se mostraba distraído, a menudo intentando levantarse y retirarse de la sesión; por lo cual, no se pudieron completar todos los objetivos propuestos para la sesión.

Sesión 6: La sexta sesión transcurrió con relativa tranquilidad, el paciente se mostró colaborador y con un buen estado de ánimo. Se inició con la terapia de orientación a la realidad, haciendo uso de las preguntas, al igual que material apoyo como un calendario; logrando el paciente acertar en cuanto al día de la semana y mes. En la estimulación cognitiva se enfocó en memoria y atención; para lo cual, en la primera actividad para trabajar la atención, se utilizó láminas con series de imágenes repetitivas, en la misma se le indicó que rodeara con un marcador un objeto o número en específico ignorando los demás, esto se repitió con otras tres láminas, realizando la actividad sin dificultad, para luego tomar un breve receso y continuar con las siguientes actividades.

La memoria se trabajó mostrándole al paciente una primera lámina, en la cual se pidió que recordara la posición de una imagen, para luego indicarle la segunda lámina en donde debería señalar la posición en la que se encontraba la imagen presentada anteriormente, de esta manera se mostró tres láminas en las cuales el número de objetos a memorizar aumentaba progresivamente; de esta manera, consiguió superar con cierta dificultad tres pares de láminas. Una vez que dio signos de cierto agotamiento, se paró la actividad, finalizando con la técnica de respiración 4 – 6 – 8, la cual consiste en inhalar cuatro segundos, luego retener la respiración por siete segundos y expulsar el aire por unos ocho segundos (Martín, 2022).

Continuando lo anteriormente expresado, se pidió al paciente que se sentara de manera cómoda, erguido en su asiento, con las manos separadas sobre sus muslos, para iniciar con la respiración, contando en voz alta los tiempos de inhalación y exhalación; no fue capaz de seguir las instrucciones, realizando una rápida y brusca respiración; por lo cual, se pidió que realizara un segundo intento, obteniendo el mismo resultado. Se finalizó la sesión agradeciendo al paciente por su participación y se reincorporó a las actividades planificadas

en el centro. No se cumplieron todos los objetivos propuestos para la sesión; sin embargo, se consideran satisfactorios.

Sesión 7: En la séptima sesión el paciente se mostró colaborador y con un buen estado de ánimo. Antes que comenzar la estimulación cognitiva, se preguntó que recordaba con respecto a la anterior sesión, como de costumbre su respuesta fue negativa. Se decidió iniciar con la técnica de respiración 4 – 7 – 8, pidiéndole que se sentara cómodamente, erguido en su asiento con las manos separadas dispuestas sobre sus muslos, se le indicó que respirara mientras le contaba los segundos en voz alta, en esta ocasión la realizó sin dificultad.

Se procedió con la terapia de orientación a la realidad mediante el empleo de preguntas como: “¿Qué día de la semana es hoy?”, “¿En qué fecha estamos?”, “¿En qué mes estamos?”, “¿Dónde estamos?”, “¿Qué es este sitio?”, “¿Cómo se llama?”, “¿En qué año nació?”, “¿Qué edad tiene?”, entre otras; así mismo, se hizo uso de un calendario y un cuaderno de notas donde escribía las respuestas, tras esto se procedió con la estimulación cognitiva. Durante la estimulación se buscó ejercitar las habilidades motoras finas y gruesas, primero, con ejercicios de copiado de dibujos se pretendía enseñarle tres láminas que presentaban dibujos sencillos, los mismos que debía reproducir; sin embargo, no fue capaz de copiar el primer y se terminó abandonando la actividad, tras manifestar incapacidad para continuar. Luego se le dio una madeja de estambre junto con unas pequeñas bolas plásticas de ensartar es así que se le pidió que las fuera ensartando hasta obtener un gran collar, esta actividad la pudo realizar sin demasiada dificultad y a continuación se le dio una pequeña pelota de goma, la cual tenía que hacer rebotar la mayor cantidad de veces posible. Para finalizar la sesión se preguntó cómo se sentía, demostrándose cansado, luego se agradeció su participación y se reincorporó a las actividades planificadas en el centro, tras haber cumplido los objetivos propuestos.

Sesión 8: La sesión no se pudo llevar a cabo debido la negativa del paciente, este se mostró indispuerto a colaborar, se mostraba irritable, agitado, deambulando por el centro y al momento de abordarlo, manifestaba un discurso incoherente y poco estructurado.

Sesión 9: Durante esta sesión se realizó la evaluación final, en la cual antes de iniciar se le pregunto cómo se encontraba de ánimo, respondiendo positivamente y dispuesto a colaborar; es así, como se dio paso a la aplicación de los instrumentos psicométricos y una breve valoración de las funciones mentales, en esta última demostrándose desorientado en tiempo y espacio, así como sus demás funciones mentales disminuidas. Se finalizó la sesión agradeciendo la colaboración del paciente, para luego reincorporarlo a las actividades planificadas en el centro. No se pudo completar con los todos los objetivos y actividades dispuestos para la sesión, ya que existieron complicaciones para llevar a cabo la psicoeducación planificada con la familia, debido a existir limitaciones como la disponibilidad de tiempo de estos; sin embargo, se logró compartir información con respecto a la enfermedad, así como material didáctico por medio de correo electrónico, en la cual se adjuntó videos, libros y folletos.

Capítulo tres

Resultados

Análisis de resultados cuantitativos

En base a los instrumentos psicométricos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 3

Resultados pretratamiento y postratamiento

Instrumentos	Pre-test	Interpretación	Post-test	Interpretación
Mini Examen del Estado Mental (MMSE).	16/30	Deterioro cognitivo de leve.	18/30	Deterioro cognitivo leve.
Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15).	0/15	No depresión.	0/15	No depresión.
Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria).	2/8	Dependencia moderada.	2/8	Dependencia moderada.
El índice de Barthel.	100/100	Independiente.	95/100	Dependencia escasa.

Nota. En esta tabla se presentan los resultados pre y post tratamiento.

Interpretación de los resultados pretratamiento y postratamiento

Mini Examen del Estado Mental (MMSE): Durante la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 16 puntos sobre 30, lo cual se interpreta como un deterioro cognitivo leve; durante la evaluación postratamiento no se observó gran variación obteniendo un puntaje 18 sobre 30 puntos, correspondiendo al mismo estado de deterioro ya mencionado. De manera más detallada, se observó un bajo rendimiento en las tareas de orientación espacial, atención, cálculo y habilidades de visoconstrucción, síntomas consistentes con la enfermedad de Alzheimer. En resumen, tras la intervención no se obtuvo mejorías significativas; en cuanto a

la incapacidad de mantenerse al tanto de los hechos recientes o actuales, de adquirir de nueva información, el déficit en sus habilidades de planificación y el procesamiento de la información, continúan persistiendo de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.

Cuestionario De Depresión De Yesavage (GDS-15): Durante la evaluación pretratamiento y postratamiento se obtuvo una puntuación de 0 sobre 15 puntos, lo cual se puede interpretar como la ausencia de un trastorno del estado de ánimo depresivo. A pesar de demostrar ciertos comportamientos como tornarse melancólico al compartir sobre su historia de vida o aislarse de ciertas actividades grupales, mostrándose indiferente independientemente de la actividad, no se obtuvo suficientes pruebas que indicara presencia de algún trastorno depresivo comórbido con la demencia.

Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria): Durante la evaluación inicial se obtuvo una puntuación 2 sobre 8 puntos, lo cual indica una dependencia moderada; es decir, el paciente puede realizar ciertas actividades básicas de cuidado personal; sin embargo, depende de la ayuda de otra persona para realizar actividades más complejas como administrar dinero, hacer las compras, cocinar y transportarse. Estos resultados se explican debido a que aún se encuentra en una demencia leve, cuyos síntomas no representan un impedimento para realizar actividades básicas; no obstante, estos tienden a progresar con el tiempo incrementando su nivel de dependencia. Además, el tiempo de aplicación de aplicación del pre y post test no permiten observar cambios significativos con respecto a la autonomía del paciente.

El índice de Barthel: Durante la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 100 sobre 100 puntos, lo cual se interpreta como independiente para realizar actividades básicas de la vida diaria; sin embargo, al realizar la evaluación postratamiento se obtuvo un puntaje 95 sobre 100 puntos. El cambio en esta puntuación radica en episodios aislados, pero no menos preocupantes sobre problemas en el control de esfínteres y cuidado personal.

Análisis de resultados cualitativos.

Basados en las escalas de observación se pudo apreciar lo siguiente:

Escala de Deterioro Global (GDS): A través de la entrevista semiestructurada y observación clínica, el paciente se encuentra en un estado GDS.4, lo cual se interpreta como un defecto cognitivo moderado, resultado que se mantuvo en la evaluación postratamiento. En relación con lo ya mencionado y en concordancia con la GDS, no existió mejoría en cuanto al incapacidad de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y recientes, dificultades para evocar recuerdos o hechos pasados, déficit de concentración, disminución de su autonomía personal e incapacidad para realizar actividades complejas, la negación y el abandono como principal mecanismo de defensa ante situaciones exigentes.

Evaluación del Estado Funcional (FAST): A través de la entrevista semiestructurada y observación clínica, se logró realizar una valoración funcional pretratamiento, situando al paciente en un estado Fast 4, lo que se interpreta como una demencia leve; no se observó cambio en este aspecto postratamiento. En otras palabras, no existió mejoría aparente en cuanto a la disminución de la capacidad para realizar tareas complejas como, por ejemplo: cocinar, planificar; además, de manejar las finanzas personales e ir de compras. Similar a lo ya expuesto, presenta dificultades para la realización de actividades complejas, tal como corresponde a las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer. La intervención sí tuvo una eficacia en mejorar parcialmente el estado de ánimo del paciente.

Discusión

En el presente trabajo se presenta el caso de un paciente con 69 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana, viudo, de etnia mestiza, con estudios secundarios incompletos, el cual se encuentra bajo el cuidado de sus hijos; diagnosticado por psiquiatría con demencia en la enfermedad de Alzheimer. Esto se relaciona con lo mencionado por Ribeiro et al. (2022) en cuanto, a que la enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia con una alta prevalencia en la población de adultos mayores de 65 años en adelante, del mismo modo autores como Mukadam et al. (2019) y Ribeiro et al. (2023) indican que existe una mayor incidencia de la enfermedad en individuos de países de bajos y medianos ingresos con poca educación durante la infancia y antecedentes de consumo de alcohol, características que se presentan en el caso. Sin embargo, esto se contradice con lo expresado por Corriveau-Lecavalier et al. (2022) en cuanto que la enfermedad presenta una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Del mismo modo, N.N. no tiene antecedentes familiares de la enfermedad que expliquen la aparición de esta condición, pues como expone Scheltens et al. (2021) en la mayoría de los casos, existen factores hereditarios que predisponen al desarrollo de la enfermedad.

En cuanto al diagnóstico el paciente viene presentando síntomas característicos de la enfermedad de Alzheimer desde hace un año y medio, con un lento deterioro cognitivo, lo cual explica que el diagnóstico de la enfermedad fuese realizado a una edad superior a los 65 años, esto se puede relacionar según Park et al. (2023) ya que los síntomas prodrómicos en ocasiones suelen ser difíciles de distinguir entre un deterioro cognitivo leve producto del envejecimiento normal y las etapas tempranas del Alzheimer; por lo cual, suele diagnosticarse la enfermedad cuando ésta se encuentra en etapas avanzadas. En relación a Scheltens et al. (2021) una persona con Alzheimer puede pasar hasta 25 años sin presentar señales claras de demencia; en otras palabras, puede haber desarrollado la enfermedad, pero mostrarse asintomático, manteniéndose en una fase preclínica, es así que la progresión del deterioro cognitivo puede variar de un individuo a otro.

Con respecto a los síntomas presenta déficit cognoscitivo, fluctuaciones en su estado atencional, amnesia de evocación, desorientación espacial y temporal, al igual que cambios en su estado de ánimo, estas alteraciones se relacionan con lo mencionado por Bachmann et al. (2023) debido a los cambios morfológicos provocados por la atrofia de las áreas hipocampales, las cortezas temporales laterales, la cingulada posterior, lóbulos frontales y parietales, así como en las regiones límbicas. Según Banning et al. (2020) algunas alteraciones emocionales como la ansiedad y la apatía pueden ser explicadas por bajos niveles de la proteína beta amiloidea 40 y 42, al igual que una reducción en el volumen hipocampal, pero manifiesta que esta no es la única causa de estas alteraciones.

Durante la evaluación del caso se hizo uso de instrumentos psicométricos como el Mini-Examen del Estado Mental – MSME para conocer el grado de deterioro y las áreas cognitivas más afectadas, siendo según Patnode et al. (2020) ideal para el cribado de las fases iniciales de Alzheimer, debido a tener una buena sensibilidad y especificidad; por tanto en los resultados se evidenció que existía un deterioro cognitivo leve, pudiéndose constatar en el bajo rendimiento de los subítems que evalúan la orientación espacial y temporal, memoria, copiado de dibujo, atención y cálculo; lo cual, es similar con los hallazgos de Ricci et al. (2020), que correlacionan este déficit con la reducción del giro cíngulo, el giro frontal superior, el giro temporal derecho y los lóbulos parietales.

También, se hizo uso de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage para corroborar la presencia de un trastorno depresivo comórbido a la enfermedad de Alzheimer; los resultados determinaron la ausencia de depresión, tal como menciona Banning et al. (2020) no existe relación biofisiológica entre la enfermedad de Alzheimer y el desarrollo de un trastorno depresivo mayor; sin embargo, otros autores como Yang et al. (2022) indican que en cierto porcentaje de los casos las personas con demencia presentaron al menos un cuadro depresivo previo a su diagnóstico; del mismo modo, otros autores como Chow et al. (2022) y Lee et al. (2021) refieren la enfermedad de Alzheimer no predispone al desarrollo de la depresión, sino al contrario la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo del

Alzheimer; por su parte, Harerimana et al. (2021) va más allá explicando que tanto la depresión como la enfermedad de Alzheimer comparten una base genética similar, teniendo un papel en el desarrollo del Alzheimer.

Además, se hizo uso de la Escala de Lawton y Brody y la Índice de Barthel para evaluar el grado de autonomía de N.N., obteniendo así que posee una dependencia moderada e independencia para las actividades básicas de la vida cotidiana respectivamente, como indica Casanova-Muñoz et al. (2022) ambos son instrumentos altamente recomendables para la evaluación de cambios sutiles o cierto déficit en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana; esto se relaciona con lo mencionado por Han et al. (2020) los cuales correlacionan las puntuaciones obtenidas en el Mini Examen del Estado Mental con las en las escalas para evaluar la actividades instrumentales de la vida cotidiana; es decir, las disminución en la autonomía personal se correlacionan con el deterioro en determinadas áreas cognoscitivas.

También se hizo uso de dos escalas de observación, la Escala Global de deterioro – GDS y la Evaluación del Estado Funcional – FAST, en las cuales se pudo establecer que N.N. presentaba un deterioro cognitivo moderado y una demencia leve, respectivamente; esto a su vez, tiene relación con los criterios mencionado por Atri (2019) y Arvanitakis et al. (2019) para el diagnóstico de Alzheimer, en la misma se indica un déficit en más de un área cognoscitiva con una disminución funcional para las actividades de la vida cotidiana.

Con respecto al tratamiento se planteó una intervención con un enfoque integrativo, basado en la estimulación cognitiva, dentro de la cual se contemplan actividades como rompecabezas, sopas de letras, lectura, escritura y demás actividades; de igual manera, se encuentra la terapia de orientación a la realidad, conformando un grupo de técnicas para tratar de minimizar el avance del deterioro cognitivo, como menciona Oliveira et al. (2021), la estimulación cognitiva puede ayudar a mantener las funciones cognitivas de las personas con la enfermedad de Alzheimer, con un enfoque similar Castillo et al. (2020) plantea el uso de diferentes técnicas de ejercicios cognitivos y físicos para el tratamiento de enfermedad

neurodegenerativas, buscando compensar el deterioro y aprovechando la neuroplasticidad cerebral. Por su parte, Arvanitakis et al. (2019) también menciona la importancia de incluir tratamientos no farmacológicos para el manejo de Alzheimer y otras demencias, dentro de las que incluyen la ya mencionada estimulación cognitiva, ejercicio físico, asistencia psicológica entre otras; también, Cafferata et al. (2021) explica que este tipo de intervención basadas en la estimulación cognitiva, son eficaces tanto para preservar las áreas cognitivas, la calidad de vida; además, de ayudar a reducir ciertos síntomas psicológicos secundarios como la depresión.

Dentro de las terapias no farmacológicas, también se menciona la terapia de reminiscencia, la misma que formó parte del tratamiento de N.N., pues como evidencia Lök et al. (2019) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del Alzheimer y otras demencias al generar una mejoría del estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con Alzheimer; sin embargo, también menciona una leve mejoría con respecto a las funciones cognitivas, pero estos resultados no se aplican a toda la población que recibe la terapia. Similares estudios como el de Cuevas et al. (2020) y Li et al. (2020) corroboran la eficacia de este tipo de terapia con pacientes con un deterioro leve a moderado, explicando ser ideal para reducir los síntomas depresivos en pacientes con demencia.

Con respecto a los resultados la terapia demostró una eficacia limitada en cuanto a generar cambios significativos con respecto al deterioro cognitivo del paciente, debido a ciertas características propias del caso, una de las más determinantes es la baja escolaridad del paciente; pues, como lo mencionado por López et al. (2020) la eficacia de la estimulación cognitiva se ve limitada por las reservas cognitivas del paciente, en su estudio las personas con una baja reserva cognitiva no demostraron cambios en su desempeño cognitivo a diferencia del grupo con altas reservas cognitivas, el cual mostró una mejoría en sus funciones ejecutivas. Por su parte, Cafferata et al. (2021) menciona que la terapia de estimulación cognitiva puede reducir dos puntos de la media en la Escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer abreviada ADAS - Cog Test, con efectos significativos en

pacientes en una fase moderada de la enfermedad, pero estos efectos no son permanentes y pueden disminuir posterior a la interrupción de la terapia. Sin embargo, sí existieron cambios significativos con respecto al estado de ánimo, esto se puede explicar como un efecto de la terapia de reminiscencia como lo expone Lök et al. (2019), Cuevas et al. (2020) y Li et al. (2020).

En relación al diseño del plan terapéutico, se estableció la estimulación cognitiva como la estrategia principal de intervención, mediante la implementación de actividades basadas en lápiz y papel. Sin embargo, este enfoque presentó limitaciones en su desarrollo debido a la falta de dinamismo y falta de inmersión para su realización, lo que resultó en tareas aburridas y monótonas para el paciente. Ante esta situación, podría haberse considerado la utilización de tecnologías emergentes, como mencionado por Oliveira et al. (2021), quienes emplearon la realidad virtual para la estimulación cognitiva y la rehabilitación de las habilidades instrumentales de la vida diaria. No obstante, es importante señalar que dichas tecnologías no estaban disponibles para su implementación en este caso en particular.

Por otro lado, debido a la escasa disponibilidad de recursos materiales y humanos, no se pudo implementar un plan de intervención donde se involucraría tratamiento farmacológico, así como la participación de otros profesionales de la salud o incluso la familia, como indica Lök et al. (2019); sin embargo, el plan de intervención planteado permite versatilidad al momento de su realización al no requerir otros implementos más que el ya mencionado, ni un conocimiento especializado para su aplicación, pudiendo ser llevado a cabo tanto por personal no perteneciente a la rama psicológica como por familiares.

El presente trabajo pretende ser un aporte académico para el estudio y tratamiento de la demencia en adultos mayores en una población latinoamericana, así como brindar una visión superficial de los trastornos neurodegenerativos presentes en la comunidad. Por otro lado, durante la realización del tratamiento existieron limitaciones como el tiempo de duración de las sesiones, la limitada capacitación para trabajar con la población de adultos mayores

con demencia, falta de espacios adecuados para la intervención y finalmente la nula implicación de la familia en el tratamiento.

Conclusiones

La edad superior a los 65 años, proceder de un país de medianos ingresos, baja educación durante la infancia y antecedentes de consumo de alcohol, son factores de riesgo que predisponen a la aparición y desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Ingresar a un paciente de Alzheimer a un centro gerontológico representa un factor protector, el cual puede ayudar a retrasar el avance del deterioro cognitivo de la enfermedad, debido a diferentes estímulos cognitivos, sociales y cuidados que se le brindan al usuario.

Para el diagnóstico y tratamiento de las demencias se debe contar con la asistencia de un equipo multidisciplinario, el cual realice valoraciones y brinde asistencia de trabajo social, médica y psicológica, para un abordaje integral de las personas con Alzheimer y sus familias.

La intervención psicológica basada en la estimulación cognitiva y terapia de reminiscencia exhibió resultados que no demostraron un impacto significativo en las deficiencias cognitivas presentes, esto puede ser atribuible a las características individuales de N.N. y la naturaleza progresiva de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, tras la intervención si se observó una mejoría evidente en el estado de ánimo del individuo.

Recomendaciones

Se debería priorizar la atención psicológica a los adultos mayores, que presenten factores de riesgo para desarrollar demencia; además, realizar campañas de concientización con respecto a las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer.

El tratamiento debe hacerse de manera oportuna, en cual debe ser contar con la asesoría de un psiquiatra, psicólogo, neurólogo, buscando prevenir o retrasar el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, así como evaluaciones médicas y psicológicas periódicas una vez iniciada la tercera edad.

Debido al deterioro cognitivo y la afección en la independencia en el paciente de Alzheimer, es necesario que este cuente con el apoyo de un equipo multidisciplinario o acuda a un centro que garantice estos servicios especializados. Además, es importante fomentar la creación de centros especializados para la atención de las personas con demencia y sus familiares.

Las intervenciones con enfoque integrativo, que articulan las terapias de estimulación cognitiva y reminiscencia han demostrado su eficacia en mejorar el estado de ánimo, en pacientes con deterioro cognitivo por enfermedad de Alzheimer ingresado en un centro gerontológico, por lo cual su uso debería estandarizarse.

Referencias

- Aguirre, E., Woods, R. J., Spector, A., y Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253-262.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
- Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Figuls, M. R. I., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E., Giannakou, A., Pedraza, O. L., Cosp, X. B., y Cullum, S. (2021). Mini-Mental State Exam
- Aguirre, E., Woods, R. J., Spector, A., y Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253-262.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz-Marta, J. P., y Sánchez, J. L. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3971202.pdf>
- Arvanitakis, Z., Shah, R. J., y Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>
- Atri, A. (2019). The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum. *Medical Clinics of North America*, 103(2), 263-293. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>
- Bachmann, T., Schroeter, M. L., Chen, K., Reiman, E. M., y Weise, C. M. (2023). Longitudinal changes in surface based brain morphometry measures in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's Disease. *NeuroImage: Clinical*, 38, 103371. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2023.103371>

- Banning, L. C., Ramakers, I. H., Köhler, S., Bron, E. E., Verhey, F. R., De Deyn, P. P., Claassen, J. A., Koek, H. L., Middelkoop, H. A. M., Van Der Flier, W. M., Van Der Lugt, A., y Aalten, P. (2020). The Association Between Biomarkers and Neuropsychiatric Symptoms Across the Alzheimer's Disease Spectrum. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 735-744.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.01.012>
- Barrero, C., García, S., y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1-2), 81-85. <https://www.academia.edu/40410552/BARTHEL>
- Cabaco, A. (2019). *Los niveles de Cognición instruccional Positiva: Programa de reminiscencia CIP-CETYS para optimizar el bienestar en adultos mayores (Guía de entrenamiento)*. Cety's Universidad Ciudad de Mexico: Mexico.
- Cafferata, R. M. T., Hicks, B., y Von Bastian, C. C. (2021). Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(5), 455-476. <https://doi.org/10.1037/bul0000325>
- Casanova-Muñoz, V., Hernández-Ruiz, Á., Durantez-Fernández, C., Lopez-Mongil, R., y Niño-Martín, V. (2022). Description and clinical application of comprehensive geriatric assessment scales: A rapid systematic review of reviews. *Revista Clínica Española*, 222(7), 417-431. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.01.002>
- Castillo, G., Fernández, B., y Chamorro, D. (2020). Neuroplasticidad: Ejercicios para retrasar los efectos de la Enfermedad de Alzheimer mediante Estimulación Cognitiva. *Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, 4(2), 115-122.
[https://doi.org/10.36003/rev.investig.cient.tecnol.v4n2\(2020\)12](https://doi.org/10.36003/rev.investig.cient.tecnol.v4n2(2020)12)

- Chow, Y. Y., Verdonschot, M., McEvoy, C. T., y Peeters, G. (2022). Associations between depression and cognition, mild cognitive impairment and dementia in persons with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 185, 109227. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.109227>
- Connor, J. (2021). Diagnosis and management of dementia in older people. *Medicine*, 49(1), 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.005>
- Corriveau-Lecavalier, N., Décarie-Labbé, L., Mellah, S., Belleville, S., y Rajah, M. N. (2022). Sex differences in patterns of associative memory-related activation in individuals at risk of Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 119, 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.07.007>
- Cuevas, P. E. G., Davidson, P. M., Mejilla, J. L., y Rodney, T. (2020). Reminiscence therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 364-371. <https://doi.org/10.1111/inm.12692>
- Custodio, N., Becerra-Becerra, Y., Alva-Diaz, C., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Cuenca-Alfaro, J., Valeriano-Lorenzo, E., y Castro-Suarez, S. (2017). Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *Ces Medicina*, 31(1), 14-26. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.31.1.2>
- De La Iglesia, J. M., Vilches, M. C. O., Herrero, R. D., Colomer, C. A., Taberné, C. A., y Luque, R. L. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10). <https://doi.org/10.4321/s1131-57682002001000003>
- De Roeck, E. E., De Deyn, P. P., Dierckx, E., y Engelborghs, S. (2019). Brief cognitive screening

instruments for early detection of Alzheimer's disease: a systematic review. *Alzheimer's Research y Therapy*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-019-0474-3>

Dubois, B., Hampel, H., Feldman, H., Scheltens, P., Aisen, P. S., Andrieu, S., Bakardjian, H., Benali, H., Bertram, L., Blennow, K., Broich, K., Cavedo, E., Crutch, S. J., Dartigues, J., Duyckaerts, C., Epelbaum, S., Frisoni, G. B., Gauthier, S., Genthon, R., . . . Jack, C. R. (2016). Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimer's y Dementia*, 12(3), 292-323. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.02.002>.

Fernández, M., García, M., y Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer

Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.

García, J. (2015). *Guía práctica de terapias estimulativas en el alzhéimer* (1.ª ed.). Síntesis.

Han, G., Maruta, M., Ikeda, Y., Ishikawa, T., Tanaka, H., Koyama, A., Fukuhara, R., Boku, S., Takebayashi, M., y Tabira, T. (2020). Relationship between Performance on the Mini-Mental State Examination Sub-Items and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1537. <https://doi.org/10.3390/jcm9051537>

Harerimana, N. V., Liu, Y., Gerasimov, E. S., Duong, D. M., Beach, T. G., Reiman, E. M., Schneider, J. A., Boyle, P. A., Lori, A., Bennett, D. A., Lah, J. J., Levey, A. I., Seyfried, N. T., y Wingo, T. S. (2021). Genetic Evidence Supporting a Causal Role of Depression in Alzheimer's Disease. *Biological Psychiatry*, 92(1), 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.11.025>

- Huerta, K. C. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: Evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Lee, A. S., Fung, A. W., Richards, M., Chan, W. K., Chiu, H. F., Lee, R. B., y Lam, L. C. W. (2021). Risk of incident dementia varies with different onset and courses of depression. *Journal of Affective Disorders*, 282, 915-920.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.195>
- Li, M., Lyu, J., Zhang, Y., Gao, M., Li, R., Mao, P., Li, W., y Ma, X. (2020). Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(5), 272-281.
<https://doi.org/10.1177/0891988719882099>
- Li, M., Lyu, J., Zhang, Y., Gao, M., Li, R., Mao, P., Li, W., y Ma, X. (2020). Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(5), 272-281.
<https://doi.org/10.1177/0891988719882099>
- Livingston, G., Huntley, J. M., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N. C., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., . . . Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6)

- Llamas-Velasco, S., Contador, I., y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista De Neurologia*, 61(08), 363. <https://doi.org/10.33588/rn.6108.2015107>
- Lök, N., Bademli, K., y Tosun, A. S. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 47-53. <https://doi.org/10.1002/gps.4980>
- López, C., Sánchez, J., y Martín, J. F. (2020). Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre el beneficio de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer esporádica de inicio tardío. *Revista De Neurologia*. <https://doi.org/10.33588/rn.7008.2019420>
- Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., y Rodríguez, B. G. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Editorial UOC.
- Martí, D., Miralles, R., García-Palleiro, P., Esperanza, A., Guillem, J. y Cervera, A. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 35(1), 7-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6652177>
- Mukadam, N., Sommerlad, A., Huntley, J. M., y Livingston, G. (2019). Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *The Lancet Global Health*, 7(5), e596-e603. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30074-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30074-9)

Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Figuls, M. R. I., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E., Gianakou, A., Pedraza, O. L., Cosp, X. B., & Cullum, S. (2021). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *The Cochrane library*, 2021(7).

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd010783.pub3>

Olazarán, J., Bermejo, F., Moutonte, P., (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 20 (8), 395-401.

<https://rb.gy/3jbac>

Oliveira, J. M., Gamito, P., Souto, T., Conde, R., Ferreira, M. E. C., Corotnean, T., Fernandes, A. A., Silva, H., y Neto, T. (2021). Virtual Reality-Based Cognitive Stimulation on People with Mild to Moderate Dementia due to Alzheimer's Disease: A Pilot Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5290. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105290>

Park, S., Hong, C. H., Lee, D., Park, K., y Shin, H. (2023). Prospective classification of Alzheimer's disease conversion from mild cognitive impairment. *Neural Networks*.

<https://doi.org/10.1016/j.neunet.2023.04.018>

Patnode, C. D., Perdue, L. A., Rossom, R. C., Rushkin, M. C., Redmond, N., Thomas, R., y Lin, J. S. (2020). Screening for Cognitive Impairment in Older Adults. *JAMA*, 323(8),

764. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22258>

Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.

Reisberg, B. (1998) Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 653-659.

- Reisberg, B., Ferris, S. H., Mj, D. L., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Ribeiro, F. S., Crivelli, L., y Leist, A. K. (2023). Gender inequalities as contributors to dementia in Latin America and the Caribbean: what factors are missing from research? *PubMed*. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(23\)00052-1](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(23)00052-1)
- Ribeiro, F. S., Teixeira-Santos, A. C., Caramelli, P., y Leist, A. (2022). Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: Systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. *Ageing Research Reviews*, 81, 101703. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101703>
- Ricci, M., Todino, V., Magarelli, M., Montecucco, I., Ruggeri, M., Gerace, C., y Blundo, C. (2020). Spect-neuropsychology correlations in very mild Alzheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104085. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104085>
- Rikkert, M., Tona, K., Janssen, L., Burns, A., Lobo, A., Robert, P., Sartorius, N., Stoppe, G., y Waldemar, G. (2011). Validity, Reliability, and Feasibility of Clinical Staging Scales in Dementia. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 26(5), 357-365. <https://doi.org/10.1177/1533317511418954>
- Rivera-Fernandez, C., y Soto, M. (2021). Factors associated with subjective cognitive decline in older adults in pre-clinical dementia phases. *Alzheimer's Dement*, 17(S6). <https://doi.org/10.1002/alz.054321>

- Rodríguez, A. (2020). Analysis of the Duration of the Efficacy of Non-Pharmacological Therapies for Dementia. *Open Access Journal of Neurology y Neurosurgery*, 13(2), 1-4. <https://doi.org/10.19080/OAJNN.2020.13.555856>
- Schade, S., Vásquez, C., Poblete, y Cabaco, A. (2021). Aplicación Piloto de un Programa de Reminiscencia Positiva para personas mayores institucionalizadas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 176-184. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272021000300176>
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J. L., y Van Der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 397(10284), 1577-1590. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32205-4)
- Sociedad Española de Neurología. (2018). *Guía oficial de práctica clínica en demencia: Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018* (M. Sagrario, J. Fortea, A. Villarejo, y R. Sánchez del Valle, Eds.; 1.^a ed.). Luzan 5.
- Takeda, M., Tanaka, T., Okochi, M., y Kazui, H. (2012). Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02304.x>
- Tàrraga, L., y Rovira, M. B. I. (2000). *Volver a empezar: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Editorial Glosa.
- Tena, A. (2020). *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. Editorial El Manual Moderno.
- Yang, S., Chueh, C., Peng, L. N., y Tsai, Y. W. (2022a). Impacts of intervals between sequential development of depression and dementia in older adults: A nationwide

population-based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101, 104693.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104693>

Apéndice A. Instrumentos psicométricos utilizados.

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL ¹ (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO			0	1
En qué Día estamos (fecha):				
En qué mes:				
En qué año				
En qué día de la semana				
¿Qué hora es aproximadamente?				
PUNTUACIÓN (máx. 5)				
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO				
			0	1
¿En qué lugar estamos ahora?				
¿En qué piso o departamento estamos ahora?				
¿Qué barrio o parroquia es este?				
¿En qué ciudad estamos?				
¿En qué país estamos?				
PUNTUACIÓN: (máx. 5)				
MEMORIA				
<p>CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".</p> <p>*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.</p>				
			0	1
Papel				
Bicicleta				
Cuchara				
PUNTUACIÓN: (máx. 3)				

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
Puntuación: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
Puntuación: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
CONSIGNA: "Muestrarme un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?"	0	1
Muestrarme un reloj y preguntar ¿qué es esto?"		
Puntuación: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
Puntuación: (máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez": "TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
Puntuación: (máx. 3)		
LECTURA.		
CONSIGNA: "Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase"	0	1
Puntuación: (máx. 1)		
ESCRITURA.		
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"	0	1
Puntuación: (máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"	0	1
Puntuación: (máx. 1)		

Puntuación TOTAL: (máx. 30 puntos)

INDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo/a	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño):			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...)	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuaci3n Total:
	* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.	
	ASISTIDA	VÁLIDA	

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹
FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

Escala de Evaluación Funcional (FAST)	
1. Adulto normal:	Ninguna dificultad, ya sea subjetiva u objetiva.
2. Normal adulto mayor:	Se queja de olvidar ubicación de los objetos. Dificultades de trabajo subjetivo.
3. Demencia temprana:	Disminución evidente en el funcionamiento laboral para los compañeros de trabajo. Dificultad para viajar a nuevos lugares. Disminución de la capacidad de organización.
4. Demencia leve:	Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas (por ejemplo, la planificación de la cena para los huéspedes, el manejo de las finanzas personales, olvidarse de pagar facturas, etc.)
5. Demencia moderada:	Requiere asistencia en la elección de la ropa adecuada para usar durante el día, la estación o la ocasión, (por ejemplo, el paciente puede usar la misma ropa en varias ocasiones, a menos que sea supervisado).
6. Demencia moderadamente severa:	De vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas, por lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la habilidad de vestirse sin ayuda. 2. No se puede bañar adecuadamente (no puede elegir la temperatura del agua adecuada). 3. Incapacidad para manejar la mecánica de ir al baño (por ejemplo, se olvida de tirar la cadena, no se limpia adecuadamente o no puede desechar correctamente el papel higiénico). 4. Incontinencia urinaria. 5. Incontinencia fecal.
7. Demencia severa:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de hablar limitada a aproximadamente 6 palabras diferentes inteligibles en el transcurso de un día normal o en el curso de una entrevista intensiva. 2. Capacidad de hablar limitada a la utilización de una sola palabra inteligible en un día normal o en el curso de una entrevista intensiva. 3. Capacidad ambulatoria se pierde (no puede caminar sin ayuda personal) 4. No puede sentarse sin ayuda (por ejemplo, el individuo se cae si no hay brazos laterales en la silla). 5. Pérdida de la capacidad de sonreír. 6. Pérdida de la capacidad para sostener la cabeza erguida.

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulacion Con frecuencia se observan signos neurológicos

Apéndice B. Material para estimulación cognitiva.

RECOMENDACIONES

- Adecuar el nivel de exigencia de los ejercicios al estadio de demencia y al tipo de capacidades residuales conservadas del enfermo, simplificando las tareas a medida que avanza la enfermedad.
- Utilizar recursos facilitadores, por ejemplo, proporcionar ayudas de carácter gráfico al paciente, como calendarios, mapas, relojes, etc., con el fin de optimizar la orientación mediante la creación de rutinas que favorezcan sus niveles atencionales.
- Potenciar hábitos de utilización de ayudas de memoria, como agendas, planificación de programas de actividades diarias, calendarios, recordatorios, notas...
- Favorecer la orientación a la realidad (OR) potenciando el conocimiento de las festividades tradicionales (p. ej., celebración de las fiestas navideñas en relación con el mes del año, estación...).
- Personalizar y reforzar siempre la ejecución de las actividades con el aplauso del grupo terapéutico.

0.1. ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y DE LA PERSONA

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?

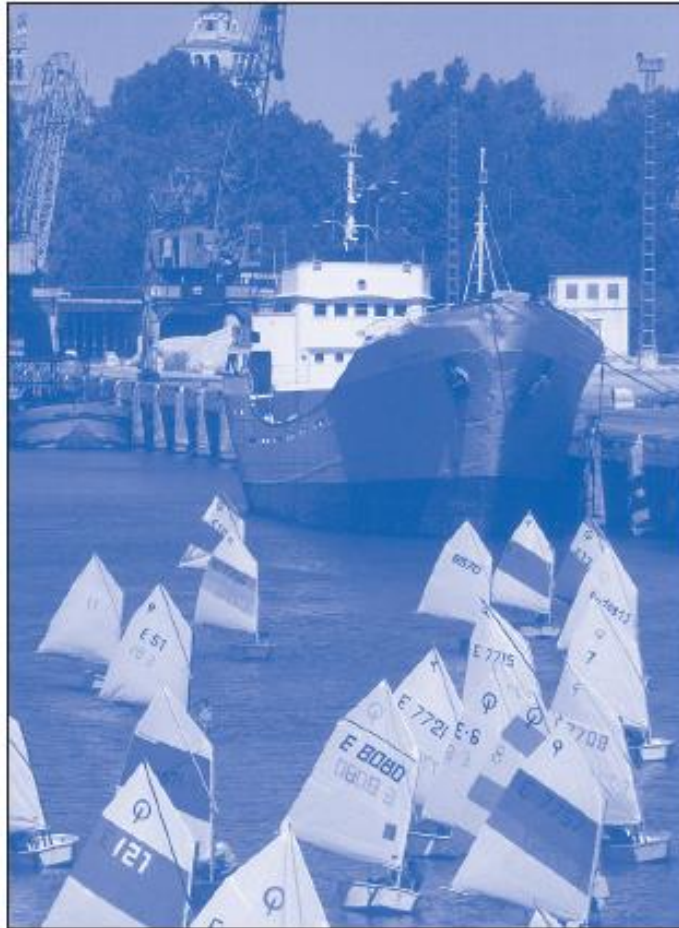
Dada una situación determinada (por ejemplo):

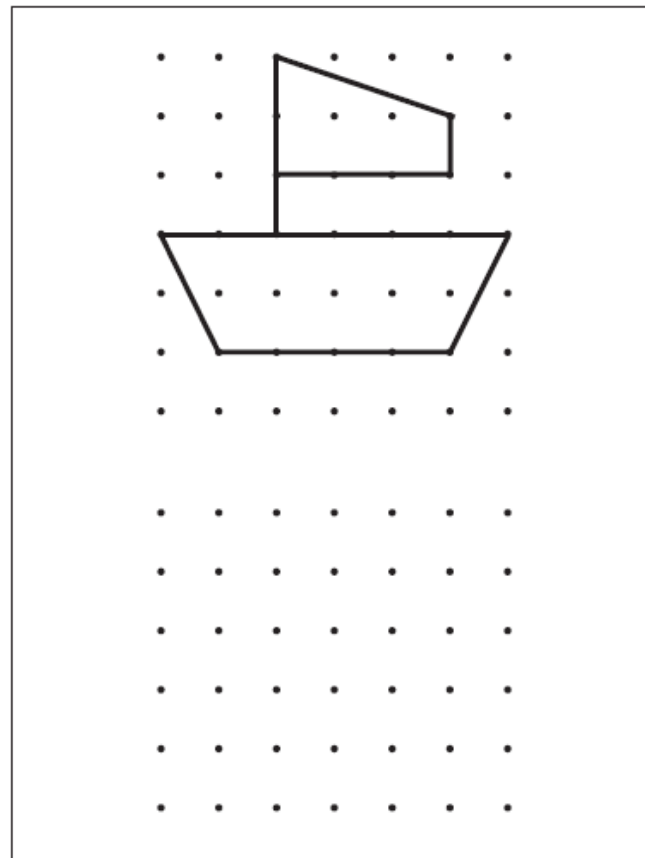
- Mañana será 25 de Diciembre.
- ¿Qué fiesta celebraremos?
- ¿Qué es típico de estas fiestas?
- ¿Con quién lo celebraremos?
- ¿Qué comeremos?

I. Ponga debajo de cada imagen el nombre del objeto que represente.



- 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.





Rodea con círculos todos los plátanos que encuentres como este:



Ordena esta lista que está relacionada con **montar en taxi**:

- Subir al taxi.
- Dar el alto a un taxi.
- Pagar el viaje.
- Bajar del taxi.
- Decir el destino al taxista.

Ordena las palabras para escribir una frase debajo:

hemos de parque ido paseo por el

1 Frase:

de Juan hermanos hablado con he los

2 Frase:

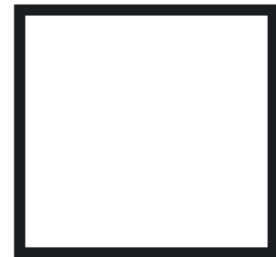
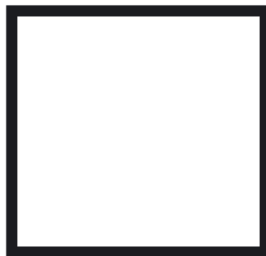
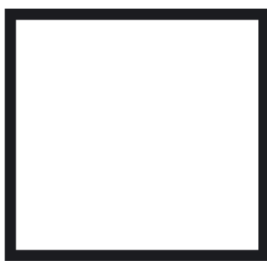
voy en verano mudarme a de piso

3 Frase:

Madrid Alberto trabaja en de una ferretería

4 Frase:

Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.



Fíjate qué objetos hay y en qué lugar se encuentran. Luego tendrás que recordarlos.

