ESTUDIO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

JOSE GABRIEL DE LA OSSA HERNÁNDEZ

HAROLD ENRIQUE VARELA CERVANTES

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMÓN BOLÍVAR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA

2001

ESTUDIO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

JOSE GABRIEL DE LA OSSA HERNÁNDEZ
HAROLD ENRIQUE VARELA CERVANTES

Informe Final de Investigación requerido para optar el título de PSICÓLOGO

Director de Tesis
Dra. MARGARITA CARDEÑO
Psicogeriatra

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2001

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4030767

PRECIO

FECHA 01 - 10 - 2008

CANJE DONACION

NOTA DE ACEPTACIÓN

4.1 (cuatro, uno)

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Agosto de 2001

A Dios, a Carmen y a Juan

José Gabriel

A Dios, a Amparo y a Tito

Harold

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

AGRADECIMIENTOS

Los Autores expresan su agradecimiento a:

MARGARITA CARDEÑO, Psicogeriatra, Directora de Tesis; por que sus valiosas orientaciones y apoyo constante fueron los determinantes de éxito en la cristalización el presente estudio.

YANET ARIAS TRUJILLO, Gerontóloga; ya que sin su motivación desde el inicio de esta investigación hubiese sido imposible la culminación de este trabajo.

EMILIA, Paciente; por su disposición y empeño al desarrollar las actividades requeridas para el cumplimiento de las metas propuestas.

El Personal Directivo y Operativo del Hogar Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla, pues la confianza demostrada al permitir el desarrollo del trabajo investigativo fue de gran relevancia en la consecución de los objetivos del mismo.

La Universidad Simón Bolívar, Facultad de Psicología por ser el ente generador e impulsor del de la investigación que se culmina con este trabajo.

Barranquilla, 3 de Septiembre del 2001

Señores Corporación Educativa Mayor
Del Desarrollo Simón Bolívar.
Comité de Investigación.
Facultad de Psicología.

Estimados Señores.

Me permito presentar, el informe final de Investigación, titulado: (Estudio de caso, de una paciente diagnosticado, con demencia tipo Alzheimer, en el Hogar Geriátrico Siervas de Jesús, de la ciudad de Barranquilla) realizado por los estudiantes, **José Gabriel de la Ossa Hernández** y **Harold Enrique Varela Cervantes**. Este trabajo profundiza el conocimiento, sobre demencias tipo Alzheimer, es una temática poco estudiada, por lo tanto, abrirá campos para futuras investigaciones.

Atentamente,

Margarita Cardeño

Dra. Margarita Cardeño Sanmiguel.
Directora de Tesis.

TABLA DE CONTENIDO

		PÁG
TITULO		
INTRODUCCIÓN		1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3.	JUSTIFICACIÓN	6
4.	OBJETIVOS	10
4.1.	OBJETIVO GENERAL	10
4.2.	ESPECÍFICOS	10
5.	MARCO TEÓRICO	11
5.1.	ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	11
5.2.	DEMENCIAS	16
5.3.	DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER	19
5.4.	POSIBLES CAUSAS DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	26
5.5.	RESPUESTA INFLAMATORIA	27
5.6.	FACTORES GENETICOS Y BETA AMILOIDE	27
5.7.	EL GRUPO ÉTNICO	29
5.8.	FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE	29
5.9.	EL GENERO	30
5.10.	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	31
5.11.	ASPECTOS PSICOLOGICOS, SOCIOFAMILIARES, SANITARIOS Y ECONÓMICOS	33
5.12	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN COLOMBIA	38
5.13	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER FAMILIA Y CUIDADORES	39
6.	VARIABLES	49
6.1.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	49

7. MÉTODO 50
7.1. DISEÑO 50
7.2. POBLACIÓN 50
7.3. MUESTRA 51
7.4. INSTRUMENTOS 51

8. RESULTADOS 52
8.1. INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL WAIS 52
8.2. DESARROLLO DE LOS RESULTADOS 56

9. LOGROS 79

10. LIMITACIONES 80

11. CONCLUSIONES 81

12. DISCUSIONES 83

13. RECOMENDACIONES 87

14. SUGERENCIAS 88

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO A MANZANA

ANEXO B MANGO

ANEXO C LIMÓN

ANEXO D TIRAS CÓMICAS

ANEXO E PANTALÓN

ANEXO F LÍNEAS PUNTEADAS

ANEXO G CUADRADO

ANEXO H TRIÁNGULO

ANEXO I HEXÁGONO

ANEXO J RECTÁNGULO

ANEXO K CUBO

ANEXO L PIRÁMIDE

ANEXO M CILÍNDRO

ANEXO N PRENDAS DE VESTIR – HOMBRE

ANEXO Ñ PRENDAS DE VESTIR – MUJER

ANEXO O MANO DELINEADA

ANEXO P HUELLAS EN PLASTILINA

ANEXO Q HUELLAS DIGITALES

ANEXO R ÁRBOL

ANEXO S PERA

ANEXO T MUÑECO DE NIEVE

ANEXO U BANANO

ANEXO V MANZANA

ANEXO W TEST DE INTELIGENCIA DE WAIS

ANEXO X FOTOGRAFÍA

ANEXO Y FICHA DE IDENTIFICACIÓN

ESTUDIO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

INTRODUCCIÓN

La demencia es un término general para denominar un deterioro intelectual evidente que, en la vejez, viene asociado con cambios de personalidad, olvido, confusión y a menudo se da por múltiples causas. El tipo de demencia que aparece con mayor frecuencia en la edad adulta tardía y a la vez que ha despertado mayor interés científicamente es la de tipo Alzheimer; "Flatiglioni y Colls. (1991) en una muestra de 216 personas diagnosticadas con demencia hayan que un 54% de los casos eran enfermedad de Alzheimer, 24% demencia vascular, 1% demencia mixta, 10% demencia secundaria, y 6.5% fueron diagnosticadas demencia inespecífica[1]." la cual consiste en un desorden degenerativo del cerebro, con la aparición de trastornos mentales tales como ideas de persecución, alteración de la memoria, desorientación temporo-espacial, problemas de lenguaje, falta de memoria, conversación inconexa; también despoja de forma gradual la inteligencia y la conciencia de las personas, su capacidad para

[1] JUNQUE, Carmen. JURADO, Angeles M. Envejecimiento y demencias. Martínez Roca. Pag 45:

controlar las funciones corporales y finalmente puede llegar a causar la muerte; que generalmente aparece después de los 50 años y suele estar acompañada de síntomas cerebrales tales como alteración en la marcha, coordinación de movimientos o alteraciones en los reflejos; lo que la hace un tema de gran interés investigativo.

Desde otro punto de vista, se observa la necesidad de disponer de amplia información que permita a estudiantes, profesores y demás interesados obtener datos más precios (tratamiento, cuidados, farmacología, entre otros), que ubiquen apropiadamente respecto a ésta enfermedad, sus características y hasta nociones de su manejo como se había dicho anteriormente.

Esta investigación se llevó a cabo con un estudio de caso de una paciente diagnosticada con demencia tipo Alzheimer en el Hogar Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Alzheimer, es un tipo de demencia senil, que ha despertado gran interés dentro del campo científico en los últimos años alrededor del mundo. Las más recientes investigaciones confirman que esta se presenta con mucha frecuencia en la población adulta mayor de sesenta (60) años.

Este tipo de demencia causa un deterioro en la personalidad, así como en las áreas de memoria, cognición, lenguaje, percepción, atención, etc.

Aunque las causas de la enfermedad no están totalmente establecidas, se cree que su origen es debido a factores genético – ambientales, que trae como consecuencia conflictos socio – familiares, económicos, sanitarios, además del grave deterioro psicológico que viven las personas que sufren la enfermedad.

Por otra parte en la ciudad de Barranquilla el escaso interés científico, investigativo y médico se ve reflejado en que en la actualidad no existe

estudio alguno a cerca de la enfermedad de Alzheimer y mas aun que describa los factores psicosociales asociados a esta enfermedad. A causa de la poca información sobre la misma, en los asilos y centros geriátricos, no se tiene en cuenta la alta prevalencia de la enfermedad y por ende el trato inadecuado que estas personas reciben por parte de sus cuidadores. Según Amaducci y Lippi la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se encuentra así; realizado en un estudio en (1991)[2]."

EDAD	**PREVALENCIA**
65- 74	0,6 – 3%
75- 84	10 – 18,1%
-- 85	10 – 47,2%

Razón por la cual surge la necesidad de realizar un estudio que aporte información reciente y detallada a muchos campos y en especial a la psicología.

Este es el motivo por el cual se propone a plantear el siguiente problema:

---

[2]Ibid. Pág. 65.

¿Cuales son las características de memoria que presenta una paciente diagnosticada con demencia tipo Alzheimer en el Hogar Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACIÓN

La demencia tipo Alzheimer, es la clase de demencia que más se presenta en este momento en la población senil. Los pacientes con esta enfermedad presentan un compromiso cerebral en la región cortical y se encuentra incluida dentro de las demencias no tratables.

Este tipo de demencia se caracteriza por un deterioro de las funciones intelectuales, acompañado por cambios en el estado de ánimo y en la personalidad, de igual forma un paciente con esta enfermedad presenta alteraciones del lenguaje, incapacidad para realizar movimientos; así como trastornos de la memoria, lo cual constituye la característica más sobresaliente de este cuadro, por lo que afecta diversos tipos de memoria como la memoria episódica, semántica y anterógrada.

Existen multitud de aspectos de la enfermedad de Alzheimer que han contribuido a generar un extraordinario interés científico, como los nuevos estudios neurológicos en la búsqueda de demostrar las causas

de dicha enfermedad; se ha podido establecer una comparación entre cerebro y conducta en estos pacientes.

Con lo que respecta a la implicación que tiene esta enfermedad dentro de la familia y la sociedad, se observa la necesidad que tienen estas personas de los continuos cuidados y la demanda de afecto; como también el sentirse útil dentro del contexto social y familiar; además los costos que acarrea tener un familiar con enfermedad de Alzheimer, es enorme tanto si se tiene en casa como si se institucionaliza, debido a la necesidad de exámenes neurológicos, clínicos, medicamentos, gastos de personal cuidador entre otros.

Así mismo el hecho de que la vejez se asocia con cuadros demenciales, entre ellos la enfermedad de Alzheimer, preocupa al gremio científico ya que la población mundial cada vez envejece mucho más; así por ejemplo se espera que en el futuro se vean muchas más personas afectadas por ésta enfermedad principalmente los países en desarrollo; se calcula que para los años 2020 el 70% de la población mundial será de ancianos.

Para la realización de esta investigación se tomó como base la teoría Psicosocial (fases del desarrollo) de Erikson, quien la denominó Sabiduría Vs. Desesperación.

Por otra parte en el ámbito académico en la ciudad de Barranquilla es poco lo que se conoce acerca de ésta enfermedad, por lo cual el propósito de nuestra investigación será el de suministrar información específica de las características de memoria de las personas con enfermedad de Alzheimer, la cual servirá de soporte y aportes a estudios posteriores.

Esta investigación servirá como base para el entrenamiento en el área de la psicogeriatría, gerontología y será un medio para generar interés en la comunidad estudiantil.

En cuanto a la institución geriátrica, esta investigación le aportará información actual del paciente que le permitirá un mejor manejo de éste y modelo para otros pacientes con la enfermedad del Alzheimer.

Este estudio también le aportará beneficios a la Universidad, ya que somos pioneros en el área a tratar, lo cual es conveniente porque

dependiendo de lo práctica que sea la investigación, quedarían las puertas abiertas a la in institución para las próximas investigaciones.

A nosotros nos presta utilidad tanto a nivel profesional como personal, ya que la experiencia adquirida nos enriquece mucho para el manejo de ésta población y de posteriores estudios con la misma.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de memoria de una paciente diagnosticada con demencia tipo Alzheimer, en el Hogar Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

4.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el estado en que se encuentra la memoria semántica en la paciente con demencia tipo Alzheimer.
- Identificar el estado en que se encuentra la memoria episódica en la paciente con demencia tipo Alzheimer.

5. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

5.1 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

> "El envejecimiento del ser humano es sin duda un fenómeno omnipresente en nuestra experiencia cotidiana, a la que se conoce también con el nombre de senescencia, ésta describe los procesos que conducen a una disminución en la viabilidad del organismo humano siendo este no un proceso único, sino varios procesos por lo que el deterioro ocurre en diferentes partes del cuerpo"[3]

El envejecimiento implica la aparición de una serie de cambios no sólo físicos, sino también psicológicos y sociales, los cuales hacen parte de un envejecimiento "normal", en el que el individuo muestra un tiempo de reacción a los estímulos, aumentados. Al avanzar la edad del sujeto éste comienza a identificarse en la toma de decisiones, se le dificulta responder ante nuevas situaciones que impliquen el paso rápido de una situación a otra; aparecen fallas en la agudeza visual, dificultad para

---

[3] RICE, Philip. Desarrollo humano. Pág. 519

solucionar problemas, par mantener dirigida la atención, retener nueva información y lograr un adecuado reconocimiento perceptual entre otros; ésta serie de cambios se ve incrementado en situaciones de estrés, fatiga y enfermedad, pero como lo habíamos dicho antes, constituyen signos benignos del envejecimiento normal. Es importante aclarar que de todos modos el envejecimiento es individual, multifactorial por lo que se presenta de manera diferente en cada individuo. "Este proceso de desgaste es debido en parte al mal funcionamiento de las células nuevas que reemplacen las células muertas o defectuosas"[4]

Veamos ahora algunos cambios normales que se presentan con el envejecimiento a nivel neurológico y cerebral.

"Existe una declinación de las capacidades intelectuales en términos de neurotransmisores o sustancias involucradas en transmitir información de una célula nerviosa a otra, el papel de alteraciones vasculares en los procesos metabólicos cerebrales"[5]

---

[4] Diccionario de medicina Mosby. Océano. Pág. 468
[5]DUQUE, Jhon Jairo. Tratado de Gerontología. Tomo 1.

"La pérdida de células en el envejecimiento afecta mucho más el córtex cerebral que el tronco cerebral. Algunos núcleos de células (masas de sustancia gris formada por células nerviosas), no muestran pérdida en el envejecimiento, mientras otras manifiestan una pérdida significativa de células de una edad avanzada."[6]

> "Los vasos sanguíneos arteriales, a nivel del sistema nervioso presentan fibrosis y alteración hialina O_2, la túnica media, hechos observables con mayor frecuencia en los vasos perforantes de los gánglios de la base, en meninge, el cerebro y médula raquídea. Suele haber depósito de calcio en los vasos del núcleo lenticular tanto en el putamen como el pallidum. Con frecuencia en personas de edad avanzada muestran signos característicos de enfermedad delusiva vascular que compromete la circulación con vasos que irrigan los nervios, con la consecuente acumulación de residuos líquido"[7]

> "En la misma línea, algunos gerontólogos distinguen entre el envejecimiento primario, un gradual e inevitable proceso de deterioro corporal que comienza temprano en la vida y continúa a través de los años, y el envejecimiento secundario, resultado de la enfermedad, abuso y desuso, factores que se pueden evitar y que hasta cierto punto están bajo el control de las personas."[8]

---

[6] COHEN, Gene D. Envejecimiento cerebral. 1991, Pág. 27
[7] LARGARICA SALAZAR, Raquel. Gerontología y Geriatría. Pág. 54, 55
[8] PAPALIA, Diana E. WENDKOS OLDS, Sally. Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica. Mc. Graw Hill. Sexta edición. Pág. 571.

Por otra parte, Erikson en su teoría sobre las etapas de la vida, el cual la etapa final la denomina Integridad Yoíca Vs. Desesperación, afirma que

> "La persona anciana debe o bien lograr la integración del yo o por el contrario pederse en la desesperación. ¿Qué es la integridad del yo? Dice Erikson que no le es posible proporcionar una definición neta de esta noción, pero pasa después a describirla como un estado de espíritu centrado en una especie de sensación de orden y sentido. De este modo ofrece las siguientes precisiones. La integridad yoíca implica:
>
> 1. ... Una mayor afirmación del yo con referencia a su proclividad al orden y el sentido.
> 2. ... Un amor post-narcisita del yo humano –no del sí mismo- como experiencia que implica cierto orden del mundo y cierta sensibilidad espiritual...
> 3. ... La aceptación de que el propio y especifico ciclo de vida es algo que necesariamente debía ocurrir, y que, necesariamente también, no permitía sustituciones... (Erikson, 1963,pág, 268)
>
> Tomadas en conjunto, las diversas referencias al orden y al sentido parecen hallarse estrecha mente vinculadas a problemas fundamentales de moralidad y racionalidad. Para que una persona pueda lograr la integridad yoíca será preciso que su vida tenga sentido. Y para que su vida lo tenga, será preciso que pueda verla como dotada de una estructura moral y racional. Quien posea integridad yoíca tendrá conciencia de que podría haber vivido su vida de modo diferente, y que en otros tiempos y lugares su propio patrón de vida podría no haber sido apropiado. Pero a pesar de esta conciencia de la relatividad, conservará una creencia confiada en el valor de su propia manera de vivir.

Aunque tenga conciencia de la relatividad de todos los diversos etilos de vida que le han dado sentido al esfuerzo humano, quien posea integridad se ve dispuesto a defender la integridad de su propio estilo de vida contra las amenazas físicas y económicas. Porque sabe que la vida de un individuo es la coincidencia accidental de un solo ciclo vital con un solo segmento de la historia. Que para él toda integridad humana se mantiene o desaparece juntamente con el estilo singular de integridad que siente que comparte con otros (Erikson, 1963, p)[9]"

[9] RAPOPORT, Leon. La Personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad.Pág.93

CAPÍTULO II

5.2. DEMENCIAS

La demencia es un desorden cerebral orgánico que daña la función normal del cerebro en los ancianos, mostrando estos un deterioro en el funcionamiento general que afecta notablemente el desarrollo de su vida.

"Entre otras definiciones de demencia, tenemos que es el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo del paciente determinado por la historia del declive, y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante test neuropsicológicos."[10]

"La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice para ello. La edad de inicio las puede dividir en preseniles y seniles (Miller 1997), La efectividad del tratamiento en tratables e intratables (Weils 1978, Rosseil, 1983); y el compromiso cerebral más importante al

[10] JUNQUE, Carmen, JURADO, M. Angeles., Op. Cit. Pág. 43

inicio de la enfermedad las clasifica en corticales y subcorticales (Benson 1982-1983)."[11]

> "La primera clasificación (Seniles y Preseniles), parte de un límite de 65 años: si el cuadro demencial ocurre antes de ésta edad se considera como una demencia presenil y si su instalación es posterior, como senil. En el grupo de las preseniles se encuentran la enfermedad de Pick, enfermedad de Huntington enfermedad de Willson, enfermedad de Creutzfelt - jacob, hidrocefalia de presión normal, neurosífilis, entre otras; en el grupo de las seniles se encuentran la demencia arterioesclerótica. La enfermedad de Alzheimer usualmente se instala a los 65 años, pero también aparece después de esta edad. Por lo tanto se considera presenil y senil. Cuando se habla de demencias tratables se refiere a aquellas que puedan ser susceptibles a tratamientos. (Cummings 1983), propone tres grandes grupos de demencias tratables:
>
> 1. Demencias producidas por condiciones intracraneales.
> 2. Demencias metabólicas.
> 3. Demencias tóxicas.
>
> Las que son debido a lesión cerebral irreversible para las cuales no hay tratamiento conocido constituyen las demencias no tratables, como: Enfermedad de Alzheimer, Huntington, Pick, Parkinson y Creutzfelt – jacob.
>
> La última clasificación de las demencias corticales y subcorticales; ha sido bastante controvertida, ya que las diferencias neuropsicológicas entre los dos grupos no siempre son claras y pueden establecerse únicamente en estadios tempranos de la enfermedad, las demencias subcorticales presentan compromisos corticales y las corticales presentan signos y síntomas subcorticales."[12]

---

[11] Ibid. Pág. 47

[12] Ibid. Pág. 47, 48, 49, 50, 51

Dentro de las demencias corticales tenemos: Alzheimer, Pick, multinfartos, Creutzfeldt – jacob, hidrocefalia de presión normal, neurosifilis, etc y dentro de las subcorticales tenemos: Huntington, Willson, talámica, entre otras.

Como se puede apreciar, las demencias son consideradas como la epidemia silenciosa que se van instalando en la sociedad de una forma progresiva, se dice que silenciosa porque hasta ahora no han tenido la fuerza en cuanto a medios de comunicación y administración pública para hacer ver el problema que estas ejercen en el ámbito socio – sanitario, por lo que la sociedad en general y el núcleo familiar en particular se han visto obligados a dar respuesta asistencial a las necesidades de cuidados en los enfermos, es por eso que los problemas del envejecimiento y las demencias constituyen, hoy en día, una prioridad en investigación. La realidad actual es que las demencias y en especial la de Alzheimer están recibiendo un considerable grado de atención en investigaciones centrándose especialmente sobre los componentes diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad. Al interactuar con la sociedad y los profesionales que atienden a estos enfermos y a sus familias se logran beneficios a partir de los resultados de estas investigaciones ya que favorecen que, en algunas ocasiones, se

incorporen a la práctica clínica rutinaria algunas intervenciones que no han demostrado de forma suficiente su eficacia, efectividad y seguridad.

5.3. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La demencia tipo Alzheimer fue descrita por Alois Alzheimer en 1907 y se caracteriza por un deterioro de la función intelectual acompañada por cambios en el estado de ánimo y en la personalidad, pero no existe una reducción del nivel de conciencia. El trastorno de Alzheimer casi siempre se inicia insidiosamente con un cambio sutil de humor, pérdida de interés y déficit. Aunque se encuentra turbado en situaciones no familiares que sobrepasan sus capacidades, el inicio insidioso puede ser latente en el propio medio.

"La esperanza de vida tras diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer van de cinco a diez años, según los estudios. La importancia de las disfunciones cognitivas fue hallada como predictor de la institucionalización y muerte, es decir, aquellos pacientes con mayor déficit cognitivo tenían mayor probabilidad de ser ingresados y de fallecer."[13]

[13] Ibid. Pág. 61

> "Una de las características de la enfermedad de Alzheimer es la pérdida de la memoria, en ésta hay cierto grado de desorientación en espacio y tiempo, el déficit tanto en el registro como en el recuerdo y signos como percepción y falso reconocimiento son algunos de ellos. En general el dominio del tiempo físico y cronológico, sin el cual la memoria no puede organizarse, se correlacionan con la capacidad operacional independientemente de la amnesia de registro y la capacidad de relatar eventos pasados. Hay incapacidad de integrar el pasado y presente"[14]

En la enfermedad de Alzheimer los trastornos de memoria en cuanto a los aspectos cognitivos que se alteran con el progreso de ésta constituyen una de las características más importantes en este cuadro demencial; asimismo es el principal motivo de consulta que presentan los pacientes en los estadios iniciales ya que estos individuos comienzan a tener dificultad para recordar aquellas cosas aprendidas hace tiempo y a la vez incapacidad para aprender nueva información, de igual forma en la interacción con estos pacientes se puede observar que no reconocen bien el lugar donde se encuentran (desorientación espacial), en un estadio moderado se presentan alteraciones más importantes de la función cerebral de estas personas como la pérdida de la capacidad de reconocer ambientes familiares, aunque ésta pérdida

[14] Ibid. Pág. 63

no es total ya que conserva su orientación personal y reconocen a la mayoría de sus familiares, suelen también confabular o dicen reconocer lo que realmente no reconocen a pesar de poseer una función sensorial intacta.

> "Las alteraciones de la memoria episódica son sin duda el síntoma más característico de la enfermedad de Alzheimer. En los pacientes con ésta enfermedad se ha planteado dos posibles componentes distinguibles de los trastornos de la memoria episódica. El primero, es un aumento en la taza de olvido y el segundo, un problema básico de la codificación o elaboración de la información. Las alteraciones manifestadas por el paciente, se presentan tanto en tareas de recobro libre, como de recobro con clave y de reconocimiento con material verbal y no verbal. En los estudios de memoria episódica explícita que manipulan la presencia o no, de una estructura o relación semántica de las palabras en la lista de memorización, existe controversia acerca del beneficio que reciben los pacientes de las condiciones en las cuales se favorece el proceso de elaboración, con claves para el material a memorizar. Algunos autores encuentran beneficio ante la presentación de claves de codificación especialmente si éstas se presentan tanto en la fase de presentación del material (codificación), como en la fase de evocación (recobro). (Harlitz 1991)."[15]

En las alteraciones de memoria también se observa la dificultad para evocar nombres, en tanto que la memoria antigua está mejor conservada, la memoria para hechos recientes es la primera que se reporta como un

---

[15]Asociación Interdisciplinaria de Gerontología. Envejecimiento: experiencias y perspectivas. Pág. 34

síntoma de la enfermedad, este problema puede manifestarse en incapacidad para realizar tareas que requieran de incorporación de nueva información, en hacer repetidamente las mismas preguntas y en olvidar la realización de actividades cotidianas.

Una de las características mas consistentes en estos pacientes es la enorme dificultad para comprender instrucciones sobre tareas complejas. Así por ejemplo, la prueba de retención de dígitos de la escala de inteligencia y personalidad para adultos wais hay que explicarla paso por paso para ser comprendida.

Las dificultades en el aprendizaje de estos pacientes parecen originarse en la incapacidad para fijar huellas de memoria.

Pero no sólo éstos pacientes presentan alteraciones a nivel de memoria sino de lenguaje, área en la cual no se ve significativamente afectada en el primer estadio ya que el paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza aspectos sociales de comunicación (gestos, entonación, etc.), lo que no sucede en un estadio moderado donde el individuo va a presentar afasia, en donde se le va a dificultar hablar.

> "Las alteraciones del lenguaje también son variadas. El lenguaje se vuelve elíptico, abundante en perífrasis y paráfrasis semánticas debido a la alteración de los campos semánticos. La desintegración del lenguaje es resultado de diferentes tipos de alteraciones: empobrecimiento de vocabulario, fallo en encontrar la palabra adecuada, alteraciones de sintaxis, parafraseas fonéticas y semánticas y loboclonías. La presencia de desorientación y los problemas de memoria pueden dar lugar a episodios de pérdida respecto a las dificultades gnósicas o de interacción de las perfecciones en el campo visual, las dificultades se dan en un estadio temprano respecto al reconocimiento de imágenes de objetos superpuestos. Las formas tridimensionales y grandes se reconocen, pero las medianas y pequeñas se confunden. En estadios avanzados el dolor no se explica con un esquema corporal preciso sino como un sentimiento de sufrimiento difuso. El paciente es incapaz de organizar movimientos de evitación."[16]

A medida que avanza la enfermedad van decayendo funciones como es el descuido en su higiene personal que lleva consigo inconvenientes para vestirse o utilizar los cubiertos (apraxia), por lo que la dependencia de un cuidador es cada vez mayor, también las aficiones que tenía, actividades sociales y de ocio han perdido su valor, hasta el punto de mostrarse aburrido, somnoliento y realizando actos perseverativos como vagabundear u ordenar la ropa varias veces al día, llegando a un estadio severo, se puede observar que estos pacientes suelen terminar en cama, con alimentación asistida, a menudo padecen de incontinencia urinaria y fecal, con cierta pérdida de respuesta al dolor,

---

[16] Ibid. Pág. 62

acompañados con síntomas de depresión y por último fallecen por neumonía, infección sistémica u otra enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer causa también cambios de la personalidad, sin embargo la naturaleza de éstos no queda del todo clara. Se ha hablado de las acentuaciones de las características premórbidas, también de tendencia a un tipo de personalidad propia de la enfermedad. Los pacientes con Alzheimer siguen formas estereotípicas de la enfermedad pero manteniendo variabilidad intelectual.

Entre los factores que se hallan incrementados en éstos pacientes "se encuentran: la falta de conciencia, la introversión y el neuroticismo. Los pacientes se encontraban más ansiosos, deprimidos y vulnerables psicológicamente. Se halla también un incremento en la asertividad, la actividad y emociones positivas; en conclusión encontramos cambios de personalidad consistentes para éste trastorno pero sin la anulación de la enfermedad de éste paciente.

En individuos con demencia tipo Alzheimer se presentan síntomas psiquiátricos como: depresión, alucinaciones y delusiones. Aquellos pacientes que presentan depresión son considerados como más neuróticos o menos estables emocionalmente; las delusiones suelen ser

persecutorias y poco elaboradas. La presencia de alucinaciones y de ilusiones se asocia con conductas violentas.

Entre las alteraciones conductuales describen la agresión como presente (Burns y Colls 1990), la deambulación y el comer rápido sin tragar, la hiperoralidad, la incontinencia urinaria y desinhibición sexual.

> "Los síntomas psiquiátricos y conductuales son factores de cara a la institucionalización en mayor grado de los déficits cognitivos (Steele y Colls 1990), pueden aparecer signos extrapiramidales tales como: pérdida de la expresión facial, cierta rigidez, disminución de los movimientos automáticos del brazo al caminar y dificultades en el inicio de la marcha; se da una agitación en extremidades y una hipertomía persistente progresiva. Al avanzar la enfermedad todos estos síntomas se acentúan."[17]

En los pacientes con enfermedad de Alzheimer hay manifestaciones neurológicas como son la debilidad muscular, alteraciones posturales y de la marcha, así como otros síntomas parkinsonianos que son muy frecuentes cuando a éstos se les realiza una exploración o examen físico, claro está que los síntomas anteriormente dichos se agravan a medida que avanza la enfermedad, apareciendo temblores y hasta crisis

[17] Ibid. Pág. 65

epilépticas, además suelen aparecer signos psicóticos como alucinaciones e ilusiones a nivel de conciencia.

5.4. POSIBLES CAUSAS DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Hasta este momento las causa de la EA no se encuentra totalmente determinadas, por lo que los estudios que se conocen en busca de establecer causa, no aportan las suficientes pruebas que permitan comprobar científicamente estas causas; por esta razón se cree que son varios los factores que causan la enfermedad de Alzheimer, estos factores son:

Factores biológicos en el cerebro:

> "Hasta hace poco, dos anormalidades significativas se han observado en los cerebros de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer: fibras retorcidas de célula nerviosas conocidas como enrredos neurofibrilarios y una proteína pegajosa llamada beta amiloide.
>
> Las fibras enredadas en los restos dañados de microtubulos, la estructura de apoyo que permite el flujo de nutrientes a través de las neuronas. Una forma mutada de la proteína conocida como **tau** se encuentra en estos enrredos, y algunos expertos creen que esta versión defectuosa trae y sostiene proteínas **tau** normales que ayudan comúnmente en la fabricación de una estructura de microtúbulo saludable. El segundo hallazgo significativo es una concentración de la proteína pegajosa conocida como beta amiloide, que forma parches

llamados placas neuríticas. Estas placas se encuentran fuera de las células nerviosas rodeadas de los restos de neuronas moribundas.

La beta amiloide también se asocia con niveles reducidos del neurotrasmisor Acetilcolina. (Los neurostrasamisores son mensajes químicos en el cerebro). La ecetilcolina forma parte del sistema colinérgico, esencial para los procesos de la memoria y el aprendizaje, que se destruye progresivamente en los pacientes con EA"[18].

5.5. RESPUESTA INFLAMATORIA

"Algunas investigadores piensan que la beta amiloide pueden romperse en fragmentos que sueltan radicales libres de oxigeno-químicos normales en el cuerpo que causan varios procesos dañinos cuando son producidos en exceso. Uno de estos procesos puede ser la respuesta inflamatoria, en la que el sistema inmunitario libera anticuerpos cuya misión es combatir los agentes nocivos, pero, si se producen en exceso pueden lesionar las mismas células del cuerpo. De igual interés es el cyclooxigenace (COX), que produce prostanglondinas, sustancias importantes en la respuesta inflamatoria que, en la enfermedad de Alzheimer, puede aumentar niveles de glutamato, un aminoácido que es un destructor poderoso de células nerviosas."[19]

5.6. FACTORES GENÉTICOS Y BETA AMILOIDE

Según las ultimas investigaciones, cuando la iniciación de la enfermedad. Es muy temprana o muy tardía puede estar relacionado con factores hereditarios.

---

[18] Internet: http://www.altavista.com.es
[19] Ibid

"Asimismo en el comienzo precoz de la enfermedad de Alzheimer se encuentran involucrados los cromosomas 1, 14 y 21, en las formas de EA. de asociación esporádica y comienzo tardío, se ha encontrado la presencia del alelo E4 de la apoliproteina E4, en mayor frecuencia entre la población de la misma edad."[20]

> "La apoliproteina Apo E4 un subtipo de Apo E, la cual juega un papel en el movimiento y distribución del colesterol de las células nerviosas en reparación durante el desarrollo y después de una lesión. El gen de Apo E4 viene en tres tipos posibles: Apo E2, Apo E3 y Apo E4, las personas heredan una copia de un tipo de cada padre. Los estudios han reportado mayores depósitos de beta amiloide en las personas con Apo E4, menores en E3 y los mas bajos en las personas con E2.
>
> En las personas sin Apo E4, los cálculos de riesgo del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer a la edad de 85 años varían de un 9% A un 20%;en las personas con una copia de él, el riesgo es de entre un 25% y un 60%; y en las personas con dos (2) copias, el riesgo varia de un 50% a un 90% (solo el 25% de la población porta (2) dos copias del gen E4).Un estudio reciente reporto que una variación especifica del gen Apo E4 se asocia con un alto riesgo de la EA, la cual puede explicar que muchas personas con Apo E4 no presentan ninguna señal de la enfermedad de Alzheimer. Otra investigación ha identificado anormalidades genéticas en la mitocondria (fuente de energía dentro de las células), en cerca del 20% de las personas con la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío; este defecto genético se pasa solo de la madre y no del padre al niño...

[20] Segundo Congreso Nacional e Internacional de Gerontología y Geriatría. Nov.10. pag 49.

Deberá recalcarse que cerca del 60% de los casos de la EA. no pueden ser explicados por la presencia del gen Apo E4 u otros genes hereditarios. Los investigadores han detectado mutaciones en las proteínas conocidas como proteínas precursora beta amiloide y ubiquitin-B las cuales pueden ser responsables de algunos de estos casos."[21]

5.7. EL GRUPO ÉTNICO

"La enfermedad de Alzheimer es rara en Africa Occidental, sin embargo, los Afroamericanos tienen cuatro (4) veces un riesgo mayor que los Americanos blancos, que su riesgo esta asociado al gen Apo E4. Los hispanos tienen un riesgo mas del doble que los blancos...

Aunque diferentes factores genéticos pueden afectar a grupos étnicos específicos, los factores del medio ambiente también pueden jugar un papel en la EA."[22]

5.8. FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE

Como se había mencionado anteriormente el medio ambiente en el cual se desarrolla el individuo puede ser un factor predisponente de la causa de la demencia tipo Alzheimer.

"Virus: ya que varias otras enfermedades neurológicas degenerativas como kuru y la enfermedad de Creutzfeldt-

---

[21] Internet: http://www.altavista.com.es

[22] Ibid

Jakob, son causadas por virus lentos, infecciosos, los investigadores están explorando la ruta verica como una posible causa posible de la enfermedad de Alzheimer. No existe evidencia de que la EA. sea transmisible, pero una posibilidad es que la sensibilidad genética junto con un deterioro del sistema inmunologico deja a una persona vulnerable al virus. Un estudio ha indicado que el virus 1 del herpes puede proporcionar este enlace, los resultados encontraron que el riesgo de la E.A. es muy alto en las personas con Apo E4, que también tiene evidencia de este virus, pero el riesgo es normal en las personas con tan solo uno de estos factores...

Los metales. Algunos investigadores creen que las cantidades excesivas de zinc pueden promover la formación de placas amiloides.

En un experimento, este proceso se aceleró cuando el zinc se combinó con silicato de aluminio, una sustancia que se encuentra en cremas no lácteas y medicamentos antidiarreicos sin prescripción; el metabolismo de zinc anormal también se ha encontrado en pacientes con la EA.

Campos electromagnéticos. Algunos estudios han reportado una incidencia mayor de la EA en las personas expuestas a campos electromagnéticos intensos. Algunos investigadores creen que los campos magnéticos pueden interferir en la concentración del calcio dentro de las células, y otro creen que puedan aumentar la producción del beta amiloide.[23]"

5.9. EL GÉNERO

Los últimos estudio con respecto a si la diferencia de género tiene relación con la incidencia de la enfermedad de Alzheimer, muestran que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar la EA.

---

[23] Ibid

5.10. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

"La lesión de la cabeza pueda acelerar el desarrollo de la EA. en las personas que son ya susceptibles a la enfermedad.

Algunos estudios (no todos) han encontrado un enlace entre la arterioesclerosis, o endurecimiento de las arterias, y la EA., en particular entre las personas que portan el gen Apo E4"[24]

Sin embargo, los últimos estudios, realizados reportan que la EA. se puede prevenir en un gran porcentaje si se trabaja con la terapia de estrógeno, con medicamentos antinflamatorios no esteroides y con un dieta baja en grasa.

> "Terapia con estrógeno. Cada vez más los estudios están reportando que el estrógeno protege contra la EA. y el funcionamiento mental reducido normalmente asociado con la vejez...
>
> Dos estudios recientes encontraron que las mujeres que estaban haciendo la terapia de reemplazo de hormonas tenían un riesgo reducido de la EA... en un estudio el riesgo fue inferior en un 60%. La terapia con estrógeno puede incluso ayudar a las mujeres con la EA. existente, un

[24] http://www.alze.org.es

estudio encontró que las mujeres con EA. entre leve y moderado mostraron mejor funcionamiento mental después de tomar estrógeno...

A estos informes los soportan estudios en animales que indican que el estrógeno desencadena un proceso que conduce a la producción de acetiledina, un químico que se encuentra en niveles muy reducidos en los pacientes de la EA.. También parece que la terapia de estrógeno estimula el flujo sanguíneo en el cerebro."[25]

"Los medicamentos antinflamatorios no esteroides comunes (NSAID por siglas en Inglés), como la aspirina, el ibuprofeno (Aducil, Motrin) y el naprosyn, tiene propiedades que bloquean factores específicos en la respuesta inflamatoria que se crea desempeña un papel importante en la degeneración de las neuronas. Un estudio a largo plazo encontró que las personas que tomaron ibuprofeno durante dos años o más tuvieron una reducción al 50% en la incidencia de la EA. en comparación con los que no tomaron medicamento...

Así mismo un análisis preliminar de los hábitos alimenticios en once países indica que una dieta baja en grasas puede reducir el riesgo de la EA. En los países con dietas bajas en grasa como en China y Nigeria, el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer es de 1% a la edad de 65 años comparado con 5% en los Estados Unidos."[26]

[25] Ibid.
[26] ibid

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CAPITULO III

5.11. ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIOFAMILIARES, SANITARIOS Y ECONÓMICOS:

En los pacientes con la enfermedad de Alzheimer no sólo se ve deteriorado su área psicológica, sino, también se presentan repercusiones relevantes en su vida personal, profesional, familiar, social, estatal e institucional. Algunos ejemplos al respecto son las decisiones acerca del patrimonio del enfermo, las relaciones laborales y familiares, el acceso a prestaciones socio-sanitarias entre otras..

Por otra parte el paciente debe ser el primero y principal destinatario de la información sobre su propio estado de salud, debido a las repercusiones familiares y sociales que representan este deterioro cognitivo, la información debería ser compartida con sus allegados desde el principio.

Estas personas que padecen la enfermedad de Alzheimer demandan mucho cuidado y afecto por parte de sus familiares y sobre todo atención de un cuidador en especial. En este momento en Barranquilla no existe una institución especializada en el manejo de la enfermedad de Alzheimer y hay mucho desconocimiento al respecto en profesionales de la salud. Se ve entonces que la única opción institucional que existe para atender de manera específica adultos mayores con esta enfermedad son los hogares Geriátricos de estancia permanente; los que en la actualidad no están preparados para atender de manera eficiente esta situación y terminan convirtiéndose en instituciones geriátricas mixtas, si así se puede llamar, dado que atienden ancianos sanos mentalmente y enfermos a la vez; no hay "pabellones psiquiátricos" para ancianos.

Es importante que paciente, familia y especialmente cuidador, se informen sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder, y debe facilitarse su acceso en condiciones especiales.

Debido a ésta información por parte de familia y cuidadores se van a reducir los niveles de incertidumbre, ansiedad y morbilidad en el

núcleo familiar con respecto al manejo del enfermo con enfermedad de Alzheimer.

El deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, conducen a una situación de gran dependencia de un tercero para poder subsistir, tanto así que éste (cuidador). Se convierte en elemento imprescindible para que el enfermo pueda seguir viviendo en la comunidad.

La atención del enfermo de Alzheimer en la comunidad reporta beneficios al paciente, a la familia y al sistema socio sanitario. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad de vida del sujeto enfermo respecto a la institucionalización, reduciendo los costos para los servicios públicos, sociales y sanitarios. Precisamente porque la atención en la comunidad a los enfermos puede ser realizada sin la presencia de los cuidadores familiares.

El cuidador está sometido a un desgaste afectivo prolongado en revelación a la evolución de la enfermedad de su ser querido, en el que influye el desconocimiento de la enfermedad, la aceptación del deterioro

que sufre el paciente y la propia ayuda física prestada de forma constante al enfermo.

Los profesionales sanitarios deben tener presente esta condición para realizar, en el momento oportuno y de forma anticipadas, aquellas intervenciones que disminuyen la carga del familiar. Las actividades básicas recomendadas a los profesionales para el cuidado de los familiares con enfermedad de Alzheimer comprenden aspectos de formación, organización y de relación profesional – familiar.

Por esta razón es importante que el profesional precise de una actualización básica sobre dicha enfermedad, que en su papel neutral de asesor difunda información adecuada que frecuentemente interesa a familiares y cuidador, sobre todo a la evolución y tratamiento de la enfermedad.

El conocimiento de la enfermedad de Alzheimer por los cuidadores permite que éstos puedan establecer acciones de adaptación para la situación planificar el futuro del cuidado de su ser querido y desarrollar intenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad. Esta información, trasmitida adecuadamente, puede

ejercer un efecto beneficioso de "apoyo social", especialmente en la estima emocional del familiar.

La enfermedad de Alzheimer es irreversible y no tiene cura hasta nuestros días y de acuerdo a la efectividad del tratamiento se clasifica en tratables y no tratables ya que por medio de los síntomas se prescriben medicamentos que alivien los problemas que vayan surgiendo. Estos fármacos se utilizan en el tratamiento de la agitación, depresión, ansiedad, e insomnio. En la situación actual de los conocimientos científicos, difícilmente puede hablarse de tratamiento etiopatogénico de la enfermedad de Alzheimer, aunque existen fármacos que actuando sobre diversos factores relacionados con el proceso patológico, consiguen retrasar levemente el deterioro cognitivo del enfermo. Estos síntomas, sobre todo los trastornos de la conducta, tienen gran importancia en el manejo clínico del paciente con enfermedad Alzheimer, pues son una causa importante de estrés y agotamiento en los cuidadores y familiares y con frecuencia, determinantes de la institucionalización del paciente.

CAPITULO IV

5.12. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN COLOMBIA

En Colombia en la actualidad existe una asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias relacionadas, **CLUB ALZHEIMER,** con sede en la ciudad de Medellín.

El objetivo general de esta asociación es "promover la mejora en la calidad de vida de los pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles y preseniles, sus familiares y cuidadores."[27] La asociación se constituyó por tiempo indefinido, sin animo de lucro, sin discriminaciones políticas , raciales, religiosas y sociales.

Esta asociación también busca promover y mejorar la atención sanitaria, psicológica y moral así como la asistencia de los servicios sociales a los enfermos de Alzheimer y otras demencias relacionadas y a

[27] http://www.homestad.com/montedeoya

sus familiares y cuidadores; asesorar a sus asociados en materia sanitaria, legales sociales y económicas; promocionar y difundir los conocimientos referentes a la EA y otras demencias relacionadas, fundamentalmente con todo lo relacionado con los avances en su diagnostico, terapéutica y prevención de las mismas, al objeto de facilitar una asistencia adecuada; facilitar, mejorar y controlar todas aquellas medidas de carácter asistencial que afecten a los enfermos que padezcan la EA u otra demencia senil o presenil, para mejorar su calidad de vida; estimular la formación de cuidadores primarios de enfermos de Alzheimer y otras demencias relacionadas y/o dar cursos de capacitación.

5.13. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, FAMILIA Y CUIDADORES.

Toda la familia por muy caótica que parezca tiene una compleja estructura de convivencia, la cual se ve notablemente afectada cuando a uno de sus miembros le diagnostican EA. Comúnmente la familia responde de dos maneras ante semejante evento; unas intentan "negar" la enfermedad, conservando los patrones de comunicación habituales que anteriormente tenían resultado con respecto a su funcionamiento, lo que genera la perdida de la homeostasis del sistema.

Otras familias por el contrario se desintegran ya que no resisten el impacto de la enfermedad.

Sin embargo, no se puede proponer un patrón rígido de comportamiento (que se debe hacer) para seguir en estos casos, pero teniendo en cuenta la inestable situación cognitiva del enfermo con EA, la respuesta a la crisis seria una adecuada adaptación a las circunstancias en que se presente el enfermo; dicho de otra manera, que la familia sea lo suficiente mente flexible para amoldarse a la situación del paciente con EA.

Desde otro punto de vista, según un estudio realizado con una muestra de pacientes con Alzheimer que visitan el hospital Blanco Cervantes, "fue notorio que solo el 6% de ellos está en hogares de ancianos, el resto lo cuidan sus esposas e hijas."[28] Por medio de este reporte se puede apreciar la importancia de la familia en el cuidado de pacientes con EA; La cual como primera medida debe tener una disposición emocional ya que este es el más inmediato e importante de los roles de la familia. Esta debe ser capaz de "contener sus sentimientos y funcionar

[28] http://www.larepublica.net/2001/enero/25/galeria-main.htm

soportivamente hacia el paciente, situación que con frecuencia es sobrestimada por el equipo médico."[29]

Así mismo dentro del sistema familiar debe existir una responsabilidad compartida en la toma de decisiones, ya que tras diagnosticarse EA a un miembro de la familia, produce inmediata toma de decisiones; por este motivo cada familia necesita una completa y precisa información sobre la enfermedad y el futuro de ésta. La familia como cuidadora también necesita de un equipo de trabajo que obliga a reorganización, dejando atrás viejas creencias sobre autoridad, responsabilidad e individualismo; la formación de un grupo de trabajo surge por la necesidad de lograr óptimos resultados que difícilmente podrían conseguirse de manera aislada.

Dentro del sistema familia se presenta otro factor que vale la pena resaltar como es el proceso de la comunicación que en la mayoría de los casos afecta a la familia por causa del impacto emocional que representa tener un miembro de ésta con la enfermedad de Alzheimer.

---

[29]http://www.homestad.com/montedeoya/familia

"La forma como los miembros de la familia se comunican entre sí, no se refiere sólo a la capacidad y permisividad para hablar de los hechos relacionados con la enfermedad y la forma de manejar los distintos problemas que se van presentando; este proceso incluye, además, la creación de un clima apropiado que permita y anime la expresión abierta de los sentimientos individuales de cada uno de los miembros del grupo.

El aspecto más importante de la comunicación familiar se relaciona con el concepto de **cohesión:** La cohesión se refiere a la forma como los miembros cercanos de la familia se sienten unos con otros, que tanto apoyo / disponibilidad ofrece, la existencia de alianzas, subgrupos o triangulaciones y de reglas "tácitas" de la familia (por ejemplo, "los pensamientos tristes no deben ser expresados"). La comunicación abierta y sin limitaciones tácitas en la expresión de sentimientos es el principal elemento de la cohesión familiar...

El nivel de cohesión familiar dependerá del conocimiento de la enfermedad y de todos los aspectos relacionados con ella para cada uno de los miembros, grado de franqueza emocional, existencia de alianzas en la familia y sincronía en los estilos de afrontamiento. Los cambios en el modo de ser habitual de la familia que se vayan a emprender deberán ser lo suficientemente flexibles como para satisfacer el espectro de necesidades del paciente y de los miembros de la familia comprometidos en su cuidado, y lo suficientemente específicos como para abordar y manejar los problemas identificados. Algunos cambios pueden de hecho, ser incompatibles. La flexibilidad y la rotación periódica de las funciones asignadas permiten una mayor satisfacción de las distintas necesidades.

El propósito global no es "encontrar" la solución "perfecta", sino aproximarse a la más adecuada al grupo familiar en ese momento entre los complejos y conflictivos requerimientos."[30]

[30] Ibid.

El tratamiento de la EA necesariamente incluye el tratamiento de la familia, especialmente del o los cuidadores primarios. El estrés emocional, el desgaste físico y a menudo financiero asociado con el cuidado de un familiar con EA es enorme; así que no es sorprendente que más del 50% de los cuidadores se quemen; este puede presentarse en forma de depresión, ansiedad, aislamiento, abuso de sustancias o enfermedad física.

> "La mayoría de los pacientes con EA reciben sus cuidados en marcos no institucionales; el siguiente es el retrato típico del cuidador y de cómo el cuidador se afecta:
>
> 1. Las mujeres son las cuidadoras primarias en el 70 – 80% de los casos.
> 2. Una tercera parte de los cuidadores proporciona los cuidados sin ningún tipo de ayuda.
> 3. El 50% de los cuidadores viven con el paciente.
> 4. Los cuidadores gastan un promedio de 70 horas semanales en los cuidados suministrados al paciente.
> 5. El 90% de los cuidadores consideran los cuidados como frustrante, desgastadores y dolorosos.
> 6. Cerca del 20% tiene que dejar de trabajar por las demandas impuestas por el enfermo.
> 7. El 50% dice que su salud se ha deteriorado desde que iniciaron los cuidados.
> 8. El 50% se quejan de que no tienen suficiente tiempo para ellos.
> 9. El 50% se refieren que los cuidados causan considerable estrés dentro de sus familias.
> 10. Una tercera parte refiere estar casi "quemado"(burn out)"[31].

[31] http://www.homestead.com/montedeoya/cuidador

El estrés en los cuidadores, puede llegar a ser intenso por lo que se hace recomendable el concejo individual y familiar, así como el apoyo y/o ingreso en grupo de apoyo específicos para la EA. Para manejar sanamente emociones que surgen como:

- **Vergüenza**: Que ocurre cuando nuestro familiar enfermo presenta comportamientos inapropiados frente a las demás personas.

- **Sentimiento de culpa:** Que se presenta por la incomodidad y desesperación que causan estos enfermos y las ganas de querer internarlos en una institución.

- **Aislamiento**: Es la soledad a la que muchas veces recurren los cuidadores debido a la absorción que imponen estos cuidados.

- **Tristeza:** Al ver el cambio de lo que fue esa persona y de lo que ahora es, este sentimiento va muchas veces mezclado como el creer haber "perdido" a un amigo, compañero o familiar.

- **Irritabilidad:** Que puede estar encaminado hacia el paciente, familiares, a la vida, a Dios, al médico o a la situación misma debido a la carga de la EA.

Resulta positivo buscar ayuda profesional o grupo de autoayuda para superar el estrés que los pacientes con EA causan.

> "Es importante saber que los miembros de la familia que desean colaborar en los cuidados, ya que para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia, siempre hay que considerar los cuidados de respiro suministrados por los servicios comunitarios, centros de vía o otras instituciones.
>
> Una buena comunicación siempre será útil, ya que el saber como afecta la EA la relación de matrimonio y lo que han hecho para afrontar las tensiones, es importante, ya que por muy comprensivo que sea su conyugué las responsabilidades añadidas a tener que cuidar un paciente con EA son muy marcadas.
>
> En cuanto a los hijos muchas de las actividades de éstos, pueden ser muy molestas para el paciente con EA lo que suele ser contrario para los niños que poco se quejan de estos pacientes.
> Muchas veces las personas y familiares que tienen a su cargo el cuidado de un paciente con EA disminuyen su rendimiento laboral producido por el desgaste en todas sus funciones, por lo que es recomendable trabajar medio tiempo y tener ayuda en casa medio tiempo, como también apoyarse en los servicios sociales comunitarios.
>
> En la casa es recomendable hacer adaptaciones y modificaciones que faciliten la vida de su ser querido con EA y que alteran el funcionamiento normal de la vida diaria.
>
> Los costos al tener un paciente con EA en casa son muy elevados y a medida que la enfermedad progresa más

costoso se hará, por lo que la colaboración económica de otros familiares es indispensable.

El tiempo libre, las actividades de ocio y recreación se verán profundamente afectadas cuando se es cuidador de un paciente con EA, siendo el efecto mayor a medida que la enfermedad progrese, por lo cual los centros con servicio de respiro, ayudas domiciliarias y colaboración de otros cuidadores va a ser importante"[32]

"SÍNDROME BURN OUT", éste síndrome se define como el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad (el cuidado del paciente con EA) y que en castellano lleva implícito el significado de "quemarse". Es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de reducción de la capacidad personal que se presenta en las personas que por su profesión u oficio se ocupan de la gente. Por ello siempre se refiere a los oficios que tienen por misión ayudar a los demás (es el precio de ayudar a los demás) : Médicos enfermeras, profesores policías, asistentes sociales, funcionarios de prisiones, cuidadores primarios en EA etc. Los síntomas de estrés crónico más frecuente son cefalea tencional (dolor de cabeza predominante en cuello o en forma de banda tipo sombrero), agotamiento, fatigabilidad, insomnio y trastornos gastrointestinales, síntomas que habitualmente no tienen causas orgánicas explicable, que frecuentemente se asocian a quejas físicas y dolores, y que a menudo son cuestionados como signos de algo malo (cáncer, leucemia o linfoma).

Dentro del grupo de síntomas psicológicos de estrés que conforman este síndrome (ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conducta, violencia, comportamiento de alto riesgo, distanciamiento afectivo, irritabilidad recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo, ideación suicida, negación de las emociones, atención selectiva sobre los clientes, ironia racionalización.)"[33]

---

[32] Ibid
[33] Ibid

SÍNDROME BURN OUT

Nivel - Grado de estrés --- Sintomatología

1	Leve ----------	Dif. Para levantarse, cansancio, fatiga.
2	Moderado ----------	Actitud negativa, cinismo, suspicacia.
3	Grave ----------	Aversión, abuso de alcohol y drogas.
4	Extremo ----------	Aislamiento, riesgo suicida, colapso.

ASPECTOS LEGALES Y FINANCIEROS

> "Desde el inicio de la enfermedad, y a medida que esta progresa, la capacidad del paciente para manejar sus asuntos económicos se irá perdiendo progresivamente. Es pues necesario que otros asuman estas responsabilidades por él, aunque esto suele ser fácil decirlo y mas bien complicado hacerlo.
>
> Algunas leyes de determinados países contemplan que ciertas condiciones (p.ej. Enfermedad de Alzheimer, otras demencias y trastornos neurológicos) se asocian a una disminución de capacidad de las personas para ejercer control sobre sus aspectos legales y financiero por lo que facilitan que dicho manejo sea realizado por otra persona.
>
> El momento mas apropiado para iniciar las gestiones correspondientes será el diagnostico de EA establecido, cuando todavía el paciente tiene suficiente capacidad para tomar decisiones por si mismo y recuerda donde tiene sus ahorros y propiedades."[34]

Un ejemplo palpable del desarrollo y evolución de la enfermedad de Alzheimer lo describiremos en el siguiente caso:

---

[34] http://www.homestead.com/montedeoya/legales

"José, últimamente, no se acordaba bien de las cosas, pero al fin y al cabo se hacía mayor. Iba a cumplir 63 años. En el trabajo sus compañeros se dieron cuenta que se enredaba en las cuentas y que había mañanas que prácticamente no resolvía ninguno de los asuntos pendientes. Su mujer pensaba que estaba muy raro, a veces intranquilo, a veces sumido en un estado de postración y tristeza. José no le contó a nadie cuando no pudo encontrar aquellos papeles en el trabajo, ni cuando el jefe vino a pedirle algo que fue incapaz de recordar de que se trataba. Cuando José dijo en casa que le habían propuesto que tomara la jubilación anticipada su mujer pensó que esa debía de ser la razón por la que estaba tan indiferente últimamente. Pero cuando, por fin, se jubiló y pasaba el día en casa, su mujer pensó que algo marchaba realmente mal. A veces lo encontraba en su habitación con las prendas de vestir en la mano o medio colocar sin saber muy bien como debía continuar. Otras veces se detenía en mitad de una frase, o era incapaz de decir el nombre de aquel amigo de toda la vida. Un día salió a comprar el periódico y volvió 3 horas después, sin saber explicar como se había perdido en su calle. Poco a poco, fue dejando de escribir y después de leer. Las palabras y las letras dejaron de tener significado para el, hasta que por fin llegó a olvidar que antes leía. Su mujer decía que no se lavaba. José llegaba hasta el cuarto de baño, pero una vez allí no sabía por donde empezar, un día olvidaba como manejar el agua, otro entraba en la bañera aún vestido, a veces simplemente se quedaba quieto sin saber que hacia allí. Comenzó a decir que lo robaban, que le escondían las cosas, porque no podía entender que era el mismo el que las guardaba y luego no recordaba haberlo hecho. A veces, se irritaba y gritaba, otras tenía miedo por que no entendía lo que le decían los demás ni que querían decir las imágenes que veía, otras veces simplemente sonreía como si estuviera ausente".[35]

[35] JUNQUE, Carmen. JURADO, Angeles M..Op. Cit.

6. VARIABLES

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Demencia tipo Alzheimer: "Es un desorden degenerativo que despoja de forma gradual la inteligencia, la conciencia de las personas y su capacidad para controlar las funciones corporales. No obstante es la forma mas frecuente y temida de demencia irreversible. " (Papalia 1997)

7. MÉTODO

7.1. DISEÑO

Este estudio corresponde al diseño Descriptivo – Aplicado.

> "Consiste en describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis(Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar."[36]

7.2. POBLACIÓN

En esta investigación participaron un total de ocho (8) pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer , institucionalizados en el hogar geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla; de los cuales, fue escogido un solo paciente.

---

[36] HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos. Metodología de la Investigación. 2ª edición. McGraw Hill.2000.

7.3. MUESTRA

Un estudio de caso, de un paciente diagnosticado con demencia tipo Alzheimer, de sexo femenino, de ochenta y siete (87) años de edad, institucionalizado en el Hogar Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

7.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron:

1. La ficha de identificación (Ver Anexo).
2. La técnica de observación directa.
3. El Test de Inteligencia y Personalidad Wais (Ver Anexo).

8. RESULTADOS

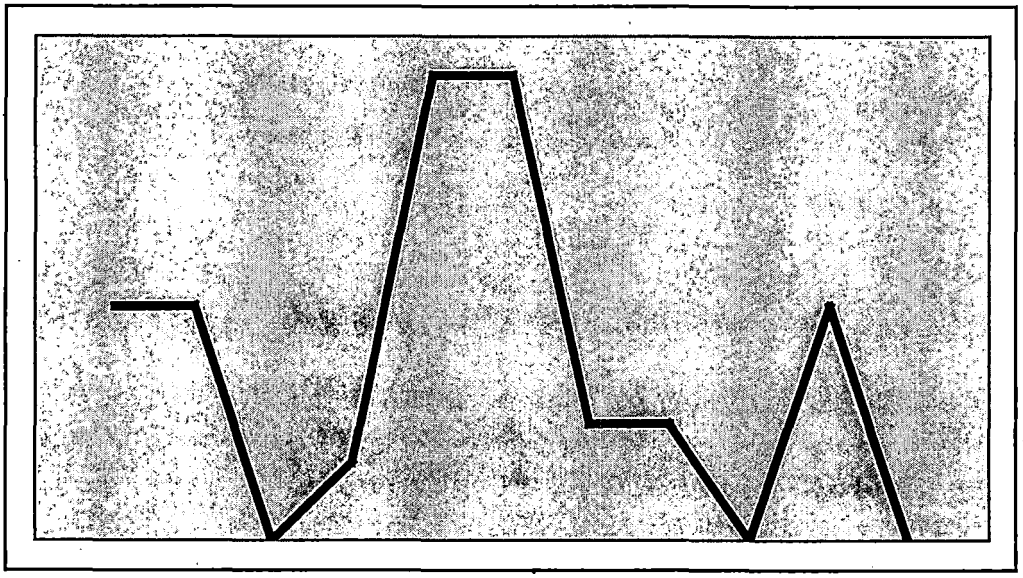


Figura 1. Resultados Escala de Inteligencia para Adultos Wais

C.V. = 101

C.E. = 107

C.I. = 104 Parámetros Normales

8.1. INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL WAIS

- **Información**

Se obtuvo un puntaje alto, indicando una apertura hacia el mundo que la rodea, ambición intelectual, tendencia a la intelectualización, buena

memoria reciente y una adecuada capacidad de aprendizaje; respuestas con detalles mas allá de lo pedido sugieren una orientación obsesiva.

A lo largo de las sesiones se observó un marcado rasgo obsesivo que aun persiste, asimismo un constante interés hacia la lectura que ha mantenido durante toda su vida.

- **Comprensión**

Se obtuvo un puntaje alto, observando así una persona con adecuada capacidad de juicio, capaz de pensar en las consecuencias de sus actos, pragmáticas, socialmente convencionales. Se puede ver su creatividad en la solución de problemas y la manera de utilizar la experiencia pasada en forma socialmente aceptable.

- **Aritmética**

Arrojó un puntaje bajo, por lo que la paciente comete errores de cálculo mostrando nulo o poco interés en la aritmética.

Cabe anotar que la paciente nunca ha mostrado interés alguno por esta área.

- **Semejanzas**

Se obtuvo un puntaje bajo, en donde el tipo de pensamiento es funcional, se perciben funciones o usos comunes a los dos objetos. Se observó poca congruencia en las definiciones suministradas por la paciente.

- **Retención de dígitos**

Arrojó un puntaje alto, donde la paciente presenta una adecuada memoria inmediata, buena capacidad de atención, adaptación rápida a las exigencias de los estímulos.

- **Vocabulario**

Obtuvo un puntaje alto, en el cual se observó un buen manejo del lenguaje, sofisticación y esfuerzo intelectual, una adecuada dotación natural, mostrando erudición.

Maneja diversidad de conceptos, a pesar de su lenguaje elíptico debido a su deterioro en la memoria,

- **Claves**

El puntaje fue bajo, donde se pueden presentar defectos visuales, poca velocidad psicomotriz y que no tienen aptitud para tareas imitativas, se puede deber a sujetos preocupados por la precisión o bien sujetos muy inteligentes que no se sienten atraídos por una tarea monótona.

- **Figuras incompletas**

Se obtuvo un puntaje bajo, en donde el paciente presenta atención a detalles minuciosos, sin capacidad para establecer jerarquías, poca capacidad de observación y negativismo. Poca organización y concentración visual.

- **Diseño con cubos**

Arrojó un puntaje bajo, se observó pobreza en la capacidad analítico-sintética, poca coordinación visomotora. La paciente renuncia prontamente a realizar nuevos intentos.

- **Ordenación de dibujos**

Arrojó un puntaje bajo mostrando así poca organización visual, paciente con rasgos impulsivos, que pueden no saber interpretar adecuadamente las situaciones sociales, lo que muchas veces implica problemas relaciones interpersonales.

- **Composición de objetos**

Se observó un puntaje bajo en donde la paciente mostraba ansiedad, rigidez, poca capacidad para fantasear y poca capacidad de anticipación y planeación. Cabe anotar que la paciente mostraba cierto grado de ansiedad cuando no podía ejecutar la actividad.

8.2. DESARROLLO DE LOS RESULTADOS

- **PRIMERA SESIÓN**

  Jueves 24 de Mayo de 2001, 3:00 – 3:45 p.m.

"La llegada al Hogar Geriátrico Siervas de Jesús se realizó en compañía de la Doctora Margarita Cardeño, en donde fue escogida la paciente

Emilia entre tres ancianas diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer. Antes de iniciar la sesión se realizó la presentación ante la Directora del hogar y luego se inició de lleno el trabajo. La Doctora Margarita presentó a la señora Emilia, la cual se puso a la órden e hizo preguntas como, por ejemplo:

- ¿Qué estudiábamos nosotros?
- ¿Para qué íbamos a hacer el trabajo?

Seguidamente comentó que muchos jóvenes llegan a menudo al hogar para realizar trabajos y siempre la escogen a ella.

También habló de que aún en esta edad se encontraba muy activa ya que colaboraba con algunos quehaceres del hogar y se encargaba del cuidado de plantas y aves del hogar.

Luego habló acerca de los muchos viajes que había realizado con su esposo en países de Europa y América; Se notaba un poco sentimental cuando narraba la muerte de su padre a muy temprana edad, quedando ella y sus hermanas a los cuidados de sus abuelos maternos quienes las consentían en todo y de lo alegre que había sido aquel

tiempo, ya que su abuelo supo llenar el vacío que había dejado su padre.

Durante la Sesión, se logró establecer el rapport y empatía entre la paciente y el grupo de investigación."

- **SEGUNDA SESIÓN**

  Miércoles 30 de Mayo de 2001, 8:30 – 9:15 a.m.

"La señora Emilia no recordaba nada acerca de la sesión anterior, ni que se pretendía hablar con ella. Seguidamente se inició la realización de figuras geométricas en plastilina, escogiendo ella colores (azul, amarillo, naranja, rojo) que combinaran.

Se notó dificultad por parte de la Señora Emilia para realizar las figuras por lo cual fue necesario elaborar los modelos para que ella los repitiera. La primera figura fue la esfera, en la cual no presentó ninguna dificultad.

Luego el triángulo en el cual se le tuvo que guiar, porque no recordaba la figura.

Como tercera figura fue el cuadrado en el que también le faltó destreza y tuvo que ser instigada.

Por último realizó un pulso con la plastilina que, al igual que los anteriores, fue dificultoso. La Señora Emilia como en la pasada entrevista en cada receso que se hacía recordaba lo feliz que había sido su infancia y sobre todo hacía énfasis en su abuelo quien pasó a ser su padre, también lo mucho que le gustaba la lectura, en especial los cuentos, y sus buenas relaciones interpersonales a lo largo de su vida. Esto siempre ocurría cuando se suspendían las actividades.

En esta sesión, se determinó el reconocimiento de figuras geométricas (memoria anterógrada), y la motricidad fina de la paciente, al igual que su memoria episódica"

- **TERCERA SESIÓN**

  Jueves 31 de Mayo de 2001, 3:15 – 4:00 p.m.

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del Paciente: Mujer anciana de (81) años con edad cronológica igual a la aparente físicamente, bien de salud, vestida

acorde con su edad, de actitud colaboradora, movimientos lentos, utiliza lenguaje claro y congruente, con tonalidad baja, poseedora de un estado afectivo estable.

La paciente se encuentra en la institución por voluntad propia; aunque no tiene conciencia de la enfermedad, la evolución del problema ha sido insidiosa y gradual, la paciente no ha estado en otras instituciones, sintiéndose a gusto con la ayuda y atención brindada por parte de sus cuidadoras.

Dentro de la familia de la Señora Emilia, no se han presentado antecedentes patológicos. La paciente expresa no acordarse muy bien de su padre ya que éste murió a muy temprana edad (la paciente tenía 4 años). A su madre la recuerda "joven y bonita", pero muy triste debido a la pérdida de su padre.

Manifiesta que fue una "familia deshecha", de ese hogar nacieron 4 hijos, siendo ella la mayor, le seguían dos mujeres y el último fue el varón, pero este murío a los meses de nacido

Las relaciones entre hermanas fueron satisfactorias, con todas se las llevó bien, la paciente recuerda que era la consentida de los abuelos, le fueron inculcados principios éticos, morales y religiosos a temprana edad, el único cambio en la constelación familiar fue la muerte de su padre.

La Señora Emilia no recuerda episodios de su embarazo y nacimiento, como tampoco acontecimientos, como el inicio de la marcha, habla o control de esfínteres. De su niñez recuerda que era muy sociable y alegre y que su mejor amiga de infancia todavía está viva y sigue en contacto con ella.

Su adolescencia transcurrió igual a su niñez, con la misma alegría que la caracterizaba, asistía a muchas actividades sociales, tuvo una sola relación amorosa que es la persona con quien está actualmente (con 50 años de matrimonio).

Se siente una persona realizada ya que nunca se ha "cohibido de nada".

No se siente abandonada por sus hijos, ya que estos la visitan periódicamente.

Según manifiesta la paciente, se alimenta balanceadamente debido a su dieta, su sueño es tranquilo y no presenta ninguna enfermedad hasta el momento.

La paciente cursó estudios básicos primarios en el colegio Carlos Meisel de la ciudad de Barranquilla donde obtuvo un buen desempeño académico. Sus relaciones con maestros y compañeros fueron óptimas, no cambió de colegio, como tampoco reprobó años escolares.

No ha tenido vida laboral, ya que los trabajos que hacía eran para su satisfacción personal. También expresa que ha tenido una condición económica estable por lo que no ha tenido que laborar.

Se dedicó mucho a las manualidades que eran su pasatiempo, al igual que la lectura, no practicó ninguna clase de deportes, y fue bastante bailadora en su juventud.

Sus relaciones interpersonales han sido excelentes, ha viajado bastante, por lo que tiene muchas amistades de ambos sexos y la

amistad en especial es la de la infancia que mencionamos anteriormente.

Su evolución sexual fue "normal", aunque muy limitada en su educación acerca de ésta y sus contactos los mantiene con su pareja.

La relación entre ambos es bastante armoniosa, los eventos más importantes fue el matrimonio y nacimiento de los hijos, con respecto a su familia se siente bien porque forjó un hogar unido (un varón y dos mujeres).

La Señora Emilia se describe a si misma con las siguientes frases:

- "Me veo fea, pero de buen temperamento y conversona".
- "Las demás personas me ven normal".
- "No he tenido problemas en mi vida".
- "Siento miedo de alguna enfermedad".
- "No tengo remordimientos porque no le he hecho mal a nadie".
- "Mis preocupaciones son falta de unión y caridad".
- "Mis cosas agradables son los recuerdos de mis seres queridos".

- "Estoy satisfecha, pero me gustaría haber tenido más cosas aunque con las que tengo estoy bien".

- **Diagnóstico**

La paciente presenta demencia tipo Alzheimer.

- **Pronóstico**

El pronostico de la paciente es de carácter reservado ya que no es posible hipotetizar a cerca de la evolución de la enfermedad en la paciente.

- **CUARTA SESIÓN**

  Miércoles 6 de Junio de 2001, 3:15 – 4:00 p.m.

"En esta sesión se evaluó la motricidad en la Señora Emilia utilizando frutas y lápices de colores.

Se inició enseñándole una manzana, para que ella la dibujara, escogiendo el color que más se asemejara al original. La Señora Emilia

escogió el color rosado que era el que más se relacionaba con la fruta y porque dentro de los lápices no había el color rojo. Se observó un trazo débil y en cuanto al dibujo, estuvo un poco desfigurado, repintando el margen del dibujo.(Ver Anexo A)

Luego escogió el color salmón, para dibujar el mango y efectivamente era el color que más se asemejaba, en este se observó un mejor trazado, aunque desfigurado.(Ver Anexo B)

Seguidamente pasó a dibujar el limón, para el cual escogió el color verde, en este dibujo se pudo observar mayor destreza y elaboración.(Ver Anexo C)

Por último se le pidió que dibujara una flecha (azul), escogiendo el color morado para realizarlo, pero no lo dibujó, sino que calcó la figura, mostrando cierta habilidad. Cabe anotar que la señora Emilia cada vez que terminaba un dibujo, buscaba en nuestras miradas gestos y palabras de aprobación de sus "obras de arte" como ellas las llamaba. Asimismo observamos que a medida que realizaba los dibujos iba mejorando los mismos y que al final de la actividad de dibujar, había cambiado la actitud expresada de que no sabía dibujar.

Para terminar la sesión la Señora Emilia agrupó por colores fichas plásticas, observando así la discriminación de colores como el rojo, verde, blanco y amarillo que luego unió para la elaboración de las frutas por su color y tamaño. La Señora Emilia expresó que las frutas no podían quedar iguales porque las fichas eran de otra forma.

Al preguntarle nuevamente por su salud, afirmó que es una persona muy sana, que poco se enferma, duerme y se alimenta bien.

Se mostró esquiva al preguntarle por su vida conyugal, pero hizo énfasis que sobreprotegió a su hijo varón el cual fue el más travieso, pero que fue buen estudiante.

También recordó las muchas amistades que tuvo en la etapa escolar, cuando estudió en el colegio María Auxiliadora. Cuando le preguntamos que si se acordaba de los números y le pedimos que contara, expresó que "la tenían como una bebé", pero accedió a contar del 1 al 20 y lo hizo muy bien, pero al contar del 20 al 1 mostró dificultad y manifestado por ella misma, se debe a problemas de memoria.

Se le presentaron verbalmente dos operaciones matemáticas (resta) y las contestó muy bien (100-30 y 70-5).

A través de ésta sesión, se evaluó la memoria anterógrada, retrógrada y semántica (ya que las frutas y colores se aprenden en la infancia, al divulgarnos parte de su vida actual, al mantener la capacidad de resolver operaciones matemáticas mentalmente), al igual que la motricidad fina de la paciente."

- **QUINTA SESIÓN**

  Viernes 8 de Junio de 2001, 3:45 – 4:20 p.m.

"En esta sesión se evaluó destreza motora, mediante un test elaborado en madera de diferentes tamaños y colores que debían ser acomodados en su estuche, así se desorganizó el test para que la Señora Emilia lo organizara.

La Señora Emilia inició acomodando los palitos más largos y medianos para el primer nivel en donde no hubo mayores inconvenientes, pero en el segundo nivel se notó que le fue difícil, ya que los palitos en su mayoría eran bastante pequeños y fue aquí donde observamos la

motricidad fina bastante aceptable por parte de la Señora Emilia, que constantemente expresaba que este juego era de mucha paciencia pero que le resultó divertido.

El test tuvo una duración de 9 minutos 40 segundos, realizándolo a cabalidad.

No hizo falta hacerle una demostración ya que con la simple explicación la Señora Emilia lo realizó.

Luego se pasó a la actividad de recortar, utilizando las tiras cómicas del periódico y tijeras.(Ver Anexo D)

La Señora Emilia recortó cuadros de las tiras cómicas con bastante exactitud y se pudo observar que todavía se conserva aunque en menor escala la habilidad motriz, que fue parte, o mejor dicho su profesión.

Al igual que en las anteriores actividades, se mostró colaboradora, pero se notó más dedicación a esta.

Seguidamente se le pidió que cortara la figura de un pantalón que había en el periódico, realizando un corte exacto, mientras decía que estas eran sus actividades preferidas cuando niña.(Ver Anexo E)

Afirmó que sus abuelos maternos (los que la criaron) todavía están vivos y se mostró sentimental cuando le preguntamos acerca de su madre ya fallecida.

En esta sesión, se logró evaluar la destreza motora, especialmente la motricidad fina."

- **SEXTA SESIÓN**

  Martes 12 de Junio de 2001, 9:15 – 9:45 a.m.

"En esta sesión se evaluó percepción, para establecer la relación de la paciente con su medio; igualmente se evaluó el reconocimiento de formas, para observar como capta las dimensiones del espacio; y la memoria anterógrada, ya que la actividad presentada hace parte de la infancia de la paciente.

Se inició pidiéndole a la Señora Emilia que recortara láminas en donde habían curvas y líneas punteadas, para que ella recortara, pudiendo observar una mínima dificultad en la parte psicomotriz fina, también le enseñamos varias figuras geométricas planas, para que nos recordara su nombre, al igual que las figuras geométricas en dimensiones. (Ver Anexo F)

La primera figura fue el cuadrado, que reconoció sin mayor dificultad. (Ver Anexo G. Dibujos realizados por la paciente)

Luego fue el triángulo, expresando que su forma era ovalada, para luego corregir por triangular ya que no se acordaba. (Ver Anexo H)

Asimismo se le enseñó el hexágono, expresando que era un alfajor y no reconoció todos sus lados ya que afirmó que tenía 5 (cinco) lados. (Ver Anexo I)

También se le enseñó el rectángulo y expresó que era un cuadrado un poco más largo. (Ver Anexo J)

Cuando se le enseñó el cubo, expresó que era una casita y que tenía 6 (seis) lados. (Ver Anexo K)

Luego se le mostró la pirámide y expresó que no encontraba la palabra, pero al final reconoció que era una pirámide. (Ver Anexo L)

Cuando se le enseñó el cilindro, afirmó que no sabía cual era su nombre y que se debía a que la memoria le fallaba. (Ver Anexo M)"

- **SÉPTIMA SESIÓN**

  Viernes 15 de Junio de 2001, 3:00 – 3:40 p.m.

"En esta sesión se evaluó reconocimiento de prendas de vestir y el proceso para vestirse como tal, a fin de descartar una posible apraxia. Para esto, se llevaron dibujados cuerpos humanos (hombre y mujer), y recortes de prendas de vestir, para que la Señora Emilia pegara los recortes sobre los dibujos a su gusto.

La Señora Emilia identificó el sexo en los dibujos, aunque no sabía por que prenda de vestir ni que dibujo empezar, luego decidió vestir al hombre. Inició colocándole el pantalón en el cual hizo la notación de

que le quedaba algo grande; luego le colocó la camisa y enfatizó en que hacía una buena combinación.(Ver Anexo N)

Seguidamente vistió a la mujer, colocándole primeramente la falda, para luego pasar a la chaqueta, afirmando nuevamente que se veía muy bien debido a la combinación de colores. La Señora Emilia dejó el calzado de último, mostrando dificultad en la elección y asignación de los zapatos.(Ver anexo Ñ)

La Señora Emilia en esta entrevista parece no haberse acordado del rechazo discreto que había tenido para con el grupo de investigación la sesión anterior, ya que lanzó expresiones como: "¡Siempre estoy dispuesta a atenderlos!", o, "¡Yo les colaboro en lo que pueda!".

La Señora Emilia afirmó haberle gustado la actividad y que había quedado muy bien a pesar de que era la primera vez que la realizaba. Se pudo observar que los dibujos están uniformes en cuanto a sus atuendos pero la dificultad se mostró en la utilización de la goma ya que no pudo sostener y presionar al mismo tiempo el tarrito que la contenía."

- **OCTAVA SESIÓN**

  Martes 26 de Junio de 2001, 8:30 – 9:05 a.m.

"En esta sesión se evaluó la memoria para el reconocimiento de utensilios de cocina, artículos de aseo personal; al igual que la percepción de sabores y texturas.

Se inició mostrándole el jabón, el cual reconoció inmediatamente.

Luego se le mostró una cuchilla de afeitar, para la cual recordó su función y luego de un momento su nombre.

Asimismo, se le mostró el desodorante en roll-on, por el cual mostró 'admiración', ya que manifestó no haber visto antes el objeto, pero después de haber leído el artículo supo que era un desodorante.

Seguidamente se le mostró la pasta dental, la cual reconoció y al preguntarle cual marca de pasta dental utilizaba dijo no acordarse tornándose ansiosa.

De igual forma, se continuó con los utensilios de cocina como cuchara, cuchillo y tenedor, a los cuales reconoció por su nombre y función.

Se pasó a la prueba de degustación y primeramente se le dio a probar Kumis Alpina relacionando esta sabor con "leche cortada".

Luego degustó chocolate en barra, identificando el sabor de éste (dulce).

Como siguiente probó galletas dulces, manifestando que la textura de éstas era dura.

Asimismo, degustó un ponqué dulce, el cual reconoció que su textura era blanda.

De igual forma, al probar una cucharadita de sal, a la que le reconoció su sabor (salado), pero no mencionó su nombre (sal); ésta cual le pareció desagradable pasando su sabor con kumis.

Por último, degustó una pequeña porción de mango verde, del que reconoció su sabor (ácido) y su nombre."

- **NOVENA SESIÓN**

  Jueves 28 de Junio de 2001, 3:15 – 4:00 p.m.

"En la presente sesión se evaluó motricidad fina.

Se inició la sesión pidiéndole a la Señora Emilia que delineara sus manos sobre una hoja en blanco con un lápiz, para lo cual ella se quitó los anillos y, un poco confundida aún con la actividad que iba a realizar, pidió a uno del grupo (José Gabriel) que fuese delineando su mano, pero se le hizo entender que era ella quien tenía que hacerlo, e inmediatamente procedió a delinear su mano izquierda en la que no tuvo mayor inconveniente aunque expresó que no habían quedado muy bien los dedos y que su mano no era muy bonita; asimismo delineó su mano derecha de forma similar a la anterior, hizo énfasis en que tenía un defecto en su dedo anular desde muy temprana edad.(Ver Anexo O)

Siguiendo con la actividad, se le pidió que dejara sus huellas digitales sobre una capa de plastilina, sobre la cual ella misma presionó sus dedos para que sus huellas quedaran marcadas.(Ver anexo P)

Por último se le pidió a la Señora Emilia que dejara sus huellas digitales en una hoja en blanco, mediante una almohadilla para sellos; ésta, con disponibilidad y cierta agilidad, realizó la actividad.(Ver Anexo Q)

También recortó con mucha destreza las manos que había delineado al principio de la sesión, expresando que por haber sido modista realizaba con dominio estos cortes."

- **DÉCIMA SESIÓN**

  Miércoles 4 de Julio de 2001, 3:30 – 4:20 p.m.

"En la presente sesión se evaluó motricidad fina y creatividad, para lo cual se utilizaron dibujos delineados en hojas, pastas y granos comestibles como, por ejemplo caracoles, fideos, tornillos, zaragozas, lentejas y frijoles; goma.

De los siete dibujos por trabajar, solo realizó cinco, a los que rellenó de la siguiente manera:

Inició con la figura del árbol, para rellenarlo escogió los caracoles; después de haber escogido dos tipos de pasta, los rellenó de manera uniforme y con cuidado, iniciando con la parte superior (ramas) y terminó con la parte inferior (tallo).(Ver Anexo R)

Seguidamente procedió a rellenar la pera, utilizando para ello zaragoza, rellenándola por completo.(Ver Anexo S)

Asimismo continuo rellenando un muñeco de nueve, para el cual utilizó lentejas, fideos y frijoles blancos; aquí la Señora Emilia rellenó la barriga del muñeco con lentejas y utilizó para los ojos, nariz y boca, fideos y frijoles blancos.(Ver Anexo T)

De igual forma los dos últimos dibujos que rellenó solo en los bordes y con fríjol rojo, fueron el banano y la manzana.(Ver Anexos U-V)

Cabe anotar que no rellenó la figura de la casa y de la hoja, porque al parecer estaba cansada. También se le notó gran inquietud de saber para que eran estas actividades que estaba realizando; asimismo reiteradamente comentó que amigas de infancia estaban en contacto con ella mediante llamadas telefónicas (ideas perseverantes).

En esta sesión, la Señora Emilia se mostró bastante colaboradora con una motricidad fina adecuada, pero en cuanto a creatividad disminuyó en las diferentes figuras, también se notó deterioro marcado en la memoria cuando decía que iba a rellenar las figuras con determinada pasta o grano y luego se le olvidaba."

9. LOGROS

Los pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan una gran cantidad de cambios tanto de comportamiento como de estado de ánimo, lo cual hace muy difícil la realización de cualquier tipo de tarea con estos; por lo tanto, el principal logro obtenido en esta investigación fue haber podido completar satisfactoriamente todas las sesiones con la paciente y la aplicación de las pruebas correspondientes. Asimismo, debido a las políticas de la institución, resulta difícil en muchos casos amoldarse a los horarios de esta por las restricciones de tiempo que existen, lo cual dificulta el trabajo con la paciente; es esta la razón por la cual, el hecho de haber terminado de manera exitosa con la investigación es un gran logro.

10. LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones fueron las restricciones de horario determinados por la institución para trabajar con la paciente. Asimismo los estados de ánimos de la paciente característicos de la enfermedad, dificultó en varias oportunidades el normal desarrollo de la investigación. Desde otro punto de vista, los altos costos económicos que acarrea realizar una investigación de este tipo, se convierte también en una limitante.

11. CONCLUSIONES

La paciente Emilia es un caso excepcional entre tantos que se presentan en la actualidad con demencia tipo Alzheimer; ya que en la fase moderada, en la cual se encuentra la paciente, mantiene adecuadas relaciones sociales y un optimo contacto con su entorno. Asimismo conserva de manera casi intacta su memoria episódica, al recordar episodios marcados del transcurso de su vida; al igual que su memoria semántica, ya que logra reconocer hechos organizados relativos al mundo.

Otra función que conserva aún es la motricidad fina, ya que realiza operaciones que requieren de destreza manual, actividades a las cuales se dedicó durante gran parte de su vida.

Desde otro punto de vista, la paciente se encuentra mínimamente desfasada con respecto a su orientación temporal que se presentaba de forma marcada en horas de la mañana, tiempo en el cual se tornaba con baja tolerancia, agresiva y agitada; de igual forma en ocasiones

presentaba lagunas mentales al no recordar eventos puntuales ocurridos en días anteriores.

Siguiendo con lo anterior, otra función afectada en la paciente es la del lenguaje, ya que maneja un lenguaje elíptico, como también ideas perseverantes referentes a su niñez. Se pudo observar agnosia, por la dificultad que presentaba para reconocer persona y objetos.

12. DISCUSIONES

La demencia tipo Alzheimer es un trastorno neuro-degenerativo que produce declinación intelectual progresiva, así como también una variedad de alteraciones neuropsicológicas y conductuales. Las alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad de Alzheimer, incluyen anomalías de memoria, afasias, trastornos viso espaciales y viso constructivos y defectos de cálculo, praxias, abstracción y juicio, en los estadios mas precoses de la enfermedad la personalidad y los aspectos relacionales y sociales están generalmente preservados, pero en etapas intermedias y tardías suelen aparecer una serie de síntomas de la esfera conductual que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y convivientes.

En la enfermedad de Alzheimer los trastornos de memoria constituyen uno de los rasgos más característicos de este cuadro, determinando así mismo uno de los primeros síntomas de la enfermedad y el motivo de consulta más frecuentes en los estadios iniciales.

La característica neuropsicológica mas saliente de la EA está determinada por una amnesia global y profunda hacia los estadios más avanzados, si bien se reconoce un gradiente o secuencia temporal en la alteración de los distintos tipos de memoria, con un comienzo insidioso y una progresión gradual.

Las dificultades para evocar hechos recientes suelen iniciar el cuadro clínico, y se convierten en uno de los primeros trastornos de la esfera intelectual percibidos por el paciente o por sus familiares.

El defecto mnésico comienza principalmente con dificultades para aprender e incorporar materiales nuevos, en tanto que aparecen algunos trastornos comparativamente menores para la evocación de información pasada o remota.

Al considerar los distintos tipos de memoria, debemos reconocer una secuencia o cronología, en la cual la memoria episódica es la primera en afectarse, cuando aún otras formas de memoria se encuentran preservadas. Esta selectividad puede correlacionarse con la alteración anatómica inicial, que compromete fundamentalmente al hipocampo y a la corteza entorrinal.

El compromiso de la memoria semántica suele seguir un orden secuencial, y revela en la correlación anatomo-clínica la extensión del proceso degenerativo hacia la región temporal externa.

En las pruebas que exploran la función mnésica se evidencia la dificultad de estos pacientes para codificar la información, determinando que loa datos recientes incorporados en la memoria de corto plazo, se pierden rápidamente, dificultando así su almacenamiento y ulterior evocación, con el consiguiente compromiso de la memoria secundaria.

Si bien la memoria remota también se lesiona, es claramente reconocible un gradiente en la temporalidad del recuerdo, siendo mucho más difícil evocación de hechos recientes.

Es destacable que algunos aspectos de la memoria están relativamente preservados; la memoria procedural y el aprendizaje de tareas motoras sencillas pueden permanecer poco afectados, aún en estadios avanzados de la enfermedad.

Basándonos en la anterior teoría se determinó que la paciente presenta defectos mnésicos que comprometen sutilmente tanto a la memoria episódica como la memoria semántica, por lo que se nota cierta incapacidad para recordar episodios pasados del transcurso de su vida; al igual que no reconoce totalmente hechos organizados relativos al mundo.

13. RECOMENDACIONES

- A la institución, elaborar un plan de actividades para la paciente con el fin de estimular las actividades evitando así un mayor deterioro intelectual.

- A los familiares un mayor contacto "físico", brindándole de esta manera apoyo afectivo, si es posible trasladarla al seno familiar, ya que de esta forma se preservarán mas sus funciones, de no ser así, se le recomienda a la institución continuar con los cuidados y atenciones que esta le brinda a la paciente y a los residentes en general.

14. SUGERENCIAS

Las investigaciones sobre pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer, requieren de personal excelentemente capacitado para llevarlas a cabo de manera exitosa, por lo que se sugiere que estas sean realizadas al mínimo por estudiantes en pregrado, las deben realizar candidatos a especializaciones. Asimismo, esta área de investigación ha sido muy poco explorada en Colombia y mas exactamente en la ciudad de Barranquilla, por lo tanto seria conveniente, que se realizaran mas investigaciones sobre el tema , con el fin de conocer aspectos de la enfermedad en nuestra cultura como la incidencia, prevalencía, datos estadísticos, entre otros.

De igual forma, proponemos como tema para futuras investigaciones, los factores de desgaste físico y emocional que sufren las personas que están al cuidado de pacientes con enfermedad de Alzheimer; este tipo de desgaste conocido como síndrome de "Burn out".

Desde otro punto de vista, se sugiere a la institución a elaborar un plan de atención y tratamiento dirigido únicamente a las personas con demencia tipo Alzheimer con el fin de mejorar su calidad de vida. En este plan se deben tener en cuenta actividades que preserven y ejerciten funciones intelectuales como: memoria en cuanto a retención, evocación, percepción, motricidad fina y creatividad.

Asimismo seria conveniente que en posteriores investigaciones de estudios de casos de pacientes con demencia tipo Alzheimer, realizar un seguimiento del caso en estudio con el objetivo de observar la evolución del cuadro demencial en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

II CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. Santa Fe de Bogotá, Noviembre 7 al 10 de 1996. Asociación Colombiana de Gerontología.

ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA. Envejecimiento: Experiencia y Perspectivas. AIG Ediciones, 1995

ARDILA, Alfredo; ROSERLI, Mónica. La Vejez: Neuropsicología del Fenómeno del Envejecmiento. 1987

COHEN, Gene D. Envejecimiento Cerebral. Bilbao: Biblioteca de Psicología de Desclee de Brower, 1991.

DUQUE, Jhon Jairo. Tratado de Gerontología Tomo I, 1990.

GOMEZ, José. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales, 1995.

HERNÁNDEZ S., Roberto; FERNÁNDEZ E., Carlos; BAPTISTA L., Pilar. Metodología de la Investigación. 2ed. McGraw Hill, 2000.

JUNQUE, Carmen; JURADO, Angeles M. Envejecimiento y Demencia. Editorial Libros Universitarios Martínez Roca y Biblioteca de Psicología y Psiquiatría, 1994.

KANE, Ouslander. Geriatría. 3ed. Editorial Abrass, 1994.

LANGARICA SALAZAR, Raquel. Gerontología y Geriatría. Editorial Interamericana, 1990.

Manual Merck. Editorial Océano, 1989.

Memorias del Tercer Congreso Nacional e Internacional de Gerontología y Geriatría. Cartagena de Indias, Colombia. Noviembre 19 al 22 de 1998. Editorial Artes Gráficas Univalle, Cali, Colombia 1998.

PAPALIA, Diane; WENDKOS OLD, Sally. Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica. 6ta Edición. Editorial McGraw Hill, 1997

RAPAPORT, Leon. La personalidad desde los 26 años hasta la Ancianidad. México: Paidos, 1982

RICE, Philiph. Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital. 2da Edición. Editorial Prentice Hall, 1997.

http://www.altavista.com.es

http://www.alz.org

http://www.alzheimer.com.ar/biblioteca/art8.htm

http://www.ecomedic.com/em/alzheimer.htm

http://www.homestead.com/montedeoya.

http://www.larepublica.net/2001/enero/25/galeria_main.htm

http://www.trends-online.com

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ANEXOS

TI
21-4

WAIS Español

Escala de Inteligencia para Adultos

PROTOCOLO

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ (Día Mes Año) Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____

Nacionalidad _____ Examinador _____

Sitio de examen _____ Fecha _____

Ocupación _____ Educación _____

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos	Composición de objetos	Puntuación normalizada
	Puntuación natural											
19	29	27-28		26	[17]	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	[54-58]	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	[7-8]	[10-11]	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	[12-14]	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	[18-22]	[4]	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	[1]	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	[0]	0	0-3	0-7	0-11	0	[0-1]	0-4	[0-2]	0

SUMARIO

SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada	
Información	7	8	
Comprensión	10	8	
Aritmética	0	0	
Semejanzas	1	6	
Retención de dígitos	17	19	
Vocabulario	55	14	
Puntuación Verbal			
Claves	22	12	
Figuras incompletas	4	8	
Diseño con cubos	0	0	
Ordenación de dibujos	12	10	
Composición de objetos	0	0	
Puntuación de Ejecución			
Puntuación Total			

Puntuación Verbal 55 CI 101

Puntuación de Ejecución 30 CI 107

Puntuación Total 75 CI 104

A. INFORMACIÓN	Puntuación 1 o 0		Puntuación 1 o 0		Puntuación 1 o 0
1. Bandera	1	11. Estatura	0	21. Países	
2. Pelota	1	12. Italia	1	22. Génesis	
3. Meses	1	13. Ropa		23. Temperatura	
4. Termómetro	1	14. América		24. Ilíada	
5. Hule	0	15. Don Quijote		25. Vasos sanguíneos	
6. Presidentes	0	16. Vaticano	1	26. Corán	
7. Dante	1	17. Ecuador		27. Fausto	
8. Semanas	0	18. Egipto	0	28. Etnología	
9. Alaska	0	19. Levadura		29. Apócrifos	
10. Brasil	0	20. Población	0		7

OBSERVACIONES:

B. COMPRENSIÓN		Puntuación 2, 1 o 0
1. Ropa	Para no [illegible]	1
2. Locomotora	Para ir más [illegible]	1
3. Sobre	[illegible]	0
4. Malas compañías	Por el bien [illegible]	1
5. Cine	[illegible] Humo - [illegible]	0
6. Impuestos	[illegible]	1
7. Mañana	[illegible]	2
8. Trabajo infantil	Para [illegible]	1
9. Bosque	[illegible]	1
10. Sorda	[illegible]	1
11. Terreno en la ciudad	[illegible]	0
12. Matrimonio	[illegible]	0
13. Nueces	[illegible]	1
14. Golondrina	porque son muy [illegible]	0
		10

D. SEMEJANZAS		
1. Naranja–plátano	En nada	0
2. Abrigo–vestido	el vestido [illegible]	1
3. Hacha–sierra	[illegible]	0
4. Perro–león	[illegible]	0
5. Norte–oeste	[illegible]	0
6. Ojo–oído		
7. Aire–agua		
8. Mesa–silla		
9. Huevo–semilla		
10. Poema–estatua		
11. Madera–alcohol		
12. Premio–castigo		
13. Mosca–árbol		
		1

C. ARITMÉTICA	C	F	Tiempo	Puntuación 2, 1 o 0
1. 15"				0 1
2. 15"				0 1
3. 15"				0 1
4. 15"				0 1
5. 30"				0 1
6. 30"				0 1
7. 30"				0 1
8. 30"				0 1
9. 30"				0 1
10. 30"				0 1
11. 60"				0 1 1-10 2
12. 60"				0 1 1-10 2
13. 60"				0 1 1-1[illegible]
14. 120"				0 1
				0

E. Retención de dígitos	Puntuación
Orden progresivo (OP)	Marcar con círculo
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9
Orden inverso (OI)	Marcar con círculo
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8

OP 30 + OI 4 = 34

Máximo encerrado en un círculo

	Puntuación 2, 1 o 0	F. VOCABULARIO
1. Cama	2	[illegible]
2. Nave	2	[illegible]
3. Centavo	2	Parte del dinero
4. Invierno	1	cuando llueve
5. Reparación	1	comenzar
6. Desayuno	2	Alimento en ayunas
7. Tela	2	Para hacer ropa
8. Rebanada	2	Pedazo de Pan
) eunir	2	Unir
0. Ocultar	2	esconder
1. Enorme	2.	Grande
2. Apresurar	2.	rápido
3. Oración	1	Rezar o Parte de la Gramática.
4. Arreglar	1	componer
5. Comenzar	2	Principiar
6. Ponderar	0	darle méritos a personas
Caverna	1	sitio oculto
. Designar	0	[illegible]
9. Doméstico	1	[illegible]
0. Consumir	0	[illegible]
. Terminar	2	[illegible]
. Obstruir	1	[illegible]
. Remordimiento	2	[illegible]

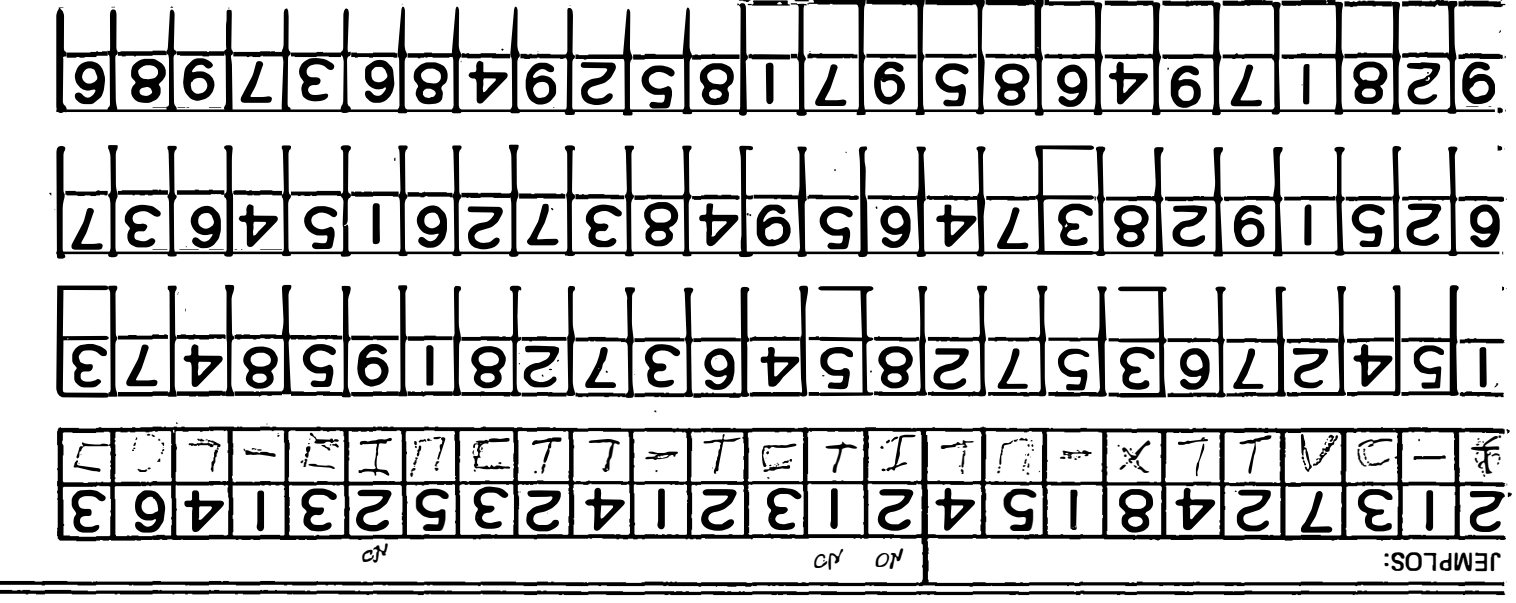
	Puntuación 2, 1 o 0	F. VOCABULARIO (continuación)
24. Santuario	1	Para orar a Dios
25. Inigualable	2	que no tiene parte igual
26. Renuente	0	no sé
27. Calamidad	1	Algo desagradable
28. Fortaleza	2	fuerte
29. Tranquilo	2	apreciable
30. Edificio	2	casa grande
31. Compasión	2	Pensar en los demás
32. Tangible	1	tocable
33. Perímetro	0	lo mismo que [illegible]
34. Audaz	2	Persona fuerte
35. Ominoso	0	no sé
36. Invectiva	0	no sé
37. Sobrecargar	2	demasiado peso
38. Plagiar	2	imitar
39. Acribillar	1	atacar contra los demás
40. Parodia	2	[illegible]
	55	

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo - 06100 México, D.F.

Este *Protocolo* está protegido por Derechos de Autor.
Prohibida su reproducción parcial o total.

0597

Impreso en México



CLAVES

Puntuación 22

EJEMPLOS:

H. FIGURAS INCOMPLETAS

	Puntuación 1 o 0
1. Perilla	1
2. Rabo	1
3. Nariz	1
4. Manijas	0
5. Diamante	0
6. Agua	1
7. Puente	0
8. Clavija	0
9. Horquilla	0
10. Rosca	
11. Aro	
12. Huellas	
*13. Baja California	
14. Chimenea	
15. Pata	
16. Brazo	
17. Dedo	
18. Sombra	
19. Estribo	
20. Nieve	
21. Cejas	
	4

*Antillas
Chile

I. DISEÑO CON CUBOS

	Tiempo	Puntuación
1. 60"	1/2	0 2 4
2. 60"	1/2	0 2 4
3. 60"		0 4
4. 60"		0 4
5. 60"		0 4
6. 60"		0 4
7. 120"		0 4 (31-40) 5 (1-30) 6
8. 120"		0 4 (46-70) 5 (1-45) 6
9. 120"		0 4 (61-80) 5 (1-60) 6
10. 120"		0 4 (61-80) 5 (1-60) 6
		0

J. ORDENACIÓN DE DIBUJOS

	Orden	Tiempo	Puntuación
1. Nido ✓ 60"	1/2		0 2 (4) WXY
2. Casa ✓ 60"	1/2		0 2 (4) PAT
3. Asalto ✓ 60"			0 (4) ABCD
4. Louie X 60"			(0) 4 ATOMIC
5. Entrada 60"			(0) 4 OPENS
6. Coqueteo 60"			(0) 2 4 JNAET JANET AJNET
7. Pez ✓ 120" NO ORDENA			0 2 4 (26-40) 5 (1-25) 6 EGFHIJ EFGHIJ EJFGHI
8. Taxi 1/2 120"			0 2 4 (16-25) 5 (1-15) 6 SALMUE SAMUEL AMUELS
			12

Puntuació

K. COMPOSICIÓN DE OBJETOS

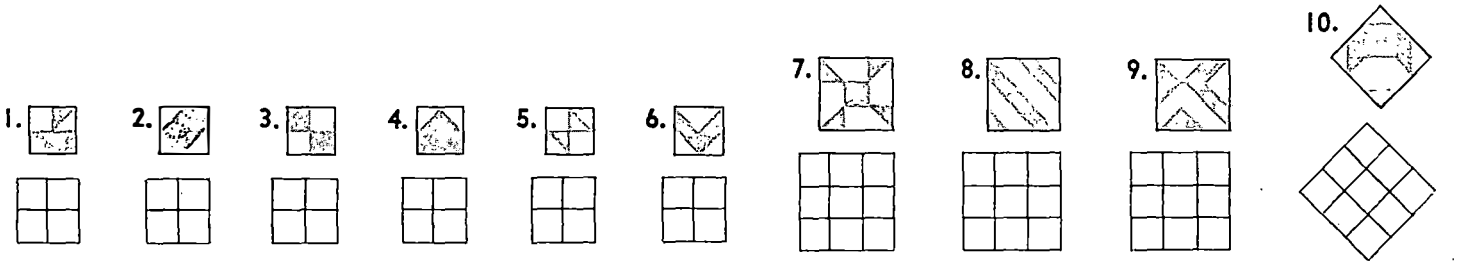
		Tiempo	Puntuación
Maniquí	120"	NO	0 1 2 3 4 5 (16-20) 6 (11-15) 7 (1-10) 8
Perfil	120"	NO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (36-45) 11 (26-35) 12 (1-25) 13
Mano	180"		0 1 2 3 4 5 6 7 (41-50) 9 (31-40) 10 (1-30) 11
Elefante	180"	NO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 (31-50) 10 (21-30) 11 (1-20) 12

0

Observaciones acerca de la ejecución del examinando con los reactivos específicos de una subescala, conducta desusual o condiciones especiales que pudieron haber influido sobre sus resultados.

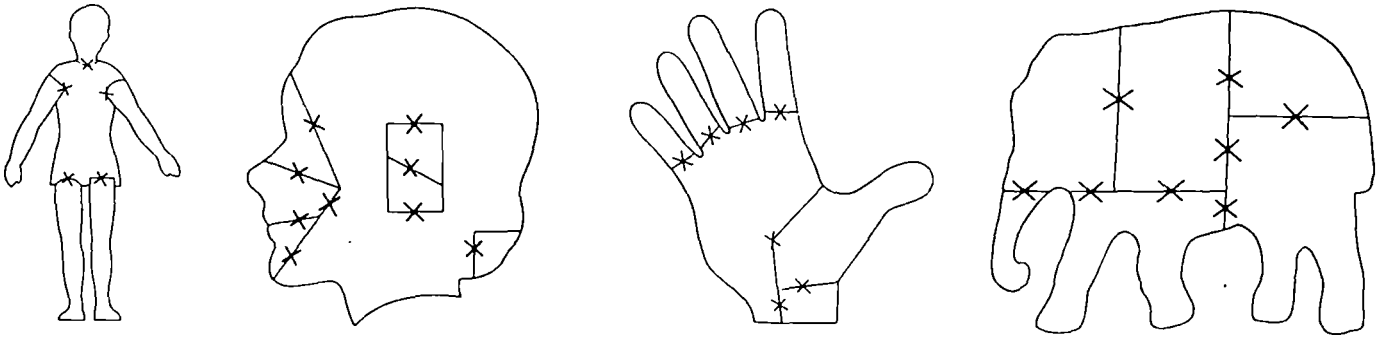
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:

Diseño con cubos: Bosqueje las soluciones incorrectas del examinando.



Notas:

Composición de objetos: En las soluciones incompletas, marque con un círculo cada X que represente una conexión por la cual el examinando recibe crédito.



Notas:

TECNICAS DE EVALUACION. MODELO DE LA APA
(ASOCIACION DE PSICOLOGIA AMERICANA)

I - FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de la entrevista. Día 31 Mes 05 Año 01

Lugar de la entrevista. Casa - Hogar Geriátrico Siervas de Jesus

Nombre. Emilia De Prancka Ucros

Sexo. M F Fecha y lugar de nacimiento. Julio 17 / 1914 B/quilla

Edad. 87 años. Estado civil. Casada

Escolaridad. Basica Primaria

Ocupación. Modesta

Religión. Católica

II - DESCRIPCION DEL PACIENTE

Aspectos generales, características fisicas.
Cómo está vestido y aliñado.
Porte y actitud , modales.
Cómo son sus movimientos, su voz, su lenguaje.
Afecto: deprimido, ansioso, eufórico, indiferente .
Cómo está hoy. . .

III - MOTIVO DE LA CONSULTA

Problema Actual:
Historia del problema:
Ideas del Paciente acerca de cómo y cuando empezó.
Como ha evolucionado el problema:
Quién lo envía al consultorio, como llegó.
Experiencias previas del paciente en hospitales o consultorios con respecto a su problema.
Que clase de ayuda espera encontrar:

IV - HISTORIA FAMILIAR

Antecedentes Patológicos familiares: (alcoholismo, tóxicomania, enfermedades mentales, epilepsia, suicidio).
Descripción del padre y de la madre: (edad, ocupación, años de matrimonio , descripción general de la personalidad. Describir cuales son y como han sido las relaciones entre ellos.
Hermanos: cuantos son, breve descripción, lugar del paciente entre ellos.
Rivalidades: cuales son sus relaciones, si con alguno de ellos se lleva mejor o peor, explicar el porqué.
Papel del paciente dentro de la familia (niño bueno, oveja negra).
Uniones y fricciones dentro de la familia.
Normas sociales, morales, religiosas y culturales en el seno familiar.
Cambios en la constelación familiar. (abandono, divorcio, muertes).

V - HISTORIA FAMILIAR

Embarazo y nacimiento.
Edad en la que inicio la marcha, el habla y el control de esfínteres.
Infancia: alimentación, hábitos, salud.
Niñez :relaciones sociales, temores, cómo se sintió.
Adolescencia :problemas, relaciones interpersonales.
Edad Adulta logros, satisfacciones, responsabilidades.
Edad Adulta Tardía ::abandono de los hijos si los hay. Jubilación.

VI - SALUD

Alimentación:
Sueño:
Enfermedades:
Que opina de su salud en la actualidad:

VII - ESCOLARIDAD

Escuelas a las que asistió, cuándo y qué escolaridad alcanzó.
Relaciones con maestros y compañeros.
Rendimiento escolar, cursos reprobados y porqué.
Cambios de escuela.

VIII - VIDA LABORAL

Descripción de los trabajos. Desempeño.
Cómo se siente con respecto a su trabajo

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

IX - DIVERSIONES E INTERESES

Lectura, música, deporte.

X - AJUSTES SOCIALES

Cómo han sido y son sus relaciones interpersonales, tiene muchas, pocas, o ninguna amistad. Hombres o mujeres. Alguna amistad en especial

XI - DESARROLLO SEXUAL

Primeras nociones:
Evolución de sus intereses sexuales, frecuencias de sus contactos.

XII - VIDA CONYUGAL

Descripción del cónyuge. Relaciones entre ambos. Eventos más importantes. Número de hijos, edades. Intereses de la familia. Cómo es la comunicación, la toma de decisiones, que papeles juega cada miembro. Cómo se siente con respecto a su familia.

XIII - DESCRIPCIÓN DE SI MISMO

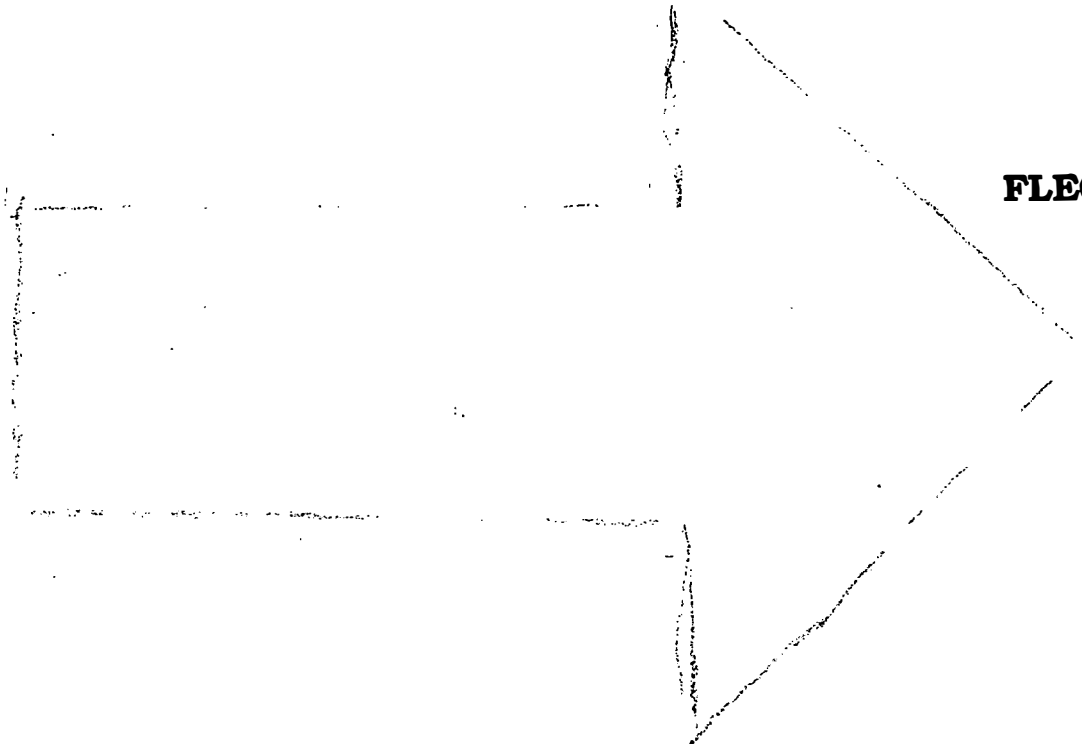
Cómo se ve desde afuera.
Cómo cree que lo ven los demás.
Las crisis mas importantes de su vida.
Cómo se siente frente a sus problemas.
Cual es su mayor temor.
Tiene remordimientos.
Cual es su más grande preocupación.
Todavía espera cosas nuevas y buenas de la vida? Por que? Cree que las merece?
Describa una agradable sorpresa en su existencia.
Describa un triunfo.
Describa un fracaso.
Esta satisfecho como es? (si contesta No) Cómo le gustaría haber sido.

ANEXO A

MANZANA

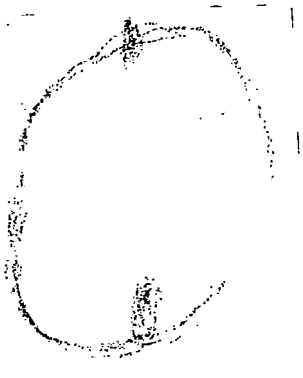
ANEXO B

MANGO

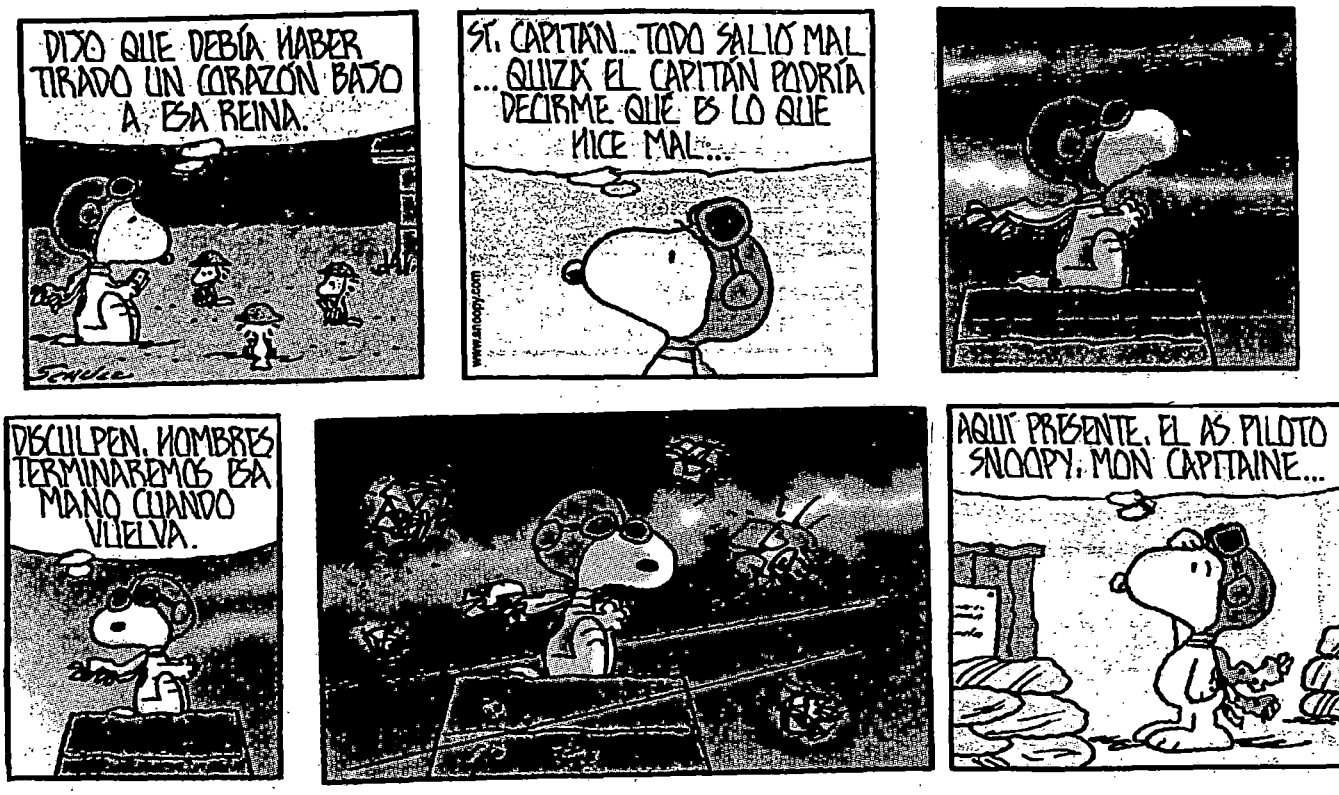


FLECHA

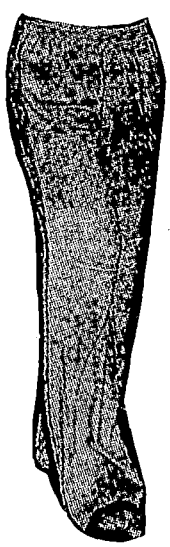
ANEXO C



LIMÓN

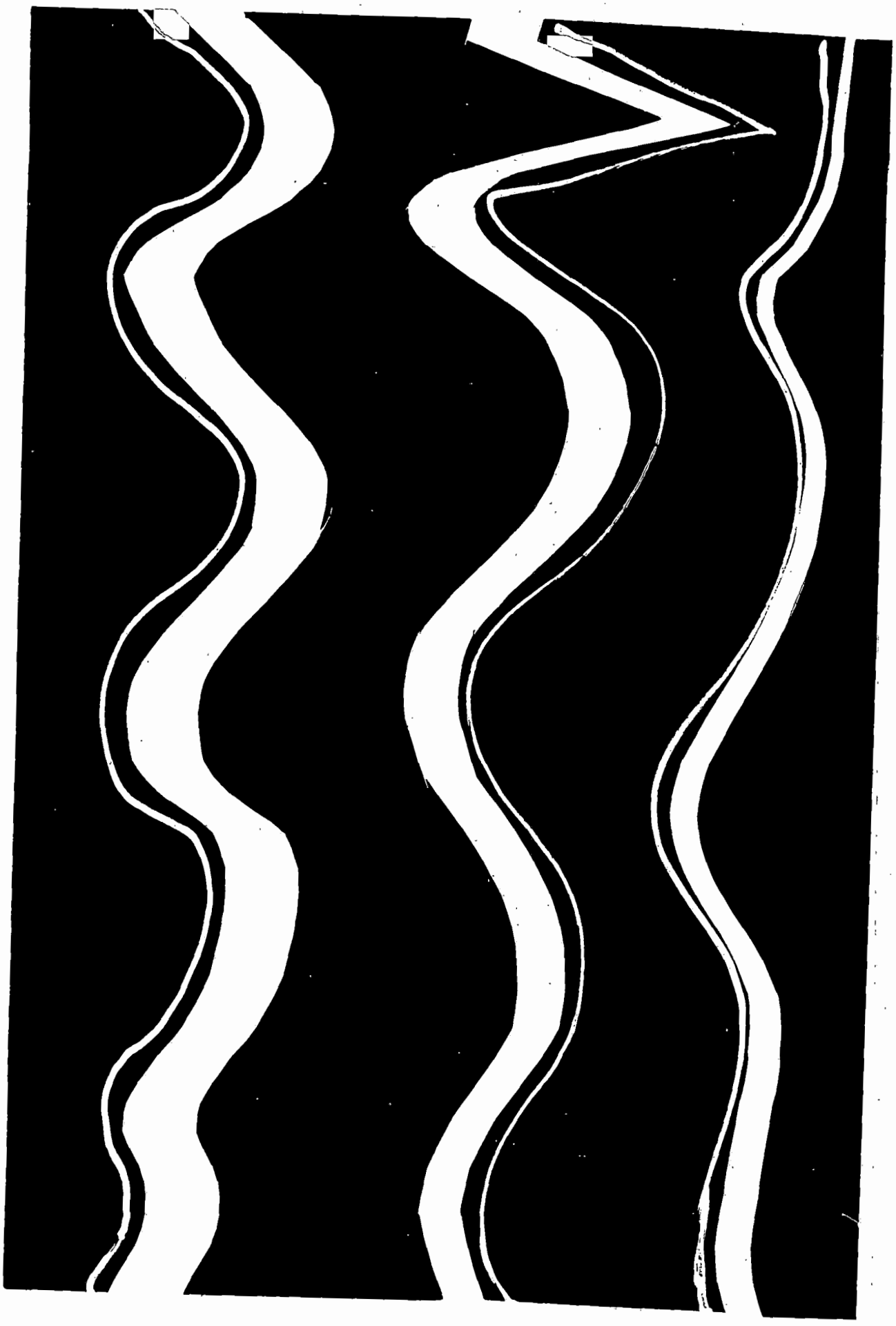


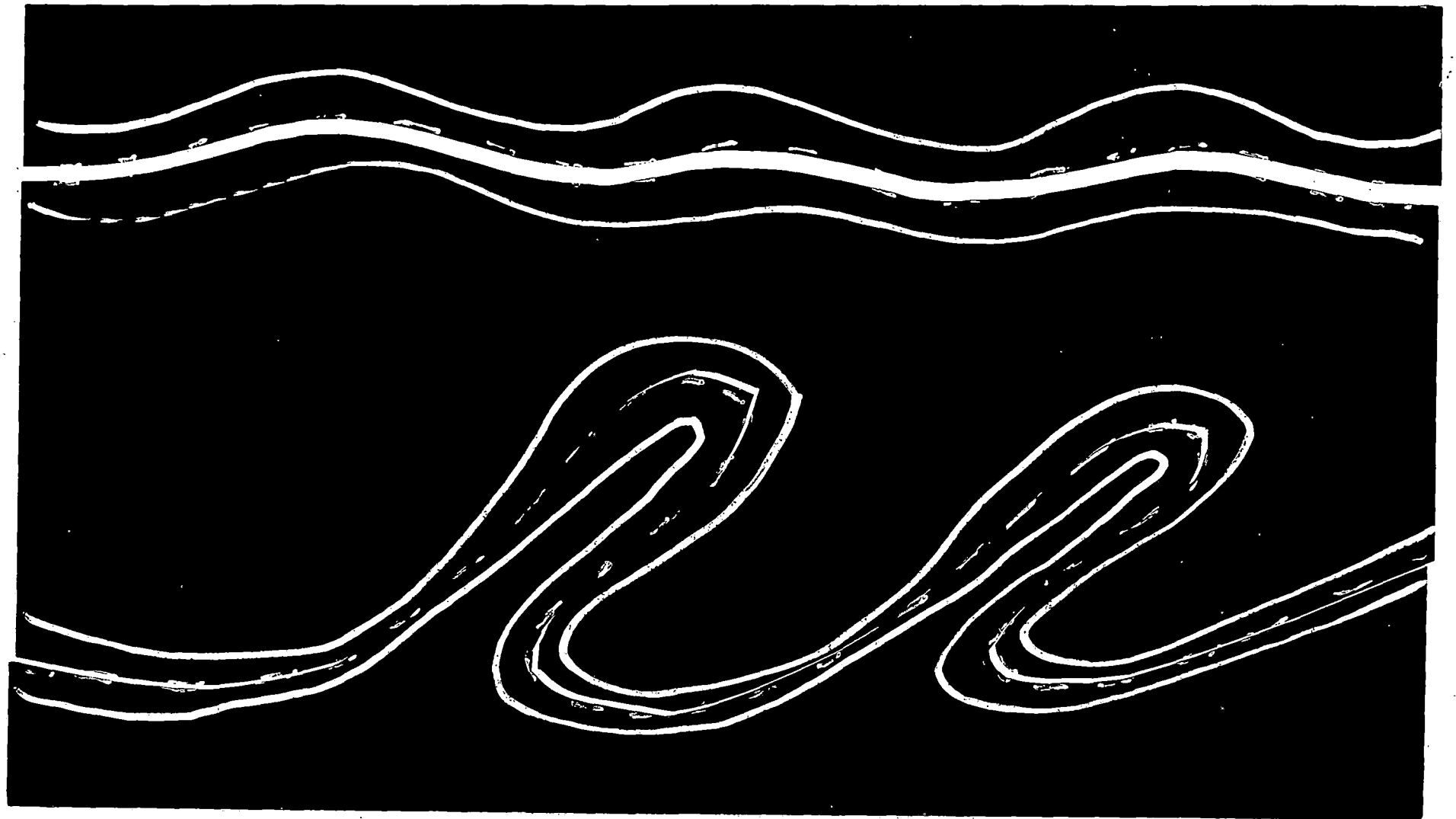
ANEXO D



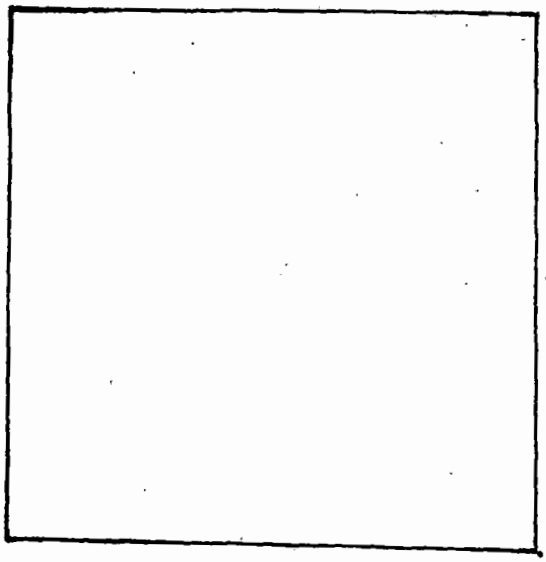
ANEXO E

ANEXO F





ANEXO G



CUADRADO

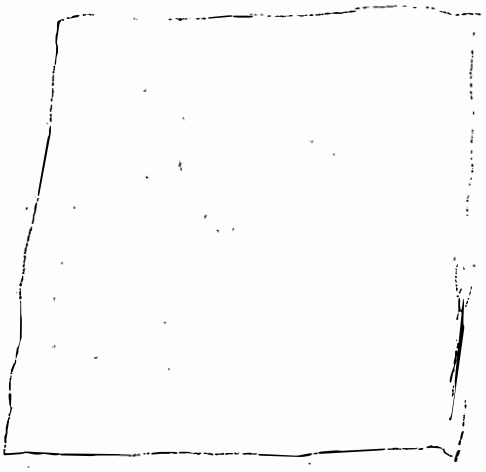
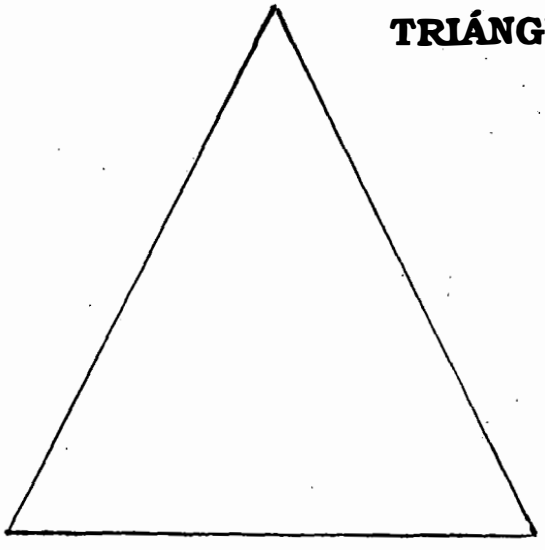


FIGURA MODELO

FIGURA REALIZADA POR LA PACIENTE

ANEXO H



TRIÁNGULO

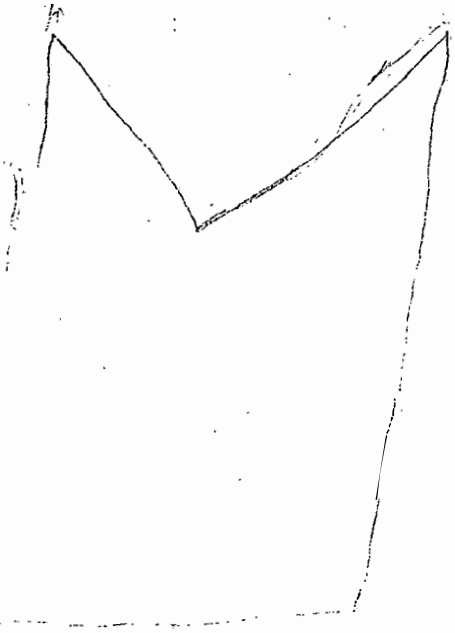
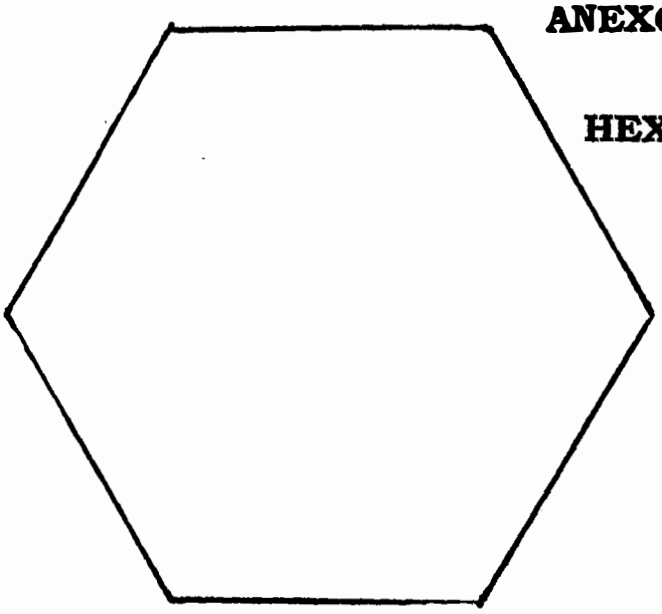


FIGURA MODELO

FIGURA REALIZADA POR LA PACIENTE

ANEXO I

HEXÁGONO



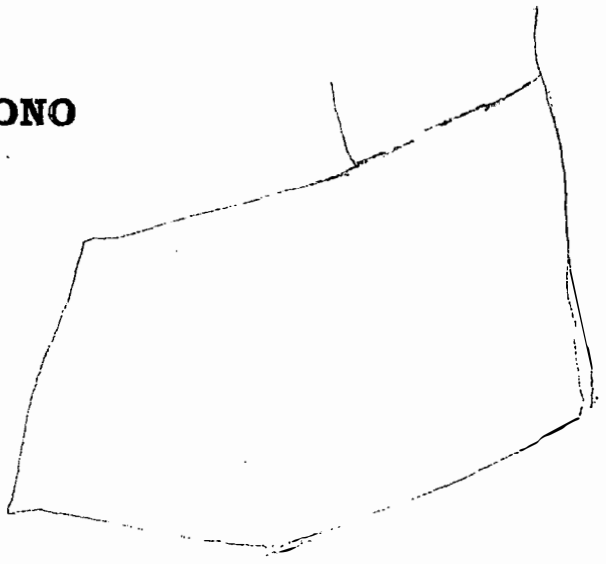
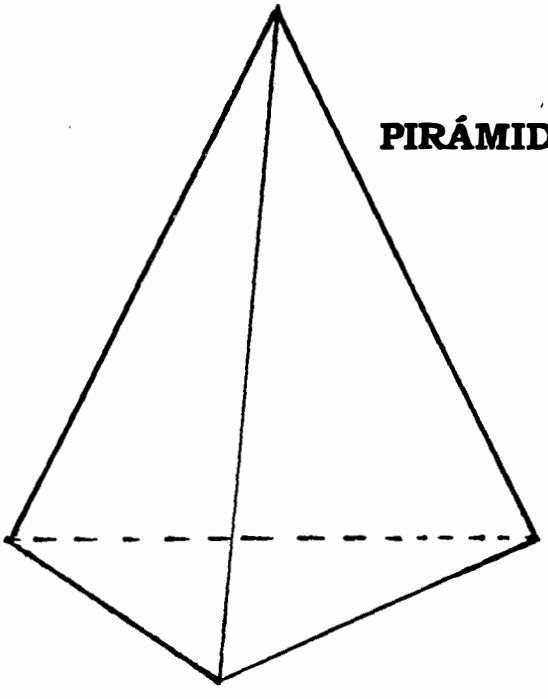


FIGURA MODELO

FIGURA REALIZADA POR LA PACIENTE

ANEXO L

PIRÁMIDE



ANEXO J

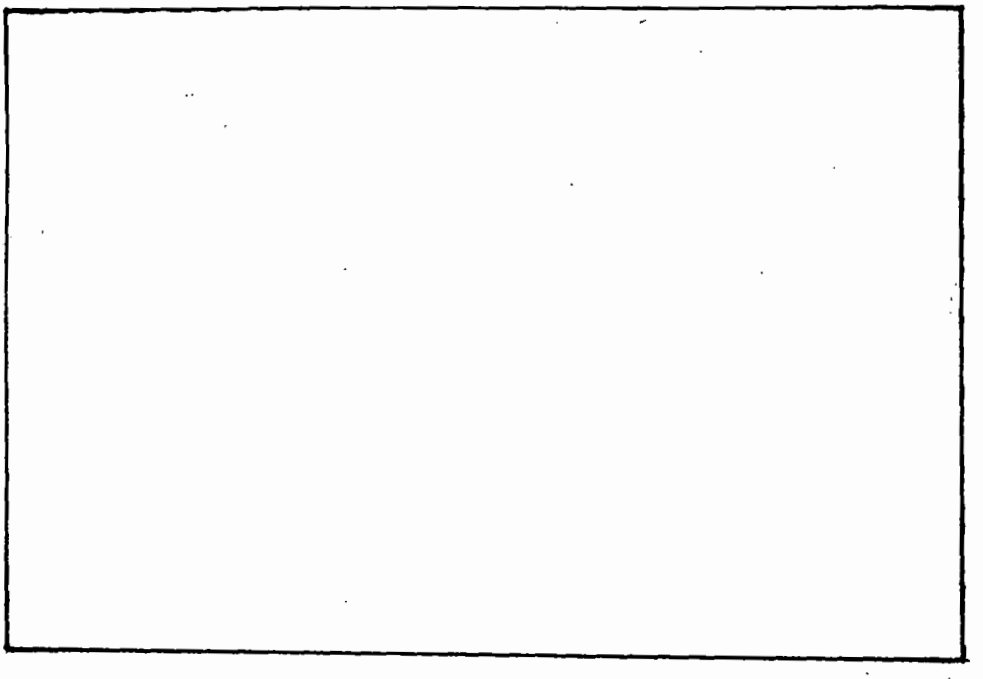


FIGURA MODELO

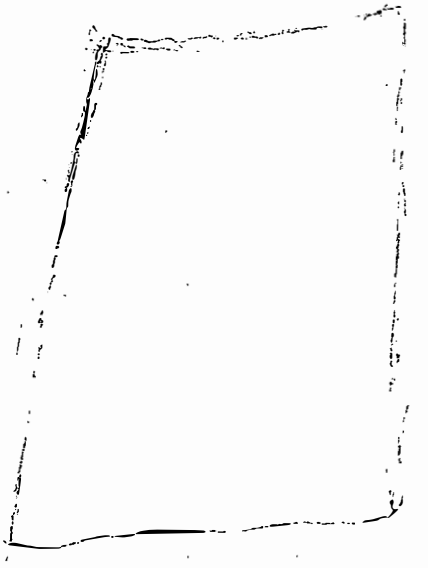
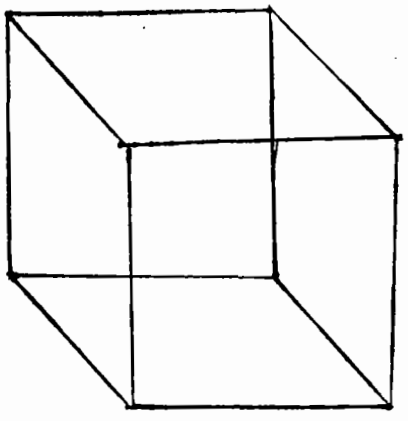
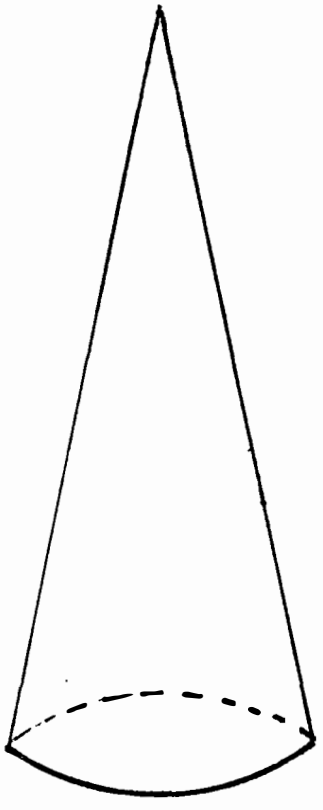


FIGURA REALIZADA POR LA PACIENTE

ANEXO K

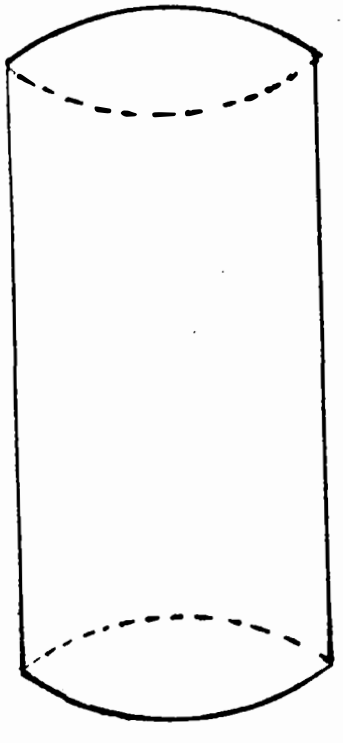


CUBO



CONO

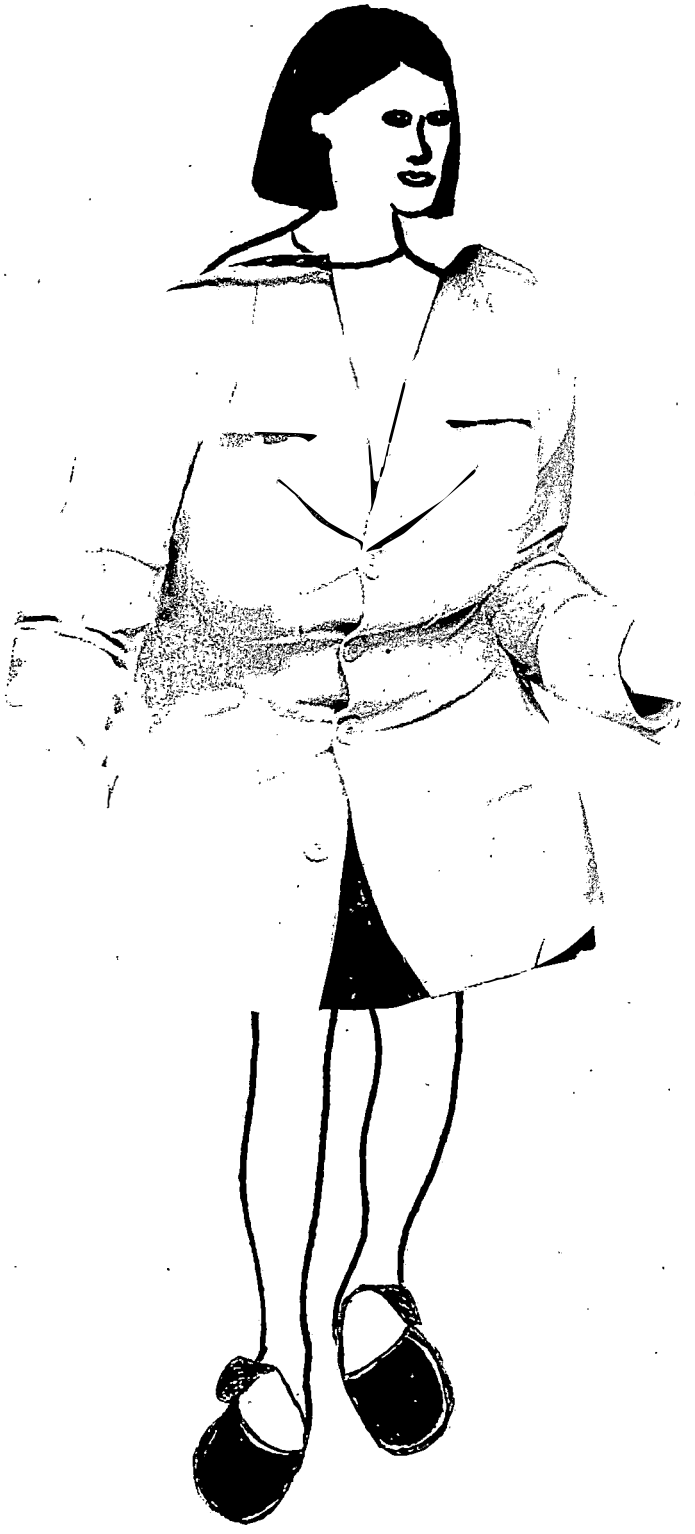
ANEXO M



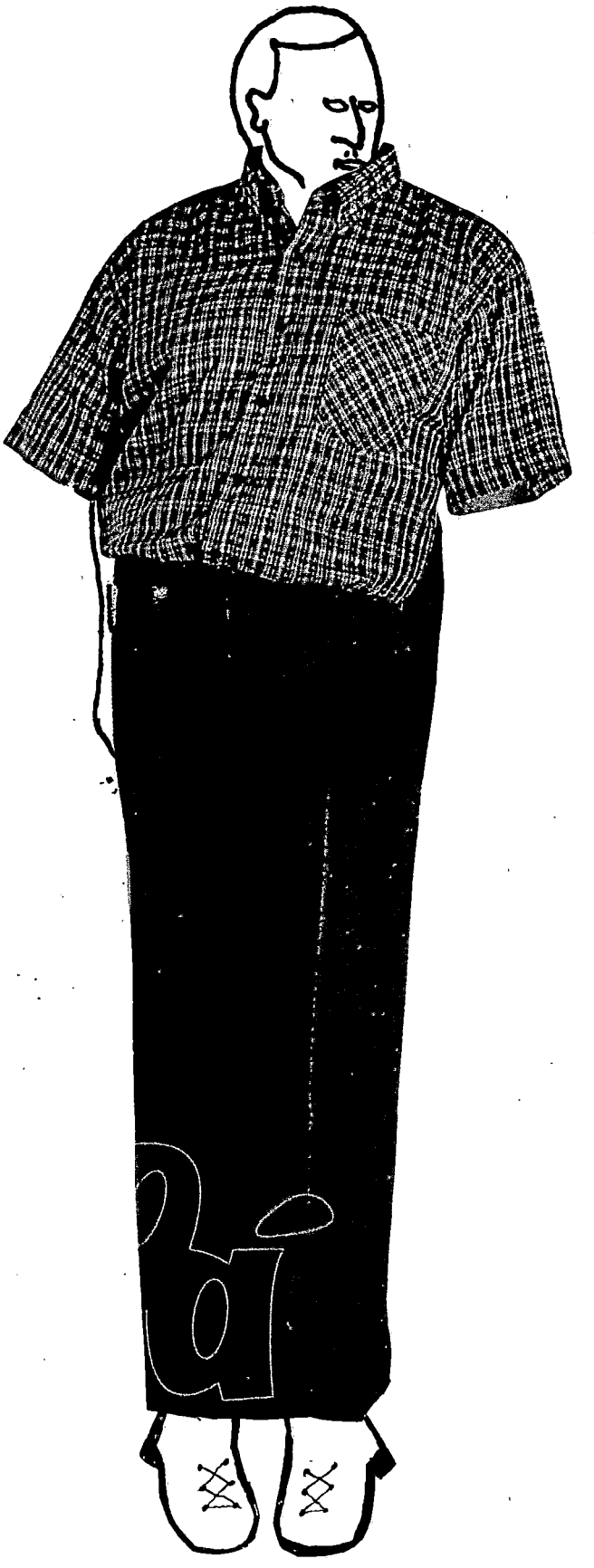
CILINDRO

NO FUERON REALIZADOS

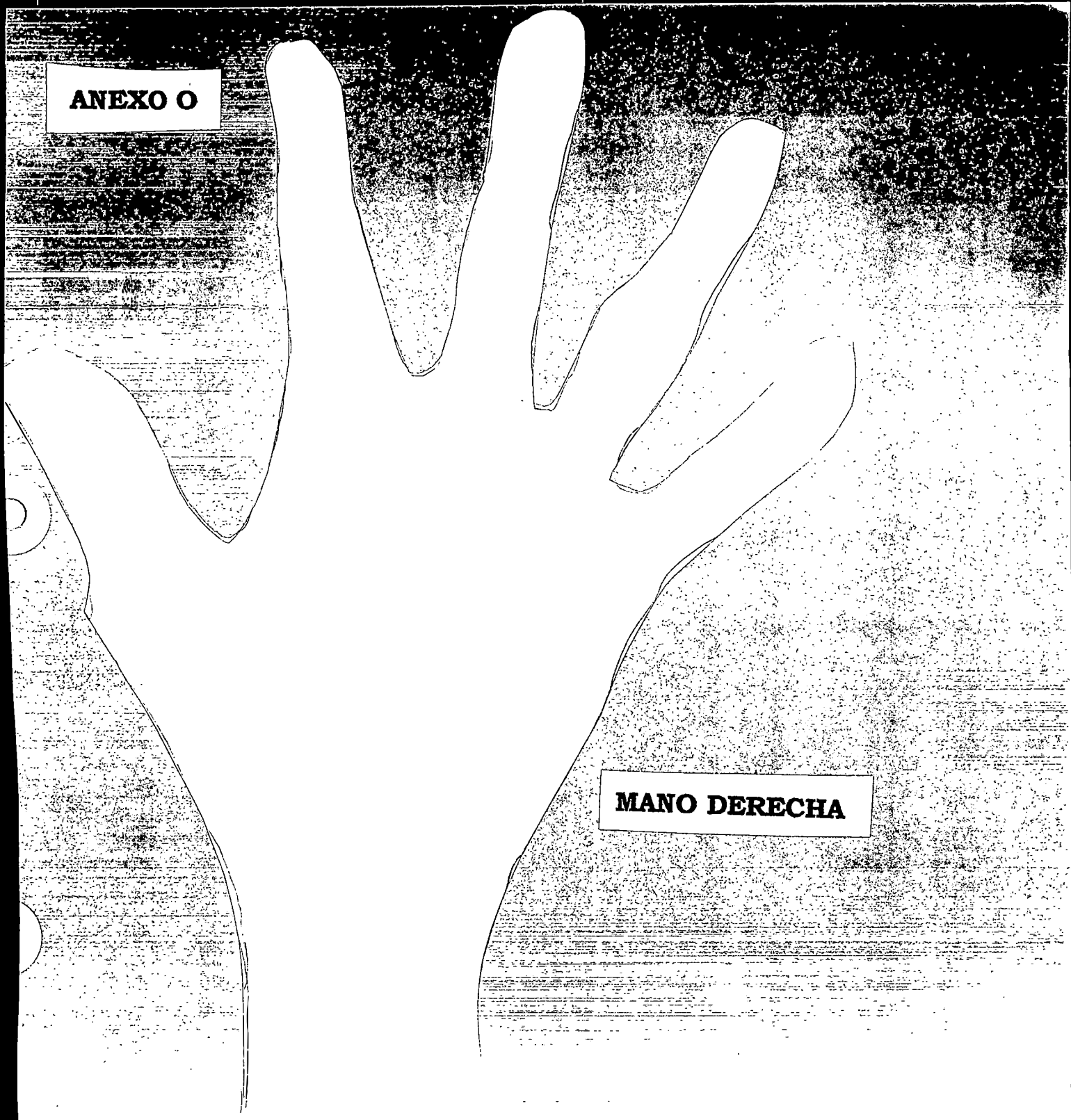
ANEXO N



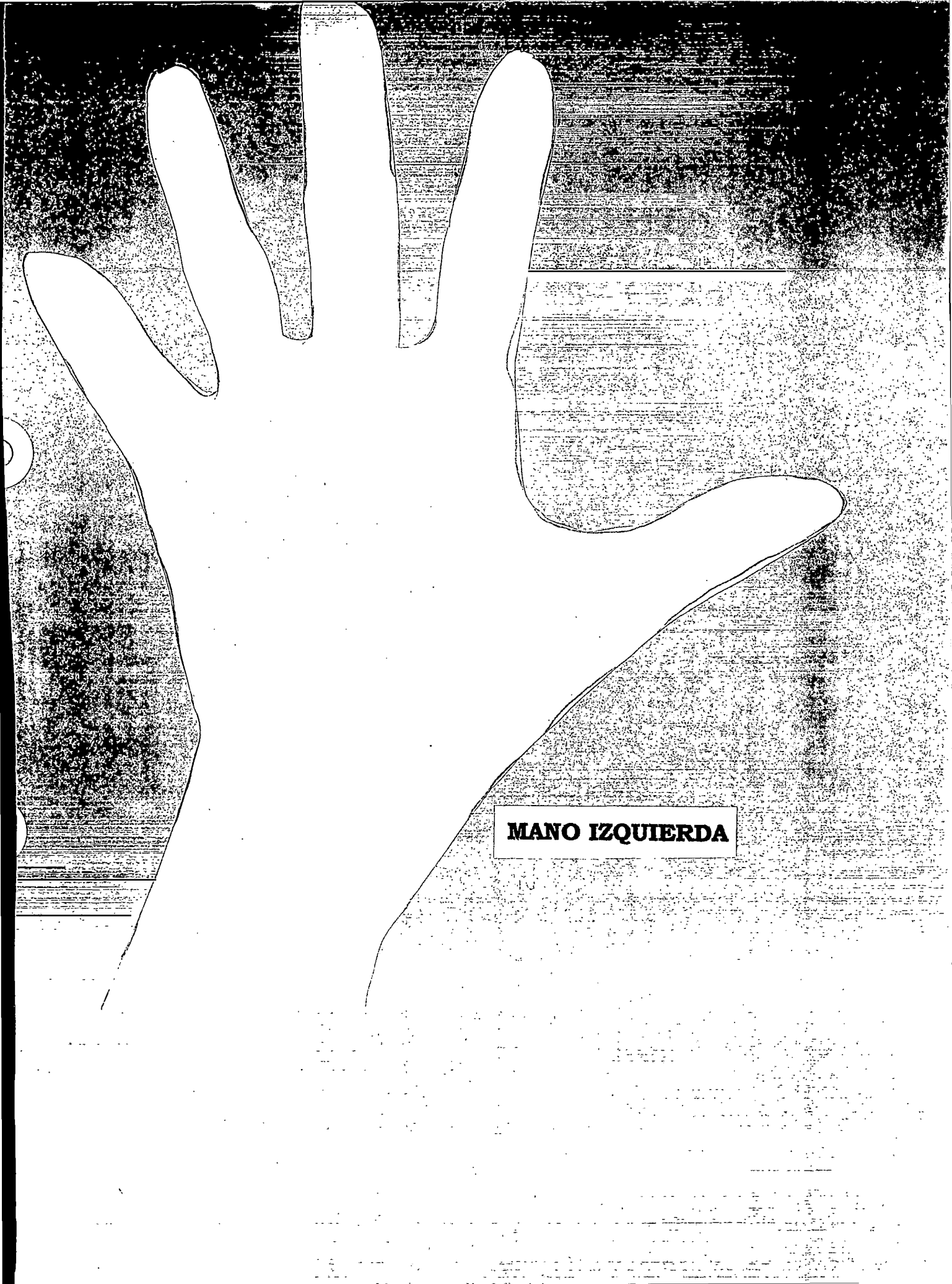
ANEXO N



ANEXO O



MANO DERECHA


MANO IZQUIERDA

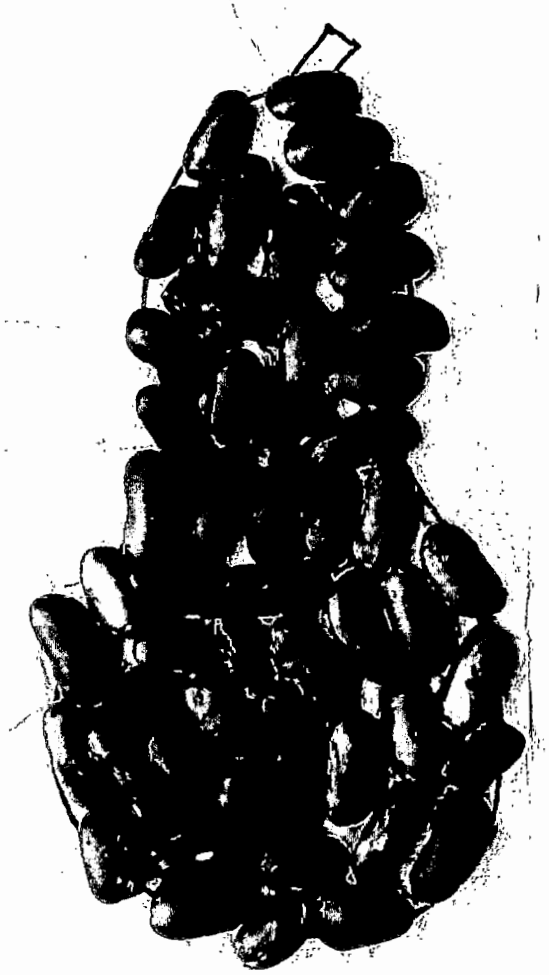
ANEXO Q

HUELLAS DIGITALES

ANEXO R

ARBOL

ANEXO S



PERA

ANEXO T

MUÑECO DE NIEVE

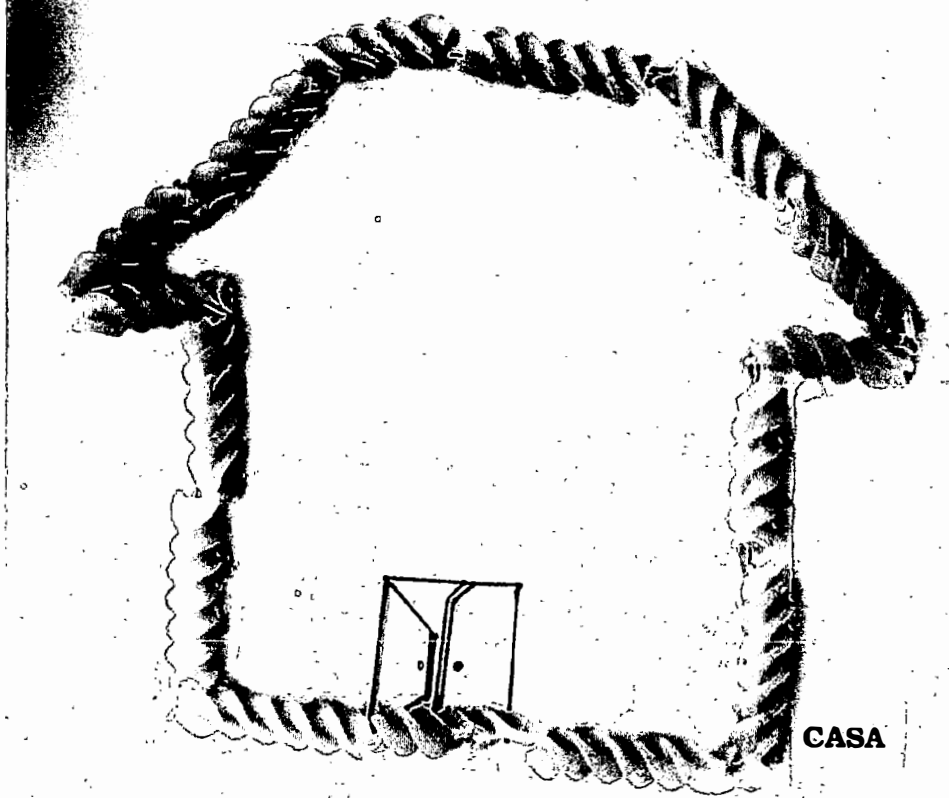
ANEXO U

BANANO

ANEXO V

MANZANA

HOJA



CASA