



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Trabajo Fin de Máster:
***“Estudio de un caso de
demencia e
intervención y otras
actividades”***



Titulación: Máster en intervención

Psicológica en ámbitos clínicos y sociales

Tutor académico: Jesús.M. Tornés

Alumna: María Jesús Ortiz Cruz

Índice

*Agradecimientos.....	3
* Introducción.....	4
* Aproximación al concepto de vejez.....	5
- La vejez y su percepción según las sociedades humanas.....	5
- La vejez en nuestro ámbito cultural.....	7
- La imagen social de las personas mayores.....	8
* Cambios psicológicos.....	10
* Cambio en el área social.....	14
*Demencia tipo Alzheimer.....	17
- Qué causa la enfermedad.....	21
- Cómo se diagnostica.....	23
*Estudio de caso	25
*Otras actividades.....	33
* Valoración Personal.....	34
*Anexos.....	35
* Referencias bibliográficas.....	42

Agradecimientos

En primer lugar tengo que agradecer a la organización del máster la oportunidad que me dio de elegir entre tanta variedad de centros para realizar las prácticas.

A la directora de la Residencia Virgen del Rosario (Roquetas de Mar), por su acogimiento, amabilidad, comprensión y flexibilidad para establecer mi horario.

A gran parte de los auxiliares y técnicos por darme tanta información como me fuera necesaria.

Al Psicólogo Jesús Santiago Amador, por su paciencia, dedicación, simpatía y confianza puesta en mí, para llegar a tratarme con igualdad en el ámbito profesional.

A mi tutor Jesús.M. Tornés, por su colaboración para la mejora de este trabajo.

Y para terminar, mi más sincero agradecimiento a todos los residentes de la Residencia Virgen del Rosario, que sin ellos no habría aprendido nada acerca del envejecimiento.

Introducción

Los motivos por los cuales se hizo atractivo realizar el trabajo fin de máster sobre la tercera edad, son variados, por lo que se puede empezar a mencionar que se considera una parte de la población que se encuentra "olvidada", como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de poder llegar a esta edad, que es etiquetada como la tercera edad, la senectud, pensionados y jubilados, cuando solamente pueden ser llamados personas mayores.

Es otro motivo, el que a veces algunas personas mayores viven en el completo abandono, sin ningún cuidado y sus familias sólo los ven como ser que estorba y del que se tienen que hacer cargo, ya que vivimos inmersos en una cultura donde no se nos enseña a envejecer.

Así mismo, debido a que durante mi formación poco he aprendido de esta etapa, rica en aprendizaje ya que en la carrera se hace una mayor inclinación hacia la problemática infantil, por lo que desconocemos mucho de la situación a la que se enfrenta la edad que nos interesa, tales como los procesos físicos y psicológicos por los que pasan, así como los problemas sociales.

Por ello he decidido conocer más sobre esta problemática y durante mi período de prácticas y horas extras sumadas a este trabajo, presento lo más importante, a mi parecer, acerca de la tercera edad. Finalizando con un estudio de caso sobre la mayor demencia en personas mayores, Demencia tipo Alzheimer.

Aproximación al concepto de vejez

La vejez y su percepción según las sociedades humanas

El concepto de vejez abarca en el ser humano una pluralidad de facetas que sobrepasan el ámbito de los aspectos biológicos para adentrarse en los psicológicos, los sociales y los filosóficos. Además, el significado de la vejez y el envejecimiento pueden ser considerados desde muy diversos ángulos (Buendía y Riquelme, 1994; Fernández Ballesteros, 2000; Lehr y Thomae, 2003), según se considere, por ejemplo, desde la percepción de las personas que han alcanzado una edad muy avanzada, o se tome como referencia la significación que adquiere en otros grupos de personas de edades y condiciones psicosociales dispares. También hay que tener en cuenta la vejez desde la apreciación de los profesionales que se ocupan de la atención y del cuidado de los ancianos, pasando por los propios gobernantes, que deben prever y aplicar medidas de política social. Asimismo, no puede obviarse que en la actualidad, es fácil que la etapa de la vejez ocupe un largo periodo de la vida de las personas, lo que constituye un fenómeno social novedoso.

Aunque en el diccionario de la Real Academia Española (2001, p. 2299) se define la palabra viejo como “la persona que cumplió 70 años”, sin embargo, no está tan claro cuál es el límite de edad en el ser humano para el comienzo de la vejez, pues la esperanza de vida oscila enormemente de una sociedad a otra. Debido a ello, generalmente, se considera que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas (Bazo, 1990; Lehr, 1980). Así, en nuestros días encontramos una media de vida en función de la sociedad en que se trate que va desde los cuarenta años a sobrepasar los ochenta y cinco. Por esto, pueden delimitarse diferentes tipos de vejez, según los parámetros a través de los cuales se defina. En este sentido, Fernández Ballesteros (2000) llama la atención sobre “la variedad y hasta la indefinición de la mayoría de las distintas conceptualizaciones de la vejez”. Esto es debido a la multiplicidad y complejidad de los cambios que están comprometidos, y porque los cambios son de naturaleza tanto biológica, como psicológica y social, de forma que ninguna disciplina, por separado, puede dar cuenta de ellos en su totalidad.

En la tradición greco-romana, la vejez era considerada como una desgracia para el ser humano. Así, la generalidad de filósofos y escritores de la antigüedad llegaron al punto de valorar como un privilegio el hecho de morir joven, como una forma de no tener que soportar el declive físico y las enfermedades asociadas a la edad avanzada. Sin embargo, se encuentran excepciones, como es el caso de Platón, que estando él mismo en una edad muy avanzada, expuso en *La República* algunos aspectos positivos de la experiencia del envejecimiento. En esta obra enfatiza la importancia de los componentes individuales, por cuanto considera que esta experiencia está ligada a la de las anteriores etapas de la vida. También Cicerón, en su *De Senectute*, defiende la vejez, resaltando que las facultades intelectuales de los ancianos, pasadas por el filtro de la prudencia, la dignidad y la moderación, suponen un importante activo del que se beneficia toda la sociedad. El esfuerzo, la continuidad en la acción y la práctica son las condiciones para seguir desarrollándose en la vejez con nuevas experiencias vitales, si bien admite que aquellas capacidades están presentes en la vejez si el individuo se ha ejercitado durante toda la vida y si continúa esforzándose en ellas activamente.

La vejez ha sido bien considerada tanto en las culturas orientales, la china o la japonesa, como en las tradiciones judía y árabe. Por ejemplo, en el antiguo testamento hay abundantes pruebas de que uno de los principales signos del favor divino era llegar a una edad muy avanzada. Hay constancia de que en la comunidad judía, los ancianos continúan siendo especialmente respetados y cuidados por parte de las instituciones del estado (Barash, 1994). Por su parte, en las sociedades árabes, a las mujeres mayores se les reconoce una posición de poder sobre sus nueras y tienen un fuerte ascendiente sobre sus hijos varones, de que no disfrutaban mientras eran jóvenes. También en los pueblos de civilización oral, el anciano representa una figura depositaria de la memoria del clan y, por consiguiente, cumple una importante función como educador de las generaciones jóvenes, así como de juez del grupo social, puesto que se le reconoce mayor sabiduría y experiencia que a los miembros de menor edad.

La diversidad de ramas del conocimiento implicadas, es decir, la medicina y la fisiología así como la psicología o la sociología, no comienza hasta mediados del siglo pasado, en que surgen los primeros congresos sobre el tema. En 1945 se funda en Estados Unidos la Gerontological Society y en el año 1950 se crea en Lieja la International Association of Gerontology.

La vejez en nuestro ámbito cultural

Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas. Lerh (1983, p. 362), opina que “el envejecimiento psicológico, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos”. Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es tampoco posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo (Lehr y Thomae, 2003).

En un estudio realizado en nuestro país (Santamarina, López de Miguel, López y Mendiguren, 2002) se preguntó a un amplio grupo de personas por la característica que consideraban definitoria de la vejez, y se encontró que el 77% de los participantes consideraba la edad como el aspecto definitorio de la vejez, mientras que el 23% restante se refirió a otros elementos, como la salud, el estar jubilado, la forma de ser, la capacidad intelectual o el aspecto físico. En nuestra cultura, la mayoría de los investigadores que han realizado estudios con muestras de personas mayores, consideran que los 65 años es un indicador de la vejez adecuado, puesto que esta edad se ha asociado tradicionalmente al momento en la que las personas dejan su actividad laboral pasando a formar parte de la categoría de jubilados. No obstante, desde hace algo más de una década, esta situación de consenso social respecto a la jubilación ha experimentado unos cambios considerables, ya que es cada vez más frecuente que las personas queden apartadas del mundo laboral alrededor de los 50 años.

Por otro lado, existen otras investigaciones que se han centrado en la definición que hacen los sujetos de las etapas de la vida, según la categoría de edad, han encontrado que la mayor parte de las personas consideran que se es joven entre los 18 a 35 años. La mediana edad estaría comprendida entre los 35 y los 60 años, y a partir de los 65, comenzaría la vejez. (Zepellin, Sills y Heath, 1986).

Sin embargo, la experiencia de la edad aparece en otros estudios más fluida. Así, hay investigadores que han encontrado que cuando a los participantes se les pregunta por la media de edad en la que se empieza a ser viejo, las respuestas difieren según la

edad que tiene el encuestado, de forma que el comienzo de la vejez parece alejarse a medida que aumenta la edad de éstos. Así, Secombe y Ishii Kuntz (1991) encontraron que la mayoría de las personas de 30 años pensaban que se empieza a ser viejo a los 65 años, mientras que muchos de los participantes de 65 años opinaban que la vejez empieza a los 75 años. En otros estudios se ha encontrado que las personas delimitan la vejez a partir de condicionantes físicos y cognitivos, en lugar de hacerlo sobre la base de los años.

Por ejemplo, Hori (1994) encontró que los sujetos de su estudio consideraban que la vejez está marcada por factores tales como la menor fuerza física, los cambios en la apariencia corporal y la pérdida de memoria, más que por la edad en sí misma.

Además de lo dicho en el punto anterior, los especialistas enfatizan la dificultad de hacer generalizaciones sin caer en los estereotipos. De acuerdo con el enfoque del ciclo vital (Neugarten, 1975; Baltes, 1987), a medida que las personas van teniendo más años, intervienen con más fuerza variables sociodemográficas, experienciales y las características de personalidad individuales que, interrelacionadas, hacen que cada persona sea diferente de las otras de su misma edad, en función de su biografía personal.

Autores como Santamarina et al. (2002) plantean diferenciar entre el proceso de envejecimiento, que empieza con la jubilación, de la vejez, a la que consideran marcada por la pérdida progresiva de la autonomía personal y que acaba con la muerte.

La imagen social de las personas mayores

Los estereotipos sobre los mayores hacen referencia, básicamente, a su inutilidad, incapacidad, deficiente estado de salud, inactividad, “rigidez” e inflexibilidad u otros defectos (ser “cascarrabias”). Según Lehr (1988), los estereotipos negativos sobre la vejez son reforzados por distintas vías: cuentos populares, libros de texto, medios de comunicación, anuncios dirigidos a los mayores (en gran parte procedentes de la industria farmacéutica), determinadas estadísticas que sobrevaloran la prevalencia de la enfermedad en esta edad, de los trastornos depresivos o sentimientos de inutilidad, o interpretaciones políticas acerca del impacto negativo del envejecimiento poblacional, el estado de salud de los mayores, etc. Sobre las economías nacionales. En la medida en que los estereotipos, además, influyen en el concepto que la persona mayor tiene de sí misma, constituyen una barrera en sus relaciones con otras personas incluidos los propios profesionales.

La vejez, en este sentido, es objeto de falsas creencias y prejuicios, por lo que el hecho de envejecer puede estar muy influido por profecías que se autocumplen y que convierten a las personas mayores en víctimas de ideas preconcebidas acerca de cómo deben actuar y qué se espera de ellas (Baltes, Neuman y Zank, 1994).

Este aspecto debe estar presente en la actuación profesional que trabaja con personas mayores, quien deberá considerar el papel de la percepción social de la persona mayor por parte del entorno social próximo (por ejemplo, familiares) y como éste afecta a la imagen que tiene de sí mismo. Las imágenes negativas de las personas mayores pueden ser modificadas mediante la transmisión de una información adecuada del proceso de envejecimiento.

Actualmente, asistimos al desarrollo de tendencias más positivas en cuanto a la imagen de la vejez, por oposición a los estereotipos negativos sobre ella derivados de la sobrevalorización de las cualidades de la juventud. Por otra parte, cada vez más las personas mayores cuya apariencia corporal no se ajusta a la imagen de la juventud (por ejemplo, piel arrugada, pérdida de movilidad), expresan el sentimiento de estar atrapadas dentro de un “cuerpo envejecido”. Esta sensación ha sido descrita como “la máscara del envejecimiento” un término que se refiere a la forma en que el envejecimiento del cuerpo no se acompaña de la experiencia subjetiva en el “yo” más personal. El cuerpo envejece pero el “yo” se muestra y se siente sin edad o fijado en un momento anterior de la vida (Feathersone y Wernick, 1995). Dos razones han contribuido sobremanera a esta nueva dualidad que parece reflejar una imagen más positiva de la vejez: a) el avance de las sociedades, la ciencia y la tecnología, que retrasa las consecuencias del envejecimiento y b) la conciencia de que vivimos en un mundo diverso, multicultural, donde los valores y creencias acerca de las personas mayores se entremezclan, al mismo tiempo que éstas contribuyen conscientemente a mejorar su posición e influencia social.

Cambios psicológicos

El envejecimiento normal implica algunos cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (p.ej, encanecimiento). Deben distinguirse del envejecimiento patológico, referido a los cambios que son consecuencia de la enfermedad y no parte del envejecimiento normal (p.ej, cataratas o problemas de comunicación tras un accidente cerebro-vascular).

Esta distinción se contrapone a las concepciones tradicionales sobre las inevitables consecuencias del envejecimiento, que asocian éste con incapacidad física, enfermedad y “senilidad”. La misma evidencia empírica refuta esta visión deficitaria del envejecimiento, constatando que la mayor parte de las personas no presenta este deterioro generalizado. Es fácil comprobar, por ejemplo, que existen personas de edad muy avanzada con un excelente estado de salud.

La diferenciación entre lo normal y lo patológico en la vejez tienen importantes implicaciones sociales y clínicas. Así, en la medida en que se interpreten los cambios derivados de un proceso patológico como cambios normales, se dificultará la puesta en práctica de intervenciones (en el ámbito social o clínico) que podrían ser eficaces para el mantenimiento de la salud y bienestar de los individuos de más edad.

La creencia de que el envejecimiento conlleva inevitablemente una pérdida de la capacidad para recordar está muy extendida en nuestra sociedad. La mayoría de las personas mayores creen también que su memoria ha empeorado con el paso del tiempo. Estas expectativas generalizadas acerca de la pérdida de memoria como consecuencia del aumento de la edad llegan a ser una profecía que autocumple para algunas personas. Por ello es importante diferenciar los hechos probados del mito en torno a la pérdida de la memoria asociada a la edad.

Puede señalarse que existe acuerdo entre los investigadores acerca de que el envejecimiento conlleva un declive en la eficiencia de la memoria en funcionamiento. Esta clase de memoria, que no debe ser confundida con la memoria primaria (activada por ejemplo, en una tarea de recuerdo de dígitos), se activa cuando la persona retiene información para resolver un problema o una situación específica (Whitbourne, 1996). A diferencia de la memoria primaria, que parece estar relativamente bien preservada durante la vejez (Craik y Rabinowitz, 1984), la memoria en funcionamiento se ve afectada negativamente por la complejidad de la tarea (Salthouse, 1998). Entre los factores que se han propuesto para explicar esta pérdida de capacidad se encuentra una

menor velocidad en el procesamiento de la información en la vejez, una menor capacidad de “almacenamiento” de la información y problemas de atención.

El recuerdo de atención también resulta más dificultoso en la edad avanzada. Por ejemplo, recordar el nombre de una persona que acaba de conocerse o el título de una película que ha sido recomendada son tareas que presentan más dificultad a las personas mayores. Una posible explicación de este déficit, basada en los niveles del procesamiento de la información alude a una capacidad limitada de las personas mayores para codificar y recuperar nueva información (Craik, 1992).

En cualquier caso, existen importantes diferencias individuales en memoria entre los mayores. Los datos procedentes de estudios longitudinales han identificado predictores importantes del funcionamiento mnésico en la edad avanzada, como son la capacidad de razonamiento, la memoria en funcionamiento, la velocidad, la habilidad verbal y el nivel educativo (Zelinski, Gilewski y Schaie, 1993). Una explicación adicional a los problemas de la memoria en la vejez es que las personas mayores no son conscientes de que utilizan estrategias de memoria poco eficaces; por ejemplo, utilizan estrategias de codificación poco elaboradas (repetición del nombre de la persona que le han presentado en lugar de asociarlo con la imagen). De acuerdo con ello, una buena forma de mejorar el funcionamiento mnésico se basaría, por tanto, en la utilización de estrategias de memoria efectivas que incluyeran niveles de procesamiento más profundos para favorecer la codificación y recuperación de la información.

Debe tenerse en cuenta que la memoria semántica (la memoria para las palabras y su significado) se mantiene sin pérdidas en la edad avanzada, como también ocurre con la memoria para conocimientos prácticos y acontecimientos históricos. Esto sugiere que las personas mayores pueden superar sus déficits en el procesamiento de la información nueva mediante una gran experiencia acumulada. En la medida en que este conocimiento sea adecuadamente evaluado mediante pruebas de memoria clínicas o experimentales, ecológicamente válidas, será más probable que el rendimiento mnésico y posiblemente la autoeficacia de los mayores sean susceptibles de mejora (Willis, 1996).

En los últimos tiempos, una de las interpretaciones más extendidas acerca de las diferencias a la edad en el funcionamiento cognitivo se basa en la idea de que con el paso del tiempo tiene lugar una reducción progresiva de la capacidad de procesamiento de la información. Aunque generalmente no se especifica con precisión en qué consiste

tal capacidad, se suele recurrir a conceptos tales como atención, memoria en funcionamiento o velocidad de procesamiento. Con frecuencia, sostiene Salthouse (1998), estos términos se utilizan de forma metafórica, porque en última instancia todos ellos se refieren a algún tipo de “energía” o “combustible” necesario para el procesamiento cognitivo, si bien el mecanismo exacto por el que supuestamente estos aspectos afectan al rendimiento cognitivo no suele explicarse.

Por lo que se refiere a la atención y la velocidad de procesamiento, la mayor lentitud en el tiempo de reacción asociada a la edad se interpreta como resultado de una atención menos eficiente. En este sentido se ha comprobado que las personas mayores tienen una mayor dificultad para integrar información, les resulta más difícil ignorar o inhibir el procesamiento de información irrelevante y están en desventaja cuando deben dividir su atención entre dos o más tareas simultáneas (McDown y Filion, 1992). Asimismo, les lleva más tiempo tomar una decisión cuando la tarea implica elecciones complejas o dar una respuesta compleja.

En cualquier caso, se ha comprobado que la capacidad de reacción ante tareas que implican velocidad depende no sólo de la integridad del sistema nervioso central. Otros factores, como los estados afectivos negativos y la ansiedad, o la misma preocupación de las personas mayores por el incremento en la cantidad de tiempo que necesitan para realizar la tarea, pueden interferir su rendimiento. Como contrapartida, una mayor experiencia en un área específica puede mejorar la velocidad de ejecución de las personas mayores al ser evaluadas en tal área. De la misma forma, el control de ansiedad también beneficia el rendimiento en tareas que requieren velocidad.

En cualquier caso, la mayor experiencia acumulada por una persona de edad avanzada en un área de funcionamiento dada puede facilitarle el actuar más eficientemente, debido a su conocimiento de situaciones similares ocurridas anteriormente, y así responder competentemente a pesar de una posible disminución de la habilidad para resolver situaciones nuevas (Willis, 1996).

La edad avanzada no parece estar asociada a una merma del conocimiento de los sonidos del lenguaje y de las reglas para su combinación (conocimiento fonológico); ni tampoco el conocimiento sintáctico se ve alterado apenas por la edad, manteniéndose en general un estilo de elaboración gramatical similar entre personas de 30 y de 60 a 80 años de edad (Obler, 1983), con algunos indicios de diferencias debidas a la edad en el uso de la gramática y la sintaxis (Bayles y Kaszniak, 1987).

Las personas mayores pueden tener alguna reducción en los procesos de codificación del habla y una pérdida moderada en el procesamiento inferencial del discurso que se traduce en una disminución de la facilidad de recepción de la información. Estos cambios son parcialmente explicables como resultado de pérdidas en agudeza sensorial y en otras habilidades cognitivas. Por otra parte, el conocimiento del léxico, tal como es evaluado por los tests de vocabulario, no sólo no se ve influido negativamente por la edad, sino que las personas mayores pueden continuar aumentando los conceptos semánticos y el vocabulario (Bayles y Kaszniak, 1987).

Por último, el uso del lenguaje en el proceso comunicativo incluye el mantenimiento del discurso en diversos marcos y situaciones. Por una parte, las personas mayores mantienen razonablemente bien las capacidades pragmáticas del lenguaje que les permiten un efectivo intercambio de información a través de la conversación. Por otra parte, pueden ser algo más lentas en procesar y producir lenguaje, siendo menos efectivas en la comprensión del discurso, en el confrontamiento de nombres, en la lectura y la escritura (Bayles y Tomoeda, 1993).

Cambios en el área social

La sociedad mantiene distintas expectativas acerca del estatus y los roles sociales que deben desempeñar las personas en diferentes edades. El resultado más obvio de ello es la formación de estratos por edad que limitan los roles sociales que desempeña un individuo dado en función de su edad (modelo de estratificación por edades). Obviamente, la edad no es el único factor que define el estatus y rol que desempeña una persona mayor, ya que las características personales (p.ej, nivel intelectual, estado de salud), la estructura social, los recursos económicos y la cohorte de pertenencia son igualmente importantes, y provocar que la variabilidad interindividual del desempeño social entre las personas mayores sea muy amplia.

No obstante, desde una perspectiva social “normalizadora”, la vejez se caracteriza principalmente por el cambio de roles y, frecuentemente, por la pérdida de algunos de ellos, siendo la más evidente la pérdida de rol profesional que ocurre en el momento de la jubilación. Estos y otros cambios en las relaciones interpersonales afectan al ámbito laboral, familiar y social del individuo.

Jubilación

La jubilación implica, además de la pérdida del rol profesional, una disminución de los ingresos económicos, una pérdida de las oportunidades de contacto social derivadas del trabajo, que deben ser sustituidas por otras, y una mayor cantidad de tiempo libre. A pesar de los numerosos cambios que implica, la adaptación a esta nueva situación mediante la adopción de nuevas rutinas y actividades suele ser satisfactoria. Entre los factores que favorecen la adaptación de nuevas rutinas y actividades suele ser satisfactoria. Entre los factores que favorecen la adaptación se encuentran un buen estado de salud, ingresos económicos suficientes o una sólida red social; por el contrario, la insatisfacción con la jubilación se produce cuando ésta sucede de forma inesperada o coincide con algún suceso negativo (por ejemplo, enfermedad de cónyuge). Los hallazgos empíricos acerca de las consecuencias negativas de la jubilación sobre la salud son inconsistentes, aunque la mayor parte de los estudios indican que es el estado de salud deficiente el que causa el retiro laboral y no al contrario, en los estudios sobre el bienestar personal tras la jubilación, apenas se encuentran efectos negativos del retiro laboral, mientras que sí se constatan efectos

positivos sobre la satisfacción autoinformada acerca de la vida, las relaciones de pareja y las de amistad, así como sobre el propio estado de salud.

Relaciones familiares

En la vejez se producen cambios en la estructura familiar, ya que los hijos son adultos, abandonan el hogar paterno y demandan otro tipo de atención y apoyo, como el cuidado de los nietos, la colaboración económica y/o doméstica, etc. Aunque algunos padres pueden sufrir problemas emocionales ante el fenómeno del “nido vacío”, la mayoría de ellos reaccionan adaptativamente ante el abandono del hogar por parte de los hijos considerando las consecuencias positivas: mayor cantidad de tiempo libre, posibilidad de establecer otro tipo de relación con los hijos, alivio de responsabilidades, sensación de haber cumplido satisfactoriamente con la función de criar y educar unos hijos, etc.

El contacto con los hijos que viven fuera de hogar paterno, por otra parte, es frecuente: dos tercios de las personas mayores de 65 años informan de una frecuencia de contacto al menos semanal (Fernández- Ballesteros, et al,1992), siendo en el resto de los casos también frecuente el contacto telefónico. Además, según las propias personas mayores, el contacto con los hijos en esta edad es una fuente importante de gratificación emocional. Por ello, resulta poco ajustado a la realidad la imagen de las personas mayores dependientes de sus hijos, ya que por lo general las relaciones entre ellos muestran un intercambio esencialmente equilibrado. Otras relaciones familiares, como las mantenidas entre hermanos, parecen intensificarse en la vejez (Cicirelli, 1989).

La satisfacción marital en la vejez es heterogénea y depende de factores tales como la salud o el establecimiento de una relación de dependencia entre los cónyuges. La enfermedad y la muerte del cónyuge son dos fuentes de cambio que obligan a una reestructuración de los patrones de funcionamiento cotidiano. La tasa de viudedad, se incrementa con la edad, siendo este incremento entre las mujeres mucho más acelerado, sobre todo en torno a los 70 años. La reacción emocional ante la muerte del cónyuge es compleja y puede incluir sentimientos de ira, negación, alivio y culpa; frecuentemente tiene lugar la aparición de una sintomatología depresiva que, no obstante, tiende a desaparecer en un plazo de uno a dos años desde el fallecimiento del/ la esposo/a (Reich et al., 1989). En determinadas circunstancias (por ejemplo aislamiento social o

problemas previos de salud), la viudedad puede verse facilitada con asesoramiento e intervención psicológica y social.

Redes sociales

Comparativamente con otras edades, las redes sociales de las personas mayores tienden a ser más reducidas, y la frecuencia de sus contactos interpersonales disminuye. También en esta edad parecen adquirir una mayor importancia las relaciones íntimas, siendo la figura del “confidente” especialmente significativa para el bienestar de la persona mayor. Este papel es desempeñado en primer término por el otro miembro de la pareja, seguido de amigos, hijos y hermanos.

Una de las funciones más importantes atribuidas al “confidente” es la de proporcionar apoyo emocional. Este tipo de apoyo social influye en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tiene una posible función “amortiguadora” en relación con pérdidas físicas y sociales (Díaz- Veiga, 1987). Por lo que se refiere al apoyo instrumental, se ha demostrado que los hijos proporcionan una gran cantidad de ayuda de este tipo a sus padres cuando éstos son mayores, lo que, por otra parte, resulta ser recíproco (ayuda en caso de enfermedad de los hijos, cuidado de los nietos, etc).

En este sentido, actualmente es notable el rol de la persona mayor como proveedora de cuidado. Cada vez más frecuentemente, los mayores asumen la responsabilidad de prestar una serie de cuidados y ayudan a otros miembros de la familia: nietos, hijos e, incluso padres, siendo junto con los hijos los principales cuidadores del cónyuge en caso de incapacidad o enfermedad del mismo. Este fenómeno ha dado origen a la gráfica expresión de “generación sandwich” para referirse a esta generación.

Demencia tipo Alzheimer

La enfermedad tipo Alzheimer es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

La demencia tipo Alzheimer engloba una de las demencias más dadas en la senectud. La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo, o sea, pensar, recordar y razonar, a tal grado que interfiere con la vida y las actividades diarias de una persona. Las cifras calculadas varían, pero los expertos sugieren que el número de personas que padecen de esta enfermedad puede ser tan alto como 5.1 millones de Estadounidenses.

La enfermedad toma su nombre del Dr. Alois Alzheimer. En 1906, el Dr. Alzheimer notó cambios en los tejidos del cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Sus síntomas incluían pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible. Después que la mujer murió, el Dr. Alzheimer examinó su cerebro y descubrió varias masas anormales (actualmente llamadas placas amiloideas) y bultos retorcidos de fibras (actualmente llamados ovillos o nudos neurofibrilares).

Las placas y los ovillos en el cerebro son dos de las características principales de esta enfermedad. La tercera característica es la pérdida de las conexiones entre las células nerviosas (las neuronas) y el cerebro.

Cambios en el cerebro en la enfermedad de Alzheimer

A pesar de que no sabemos qué inicia el proceso de la enfermedad de Alzheimer, sabemos que el daño al cerebro empieza de 10 a 20 años antes de que algún problema sea evidente. Los ovillos empiezan a desarrollarse en la parte profunda del cerebro, en una zona llamada corteza entorinal, y las placas se forman en otras zonas. A medida que se van formando más y más placas y ovillos en zonas particulares del cerebro, las

neuronas sanas empiezan a funcionar con menos eficacia. Luego pierden su habilidad de funcionar y comunicarse entre sí, y finalmente mueren. Este perjudicial proceso se propaga a una estructura cercana, llamada el hipocampo, el cual es esencial en la formación de recuerdos.

A medida que aumenta la muerte de las neuronas, las regiones afectadas del cerebro empiezan a encogerse. Cuando se acerca la fase final de la enfermedad, los daños se han extendido ampliamente y los tejidos del cerebro se han encogido considerablemente.

Señales y síntomas muy tempranos

Los problemas de la memoria son una de las primeras señales del Alzheimer. Algunas personas que tienen problemas de la memoria tienen una condición llamada deterioro cognitivo leve de tipo amnésico (DCL o MCI en inglés). Las personas afectadas con este deterioro tienen más problemas de los que normalmente tienen las personas de su misma edad, pero sus síntomas no son tan severos como los de aquellas que tienen la enfermedad. Cuando son comparadas con personas que no tienen DCL, la mayoría de las personas que sí lo tienen terminan desarrollando el Alzheimer.

Otros cambios también pueden ser señal de las etapas muy tempranas de la enfermedad. Por ejemplo, imágenes del cerebro y estudios de marcadores biológicos de personas que tienen DCL y de personas que tiene un historial familiar de padecimiento de Alzheimer, han empezado a detectar cambios tempranos en el cerebro que son similares a los encontrados en esta enfermedad. Estos resultados tendrán que ser corroborados por otros estudios, pero parecen ser prometedores. Otros estudios recientes han descubierto vínculos entre algunos problemas de movimiento y el DCL. Los investigadores también han notado vínculos entre algunos problemas con el sentido del olfato y problemas cognitivos.

Estos resultados ofrecen la esperanza de que algún día podamos tener las herramientas que podrían ayudar a detectar la enfermedad de Alzheimer temprano, delinear el curso de la enfermedad y monitorizar la respuesta a los tratamientos.

Tradicionalmente se ha hablado de tres fases de progresión de la enfermedad (leve, moderada y severa). Aunque si atendemos a escalas de uso diagnóstico como pueden ser la Escala de deterioro global de Reisberg (GDS) podemos observar como actualmente parece más apropiado hablar de cuatro fases: demencia leve, demencia moderada, demencia moderada- grave y demencia grave.

La duración de la enfermedad puede ir desde casos que superen los 15 años a otros casos en los que aparece un avance galopante que se desenlaza en menos de un año.

Etapas

Deterioro leve

A medida que la enfermedad va avanzando, la pérdida de la memoria continúa y surgen cambios en otras capacidades cognitivas. Los problemas pueden incluir perderse, dificultad para manejar el dinero y pagar las cuentas, repetir las preguntas, tomar más tiempo para completar las tareas diarias normales, juicio deficiente y pequeños cambios en el estado de ánimo y en la personalidad. Las personas frecuentemente son diagnosticadas durante esta etapa.

Deterioro moderado

Comenzaran a ser más flagrantes olvidos respecto a datos significativos de su vida como su dirección, el nombre de su esposa, hijos o cualquier otro familiar, su fecha de cumpleaños, su edad, etc. Ahora, la memoria remota comienza a interferir constantemente en la vida actual, recordando de forma reiterada anécdotas que sucedieron en su niñez, preguntando insistentemente por personas ya fallecidas o confundiendo a las personas de su círculo familiar y social actual con otras ya desaparecidas o con las que no guarda contacto.

La afectación del lenguaje, la capacidad de reconocimiento y la capacidad de praxis, que en esta etapa comienza a ser más evidente, conformarían lo que se denomina el síndrome afaso- apraxo- agnósico que es característico de la EA.

Deterioro moderado- grave

En esta fase el enfermo deja de poder realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria. Pueden aparecer dificultades para alimentarse independientemente. El lenguaje será cada vez más desestructurado, resultando complicado poder mantener una conversación coherente con el enfermo pues, además de presentar dificultades en la comprensión, su discurso suele carecer de lógica en muchas ocasiones, está plagado de repeticiones, muletillas y pausas indebidas a la anomia severa que aparece en esta fase.

Deterioro grave

Se sigue preservando la memoria afectiva, por lo que siguen siendo sensibles a muestras emocionales tanto negativas como positivas. Por este motivo es esencial en esta etapa un trato cariñoso, con un tono de voz afectuoso, con caricias y besos que les transmita un estado de ánimo positivo y haga que se encuentren más sosegados.

En esta fase se pierde totalmente la capacidad motora hasta que el enfermo queda postrado en una cama, acusando cada vez más la rigidez paratónica, motivo por el que irá adoptando una progresiva posición fetal.

En la mayoría de los casos se produce una recuperación de los reflejos neurológicos (reflejos primitivos) que se presentan sólo en los niños. Esto es un marcador físico de la gravedad de la patología. Entre ellos el reflejo de succión, de presión plantar y palmar o el de Babinski.

Qué causa la enfermedad de Alzheimer

Los científicos todavía no entienden completamente qué causa esta enfermedad, pero está claro que se desarrolla debido a una compleja serie de eventos que ocurren en el cerebro a través de un largo periodo de tiempo. Es probable que las causas incluyan factores genéticos, ambientales y del estilo de vida. Debido a que las personas difieren en cuanto a su composición genética y sus estilos de vida, la importancia de estos factores para prevenir o retrasar esta enfermedad varía de persona a persona.

Lo fundamental sobre la enfermedad de Alzheimer

Los científicos están realizando estudios para aprender más sobre las placas, los ovillos y otras características de la enfermedad. Actualmente pueden visualizar las placas obteniendo imágenes de los cerebros de personas vivientes. También están explorando los pasos más tempranos del proceso de la enfermedad. Los resultados de estos estudios les ayudarán a entender las causas de la enfermedad.

Uno de los grandes misterios de la enfermedad de Alzheimer es por qué afecta principalmente a los adultos mayores. Los estudios que investigan cómo el cerebro cambia normalmente con la edad están esclareciendo esta pregunta. Por ejemplo, los científicos están aprendiendo cómo los cambios en el cerebro relacionados a la edad pueden perjudicar a las neuronas y contribuir a los daños del Alzheimer. Estos cambios relacionados a la edad incluyen la atrofia (encogimiento) de ciertas partes del cerebro, inflamación y la producción de moléculas inestables llamadas radicales libres.

Factores genéticos

En un número muy pequeño de familias, las personas desarrollan la enfermedad de Alzheimer en la tercera, cuarta y quinta década de su vida. Muchas de estas personas tienen una mutación, o cambio permanente, en uno de tres genes que han heredado de uno de sus padres. Sabemos que estas mutaciones de los genes causan Alzheimer en estos casos de familia en los cuales la enfermedad aparece tempranamente. No todos los casos en los cuales la enfermedad aparece tempranamente son causados por tales mutaciones.

La mayoría de las personas que padecen de Alzheimer tienen el tipo llamado Alzheimer de aparición tardía, la cual usualmente se desarrolla después de la edad de 60 años. Muchos estudios han vinculado un gen llamado apolipoproteína E (APOE) a la enfermedad de Alzheimer de aparición tardía. Este gen tiene varias formas. Una de ellas, APOE 4, aumenta el riesgo de que una persona contraiga la enfermedad. Cerca de un 40 por ciento de todas las personas que desarrollan Alzheimer de aparición tardía son portadoras de este gen. Sin embargo, ser portador de la forma APOE 4 del gene no significa necesariamente que una persona desarrollará la enfermedad, y las personas que no son portadoras de las formas APOE 4 del gen también pueden desarrollar la enfermedad.

Factores relacionados al estilo de vida

Una dieta nutritiva, la actividad física y la participación en situaciones y relaciones sociales y en actividades mentalmente estimulantes son todos factores que pueden ayudar a las personas a permanecer sanas. Los nuevos estudios sugieren la posibilidad de que estos factores también pueden ayudar a reducir el riesgo de una declinación cognitiva y de contraer la enfermedad. Los científicos están investigando las conexiones entre la declinación cognitiva y ciertas condiciones vasculares y metabólicas tales como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales), la presión arterial alta, la diabetes y la obesidad. Entender estas relaciones y comprobarlas en investigaciones clínicas puede ayudarnos a entender si la reducción de ciertos factores de riesgo asociados con esas enfermedades también puede ayudar con la enfermedad de Alzheimer.

Cómo se diagnostica la enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer se puede diagnosticar de manera definitiva únicamente después de ocurrida la muerte. El diagnóstico se hace vinculando la trayectoria clínica de la enfermedad con un examen de los tejidos cerebrales y una patología durante una autopsia. Pero los médicos ahora tienen varios métodos y herramientas que les ayudan a determinar con bastante precisión si una persona que está teniendo problemas de la memoria “posiblemente tiene Alzheimer” (la demencia puede ser debida a otra causa) o “probablemente tiene Alzheimer” (no se encuentra otra causa que explique la demencia). Para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, los médicos hacen lo siguiente:

- Preguntan sobre la salud general de la persona, sus problemas médicos previos y su capacidad para realizar actividades diarias, y sobre cambios en el comportamiento y en la personalidad.
- Realizan pruebas relacionadas a la memoria, a la capacidad de resolver problemas, prestar atención y contar, y a las habilidades de lenguaje.
- Llevan a cabo pruebas médicas, tales como pruebas de sangre, orina y fluido espinal.
- Efectúan gammagrafías del cerebro, tales como la tomografía computarizada (TAC), o las imágenes por resonancia magnética (IRM).

Estas pruebas pueden ser repetidas para darles a los médicos información sobre cómo la memoria de la persona está cambiando a través del tiempo.

El diagnóstico anticipado es beneficioso por varias razones. Obtener un diagnóstico anticipado e iniciar el tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad puede ayudar a preservar el funcionamiento de una persona desde meses hasta años, a pesar de que el proceso subyacente de la enfermedad no puede ser cambiado. Obtener un diagnóstico anticipado también ayuda a las familias a planear para el futuro, hacer arreglos de vivienda, ocuparse de asuntos financieros y legales, y desarrollar redes de apoyo. Además, un diagnóstico anticipado puede brindar una mayor oportunidad para que las personas se involucren en investigaciones clínicas. En investigaciones clínicas, los científicos prueban drogas o tratamientos para determinar cuáles son los más efectivos y para quiénes funcionan mejor.

Tratamiento no farmacológico

Las principales medidas a tener en cuenta son la psicoestimulación del enfermo y la formación de los familiares y cuidadores.

La psicoestimulación en la Demencia tipo Alzheimer la entendemos como el conjunto de técnicas psicológicas encaminadas a ejercitar las diferentes capacidades cognitivas, funcionales y emocionales, afectadas por la EA para conseguir su rehabilitación o, en su caso, la mayor ralentización posible de su deterioro.

El objetivo final a alcanzar con estas técnicas es mejorar la calidad de vida del enfermo y sus familiares. Debemos resaltar en este punto la importancia de dos técnicas como son la orientación a la realidad y la reminiscencia.

Dentro de estas técnicas incluiremos la estimulación cognitiva específica. Así mismo, será fundamental que el enfermo mantenga el contacto con otras personas para evitar el aislamiento que en muchas ocasiones conlleva la enfermedad.

Estudio de caso

A continuación presento un estudio de caso que llevé a cabo con una residente, que estaba diagnosticada de demencia tipo Alzheimer.

J ingresó en la residencia hace un año (cuando comencé a trabajar con ella); una mujer de 76 años, con estudios universitarios, que había sido llevada al centro por que tras la muerte de su marido sus hijas no podían hacerse cargo de ella. (Ver anexo I).

Decidí trabajar con ella por qué tras leer sus informes y haber hablado ocasionalmente con ella (en la sala de estar o comedor), me llamó mucho la atención lo bien que conservaba el lenguaje, y me pareció un caso interesante.

A J. la habían evaluado en Febrero del mismo año, por lo que decidí volver a evaluarla con el fin de comparar resultados, y por supuesto , conocer por mi misma el deterioro cognitivo de la residente.

Las pruebas que se le había pasado (ver anexo II) me parecieron escasas para poder plantear un tratamiento de estimulación cognitiva, por lo que además de esas pruebas, dediqué unos días a administrarle una batería de pruebas neuropsicológicas (ver anexo III).

Resultados

Tomando como referencia la puntuación obtenida en el Mini- Examen Cognoscitivo (Lobo et. al, 1927), observamos como de obtener en Febrero 22/35, en Noviembre baja su puntuación a 14/35. Por lo que en la escala de Reisberg se situaría en un “Deterioro Cognitivo Moderado”.

J, mostró en los resultados de sus pruebas alteración en la mayoría de habilidades cognitivas a excepción del lenguaje que lo preservaba en perfecto estado.

A continuación detallo lo recogido de cada habilidad cognitiva:

Orientación

La orientación, entendida como el propio conocimiento e inserción del individuo en el entorno espacial y temporal, requiere una atención adecuada, una percepción del medio, y una normal capacidad de integración y valoración del devenir. La puntuación obtenida en esta prueba (13) se considera inferior a la aceptada, por lo que el paciente no se orienta bien respecto a la persona, lugar y tiempo.

Atención

La atención sostenida o vigilancia se encuentra alterada puesto que cometer 1 o 2 errores en esta tarea ya es un indicio de alteración.

Respecto a la búsqueda visual, de atención, de flexibilidad mental y función motora se encuentra alterada ya que le es imposible la realización de la tarea.

Memoria

La puntuación en dígitos directos no presenta alteración, obteniendo un total de 8; en cambio en dígitos inversos la puntuación es muy pobre (2).

Las secuencias automáticas y de control voluntario se ejecutan con normalidad, aunque obteniendo en las series inversas una puntuación inferior, pero dentro de los parámetros normales.

La evocación categorial en asociaciones muestra alteración de fluencia verbal, así como el proceso activo y ejecutivo del paciente.

Durante esta tarea el paciente tuvo que ser estimulado para conseguir algunas de las últimas respuestas, a pesar de las pocas palabras que dio.

La prueba verbal de Rey no pudo llevarse a cabo ya que no recordó ninguna palabra de la lista.

En el test de memoria visual inmediata el paciente lo realizó con éxito. La puntuación máxima de esta tarea es de 10 puntos y el paciente obtuvo 8.

Praxias

La mímica del uso de objetos fue realizado con éxito, así como la imitación de posturas, aunque realizó con mayor precisión los movimientos con la mano derecha.

La evaluación de la praxis constructiva gráfica se realizó sobre la mano derecha, donde se pudo observar su dificultad para realizar de forma correcta los trazos, siendo incomprensible su grafía.

Percepción

La evaluación de la percepción de objetos y del espacio, que muestra la prueba de detección de formas, el sujeto la realizó mal. Para dicha tarea, se requiere agudeza visual así como establecer discriminación de formas adecuadas.

La prueba de letras incompletas, que refleja la capacidad de discriminación visual de forma indirecta, también presenta alteraciones.

Lenguaje

El paciente presenta una comprensión lectora normal cuando se le guía (con el dedo), de no ser así tiende a ignorar la parte izquierda del texto. El reconocimiento de imágenes no presenta alteración. Por tanto la capacidad del lenguaje está preservada.

He de destacar que en numerosas pruebas, la parte izquierda del folio que se lo situaba delante era completamente ignorada. A la hora de comer, ocurría lo mismo con la comida del plato o con los objetos de la mesa. Con el personal y compañeros de residencia ocurría lo mismo, si se situaban en su parte izquierda, si no se le llamaba la atención, ignoraba su presencia.

Respecto a la comparación de resultados obtenido en febrero con los de noviembre, cabe destacar el descenso de puntuación en Mini- Examen Cognoscitivo (Lobo et. al, 1979) y en la Escala de Hamilton para la valoración de la Depresión (1960). (Ver anexo II).

Intervención

La estimulación cognitiva en las demencias se fundamenta en unas estrategias y métodos que pretenden optimizar el rendimiento de las capacidades cognitivas residuales de los pacientes.

Los métodos aplicados para llevar a cabo esta estimulación pretenden fomentar la actividad mental y, en muchos casos psicomotora de los enfermos, por ello va a presentar un carácter eminentemente participativo y práctico.

Los objetivos de esta intervención son:

- Estimular y mantener la memoria.
- Estimular y preservar la capacidad práxica.

Durante el periodo de tres semanas, se le estuvo presentando a J, una lámina con tres palabras acompañadas de su respectiva imagen (casa- perro- silla) (ver anexo IV).

Además de presentárselas, se les situaban en frente, cuando realizaba otra tarea, con el fin de que si se distraía de la tarea que realizaba en ese momento, pudiera centrar su atención en las palabras a recordar.

Para que la memorización y posterior recuerdo le fuesen más fácil, inventamos una historia con las tres palabras “el perro entra en la casa y se sienta en la silla”; de esta manera, cuando cada día le preguntaba por las tres palabras, como ayuda le decía el comienzo de la historia “el perro...”.

Para estimular su capacidad práxica, cada día realizaba una hoja de grafomotricidad (Ver anexo V) y enlazaba bolitas en un cordón.

Resultados

<i>Día</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<i>Palabras recordadas</i>	0	0	1	0	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2

Cómo podemos observar en la tabla, el recordar tres palabras simples, a J. le era prácticamente imposible, a pesar de utilizar ayudas.

Un hecho muy curioso es que pasado el período de registro de palabras, la residente cada vez que me veía, se paraba y directamente me decía las palabras que recordaba.

Aun así, con los resultados obtenidos se pudo ver que su capacidad mnésica está deteriorada gravemente.

Para la realización de las hojas de grafomotricidad, se le ayudó con guía física los primeros días y al comienzo de la hoja, dejando que la realizara sola seguidamente.

Conclusión

Todas las pruebas muestran a un deterioro cognitivo avanzado, y síntomas característicos de la demencia tipo Alzheimer. Aun así, no hay pruebas neurológicas para descartar la existencia de alguna lesión a nivel neuronal, cortical.

Debería estudiarse la lateralidad si sentida y no percibida que presenta J.

Seguimiento

Para seguir con los objetivos de la intervención adelante, se recomendó al psicólogo de la residencia seguir con ejercicios en la misma línea, a los realizados.

- Realizar hojas de grafomotricidad.
- Colorear dibujos.
- Hacer collares de bolas, encajar piezas (cualquier actividad que implica grafomotricidad fina).

Otras actividades

Además de dedicarme al estudio de caso, me impliqué en otras actividades diarias tanto con los residentes como con los ancianos del centro de día.

A continuación menciono las diferentes actividades:

- Taller de memoria.
- Taller de dibujo.
- Taller de periódico.
- Estimulación Cognitiva.
- Preparación adornos navideños.
- Ensayos y grabación disco Navidad.
- Ensayos y representación Teatro “Cuento de Navidad”.
- Visita al Rey Mago.

Valoración Personal

He descubierto mucho en estos meses de prácticas, no sólo he conocido un ámbito de trabajo desconocido para mí, sino que he aprendido y he descubierto mi vocación.

Cierto es, que el psicólogo con el que trabajaba me respaldaba, para mi opinión, demasiado; es decir, me hubiera gustado que me hubiese dejado sola ante más situaciones problemáticas, para ver cómo me desenvolvía.

Respecto al entorno de compañeros decir que, percibí ciertos piques entre técnicos y auxiliares; lo cual considero un tanto egoísta, ya que cada uno tiene unas funciones en su trabajo y se ha preparado para ello, con el fin de hacer el bien para los residentes.

Compartir la Navidad con todos los “abuelos”, ha sido una experiencia preciosa, a la vez que tierna e inolvidable.

En general, estoy muy satisfecha con mi labor en la residencia; me quedo con la esperanza de recibir una llamada para darme la oportunidad de trabajar y seguir aprendiendo.

Antecedentes familiares

Sin relevancia.

Personalidad premórbida

Las relaciones entre hermanas no son muy buena. M^o del Mar es la que se encarga de la madre. Según cuenta Pilar tiene ideas delirantes persistentes y es consumidora de cannabis.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No tiene

CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

El sujeto se muestra, en todas las sesiones de evaluación que se realizan, participativo.

Anexo II

- Mini- Examen Cognoscitivo (Lobo et.al,1979).
- Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth(1968).
- Escala de Hamilton para la valoración de la Depresión (1960).
- Escala de Barthel.

Evaluación	Febrero 2010	Noviembre 2010
Mini- Examen Cognoscitivo(Lobo et. al, 1979)	22/35	14/35
Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth(1968)	5,5	5,5
Escala de Hamilton para la valoración de la Depresión(1960)	31	21
Escala de Barthel	50	50

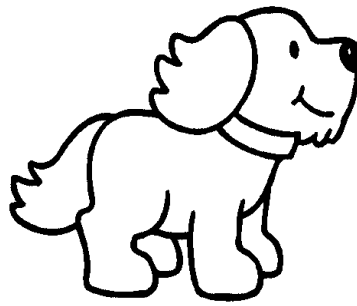
Anexo III

PRUEBA	RESULTADO	VALORACIÓN
Orientación (Subtest 4 del test Barcelona)	Persona(7):6 Lugar(5): 2 Tiempo(23): 5	Alterada
Atención visuográfica (subtest 25 del test Barcelona)	Derecha(7):6 Centro(15):7 Izquierda(7):1	Alterada
Test de la A (atención)	Errores de omisión: 6 Errores de preserveración:2 Errores de confusión:4	Alterada
Trail Making test (atención)	Parte A: _____ Parte B: _____	Alterada
Dígitos (subtest 5 del test Barcelona) Memoria	Directo(9):8 Inverso(8):2	Alterada
Secuencias automáticas y control voluntario (Subtest 6 del test Barcelona) Memoria	Series de orden directo(6):6 Series inversas(6): 2	Normal
Evocación categorial en asociaciones(subtest 12 del test Barcelona) Memoria	Categoría “animales”:8 Categoría “p.iniciadas con p”:5	Alterada
Prueba verbal de Rey(Auditory – Verbal Learning Test Rey) Memoria	Lista A5(15):__ Lista B1(15):__ Lista A6(15):__ Lista A7(15):__	Alterada
Memoria visual inmediata(subtest 36 del test	P.D(10):3	

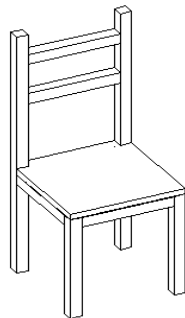
Barcelona)		Alterada
Mímica del uso de objetos(prueba 20 del test Barcelona) Praxias	P.D(10):8	Normal
Imitación de posturas(prueba 22 del test Barcelona) Praxias	Unilateral(10/10): D: 6 I: 3 Bilateral(8): 2	Alterada
Secuencias de posturas(prueba 23 del test Barcelona) Praxias	Unilateral(8/8): D: 2 I: 2 Coordinación recíproca(4): 1	Alterada
Praxis constructiva gráfica(prueba 24 del test Barcelona)	Orden Verbal(18): 18 Copia (18):0	Alterada
Detección de formas(subtest del Vosp) Percepción	P.D (20):0	Alterada
Letras incompletas(subtest del Vosp) Percepción	P.D (20):0	Alterada
Palabra- Imagen(prueba 1 del subtest 15 del test Barcelona) Lenguaje	D(6):6 T(18):18	Normal
Discriminación de imágenes superpuestas(subtest 27 del test Barcelona) Lenguaje	D(20):0 T(35): 0	Alterada
Mecánica de la escritura(subtest 16 del test Barcelona) Lenguaje	Derecha(5):0	Alterada
Frases (dictado) (prueba 5 del subtest 17 del test Barcelona) Lenguaje	P.D(4):0 P.D(9):0	Alterada



CASA

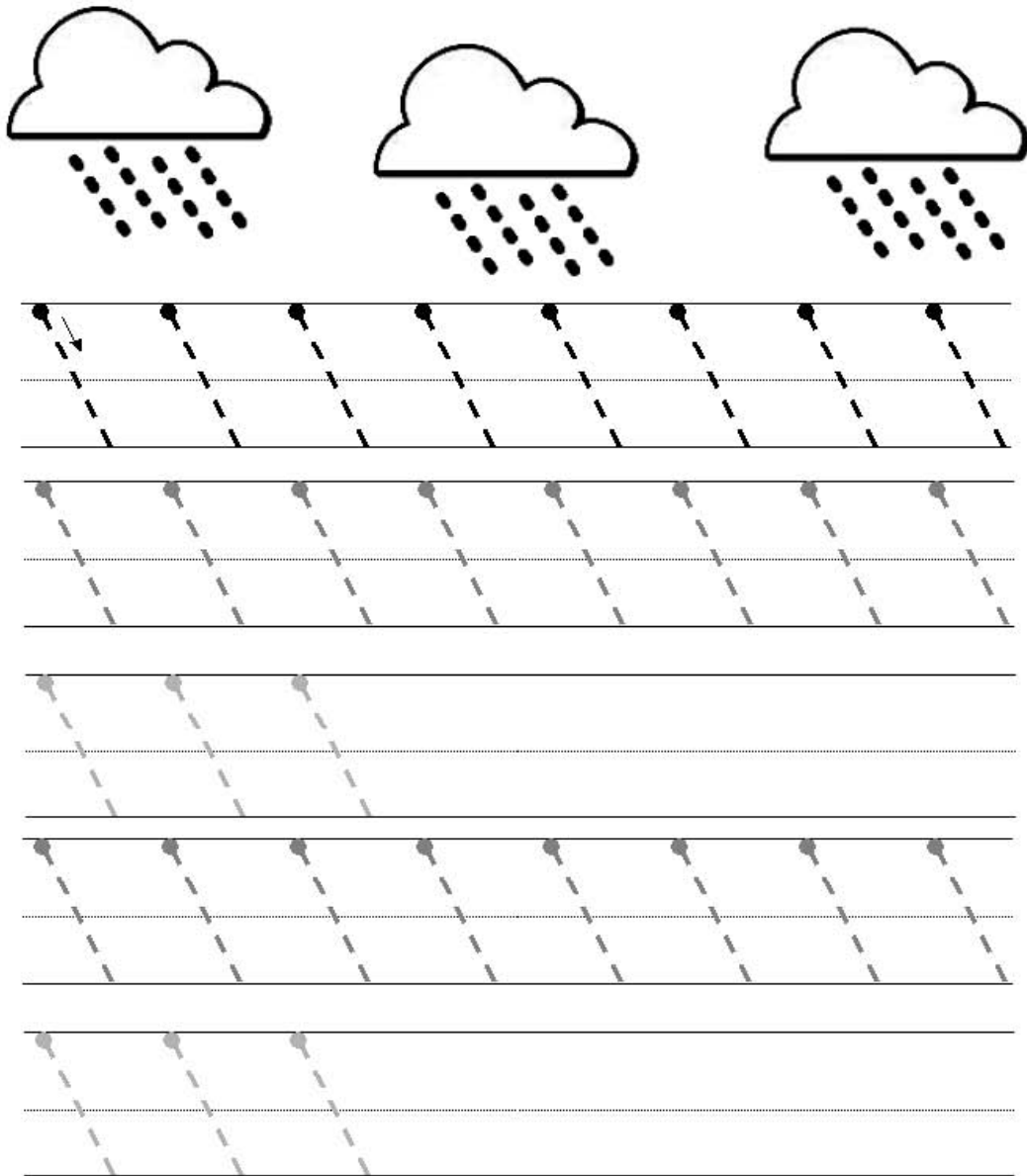


PERRO



SILLA

GRAFOMOTRICIDAD



Más material en  <https://orientacionandujar.wordpress.com/>

Referencias bibliográficas

- Alberich, T Barranco, A. Funes, E. y cols. (2008). *Intervención social y sanitaria con mayores: manual de trabajo con la 3ª y 4ª edad*. Madrid: Dykinson, D.L.
- Aparicio, J. (1993). El progreso en la teoría de la memoria: de los modelos multialmacén a la teoría de los niveles de profundidad de procesamiento. En J. I. Navarro Guzmán (coord.). *Aprendizaje y memoria humana. Aspectos básicos y evolutivos*. Madrid: McGraw- Hill/ Interamericana de España.
- Ayis Tsuros (2004): “Mejores cuidados paliativos para las personas mayores”, Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Publicado en el El País (9.08.2004).
- Baltes, M.M y Werner-Whal, H (1990). *Dependencia en los ancianos*. En L.L Carstensen y B.A Edelsein (eds.) *Gerontología clínica y de la salud: Intervención psicológica y social*. Madrid: Martínez Roca.
- Barlow, D.H y Hersen, M (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bas, S. (1998). *Resultados del programa de Reestructuración Cognitiva para la Depresión en la Tercera Edad*. Comunicación presentada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid.
- Beauvoir, S. de (1970). *La vejez*. Barcelona: Edhasa (trad.1989).
- Belsky, J.K (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Blanco, A. (1985). Factores psicosociales de la vida adulta. En M.Carretero, J.Palacios y A. Marchesi (comps.). *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Díaz, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández Ballesteros (ed.). *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado (2007). Barcelona. Masson, D.L.
- Durán, M. y Torrado, V (1993). *Intervención psicológica en pacientes geriátricos*. En M.A. Simón (ed.), *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

- Fernández- Ballesteros, R; Izal, M; Montorio, I; González, J.L; Díaz, P. (1922). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández- Ballesteros, R., Montorio, I., Hernández, J.M., Llorente, M.G., Izal, M., Pozo, C. y de Calle, .A. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid: Fundación Caja de Madrid.
- Fernández Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Lópiz, E. (2002). *Psicogerontología para educadores* .Granada: Universidad de Granada.
- Fitz, A.G. y Teri, L. (1994). Depression, cognition, and functional ability in patients with Alzheimer´s Disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 42, 186- 191.
- Flecha, R. (1990). *Educación de las personas adultas*. Barcelona: Roure Editorial.
- Furtmayr- Schuh, A. (1995). *La enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Herder.
- García Rodríguez, F. Ceballos Atienza, R. (2004). *Enfermedad de Alzheimer y Calidad de vida*. Alcalá la Real. Formación Alcalá. 4º Ed.
- Kalish, R. (1993). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- León JM, Gómez T. (1988). *Percepción Social. En: Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Liébana, J. A. (1993). Modelos locus control en tercera edad. En R. Rubio Herrera et al. (eds.). *Gerontología social: perspectivas teóricas y de intervención*. Jaén: Diputación Provincial.
- Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maddox, G. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, 42, 195-204.
- Monedero, C. (1986). *Psicología evolutiva del ciclo vital*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montorio, I e Izal .M (1999) *Gerontología conductual: intervención y ámbitos de aplicación*. Publicación Madrid: Síntesis, D.L.
- Muñoz Tortosa, J (2006). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide, D.L.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder: Barcelona.
- Papalia, D. E., y Olds, S. W. (1997). *Desarrollo humano*. México: McGraw- Hill Interamericana.

- Pérez, M. (1992). Tendencias históricas en los estudios de adquisición del lenguaje. *Historia de la psicología*, 13, 101- 129.
- Pérez, M. (1995). *Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Poon, L.W. (1985). Differences in human memory with aging: Nature, causes, and clinical implications. En Birren y Schaie (Eds). *Handbook of the psychology OG aging* (2ºEd.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Quillian, M.R. (1968). Semantic memory. En M. Minsky (ed). *Semantic information Processing*. Cambridge: Mass MIT Press.
- Reisberg, B. et al (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer´s disease: Phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (suppl. 5), 9-15.
- Robbins, C. K. (1990). *Patología estructural y funcional*. Madrid: Interamericana McGraw- Hill.
- Romero, M.J; Orantes, R. (2010). *Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: Ejercicios prácticos*.Ed. Formación Alcalá.
- Rubio, R. (1988). De la lógica formal a la lógica postformal en la edad adulta. *Encuentros*, 13, 15-24.
- Rubio, R. (1991). La problemática de la adaptación en la adultez y senectud y la alternativa ofrecida por los modelos de la ecología de la maduración. *Revista Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 26, 79-98.
- Rubio, R.; y Aleixandre, M. (1999). *Perfiles de integración social del mayor en España*. Madrid: Inmserso (en prensa).
- Rubio, R.; Alexaindre, M., y Rico, J.L. (1997). *Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en población anciana andaluza*. Geriatrika, 13.
- Sancho, T. (1994). *Un lugar para vivir: Sistemas alternativos de alojamiento*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 29.
- Vega, M. (1982). La metáfora del ordenador: implicaciones y límites. En I. Delclaux y J. Seoane. *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. (pp. 63-84). Madrid. Pirámide.
- Yanguas, J.Leturia, M Y Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid: Cáritas.
- www.almirez.ual.es/screens/mainmenu2_spi.html
- www.alzheimerdehuelva.org/index.php?id=71
- www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.05.-demencia-tipo-alzheimer-dta.html

- www.cuadernointercultural.com/materiales/lectura/grafomotricidad/
- www.fundacionalzheimeresp.org
- www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf
- www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-006.pdf
- www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/factsheet_sp.htm
- www.riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2667/16704046.pdf
- www.vejez.galeon.com/index.html
- Yuste, N. (2000). *En pos de la comprensión psicológica de la adultez y senectud*. Almería: S.P. Universidad de Almería.
- Yuste, N., Rubio R. y Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide, D.L.
- Yuste, N. (2005). *Psicología Evolutiva y de la Educación*. Tomos I y II y libro de prácticas. Publicación SPU.