

INFORME FINAL DEL TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN GERONTOLOGIA COMUNITARIA E INSTITUCIONAL

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

TITULO:

**DEMENCIA Y SU RELACION CON EL ESTADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS: Estudio de Casos del Hogar de Adultos Mayores "Emilia Moutier de Pirán" de General Pirán.**

TUTOR TIF : INES GAVIOLA

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. RICARDO IACUB

ESPECIALIZANDO : MANUEL AREVALO

MAIL: [manuelarevalo90@hotmail.com](mailto:manuelarevalo90@hotmail.com)

TELEFONO CELULAR: (02268) 15671674



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
+ A	Bis
	N° INVENTARIO :
	2172

## CARTA AVAL

Por medio de la presente avalo la entrega final de este Trabajo de Final de Integración, según lo pautado en la OCS 1676/07, para que se considere su aprobación por el Comité Evaluador.

Firma

Aclaración

DNI

## INDICE

Resumen	4
1 Introducción	5
1.1 Fundamentación y Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos	6
1.3 Aspectos metodológicos	6
2 Marco Teórico	9
El proceso cognitivo	10
El proceso cognitivo en el envejecimiento normal	11
Demencia	12
Las demencias desde el Psicoanálisis	12
Demencia. Definición	13
Clasificación de las demencias	14
Demencias Degenerativas Primarias	16
Enfermedad de Alzheimer	16
Demencia por Cuerpos de Lewy	19
Demencia Frontotemporal o de Pick	19
Demencia vascular	20
Deterioro funcional y Demencia	21
Evolución de la pérdida de funcionalidad	23
Evaluación de la funcionalidad	24
Detección y diagnóstico de las demencias	25
3 Diagnóstico	27
Análisis de resultados	42
Resumen del diagnóstico	44
4 Propuesta de Intervención	45
4.1 Síntesis del problema	45
4.2 Objetivos de la propuesta	46
4.3 Estrategias a implementar	47
4.4 Procedimientos Estratégicos: descripción	48
4.4.1 Acciones en el nivel primario de prevención	48
4.4.2 Acciones en el nivel secundario de prevención	49
4.4.3 Acciones en el nivel terciario de prevención	50
4.4.3.A. Acciones para el AM con demencia y dependencia funcional	51
1. La Técnica de Orientación en la Realidad (TOR)	51
2. Taller de Memoria y Reminiscencias	52
3. Actividades Recreativas	54
4. Taller de Psicomotricidad	56

5. Psicoterapia	57
6. Apoyo ambiental	57
4.4.3.B. Acciones a realizar con personal de la institución y familia	58
1. Grupos con el personal	58
2. Prevención de abuso y maltrato	58
3. Intervenciones para mejorar la comunicación	59
4. Taller de apoyo a cuidadores informales	59
5. Taller de ampliación de redes de apoyo social	60
4.4.4 Cronograma de Actividades	61
4.5 Acciones previstas para la evaluación de la intervención	62
5 Conclusiones	62
6 Bibliografía	65



## RESUMEN

El fuerte impacto que el problema de la demencia en el AM ocasiona no sólo en el aspecto personal sino también en el ámbito socio familiar, ha sido transmitido de manera preocupante a las instituciones que albergan a este grupo de personas. Esta situación que observo personalmente como directivo y profesional médico en el Hogar de Adultos Mayores “Emilia Moutier de Pirán” de General Pirán, me llevó a diseñar el proyecto de un estudio en el cual fuera factible analizar la problemática de la demencia, sus consecuencias en la funcionalidad del sujeto, así como el contexto social como factor influyente en la salud mental y capacidad funcional en este grupo de personas.

El objetivo general en el estudio del problema planteado era conocer la relación entre Demencia y Dependencia funcional en los AM de General Pirán. Se trazaron como objetivos específicos: la detección de casos de demencia, la identificación de alteraciones funcionales, la evaluación de recursos sociales en el sujeto con y sin demencia, y la propuesta de acciones de intervención terapéutica.

Este trabajo se llevó a cabo entre los meses de Marzo 2009 a Agosto de 2009 y tuvo como unidad de análisis a los AM del Hogar de General Pirán. Se aplicó un diseño de tipo transversal, de naturaleza descriptiva correlacional basada en una metodología cuantitativa, que requería instrumentar técnicas de valoración mental, funcional y social, así como otros procedimientos de intervención que se utilizaron a la vez como fuentes de datos y de recolección de información.

El estudio demostró una alta tasa de prevalencia de Demencia en AM que predominaba en el grupo etáreo mayor de 85 años, y con un bajo nivel educativo. En relación con la Dependencia en las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria fue mayor en los AM con demencia y en los mayores de 85 años, con una tendencia hacia una Dependencia total. Los Buenos Recursos Sociales prevalecieron en los residentes con y sin demencia mostrando una influencia positiva en el mantenimiento de su capacidad funcional.

Se propone diferentes estrategias y actividades de intervención terapéutica en la Institución, que van desde lo preventivo a la asistencia y rehabilitación, acorde con los estadios de la enfermedad y grado de deterioro funcional. Estas acciones también se extienden al ambiente familiar e institucional buscando una interacción apropiada entre el AM con demencia y su entorno.

## 1. INTRODUCCION

### **FUNDAMENTACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En los últimos años se ha producido un notable aumento del número de personas de mayor edad a escala mundial. El incremento de personas de 80 o más años en los países desarrollados en los últimos 25 años es de aproximadamente el 65%. En Argentina, entre 1950 y 2000, la población general creció un 116%. Un análisis estratificado indicó que la población de menos de 15 años aumentó sólo un 96%, mientras que la de más de 65 años lo hizo un 398%. El dato más relevante fue que los mayores de 80 años se incrementaron en un 682%.

La prolongación de la vida del hombre ha influido para que patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieron una baja prevalencia, y por ello una escasa repercusión en la salud pública y en la economía, ocupen en la actualidad un lugar de prioridad en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas. Entre esas patologías, las demencias se encuentran en un lugar preponderante.

Simultáneamente al envejecimiento de la población y al aumento de personas mayores, se está presentando una elevación también de ancianos con síndrome de demencia. Este aumento se ve apoyado por una elevación del grupo de mayores de 80 años que son más susceptibles de padecer este trastorno.

El aumento considerable que experimentará este grupo poblacional en los próximos años, unido a la gran repercusión socio sanitaria y económica que conlleva el proceso, va a suponer una gran demanda de servicios no sólo domiciliarios, sino también de centros gerontológicos.

La necesidad de atención continuada que precisa la persona con demencia, con una gran carga para el cuidador principal, unido a la incorporación al mercado de trabajo de la mujer (cuidadora habitual), va a producir un gran número de solicitudes de ingreso en residencias de este grupo de personas.

Es así como estadísticas y estudios actuales están mostrando que uno de los principales grupos de ancianos que están ingresados en las residencias, es el de personas con trastorno cognitivo, que les produce a futuro un síndrome demencial. Investigaciones recientes suponen que cerca del 70 % de las personas admitidas en las residencias presentan demencia.

La demencia ha sido considerada como un desorden multifacético, en la que el deterioro cognitivo se acompaña de una declinación en la habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, a la que suelen agregarse trastornos neuro-

psiquiátricos y emocionales, originándose un desorden biopsicosocial en las personas que la padecen.

El problema de la demencia adquiere mayor relevancia en los Adultos Mayores Institucionalizados cuando genera dependencia y discapacidad funcional, en la medida en que se hace progresiva y persistente, hasta convertirse en un problema de alta connotación social, en la que este grupo de personas ve restringida su intervención y participación en actividades que sus otros pares sin esta problemática sí pueden realizar.

Dada que la situación descripta no dista de ser diferente a la que ocurre en otras instituciones donde habitan Adultos Mayores, mi preocupación como médico asistente y directivo del Hogar de Adultos Mayores “Emilia Moutier de Pirán” de General Pirán, es analizar en profundidad la situación de dependencia funcional en relación con el estado demencial, y la influencia del contexto social en este grupo de personas.

El análisis que me propongo realizar se fundamenta en que la problemática de la demencia produce consecuencias a nivel cultural, social, económico y sanitario. Particularmente en lo institucional, la situación se torna crítica e inquietante para los Adultos Mayores con demencia, debido a la progresión e irreversibilidad de la enfermedad, provocando en ellos una declinación de la capacidad funcional e inevitablemente el desarrollo de variables grados de dependencia y discapacidad, alterando su convivencia en el núcleo socio-familiar que los rodea.

#### **OBJETIVOS:**

**OBJETIVO GENERAL:** Indagar la relación entre Demencia y Dependencia funcional en Adultos Mayores Institucionalizados, en el Hogar de General Pirán.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar los casos de demencia en los Adultos Mayores que residen en el Hogar de General Pirán.
- Conocer el estado de Dependencia funcional hallado en los Adultos Mayores con demencia.
- Evaluar los recursos sociales del Adulto Mayor con y sin demencia, a fin de encontrar algún grado de relación con su incapacidad para el desarrollo de sus actividades sociales cotidianas.

#### **ASPECTOS METODOLOGICOS:**

Con el propósito de lograr los objetivos trazados en el presente trabajo, la metodología elegida se basó en un enfoque cuantitativo, a través de la cual se utilizó

distintas técnicas y estrategias que nos permitieron recoger e interpretar los datos obtenidos, dirigidos al estudio de la problemática planteada.

El plan de acción así propuesto se fundamenta en afirmaciones de Arias y Golpe (2007), quienes refieren “ que no debe ser el problema a investigar que se subordine al método, sino que por el contrario debemos optar por el enfoque metodológico más adecuado para la problemática concreta que queremos abordar”.

Entendido de esta manera, el objetivo de nuestro estudio se buscó alcanzar con la aplicación de este tipo de metodología.

a. **DESCRIPCION DEL TIPO DE DISEÑO:** En base a la problemática planteada, para la elaboración del diagnóstico y su posterior análisis, el trabajo desarrollado se basa en un diseño de tipo transversal de naturaleza descriptiva y correlacional, en el que se pretende conocer la asociación y relación de la demencia al estado de dependencia funcional, así como la influencia del contexto social en los Adultos Mayores de la Institución.

El objetivo propuesto entonces está dirigido a explorar las esferas mental, funcional y social en los Adultos Mayores seleccionados para el estudio.

El tipo de análisis basado en una metodología cuantitativa, ha requerido instrumentar las siguientes técnicas de recolección de información:

- En la valoración mental, se ha utilizado como pruebas de screening: El Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) y El Minimental Test de Folstein (MMSE).

El Test Minimental de Folstein (MMSE) evalúa orientación, atención, concentración, memoria, lenguaje y praxia; generando un puntaje que va de 0 a 30. No evalúa funciones ejecutivas. De aplicación rápida. Es una herramienta útil en la detección de demencia en poblaciones de bajo nivel educativo. Para la población de Buenos Aires se ha validado el MMSE versión en español, de J. Butman, Normas par Buenos Aires. Rev. Neurol. Arg. 26(1): 11-12. 2001.

El Test ACE, también es de aplicación breve, comparado con el MMSE brinda más información en memoria, denominación, visuoespacialidad, e incorpora además la medición de algunas funciones ejecutivas (Ej. fluencia verbal, prueba del reloj). Mejora sustancialmente diversos aspectos del MMSE. No se afecta por la edad, sexo o años de educación, y tiene un alto grado de sensibilidad y especificidad.

Se ha validado al español, y permite diferenciar la demencia tipo Alzheimer (DTA) de la demencia frontotemporal (DFT). Los puntos de corte son de

86 para una población de alta educación o funcionamiento previo; y de 68 puntos para una población de menor escolaridad (menos de 7 años).

- En la valoración funcional, se utilizó las siguientes Escalas: Índice de Katz, que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); y la Escala de Lawton y Brody, que evalúa las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Índice de Katz: es uno de los test más estudiados para actividades de la vida diaria. Consta de seis ítems ordenados jerárquicamente. Evalúa higiene, vestido, uso del baño, continencia esfinteriana y alimentación.

Escala de Lawton y Brody: Instrumento publicada en 1969 y construido específicamente para la población de Adultos Mayores. Recoge información de las actividades instrumentales de la vida diaria (Capacidad para el uso del teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar tareas domésticas, transporte, manejo de dinero y medicación).

- La Valoración Social, se ha realizado a través de la Escala de Recursos Sociales (OARS), cuya aplicación ha permitido conocer los recursos del Adulto Mayor con y sin demencia y su asociación o no con la incapacidad para el desarrollo de sus actividades sociales cotidianas.

La escala OARS es una herramienta diagnóstica, aporta información acerca de distintas áreas. Evalúa:

- Estructura familiar
- Recursos sociales
- Recursos económicos
- Salud mental
- Salud física
- Capacidades para realizar las AVD.

#### b. FUENTES DE DATOS:

Se han utilizado las siguientes fuentes primarias:

- Escalas y Tests:  
 Addebrooke's Cognitive Examination (ACE).  
 Minimental Test de Folstein (MMSE).  
 Índice de Katz.  
 Escala de Lawton y Brody.  
 Escala de Recursos Sociales (OARS)



**c. UNIDAD DE ANALISIS:**

La Unidad de Análisis en este estudio son los Adultos Mayores del Hogar de General Pirán.

Esta institución fue fundada el 1° de Marzo de 1980. Su edificación y remodelación se realizó sobre la base de la infraestructura física del antiguo colegio de mujeres “María Auxiliadora”, que estuvo a cargo de una congregación salesiana hasta Diciembre de 1996. Está ubicada en la localidad de General Pirán, en el Partido de Mar Chiquita, Provincia de Buenos Aires. Actualmente alberga a 46 residentes.

Cuenta con un equipo interdisciplinario integrado por: Médico, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Trabajadora Social, Enfermera profesional. La principal actividad laboral de la comunidad en la que está inserta es la avícola, seguida por la agrícola-ganadera.

## **2. MARCO TEORICO**

La enfermedad mental se diagnostica a partir de alguna forma de conducta anormal. La presentación de conductas inusuales a menudo se toma como evidencia de que la mente de la persona no funciona bien y se infiere la existencia de una enfermedad mental.

Hay muchos problemas con el diagnóstico de enfermedad mental. El término en sí provoca cierta controversia. Antes del siglo XIX las personas que exhibían una conducta extraña se consideraban “moralmente inferiores” si sus acciones eran ligeramente neuróticas, y se pensaba que “estaban poseídos por el demonio” si sus acciones eran extremas.

A principios de 1800, el médico francés Philippe Pinel propuso una visión diferente sugiriendo que las personas que se comportan de forma extraña son en realidad “personas enfermas cuyos estados miserables merecen la misma consideración que se ofrece a todo sufrimiento humano”. (Zilboorg y Henry, 1941, pp. 323-324). Etiquetar a las personas con trastornos mentales como “enfermos” en lugar de “inferiores” o “vagos” o “poseídos” tuvo un profundo impacto en el modo en que empezó a tratarlos la sociedad. En consecuencia se les trasladó a hospitales y se llamaron pacientes. (Shaie, 2003).

Comparado con el confinamiento inhumano y las palizas que habían soportado antes, el tratamiento médico supuso una gran mejora. No obstante su atención se igualaba a la de otros pacientes con otras dolencias físicas: “los dejamos en el hospital hasta que se

recuperen". Es decir surgieron problemas con la etiqueta de "enfermo mental".(Shaie, 2003).

Los hospitales mentales fueron considerados como refugios seguros (asilos) para las personas a las que se maltrataba en el exterior. Pero a diferencia de los hospitales para los físicamente enfermos, los hospitales mentales no siempre prometían la recuperación. Algunos de estos enfermos eran recompensados por su pasividad, otros eran castigados por su demanda de tiempo. (Shaie, 2003)

Debido a que se considera que los trastornos mentales implican un ajuste inadecuado y conductas desadaptativas, los sistemas de salud mental actualmente tienden al ajuste y adaptación adecuados al mundo real. Se pone énfasis en la capacidad de la persona para hacer frente a su entorno y llevar a cabo las tareas evolutivas que implica el estadio de la vida en que se encuentra. Se tiene en cuenta la influencia del estrés social (aislamiento social, dificultades económicas, una crisis vital fuerte), y de los factores biológicos que a menudo se combinan formando patrones complejos iniciadores de la enfermedad mental.

De hecho, las tendencias en el pensamiento actual sobre psicopatología del desarrollo, tiende a favorecer la visión interaccionista que examina los problemas a los que la persona se enfrenta en función de su historia dentro de su contexto social (Bergman y Magnusson, 1997).

### **EL PROCESO COGNITIVO**

Se entiende por cognición a la facultad de adquirir conocimientos. Comprende todos los procesos mentales que nos permiten:

- Reconocer
- Aprender
- Recordar
- Prestar atención a la información cambiante del ambiente
- Planeamiento
- Resolución de problemas
- Juicio

Englobadas dentro del término funciones ejecutivas se refiere a las capacidades implicadas en la formulación de metas, la planificación para lograrlas y los pasos para realizarlas de un modo eficaz.

Las principales funciones cognitivas son:

- Atención y concentración
- Percepción
- Memoria

- Lenguaje
- Inteligencia

Cada sistema cognitivo es un conjunto de etapas de procesamiento que operan para lograr un objetivo: la cognición garantiza y permite el aprendizaje tanto de conceptos abstractos y complejos como de tareas sencillas que hacen a la vida cotidiana.

### **EL PROCESO COGNITIVO EN EL ENVEJECIMIENTO NORMAL**

Debe aclararse que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. Los cambios producidos por la edad deben considerarse como de pérdidas de función natural y no como enfermedad. El envejecimiento normal es aquel que se produce sin que existan patologías mentales o biológicas. (Soledad Ballesteros Jiménez). Son adultos mayores que no presentan enfermedad física o mental evidente. (Baltes y Baltes 1990).

También Lalive D'epiney hace un aporte muy importante con su definición de salud funcional, refiriéndose al funcionamiento de la persona mayor y se determina por la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Esta capacidad determina su bienestar psicosocial, manteniendo la competencia para vivir en su propio hogar y entorno social, evitando o retrasando la institucionalización. A mayor autonomía, mayor bienestar psicosocial.

En la etapa de envejecimiento se producen cambios sutiles en determinados aspectos del funcionamiento cognitivo. Las áreas más afectadas son la velocidad motora, la velocidad de procesamiento de información y la flexibilidad mental.

En el envejecimiento normal disminuye:

- La agudeza perceptiva
- La rapidez de aprendizaje
- El uso de estrategias para memorizar
- La capacidad viso constructiva
- La retención de nombres
- El span de memoria a corto plazo

En el envejecimiento normal se conserva:

- El vocabulario o fluidez verbal (que se puede incrementar)
- La memoria implícita
- La inteligencia cristalizada (experiencia)
- La capacidad de aprendizaje: que facilita al sujeto adaptarse al medio en que vive.



Los procesos de aprendizaje y memoria están muy relacionados y experimentan un declive importante con la edad, que se traduce en el rendimiento de la memoria de trabajo, en el recuerdo (memoria episódica o explícita), y en la velocidad de procesamiento de la información.

Actualmente se considera que los Adultos Mayores que tienen un envejecimiento normal y no sufren demencias, mantienen su capacidad de aprendizaje durante toda la vida.

Para precisar la magnitud de los fallos cognitivos y en función de ello confirmar o descartar la presencia de deterioro, se llevan a cabo exámenes específicos que cuantifican las funciones mentales, denominadas “examen neuropsicológico cuantitativo” o “examen, pruebas o tests psicométricos”.

## **DEMENCIA**

Antes de sumergirnos en la definición médica de la demencia, no quiero dejar de mencionar en este trabajo una interesante revisión crítica que sobre el tema se hace en el Módulo 3 de la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, a cargo del Dr. Ricardo Iacub, y a cuyo contenido me adhiero.

El ejercicio de mi profesión médica y el trato continuo con pacientes de la tercera edad en mi actuación privada e institucional, me hacen pensar que la existencia aún actual de mitos e ideaciones estereotipadas que distorsionan la visión normal de la vejez y la homologan a la vejez patológica y particularmente demencial, determinan la vigencia actual biologicista sobre el origen de la demencia, dándole poco margen a la influencia etiológica de la subjetividad y el psiquismo en el inicio y desarrollo de esta enfermedad.

Es de esperar que la intervención científica y neuropsicológica en el estudio de la demencia, acepte la verdadera dimensión de los aportes y efectos sociales y subjetivos que conlleva esta patología, dejando de lado todo tipo de prejuicios, que solo tienden a la exclusión social y no a facilitar el mantenimiento de la funcionalidad física y psíquica, junto a una mejora en la calidad de vida del sujeto demente.

### **LAS DEMENCIAS DESDE EL PSICOANALISIS**

Ferenczi y Le Goues, han realizado importantes aportes desde el psicoanálisis a la influencia del desequilibrio psíquico en la etiología de la demencia.

Ferenczi en su trabajo sobre Parálisis General (1921), infiere que en las formas y modos que toma la patología demencial, independientemente del daño orgánico, interviene el daño en lo psíquico, y que podría darse como un extrañamiento del yo y todo lo que lo identifica, generando una regresión a etapas anteriores del desarrollo del mismo.

También al respecto y siguiendo algunos lineamientos de Ferenczi, Le Goues (1991) hace mención de tres efectos clínicos en la forma de exteriorización de la patología demencial: la depresión, la regresión y el deterioro. Junto a la pérdida de sus facultades psíquicas e incapacidad de su personalidad se forma una imagen positiva o negativa del sujeto enfermo, que determinará en gran medida las posibilidades de mejoría del mismo.

### **DEMENCIA: DEFINICION**

Actualmente, la demencia se define como un síndrome adquirido, plurietiológico, producido por una afectación orgánico cerebral, y caracterizado por un deterioro progresivo, gradual, persistente y permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales (orientación temporo-espacial, lenguaje, pensamiento absoluto, capacidad de juicio, etc.), sin alteración de la conciencia, que interfiere significativamente en las actividades sociales y ocupacionales del individuo, y que frecuentemente se acompaña de otros trastornos psiquiátricos.

Los criterios más extendidos para el diagnóstico de demencia se consideran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Tabla 1

**Tabla 1. Criterios de Demencia según el DSM IV**

Desarrollo de déficit cognoscitivos múltiples que se manifiestan por:

- A) 1. Alteración de la memoria: alteración de la capacidad de aprendizaje de nueva información, recordar información previamente aprendida.  
 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: Afasia, Apraxia, Agnosia, Alteración de la función ejecutiva (planificación, abstracción, organización).
- B) Los déficit cognitivos provocan un deterioro significativo en la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

Es un diagnóstico fundamentalmente clínico, incluso en estadios iniciales, como demuestran los criterios de consenso de deterioro cognitivo leve. (Tabla 2).

**Tabla 2. Criterios de deterioro cognitivo leve**

1. Quejas de pérdida de memoria corroboradas por un informador
2. Función cognoscitiva normal
3. No hay alteración en las actividades de la vida diaria
4. Se comprueba una afectación de la memoria: los pacientes puntúan por debajo de 1,5 desviación estándar de la medida ajustada para la edad y nivel de escolarización en los siguientes test:
  - Escala de memoria de Wechsler
  - Test de aprendizaje verbal auditivo
  - Lista de palabras del CERAD
5. No existe una demencia (o enfermedad de Alzheimer) definida por criterios DSM- IV o NINCDS-ADRA.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS**

Vamos a describir dos tipos de clasificaciones. Una de ellas está relacionada con las características clínicas predominantes, y la otra que es la más usada es la clasificación etiológica.

### **A. Clasificación por las características clínicas:**

Se puede hablar de demencia cortical o subcortical según el área cerebral donde se han producido cambios patológicos que se corresponden con los síntomas preferentes que presenta el paciente.

#### **A.1 Demencia Subcortical:**

Se caracteriza por el deterioro cognitivo que aparece por la afectación de las áreas subcorticales cerebrales: lentitud de pensamiento y de respuestas motoras, pérdida de iniciativa y espontaneidad, pérdida de memoria (más tardía que en la cortical), y alteraciones del humor (depresión, apatía o manía).

Las estructuras cerebrales que se encuentran más afectadas son el tronco cerebral, los ganglios basales, el tálamo y la proyección de éstas estructuras hacia el lóbulo frontal.

Las enfermedades que con frecuencia dan lugar a una demencia subcortical son: la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Binswanger, y la parálisis supranuclear progresiva.

#### A.2 Demencia Cortical:

Se caracteriza por la afectación de funciones que dependen del neocórtex. La sintomatología refleja alteraciones en la corteza sensorial y motora (déficit de atención, agnosias, alucinaciones y apraxias), alteraciones en el procesamiento del lenguaje (afasias), en el almacenamiento de la información (amnesias) y en la respuesta del sujeto ante el medio (comportamiento).

Por lo tanto la sintomatología más común abarca el deterioro de la memoria, tanto de aprendizaje como de evocación, la desorientación, las alteraciones del lenguaje con afasia y deterioro de la comprensión, apraxia y agnosia. Existe afectación visuoespacial, afectación del pensamiento abstracto, capacidad de juicio e introspección. No existe afectación motora importante hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Las regiones corticales más afectadas son los lóbulos frontal, temporal y parietal, y pueden distinguirse dos subtipos: frontotemporal, donde están preservadas la memoria, la orientación y las praxias, y lo que presenta son trastornos del comportamiento, y cambios de personalidad con apatía y desmotivación (demencia frontotemporal de Pick); y la temporoparietal, cuyo prototipo sería la enfermedad de Alzheimer, que se caracteriza por un trastorno precoz de memoria, desorientación y síndrome afaso-apraxo-agnósico.

#### B. Clasificación Etiológica:

Es la más empleada y reconocida en el ámbito internacional. Desde un punto de vista funcional y didáctico se pueden establecer tres categorías:

##### B.1 Demencias Degenerativas Primarias:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Pick
- Enfermedad por cuerpos de Lewy
- Enfermedad de Huntington
- Parálisis Supranuclear Progresiva
- Demencia en la Enfermedad de Parkinson.

##### B.2 Demencias Vasculares:

- Demencia por múltiples infartos



- Enfermedad vascular isquémica subcortical.

### B.3 Otras Demencias:

- Demencia asociada a enfermedades infecciosas. Ej. HIV
- Demencia asociada a enfermedades inflamatorias y autoinmunes. Ej. Lupus, encefalitis.
- Demencia asociada a factores tóxicos, metabólicos y nutricionales. Ej. demencia alcohólica, encefalopatía hepática, hipotiroidismo, demencias carenciales.

## **DEMENCIAS DEGENERATIVAS PRIMARIAS**

Se definen como un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central, aunque no se excluye que pueda afectar a otros órganos. Cada demencia tiene una topografía concreta y la anatomía patológica es variable, de tal modo que muchos procesos degenerativos se asocian a marcadores histopatológicos en las regiones afectadas (como por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer con placas neuríticas corticales).

Las causas de esta degeneración son desconocidas, aunque en los últimos años en la mayoría de ellas se están identificando formas hereditarias o factores genéticos predisponentes. Parece ser que los factores ambientales ejercen un efecto modulador sobre la expresión de la carga genética individual.

Para los fines del presente trabajo voy a referirme a las demencias degenerativas más frecuentes, y a las demencias de tipo vascular, haciendo particular hincapié en la Enfermedad de Alzheimer, por ser una de las patologías demenciales que más afecta a los adultos mayores.

## **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

Esta enfermedad debe su nombre al médico que la descubrió, Alois Alzheimer, nacido en 1864 en la ciudad de Markebrut (Baviera). Trabajó en el Hospital de Frankfurt y en la Universidad de Munich, y qué gracias a ser simultáneamente clínico e investigador y a crear una nueva técnica de tinción, pudo presentar un caso de la enfermedad en el año 1906.

Es la etiología más frecuente del deterioro cognitivo en la tercera edad y la patología neurodegenerativa más frecuente en los países desarrollados. Su inicio suele darse entre los 50 y los 60 años, y la duración de la enfermedad oscila entre 5 y 10 años, aunque hay excepciones, con cuadros de evolución más rápida y otros en los que factores protectores aún no conocidos, los cuidados y los tratamientos correctos enlentecen el desarrollo de la enfermedad.

**Epidemiología:**

Proyecciones demográficas indican que el número de sujetos dementes crecerá dramáticamente, conforme aumente el sector poblacional de más de 60 años. Nuestro país posee el 12.54% de su población por encima de 60 años estipulándose que para el año 2025 será el 16%.

La expectativa de vida en nuestro país se ha incrementado en los últimos años llegando a ser de 14.3 años a los 65 años, muy semejante a la de los EE.UU. En este país, 1 de cada 9 personas mayores de 60 y 1 de cada 5 mayores de 85 años padece una demencia, de los cuales, el 50 a 60% son cuadros degenerativos primarios tipo Alzheimer.

**Factores de Riesgo :**

1. Edad: es el factor de riesgo más importante para una demencia.
2. Sexo: varios estudios indican que la mujer presenta mayor riesgo que el hombre de padecer Enfermedad de Alzheimer.
3. Educación: el bajo nivel educativo sería un factor de riesgo tanto para la Enfermedad de Alzheimer como para la demencia en general.
4. Historia Familiar: la presencia de un antecedente de Enfermedad de Alzheimer en parientes directos (padre, madre, hermanos), incrementa 4 veces el riesgo de padecerla.

**Criterios Diagnósticos para la Enfermedad de Alzheimer (EA):**

Los criterios más utilizados para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer son los del NINCDS-ADRA (Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos, de la Comunicación y el Accidente Cerebro Vascular y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Desórdenes Relacionados).

Estos criterios definen una Enfermedad de Alzheimer Probable, Posible y Definitiva.

Enfermedad de Alzheimer Probable, incluye:

1. Demencia corroborada por la clínica, el Minimal Test (MMSE) de Folstein, o test similar y por evaluación neuropsicológica.
2. Déficit en 2 o más áreas de la cognición con empeoramiento progresivo.
3. Ausencia de perturbación de la conciencia.
4. Inicio de los síntomas entre los 40 y 90 años, más frecuente a partir de los 65 años.
5. Ausencia de desórdenes sistémicos u otras enfermedades del cerebro.

El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Probable es apoyado por:

1. Progresivo deterioro de funciones cognitivas como lenguaje, praxias y gnosias.
2. Compromiso de las actividades de la vida diaria (AVD) y trastornos conductuales.
3. Historia similar de desórdenes semejante.

4. Exámenes complementarios: Líquido Cefalorraquídeo (LCR) normal, Electroencefalograma normal o con incremento de actividad lenta, y evidencia de atrofia cerebral progresiva documentada por TAC o RMN cerebral.

Otros rasgos clínicos consistentes en el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Probable:

1. Síntomas asociados como: depresión, insomnio, incontinencia esfinteriana, delirios, alucinaciones, agresividad, desórdenes sexuales.
2. Los trastornos del apetito, pérdida de peso, signos motores (hipertonía, mioclonías, trastornos de la marcha), y convulsiones aparecen por lo general en períodos avanzados.

El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Posible se basa en:

1. Síndrome demencial en ausencia de otra enfermedad neurológica, psiquiátrica o desórdenes sistémicos capaces de generar demencia.
2. Presencia de desórdenes cerebrales o sistémicos asociados, capaces de provocar demencia, pero que no son considerados la causa del síndrome demencial actual.
3. Defecto cognitivo único y gradualmente progresivo identificado, en ausencia de otras causas posibles del síndrome demencial.

Enfermedad de Alzheimer Definitiva:

Paciente que reunió criterios clínicos de Enfermedad de Alzheimer (EA) probable, y que contó con una confirmación histopatológica de EA por biopsia o necropsia.

Con respecto a los síntomas cognitivos característicos de esta enfermedad, estas aparecerán o serán diferentes de acuerdo al estado evolutivo de la misma.

Así en los estadios iniciales, se presentan trastornos fundamentalmente de la memoria a corto plazo y en la concentración, desorientación temporoespacial, así como dificultades en la evocación. Se comienza con ligeros trastornos en la habilidad y realización de sus tareas habituales y cotidianas, así como laborales.

En el estadio intermedio de demencia moderada, es evidente el compromiso de la memoria verbal, visual, semántica y episódica.

En los estadios más avanzados, hay afectación de la memoria procedural. Aparece la dispraxia y agnosia asociadas a trastornos del lenguaje (pérdida de espontaneidad expresiva, restricción del vocabulario, fallas anómicas, perseveraciones, parafasias semánticas y fonológicas). Reemplazo del lenguaje habitual por frases agramaticales

estereotipadas y/o exclamaciones. Dificultades en el juicio, pensamiento abstracto y cálculo matemático, e inclusive en el reconocimiento a la persona que lo asiste.

En el estadio terminal de demencia severa, todas las funciones intelectuales están afectadas. Los trastornos del lenguaje se hacen más severos: palilalia, ecolalia, emisión de sonidos guturales o mutismo.

### **DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY**

Constituye la segunda causa más frecuente de todas las demencias degenerativas, después de la Enfermedad de Alzheimer. Es una entidad clínicopatológica asociada al hallazgo histológico de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral. Más frecuente en hombres que en mujeres. La edad promedio de inicio es 68 años y la duración es algo menor que en la Enfermedad de Alzheimer.

La sintomatología varía de acuerdo con la localización predominante de los cuerpos de Lewy. Se caracteriza por pérdida de neuronas y aparición de cuerpos de Lewy en la corteza, el sistema límbico, el diencefalo y el tronco encefálico.

Da lugar a un síndrome demencial que se caracteriza por afectación de las funciones ejecutivas, la memoria, la fluidez verbal y la praxis constructiva y visuoespacial. Es típica la fluctuación a lo largo de la enfermedad y el paciente llega incluso a reconocer la presencia de estos trastornos y su variabilidad.

Las alucinaciones visuales suelen presentarse en el curso de la enfermedad (hasta en el 50%), con mala respuesta a los neurolépticos. Los síntomas parkinsonianos suelen aparecer una vez establecido el deterioro cognitivo.

### **DEMENCIA FRONTOTEMPORAL O DE PICK**

Es la demencia degenerativa primaria más frecuente en adultos no ancianos, y aparece entre los 45 y 65 años. Presenta un inicio insidioso y su característica más relevante es la profunda alteración del carácter y la conducta social.

Se caracteriza por la presencia de atrofia bilateral de los lóbulos frontal y temporal junto con una degeneración del núcleo estriado.

En un estadio inicial se presentan trastornos de la personalidad, conductas antisociales (exhibicionismo, cleptomanía, etc.), y de desinhibición.

En el estadio moderado aparecen trastornos del lenguaje con anomias, estereotipias y alteraciones en la comprensión. La memoria, cálculo y orientación visuoespacial comienzan a deteriorarse.

En el estadio final se observa un severo deterioro cognitivo global, pérdida del lenguaje y mutismo. El paciente fallece por complicaciones infecciosas.

## DEMENCIA VASCULAR

Constituye hoy el segundo grupo etiológico mayor, después de las demencias degenerativas primarias. La incidencia y prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en hombres que en mujeres.

La Demencia vascular (Dv) engloba todas las formas de demencia producidas por lesiones cerebrales isquémicas o hemorrágicas, incluyendo aquellas causadas por problemas circulatorios y hemodinámicas que conducen a la isquemia-anoxia cerebral. Su importancia reside en que constituye la forma de demencia senil con mayor posibilidad de prevención y tratamiento.

En esta forma de demencia existe una amplia variedad de combinaciones de déficit cognitivos, cuya presencia depende de la localización anatómica de la lesión; es por esa razón que el perfil cognitivo de la demencia vascular en sí misma es heterogéneo, y puede adoptar formas diferentes.

Se considera que debe perderse alrededor de 50 a 100 ml de tejido cerebral para que se exteriorice un cuadro demencial.

Una guía importante para el diagnóstico de esta demencia vascular es la existencia de estrecha vinculación temporal entre un ACV confirmado y el comienzo del deterioro cognitivo. Cuanto más breve sea el lapso transcurrido entre ambos hechos, mayor será la posibilidad de que la causa de la demencia sea vascular.

Es frecuente encontrar pacientes que, a la vez que presentan algunos síntomas vasculares, también manifiestan otros compatibles con un diagnóstico probable de Enfermedad de Alzheimer.

Las neuroimágenes TAC o RMN evidencian lesiones vasculares múltiples o foco único estratégicamente localizado.

La demencia multivascular presenta un cuadro clínico en que se mezcla:

1. Deterioro cognitivo con elementos corticales y subcorticales, y
2. Elementos de compromiso neurológico focal (hemiparesia, hemianestesia, déficit de campo visual, trastorno del lenguaje, etc.).

## DETERIORO FUNCIONAL Y DEMENCIA

En toda demencia por definición, independiente de su etiología, se afectan las habilidades cognitivas, se altera la conducta y se pierde progresivamente la funcionalidad, entendiéndose por esta última aquella capacidad para cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas de diversa complejidad en la vida cotidiana.

En el último tiempo se le ha asignado mayor relevancia a este componente de la demencia, puesto que su evaluación puede ser útil para el diagnóstico precoz de la condición, para el seguimiento clínico, para evaluar el tratamiento y porque su alteración incide directamente en la calidad de vida y porque se comporta como un marcador decisivo del fenómeno de discapacidad global y progresiva que experimentarán todos los pacientes.

A partir de los rendimientos cognitivos que reflejan los test neuropsicológicos en los dementes, se debe en general, poder predecir las dificultades que una persona tendrá en las capacidades funcionales evaluadas mediante escalas de la vida diaria. No obstante, hay que tener en cuenta que el origen de la discapacidad de los pacientes dementes y ancianos puede ser de origen multifactorial y consecuencia de enfermedades sistémicas o del entorno socio familiar, aunque sea el deterioro cognitivo el factor que más contribuye a las alteraciones funcionales de la vida diaria y a la pérdida de autonomía.

Este punto es crucial si se tiene en cuenta que la alteración de la actividad funcional es un criterio diagnóstico fundamental de la demencia (DSM IV). Se requiere por tanto una gran habilidad y experiencia durante la entrevista médica a fin de determinar si la pérdida de autonomía que presenta el paciente, es debida a una patología concomitante o a un entorno proteccionista de la familia.

Los déficits en las habilidades funcionales afectarán tanto la independencia como la seguridad de los pacientes, en especial si aún están viviendo solos ya que la pérdida de función naturalmente conlleva dificultades en la comunicación, riesgo de caídas, problemas con la preparación de comidas, ingesta de medicamentos o limitaciones en las necesidades de auto cuidado básico.

Se ha establecido que los procesos patológicos demenciantes, siendo el más importante la enfermedad de Alzheimer, conducirán de manera inevitable a deterioro cognitivo y luego a limitación funcional y discapacidad global. Este componente de la demencia, la pérdida de funcionalidad, constituye en la práctica clínica la diferencia fundamental entre el concepto de deterioro cognitivo fisiológico o benigno y la demencia propiamente tal o deterioro cognitivo patológico. De esto se desprende que la prevalencia de discapacidad, en diferentes aspectos de función, es claramente mayor en sujetos diagnosticados con

demencia que en sujetos normales y también mayor que en sujetos con declinación cognitiva no demenciante.

Con respecto a esta última condición, conocida como deterioro cognitivo leve (DCL), entidad clínica considerada un estado transicional dinámico entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, se exige clásicamente para el diagnóstico de la variedad mnésica, una queja subjetiva de memoria, la constatación objetiva del defecto, cognición general normal y preservación de las actividades de la vida diaria, es decir, funcionalidad normal.

Sin embargo, últimamente se ha promovido el concepto de que los sujetos con DCL podrán reportar algunas dificultades en la funcionalidad, expresadas en pequeñas dificultades para realizar las tareas más complejas de la vida diaria. Lo habitual es que el funcionamiento se deteriore como consecuencia natural de la progresiva declinación cognitiva, de modo que la demencia en sí es reconocida como un poderoso determinante de esta discapacidad funcional; no obstante, como los pacientes portadores de demencia presentan con frecuencia diversas comorbilidades médicas, se hace difícil determinar la contribución exacta de las alteraciones mentales y físicas en la posterior pérdida de funcionalidad.

Tanto la capacidad neurocognitiva como la movilidad adecuada son considerados componentes principales de la funcionalidad y autonomía de todo adulto mayor sano. Se ha señalado que esta declinación funcional en la demencia podría estar relacionada a los diferentes factores que desembocan en el deterioro cognitivo e independiente de la sarcopenia coexistente. Es así que el deterioro funcional se comporta como un importante indicador pronóstico de discapacidad global simplemente porque va afectando la habilidad parcial o total del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales de su vida diaria.

Aunque el estado funcional y el posterior deterioro general en la enfermedad de Alzheimer (EA) han sido primariamente asociados más con la cognición, ha sido demostrado que la pérdida cognitiva y los deterioros funcionales pueden ser también dos aspectos distintos de la severidad de la demencia y que podrían requerir incluso de evaluaciones independientes. Se ha reportado inclusive, que sujetos que posteriormente van a desarrollar demencia, tienen restricciones en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) especialmente en el manejo financiero, incluso 10 años antes del diagnóstico clínico de demencia.

### EVOLUCION DE LA PERDIDA DE FUNCIONALIDAD:

La pérdida de capacidades funcionales es una característica definitiva de la enfermedad de Alzheimer, con progresión secuencial y predecible, bien correlacionada con el deterioro cognitivo según se representa en la Figura 1.

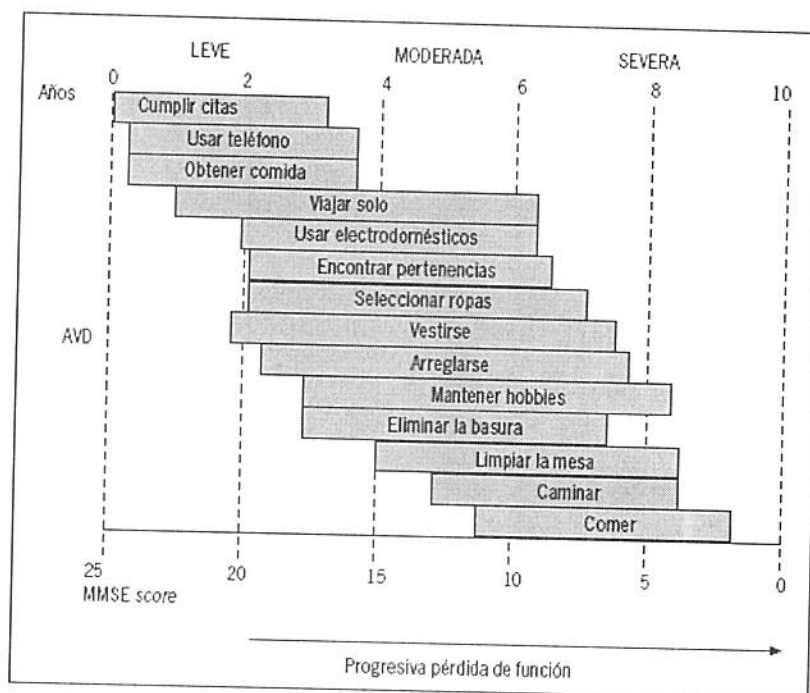


Fig. 1

Habitualmente, en la medida que declinan la memoria, el lenguaje y la habilidad de razonamiento, los pacientes pierden primero sus aptitudes instrumentales como la capacidad para tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud, el manejo de sus finanzas, la conducción de vehículos motorizados, el uso del teléfono y la ingesta de sus medicamentos. Lo importante de esta pérdida de altas funciones es que ya se traducen en discapacidad significativa del paciente, sobrecarga del cuidador, aumento de la tasa de hospitalizaciones, mayores costos económicos e incluso mortalidad. Con respecto a esto último, un estudio poblacional realizado con sujetos de entre 65 a 84 años, mostró que la discapacidad moderada en las AIVD se asoció a un incremento de dos veces en el riesgo de muerte, mientras que la discapacidad severa se asoció a un incremento del riesgo de tres veces.

Destacando el valor de la funcionalidad, tanto en el diagnóstico, evolución y tratamiento de la demencia, la Internacional Psychogeriatric Association (IPA) en un documento reciente de consenso ha señalado que “la evaluación de los deterioros funcional y ejecutivo deberían ser más prominentes en el futuro y que entre objetivos apropiados de intervención deben destacarse las actividades de la vida diaria”.

### **EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD:**

Existen escalas funcionales que puntúan específicamente para la demencia, y de cuya interpretación correcta se puede evidenciar el origen y severidad de la pérdida de la función evaluada. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como comer, asearse, ir al baño, desplazarse o vestirse, se pueden determinar mediante el índice de Katz, mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son tareas más complejas y más vulnerables a los efectos tempranos de la declinación cognitiva, como salir de compras, usar el teléfono, cocinar, organizar la casa, tomarse los medicamentos, usar medios de transporte o manejar las finanzas, se pueden medir mediante la escala de Lawton y Brody.

Diversos estudios clínicos han analizado el paralelismo existente entre el deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer y las alteraciones funcionales. Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones de los diferentes test cognitivos utilizados (MMSE, Test del reloj) y las diferentes escalas funcionales son significativas, aunque en un grado discreto-moderado (0,4 y 0,6).

Las escalas funcionales e instrumentales y básicas de la vida diaria, nos sirven para medir el impacto del deterioro cognitivo sobre la vida del paciente, y son imprescindibles para valorar el beneficio terapéutico. Los ingredientes que aportan son un valor añadido a los datos de la exploración clínica y neuropsicológica reglada, al hacer evidente el conjunto de conductas que definen al individuo con relación a sus preferencias, habilidades y competencias, que le permiten vivir de forma autónoma e independiente y ejercer su papel social.

Todas estas actividades, desde la más avanzadas hasta las más básicas se deterioran a medida que progresa la enfermedad, incidiendo de forma desigual en cada individuo y su grupo familiar, siendo valoradas con una subjetividad tan elevada por parte de los diferentes cuidadores de un mismo grupo familiar, que su manejo requiere una gran habilidad y experiencia en la entrevista clínica.

Para qué sirve evaluar cómo “funciona” una persona con demencia?

- Permite establecer una descripción inicial (basal) sobre su desempeño.
- Facilita el rastreo de problemas comunes que pudieran haber pasado inadvertidas, y que pueden derivar en una declinación física.
- Asiste en el diagnóstico de síndrome.
- Establece medidas objetivas para monitorear el curso clínico de un paciente.
- Ayuda en la construcción de un plan de rehabilitación adecuada.



La extensión y la naturaleza del deterioro deben ser consideradas. Saber qué cosas puede hacer nuestro paciente, qué soporte social tiene, y cuáles son los recursos de que dispone, posibilitará la minimización de los efectos de la incapacidad.

### **DETECCION Y DIAGNOSTICO DE LAS DEMENCIAS**

En la práctica clínica el proceso por el cual se llega al diagnóstico de demencia incluye 3 etapas (Allegri,1995):

1. Entrevista y examen clínico neurológico: se deberá hacer una evaluación neuropsicológica mínima, a fin de orientar al diagnóstico y determinar si es necesario o no seguir con los estudios.
2. Evaluación neuropsicológica extensa, que se realiza en el consultorio de neuropsicología, utilizando distintas técnicas específicas para confirmar o no la sospecha de demencia, el tipo de demencia y el estadio evolutivo.
3. Exámenes complementarios (laboratorio, neuroimágenes, etc.), que deberán ser elegidos de acuerdo a los resultados obtenidos en las etapas previas.

Los criterios internacionales actuales establecen que la presencia de deterioro cognitivo (condición diagnóstica *sine qua non*) debe ser documentada por medio de una evaluación breve del estado mental, y confirmada por una evaluación neuropsicológica abarcativa.

Estas evaluaciones breves se pueden realizar a través de las denominadas pruebas de screening, que permiten conocer de manera rápida el estado de las funciones cognitivas, y detectar alteraciones tempranas de la ocurrencia de una posible demencia, permitiendo el inicio de un tratamiento precoz y oportuno.

Dos de las pruebas más frecuentemente usadas son: El Test Minimental de Folstein (MMSE); y el Test Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). Las características de éstas técnicas han sido descritas en el Item: 1.3.a.Descripción del tipo de diseño

#### **Evaluación de las funciones ejecutivas:**

La función ejecutiva está relacionada con la capacidad de resolución de problemas. Comprende procesos como: la planificación o programación de futuras acciones, el mantenimiento de esos planes o programas "on line" hasta ser llevados a cabo, el inicio y ejecución de lo planificado, la inhibición de respuestas o acciones irrelevantes con la tarea, el automonitoreo y la regulación de la conducta, la flexibilidad cognitiva, y la toma de decisiones.

No hay un sólo test que pueda medir todas estas funciones, por ello el neuropsicólogo debe valerse de técnicas específicas estandarizadas para su evaluación.

### **Evaluación Neuropsicológica:**

Está constituida por el conjunto de métodos y técnicas que permiten definir de forma clínica (y en parte estandarizada) el estado de las funciones cognitivas de los pacientes.

En el campo de las demencias los test neuropsicológicos han mostrado ser de utilidad para: a) la detección diagnóstica precoz; b) la identificación del tipo de perfil del deterioro cognitivo; c) la determinación de la severidad (estadificación); d) la evaluación de la progresión; y e) la valoración de la eficacia de las drogas utilizadas en los pacientes. Esta evaluación brinda información cualicuantitativa, y abarca los siguientes dominios: orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, inteligencia, función ejecutiva y del lóbulo frontal, praxias, función visuoespacial y visuoconstrucción, actividades cotidianas, conducta y alteraciones afectivas.

### **Evaluación Funcional:**

El mantenimiento de la independencia y de la autonomía debería ser uno de los objetivos fundamentales en el cuidado de toda persona con demencia. La dependencia está relacionada con la incapacidad. Nagi ha definido la incapacidad como aquella situación que impide al sujeto desarrollar actividades socialmente definidas que favorezcan la vida independiente. (Nagi, 1976).

La evaluación funcional permite interpretar la capacidad del paciente para desempeñarse en la vida cotidiana, identifica las dificultades que lo limitan y con esta información desarrolla un plan de acción destinado a mantener y/o recuperar la autonomía (Salomón, 1988a, 1988b).

La valoración funcional nos brinda información acerca de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria en 3 niveles:

- a) Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): tareas destinadas al autocuidado. Comprende: Aseo personal, vestido, uso del baño, movilidad, alimentación y la continencia. Las escalas utilizadas para su evaluación son: el Índice de Katz y el Índice de Barthel.
- b) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son aquellas acciones que permiten interactuar con el medio y mantener su autonomía: utilizar el teléfono, hacer compras, manejo de dinero, limpieza y mantenimiento del hogar, cuidado de su ropa, uso de transporte. Para su evaluación se utiliza la Escala de Lawton y Brody.
- c) Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): tareas que le permiten a la persona colaborar en actividades sociales, participar en actividades recreativas, viajes, etc.

### 3. DIAGNOSTICO

El planteamiento del problema motivó la búsqueda y recolección de datos que estén relacionados con las variables implicadas en el estudio, por lo tanto la dirección de nuestros objetivos estaba dirigida principalmente al hallazgo de Demencia en los Adultos Mayores de la Institución, y al estado actual de Dependencia funcional en los mismos. Como actividad agregada se pretende conocer el soporte social de cada uno de ellos, tratando de hallar algún grado de asociación o no con su deterioro mental e incapacidad funcional.

En nuestro caso hemos realizado una primera aproximación diagnóstica de Demencia, utilizando dos de las herramientas de screening cognitiva más frecuentemente usadas como lo son: El Test Minimental MMSE y el Test ACE, con el fin de detectar alteraciones cognitivas vinculadas con la aparición de la enfermedad.

Debo aclarar que las pruebas mentales mencionadas se realizaron por separado a pesar de que el test ACE ya tiene incorporado el test MMSE, sin embargo la intención de su aplicación de esta manera, era confirmar con más fuerza los resultados del MMSE, para llegar al diagnóstico buscado. De allí que los resultados de ambos tests se muestran en forma independiente.

Con respecto al test MMSE, se administró la versión en español según las normativas para Buenos Aires de J. Butman, que consideran edad y años de educación.

El test ACE utilizado es la versión en español, que contiene en su estructura al MMSE y que para nuestra investigación tomó como punto de corte, un puntaje de 68 puntos para el diagnóstico de demencia. Esto es así debido a que la población estudiada tenía mayoritariamente menos de 7 años de estudios.

No fue posible la realización de un screening de funciones ejecutivas, así como una evaluación neuropsicológica, y de otros estudios complementarios que son de gran importancia para arribar a un diagnóstico definitivo de demencia, debido a su difícil accesibilidad en nuestro medio.

La situación de Dependencia se evaluó a través de una valoración funcional del AM en su capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) e Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Para ello se usó el Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody respectivamente.

Por último, la evaluación social del Adulto Mayor se realizó a través de la Escala de Recursos Sociales (OARS), la que se consideró como la más adecuada para su aplicación en el ámbito institucional.

Para el análisis estadístico en nuestra población de estudio se incluyó a todos los AM de la Institución (hombres y mujeres) mayores de 60 años, estratificándolos por grupos de edad, sexo y nivel educacional. El nivel educacional se tuvo en cuenta con la finalidad de elegir el punto de corte para demencia en la aplicación del test ACE.

Con respecto a los grupos de edad, estos se dividieron en categorías siguiendo la clasificación de M. W. Riley: “viejos jóvenes” de 65 a 74 años; “viejos-viejos” de 75 a 85 años; y “viejos más viejos” de 85 y más años. En nuestro caso se consideró necesario modificar los límites de edad de la categoría “viejos jóvenes”: de 60 a 74 años, a fin de incluir a la totalidad de la muestra poblacional seleccionada para el estudio.

La escolaridad considerada fue: Primaria incompleta: 0 a 6 años de educación; Primaria Completa: hasta 7 años de educación; Secundario incompleto: de 8 a 11 años de educación; Secundario completo: hasta 12 años de educación; y Superior: 13 a más años de educación.

Los diferentes test y escalas aplicadas en el estudio se fueron relacionando con las diversas variables de estratificación, con el fin de buscar resultados que consoliden y refuercen los objetivos y la problemática planteada al inicio del presente trabajo.

## GRUPOS POBLACIONALES

Del total de la población de residentes del Hogar de General Pirán que es de 46 personas, se seleccionó para el presente estudio a 43 AM mayores de 60 años: 25 (58,1%) varones y 18 (41,9%) mujeres. Otros 3 residentes no cumplían el requisito de ser mayor de 60 años. Tabla1.

**TABLA 1: GRUPOS POBLACIONALES POR SEXO**

Sexo	Numero	Porcentaje
Mujeres	18	41,9
Varones	25	58,1
Total	43	100

## GRUPOS DE EDAD

Los Adultos Mayores fueron clasificados por grupos de edad de acuerdo a edad cronológica siguiendo la clasificación de M.W.Riley: “viejos jóvenes” de 65 a 74 años; “viejos-viejos” de 75 a 85 años; y “viejos más viejos” más de 85 años. Debo aclarar que en la presente investigación la categoría de “viejos jóvenes” abarcó las edades de 60 a 74 años, a fin de integrar el total de residentes de la institución que se encontraban dentro de este grupo etáreo, y que fueron seleccionados para nuestro estudio.

El grupo etéreo predominante es el de “viejos jóvenes”: 18 (42%), le sigue el grupo de “viejos más viejos”: 13 (30%). Por último los “viejos-viejos” son 12 (28%). Tabla 2

**TABLA 2: GRUPOS ETAREOS**

Grupos de Edad	Número	Porcentaje
Viejos jóvenes (60-74)	18	42%
Viejos viejos (75-85)	12	28%
Viejos más viejos (más de 85)	13	30%
Total	43	100%

### AÑOS DE EDUCACION

Se realizó un relevamiento de los años de educación alcanzado por los residentes y se los clasificó en categorías: Primario incompleto (0 a 6 años de educación); Primario completo (hasta 7 años de educación); Secundario incompleto (8 a 11 años de educación); Secundario completo (hasta 12 años de educación); y Superior (13 a más años de educación).

El análisis en este aspecto tuvo 2 objetivos: 1º conocer el nivel de estudios de los residentes de la institución, y 2º de acuerdo a los resultados adoptar el punto de corte para demencia que se seleccionaría en la realización del Test ACE.

Se comprobó que el mayor porcentaje de los residentes: 42 (97,7%) tenían Primario incompleto. Sólo 1 (2,3%) residente alcanzó Secundario completo. Tabla 3

**TABLA 3:AÑOS DE EDUCACION**

Años de Educación	Número	Porcentaje
Primario Incompleto (0-6)	42	97,70%
Primario Completo (hasta 7 años)	0	0%
Secundario Incompleto (8-11)	0	0%
Secundario Completo (hasta 12 años)	1	2,30%
Superior (13 a mas )	0	0%
Total	43	100,00%



## VALORACION MENTAL

### EVALUACION CON TEST MINIMENTAL (MMSE) EN RESIDENTES VARONES Y MUJERES Y EN RELACION CON GRUPOS DE EDAD:

Este análisis nos muestra que el mayor porcentaje de los residentes: 21 (48,8) presentan demencia leve a moderada, a predominio de los varones: 15. En menor proporción: 13 (30,2%) presentan demencia severa, a predominio de las mujeres: 9. En 4 (9,3%) de los residentes el test fue normal, y en 3 (7,0%) fue dudoso. Sólo 2 (4,7%) presentaban demencia moderada a severa. Tabla 4 y 4a.

Según los resultados del test MMSE, demencia leve a moderada se encuentra mayormente en “viejos jóvenes” (60 a 74 años):10; y demencia severa es más frecuente en los “viejos más viejos” (más de 85 años): 5. Tabla 4b.

**TABLA 4: EVALUACION CON TEST MINIMENTAL ( MMSE) EN TOTAL DE RESIDENTES**

Evaluación según Test MMSE	Número	Porcentaje
Demencia Severa ( 0 – 5 )	13	30,20%
Demencia moderada a severa ( 6 – 9 )	2	4,70%
Demencia leve a moderada ( 10- 24)	21	48,80%
Dudoso (25 - 26 )	3	7,00%
Normal ( 27- 30 )	4	9,30%
Total	43	100,00%

**TABLA 4a :EVALUACION CON TEST MINIMENTAL(MMSE) EN RESIDENTES VARONES Y MUJERES**

Evaluación según Test MMSE	Sexo		Total
	Mujeres	Varones	
Demencia severa ( 0 – 5 )	9	4	13%
Demencia moderada a severa ( 6 – 9 )	1	1	2%
Demencia leve a moderada ( 10- 24)	6	15	21%
Dudoso (25 – 26 )	1	2	3%
Normal ( 27- 30 )	1	3	4%
Total	18	25	43%

**TABLA 4b: EVALUACION CON TEST MENIMENTAL (MMSE)  
POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Test MMSE ( 30/30) Puntaje					Total
	Demencia Severa (0-5)	Demencia Moderada a Severa (6-.9)	Demencia Leve a moderada (10-24)	Dudoso (25-26)	Normal (27-30)	
Viejos jóvenes (60-74)	4	0	10	2	2	18
Viejos viejos (75-85)	4	0	5	1	2	12
Viejos más viejos (más de 85)	5	2	6	0	0	13
<b>Total</b>	13	2	21	3	4	43

**EVALUACION CON TEST ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION (ACE) EN RESIDENTES VARONES Y MUJERES Y EN RELACION CON GRUPOS DE EDAD:**

De acuerdo al punte de corte seleccionado para el test ACE: 68 (por ser una población mayoritaria con menos de 7 años de educación), 34 (79,1%) de los residentes presentarían demencia en esta prueba, a predominio de los varones: 20. En 9 (20,9%) el test fue normal, a predominio de los varones: 5. Tabla 5 y Tabla 5a.

Según este test, el mayor número de casos de demencia se encontraría en los “viejos más viejos” (más de 85 años): 13; seguido de los “viejos jóvenes” (60 a 74 años): 12. Tabla 5b.

**TABLA 5: EVALUACION CON TEST ACE EN  
TOTAL DE RESIDENTES**

Evaluación según Test ACE	Número	Porcentaje
Demencia ( 0 – 68 )	34	79,10%
Normal (68 – más )	9	20,90%
<b>Total</b>	43	100,00%

**TABLA 5a: EVALUACION CON TEST ACE  
EN RESIDENTE VARONES Y MUJERES**

Evaluación según Test ACE	Sexo		Total
	Mujeres	Varones	
Demencia ( 0 – 68 )	14	20	34
Normal ( 69 – más )	4	5	9
<b>Total</b>	18	25	43

**TABLA 5b: EVALUACION CON TEST ACE POR GRUPO DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Test ACE (100/100) Puntaje		Total
	Demencia (0-68)	Normal (69-100)	
Viejos jóvenes (60-74)	12	6	18
Viejos viejos (75-85)	9	3	12
Viejos más viejos (más de 85)	13	0	13
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>9</b>	<b>43</b>

### **EVALUACION FUNCIONAL**

#### **EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) SEGÚN INDICE DE KATZ:**

El análisis en este aspecto nos muestra que existiría una alta prevalencia de residentes: 10 (23,3%) que son dependientes en todas las actividades, a predominio de mujeres:7; seguidos en menor número: 9 (20,9%) que son independientes en todas las actividades, a predominio de los varones: 8. En una menor proporción : 8 (18,6%) residentes (4 varones y 4 mujeres) serían dependientes en hasta 5 funciones; y 7 (16,3%) serían dependientes en una actividad, en su mayoría varones: 4. Las proporciones son menores en los residentes que son dependientes en 2, 3 y hasta 4 actividades. Tabla 6 y Tabla 6a.

La mayor prevalencia de dependencia total en ABVD se da en los “viejos-viejos” (75 a 85 años) y “viejos más viejos” (más de 85 años). En cambio, la independencia en todas las funciones se ve mayormente en los “viejos jóvenes” (60 a 74 años). Tabla 6b.



**TABLA 6: EVALUACION FUNCIONAL DE ABVD SEGÚN INDICE DE KATZ EN TOTAL DE RESIDENTES**

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Numero	Porcentaje
Independiente en todas las actividades	9	20,90%
Dependiente en una actividad	7	16,30%
Dependiente en el baño y otra actividad	3	7,00%
Dependiente en baño, vestido y otra más	2	4,70%
Dependiente en baño, vestido ,retrete y otra más	4	9,30%
Dependiente en baño, vestido retrete, transferencia y otra más	8	18,60%
Dependiente en todas las Actividades	10	23,30%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>10,00%</b>

**TABLA 6a: EVALUACION FUNCIONAL DE ABVD SEGÚN INDICE KATZ EN VARONES Y MUJERES**

Sexo	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)							Total
	Independiente en todas las actividades	Dependiente en una actividad	Dependiente en el baño y otra actividad	Dependiente en baño, vestido y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete y otra mas	Dependiente en baño, vestido retrete , Transferencia y otra más	Dependiente en todas las actividades	
<b>Mujeres</b>	1	3	0	0	3	4	7	18
<b>Varones</b>	8	4	3	2	1	4	3	25
<b>Total</b>	9	7	3	2	4	8	10	43

**TABLA 6b: EVALUACION FUNCIONAL DE ABVD SEGÚN INDICE DE KATZ POR GRUPOS DE EDAD**

Grupos De Edad	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)							Total
	Independiente en todas actividades	Dependiente en una Actividad	Dependiente en el baño y otra actividad	Dependiente en baño, vestido y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete ,transferencia y otra más	Dependiente en todas las actividades	
<b>Viejos Jóvenes (60 – 74)</b>	6	4	1	1	0	4	2	18
<b>Viejos Viejos (75 – 85)</b>	2	2	0	0	1	3	4	12
<b>Viejos más viejos (más de 85 años)</b>	1	1	2	1	3	1	4	13
<b>Total</b>	9	7	3	2	4	8	10	43

**EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) SEGÚN INDICE DE KATZ, EN RELACION CON RENDIMIENTO EN EL TEST MINIMENTAL (MMSE).**

Esta evaluación nos muestra que de los 13 residentes con demencia severa, el mayor número de ellos: 8, son dependientes en todas las actividades. De los 21 residentes con demencia leve a moderada, 6 son dependientes en una actividad, 6 son dependientes en 5 actividades, y 5 son independientes en todas las actividades; 2 son dependientes en 2 actividades y sólo 1 es dependiente en 3 actividades. En aquellos que el test MMSE fue normal, 3 residentes son independientes en todas las actividades, y uno sólo es dependiente en una función. Tabla 7

**TABLA 7: EVALUACION FUNCIONAL ABVD SEGÚN INDICE DE KATZ EN RELACION CON TEST MMSE**

Evaluación Con Test MMSE	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)							Total
	Independiente en todas las Actividades	Dependiente en una actividad	Dependiente en el baño y otra actividad	Dependiente en baño, vestido y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete transferencia y otra más	Dependiente en todas las actividades	
Demencia severa (0 – 5)	0	0	0	1	3	1	8	13
Demencia moderada a severa (6 – 9)	0	0	0	0	1	0	1	2
Demencia leve a moderada (10 – 24)	5	6	2	1	0	6	1	21
Dudoso (25 – 26)	1	0	1	0	0	1	0	3
Normal (27 – 30)	3	1	0	0	0	0	0	4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>43</b>

**EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) SEGÚN INDICE DE KATZ, EN RELACION CON EL RENDIMIENTO EN EL TEST ACE.**

Del total de residentes con demencia: 34 (79,1%) según el test ACE (rendimiento de 0 a 68 puntos), encontramos un mayor número de ellos: 10 que son dependientes en todas las

actividades. En menor proporción: 6 son dependientes en hasta 5 funciones, y 6 son independientes en todas sus funciones. Los demás residentes en esta categoría, son dependientes en 1 a 4 actividades. De los 9 (20,9%) residentes con rendimiento normal en el test ACE (69 a 100 puntos), 3 son independientes en todas sus funciones, 3 son dependientes en una actividad, 1 sólo es dependiente en 2 actividades y 2 son dependientes en 5 actividades. Tabla 8

**TABLA 8: EVALUACION FUNCIONAL ABVD SEGÚN INDICE DE KATZ EN RELACION CON TEST ACE**

Evaluación con Test ACE	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)							Total
	Independiente en todas las Actividades	Dependiente en una actividad	Dependiente en el Baño y otra actividad	Dependiente en baño, vestido y otra más	Dependiente en baño, vestido ,retrete y otra más	Dependiente en baño, vestido retrete , Transferencia y otra más	Dependiente en todas las actividades	
Demencia ( 0 – 68 )	6	4	2	2	4	6	10	34
Normal ( 69 – 100 )	3	3	1	0	0	2	0	9
<b>Total</b>	9	7	3	2	4	8	10	43

**EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY.**

Según esta medición, el mayor porcentaje de residentes: 25 (58,1%) serían semidependientes en las AIVD, a predominio de varones: 17. En menor número: 16 (37,2%) de los residentes serían dependientes totales, a predominio de las mujeres: 10. Sólo 2 (4,7%) serían autoválidos en sus AIVD y son varones. Tabla 9 y Tabla 9a

Se observa una mayor prevalencia de semidependencia en las AIVD en los “viejos jóvenes” (60 a 74 años), y una mayor prevalencia de dependencia total en las AIVD en los “viejos más viejos” (más de 85 años). Tabla 9b.

**TABLA 9: EVALUACION FUNCIONAL DE AIVD SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN TOTAL DE RESIDENTES**

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD )	Numero	Porcentaje
Dependiente total ( 0 )	16	37,20%
Semidependiente (0-7)	25	58,10%
Autovalido ( 8 )	2	4,70%
<b>Total</b>	43	100,00%

**TABLA 9a EVALUACION FUNCIONAL DE AIVD SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN VARONES Y MUJERES**

Sexo	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			Total
	Dependiente total (0)	Semidependiente (0 - 7)	Autovalido (8)	
Mujeres	10	8	0	18
Varones	6	17	2	25
Total	16	25	2	43

**TABLA 9b: EVALUACION FUNCIONAL DE AIVD SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY POR GRUPOS DE EDAD**

Grupos De Edad	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			Total
	Dependiente Total (0)	Semidependiente (0 - 7)	Autovalido (8)	
Viejos Jóvenes (60-74)	3	14	1	18
Viejos Viejos (75-85)	5	6	1	12
Viejos mas Viejos (mas de 85)	8	5	0	13
Total	16	25	2	43

**EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY, EN RELACION CON RENDIMIENTO EN EL TEST MINIMENTAL (MMSE):**

El análisis de esta relación nos muestra que de 21 residentes con demencia leve a moderada según el test MMSE, 18 son semidependientes en las AIVD; y del total de residentes con demencia severa: 13 según el test MMSE, 12 son dependientes totales en sus AIVD. Los únicos 2 residentes que presentan demencia moderada a severa son dependientes totales. Tabla 10

**TABLA 10: EVALUACION FUNCIONAL DE AIVD SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN RELACION CON TEST MMSE**

Evaluación con Test MMSE	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			Total
	Dependiente Total (0)	Semidependiente (0 - 7)	Autovalido (8)	
Demencia Severa (0 - 5)	12	1	0	13
Demencia moderada a severa (6 - 9)	2	0	0	2
Demencia leve a moderada (10 - 24)	2	18	1	21
Dudoso (25 - 26)	0	3	0	3
Normal (27 - 30)	0	3	1	4
Total	16	25	2	43

**EVALUACION FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY, EN RELACION CON EL RENDIMIENTO EN EL TEST ACE:**

Del total de residentes con demencia: 34 (79,1%) según el test ACE (Puntaje 0-68), la mayoría de ellos: 17 son semidependientes en las AIVD, le siguen 16 de ellos que son dependientes totales, y sólo 1 residente en esta categoría es autoválido en las AIVD. De los 9 (20,9%) residentes con test ACE normal (Puntaje 69-100), 8 son semidependientes en las AIVD, y sólo 1 persona es autoválida en estas actividades. Tabla 11

**TABLA 11: EVALUACION FUNCIONAL DE AIVD SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN RELACION CON EL TEST ACE**

Evaluación Con Test ACE	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			Total
	Dependiente total ( 0 )	Semidependiente ( 0 - 7 )	Autovalido ( 8 )	
Demencia (0 -68)	16	17	1	34
Normal (69-100)	0	8	1	9
Total	16	25	2	43

**VALORACION SOCIAL**

**EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978) .**

Según esta Escala, del total de residentes evaluados, el mayor porcentaje: 12 (27,9%) tendrían Buenos Recursos Sociales (BRS) a predominio de los “viejos jóvenes” (60 a 74 años): 7 ; en menor número: 9 (20,9%) tendrían Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD) a predominio de los “viejos-viejos” (75 a 85 años): 5 ; y 7 (16,3%) contarían con Excelentes Recursos Sociales (ERS), todos a predominio de los “viejos más viejos” (más de 85 años). Los demás residentes mostraron recursos sociales desde Bastante a Totalmente Deteriorados. Tabla 12. Tabla 12a.



**TABLA 12: EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) EN TOTAL DE RESIDENTES**

Escala de Recursos Sociales (OARS)	Número	Porcentaje
Excelentes Recursos Sociales	7	16,30%
Buenos Recursos Sociales	12	27,90%
Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	9	20,90%
Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	5	11,60%
Recursos Sociales Bastante Deteriorados	4	9,30%
Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	6	14,00%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

**TABLA 12ª: EVALUACION DE RECURSO SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES ( OARS) POR GRUPOS DE EDAD**

Grupos De Edad	Escala de Recursos Sociales (OARS)						Total
	Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	
Viejos Jóvenes ( 60 a 74 )	1	7	3	2	3	4	19
Viejos Viejos (75 a 85 )	1	3	5	2	5	0	12
Viejos más Viejos (más de 85 )	5	2	1	1	1	2	12
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>43</b>

**EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) EN RELACION CON RENDIMIENTO EN EL TEST MINIMENTAL (MMSE):**

Este análisis nos muestra que del total de residentes con demencia leve a moderada, 7 tienen Buenos Recursos Sociales (BRS); en menor proporción 4 de ellos presentan Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD); 4 poseen Recursos Sociales

Moderadamente Deteriorados (RSMD) y 3 poseen Recursos Sociales Bastante Deteriorados (RSBD). Del total de residentes con demencia severa, la mayoría de ellos: 5 poseen Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD); en menor número 3 poseen Buenos Recursos Sociales (BRS) y 3 poseen Recursos Sociales Totalmente Deteriorados (RSTD). Tabla 13

**TABLA 13: EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES( OARS) EN RELACION CON RENDIMIENTO EN EL TEST MMSE**

Evaluación Con Test MMSE	Escala de Recursos Sociales (OARS)						Total
	Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	
Demencia Severa ( 0 – 5 )	2	3	5	0	0	3	13
Demencia Moderada a Severa ( 6 – 9 )	2	0	0	0	0	0	2
Demencia Leve a Moderada ( 10 – 24 )	2	7	4	4	3	1	21
Dudoso ( 25 – 26 )	0	0	0	1	1	1	3
Normal ( 27 – 30 )	1	2	0	0	0	1	4
<b>Total</b>	7	12	9	5	4	6	43

**EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) EN RELACION CON RENDIMIENTO EN EL TEST ACE:**

Del total de residentes con demencia: 34 según el test ACE (Puntaje 0-68), el mayor número de ellos: 9 poseen Buenos Recursos Sociales (BRS), y también 9 tienen Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD). En menor proporción, 6 cuentan con Excelentes Recursos Sociales (ERS) y 5 tienen Recursos Sociales Totalmente Deteriorados (RSTD). De los residentes con test ACE normal (Puntaje 69-100) en su mayoría 3 tienen Buenos Recursos Sociales (BRS), y 3 cuentan con Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados (RSMD). Tabla 14

**TABLA 14: EVALUACION DE RECURSOS SOCIALES SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES ( OARS)EN RELACION CON RENDIMIENTO EN TEST ACE**

Evaluación Con Test ACE	Escala de Recursos Sociales (OARS)						Total
	Excelentes Recursos Sociales	Buenos Recursos Sociales	Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	Recursos Sociales Bastante Deteriorados	Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	
Demencia ( 0-68)	6	9	9	2	3	5	34
Normal ( 69-100)	1	3	0	3	1	1	9
<b>Total</b>	7	12	9	5	4	6	43

**EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) SEGÚN INDICE DE KATZ EN RELACION CON RECURSOS SOCIALES DE LOS RESIDENTES:**

La evaluación en este aspecto nos muestra que de todos los residentes que tienen Buenos Recursos Sociales (BRS), en su mayoría: 3 son independientes en todas las ABVD; en menor proporción 2 son dependientes en hasta 5 ABVD y 2 son dependientes en todas las ABVD. Aquellos residentes con Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD) muestran predominantemente dependencia total en todas las ABVD: 4; le siguen en menor proporción: 3 que son dependientes en hasta 5 ABVD y 2 residentes que son dependientes en una sola ABVD. De los residentes que tienen Excelentes Recursos Sociales (ERS), la mayoría: 3 son dependientes en todas las ABVD, y en menor número: 2 de ellos son dependientes en una sola ABVD. Tabla 15

**TABLA 15: EVALUACION DE ABVD SEGÚN INDICE DE KATZ EN RELACION CON RECURSOS SOCIALES DE LOS RESIDENTES**

Escala de Recursos Sociales (OARS)	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)							Total
	Independiente En todas las actividades	Dependiente en una actividad	Dependiente en el baño y otra actividad	Dependiente en baño, baño vestido y otra más	Dependiente en baño, vestido, retrete y otra más	Dependiente en baño, vestido retrete, transferencia y otra más	Dependiente en todas las Actividades	
Excelentes Recursos Sociales	0	2	0	0	1	1	3	7
Buenos Recursos Sociales	3	1	1	2	1	2	2	12
Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	0	2	0	0	0	3	4	9
Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	1	2	0	0	0	2	0	5
Recursos Sociales Bastante Deteriorados	3	0	1	0	0	0	0	4
Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	2	0	1	0	2	0	1	6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>43</b>

**EVALUACION DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) SEGÚN ESCALA DE LAWTON Y BRODY, EN RELACION CON RECURSOS SOCIALES DE LOS RESIDENTES:**

Este análisis nos muestra que la mayoría de los residentes que poseen Buenos Recursos Sociales (BRS): 9, son semidependientes en las AIVD; y sólo 2 son dependientes totales en las AIVD. Aquellos que tienen Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD) son mayormente dependientes totales:5 y en menor proporción son semidependientes: 4 en las AIVD. De los residentes con Excelentes Recursos Sociales (ERS), la mayoría son dependientes totales:5, en tanto que sólo 2 son semidependientes en las AIVD. Tabla 16



**TABLA 16: EVALUACION DE AIVD SEGÚN ESÇALA DE LAWTON Y BRODY EN RELACION CON RECURSOS SOCIALES DE LOS RESIDENTES**

Escala de Recursos Sociales (OARS)	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			Total
	Dependiente total ( 0 )	Semidependiente ( 0 - 7 )	Autovalido ( 8 )	
Excelentes Recursos Sociales	5	2	0	7
Buenos Recursos Sociales	2	9	1	12
Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados	5	4	0	9
Recursos Sociales Moderadamente Deteriorados	1	4	0	5
Recursos Sociales Bastante Deteriorados	0	3	1	4
Recursos Sociales Totalmente Deteriorados	3	3	0	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>43</b>

### ANALISIS DE RESULTADOS

La población de estudio estuvo constituida por 43 residentes todos mayores de 60 años, compuesta por 25 (58,1%) varones y 18 (41,9%) mujeres; con un grupo etáreo predominante de “viejos jóvenes” (60 a 74 años): 18 (42%). El nivel de escolaridad alcanzado mayormente fue Primario incompleto (0 a 6 años de educación), que se reportó en 42 residentes (97,7%).

La evaluación mental a través del test Minimental (MMSE) nos demostró una alta proporción de residentes: 21 (48,8%) con demencia leve a moderada (puntaje 10-24) a predominio de los varones: 15 y del grupo etáreo de “viejos jóvenes”(60 a 74 años): 10. Seguido de un menor número de residentes con demencia severa (puntaje 0-5): 13 (30,2%) a predominio de las mujeres: 9 y del grupo etáreo “viejos más viejos” (más de 85 años):5. La evaluación mental con el test ACE nos muestra un alto porcentaje de residentes con demencia (puntaje 0-68): 34 (79,1%) con un alto dominio de los varones: 20, y del grupo etáreo “viejos más viejos”: 13.

La evaluación funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) nos muestra una alta proporción de residentes que son dependientes en todas las actividades y dependientes en hasta 5 actividades: 10 y 8 respectivamente, con un alto predominio de las mujeres en el primer caso. Esta alta dependencia total y en la mayoría de las funciones básicas de la vida diaria, se muestra predominante en los “viejos-viejos” (75 a 85 años) y “viejos más viejos” (más de 85 años); y en los residentes con demencia severa y demencia

leve a moderada (en relación con el rendimiento con el test MMSE); y en aquellos residentes con demencia, que puntuaban por debajo de los 68 puntos según el test ACE.

La independencia en todas las ABVD y la dependencia en menos funciones se han mostrado en menor proporción en los “viejos jóvenes” (60 a 74 años) y en ambas categorías de demencia. Aquellos con test MSSE normal son mayormente independientes en las ABVD.

Al evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) nos encontramos con una alta proporción de residentes: 25 (58,1%) que son semidependientes, en su mayoría varones y “viejos jóvenes” (60 a 74 años); seguido de un menor porcentaje de ellos 16 (37,2%) que son dependientes totales, mayormente mujeres y del grupo etéreo “viejos más viejos” (más de 85 años). En una relación con el rendimiento en el test MMSE vemos que la mayor prevalencia de semidependencia y de dependencia total se da en aquellos residentes con demencia leve a moderada y con demencia severa respectivamente. En relación con el rendimiento en el test ACE, se da una situación parecida a la anterior, con una mayor prevalencia de semidependencia: 17 casos; y una proporción menor de dependencia total: 16 casos en aquellos residentes con demencia según este último test. La semidependencia fue predominante en aquellos residentes con test MMSE y test ACE normal.

En lo que se refiere a la valoración social, la aplicación de la Escala OARS nos aportó un predominio de la categoría “Buenos Recursos Sociales” (BRS) en 12 (27,9%) de los residentes, seguido de las categorías “Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados” en 9 (20,9%) residentes, y “Excelentes Recursos Sociales” en 7 (16,3%) residentes como los más relevantes. En cada una de estas categorías prevalecieron grupos etéreos diferentes: “viejos jóvenes”, “viejos-viejos” y “viejos más viejos” respectivamente.

En los residentes con demencia leve a moderada y demencia severa (según test MMSE), hubo un predominio de “Buenos Recursos Sociales” y “Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados” respectivamente. Estas 2 categorías predominaron también en aquellos residentes con demencia (según test ACE). Los residentes con evaluación mental normal mostraron mayormente “Buenos Recursos Sociales”.

Por último, al relacionar recursos sociales con la capacidad funcional de los residentes, nos encontramos con que aquellos que cuentan con Buenos Recursos Sociales, son mayormente independientes en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y mayormente semidependientes en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD); observándose además un menor número de dependientes totales y de dependientes hasta en 5 actividades básicas de la vida diaria. Los que poseen Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados son en su mayoría dependientes totales en las ABVD y

AIVD; y en menor proporción son dependientes hasta en 5 actividades básicas de la vida diaria. La dependencia total en las ABVD y en las AIVD también es predominante en aquellos residentes con Excelentes Recursos Sociales.

## RESUMEN DEL DIAGNOSTICO

El estudio realizado en el Hogar de AM de General Pirán en el período Marzo 2009 a Agosto 2009, se concentró en una muestra de 43 residentes todos mayores de 60 años, compuesta en su gran mayoría por varones y con un grupo etáreo dominante de “viejos jóvenes” (60 a 74 años). El nivel de escolaridad predominante no superó los 6 años de estudios prevaleciendo en el 97,7% de los residentes.

Existiría una alta proporción de residentes con demencia (corroborado por la evaluación mental con ambos test: MMSE y ACE), más evidente en varones y con mayor incidencia en el grupo de edad de “viejos más viejos” (más de 85 años). Los casos de demencia severa se observaron frecuentemente en mujeres.

La prevalencia de dependencia total y de dependencia en hasta 5 Actividades Básicas de la Vida Diaria, es alta, y se observa mayormente en los residentes con demencia, particularmente en aquellos con demencia severa.

También es alta la proporción de residentes que son semidependientes y dependientes totales en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, siendo mayor en aquellos con demencia. La dependencia total en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria es frecuente en los casos con demencia severa. La dependencia total en las ABVD y AIVD es mayor en los residentes del grupo de edad “viejos más viejos” (más de 85 años).

En el aspecto social ha sido notoria la prevalencia de Buenos Recursos Sociales en la mayoría de los residentes, tanto en aquellos con diagnóstico de demencia, como en aquellos con test de evaluación mental normal. Los residentes con Buenos Recursos Sociales se han mostrado mayormente independientes en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y semidependientes en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. No así en aquellos con Excelentes Recursos Sociales y Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados donde ha sido frecuente la alta dependencia y dependencia total en las ABVD y en las AIVD.

La valoración mental, funcional y social realizada en la institución nos revelaría por lo tanto:

- a. Una alta incidencia de residentes con demencia, a predominio del grupo etáreo de mayores de 85 años.

- b. Mayor prevalencia de alta dependencia y de dependencia total en las Actividades Básicas de la Vida Diaria e Instrumentales de la Vida Diaria, en los residentes con demencia y en el grupo de edad de mayores de 85 años.
- c. Presencia mayoritaria de Buenos Recursos Sociales en los residentes con y sin demencia, y que conservan buena capacidad funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- d. Predominio de Excelentes Recursos Sociales en los residentes con dependencia total en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

El haber investigado el nivel educativo de los residentes con fines de la evaluación mental (asignación del punto de corte para demencia, en el test ACE), nos reveló la baja educación alcanzada en el 97,7% de ellos (menos de 6 años de estudios); y que podría tener relación con la alta incidencia de demencia encontrada, como lo han demostrado otros trabajos de investigación al respecto.

La decisión de realizar una valorización social de los residentes en este trabajo, se tomo con el objetivo de querer conocer el soporte social de cada uno de ellos y de encontrar algún grado de relación con su estado cognitivo y capacidad funcional actual.

Por último debo aclarar qué al margen de cumplir con el objetivo planteado en el presente estudio, no se debe dejar de tener en cuenta qué las deficiencias funcionales hoy encontradas en los residentes con demencia, pueden ser atribuibles a su patología mental, pero también pueden tener relación con otras enfermedades asociadas y con la terapéutica de cada uno de ellos (Ej. Depresión, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedad de Parkinson, Artrosis, etc.), entidades hoy presentes y que merecen ser estudiadas como comorbilidad y como causa de incapacidad funcional en los Adultos Mayores.

#### **4. PROPUESTA DE INTERVENCION**

##### **4.1 SINTESIS DEL PROBLEMA:**

La demencia es el deterioro de la función intelectual respecto de un estado previo conocido o estimado, que interfiere con las actividades de la vida diaria y es independiente del nivel de conciencia del paciente. Su prevalencia e incidencia depende de la distribución etárea de la población y se incrementa con la edad.

Los resultados de mi investigación exteriorizan la alta incidencia de residentes con una aproximación diagnóstica de demencia, de acuerdo con las pruebas de screening efectuadas, predominante en los mayores de 85 años, y asociado a su vez a un bajo nivel educativo.

Se necesitaría de una profundización complementaria en las evaluaciones realizadas, para arribar a una certeza diagnóstica y de ser factible al tipo de enfermedad demencial. Entre estos estudios figuran: evaluaciones neuropsicológicas, análisis bioquímicos, TAC cerebral, RNM cerebral y otros de mayor complejidad.

Relacionado con la demencia se ha encontrado en los residentes altos y diversos grados de dependencia y de dependencia total, que asociada a otras enfermedades prevalentes, los incapacita física y funcionalmente para la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La presencia mayoritaria de Buenos Recursos Sociales (BRS) en los residentes con poca afectación en las capacidades funcionales, y con patología demencial y sin ella, hace pensar en una influencia positiva de las redes de apoyo sociales en el sostenimiento de una mejor calidad de vida de los AM dentro de la institución. Sin embargo, en una minoría de casos se encontró residentes con Excelentes Recursos Sociales (ERS) y Recursos Sociales Ligeramente Deteriorados (RSLD), afectados de patología demencial y dependencia funcional total, que podría explicarnos una relación no directa entre el buen soporte social y la salud mental y funcional del AM institucionalizado.

Explicado de esta manera, la problemática planteada como resultado de mi investigación, genera una respuesta institucional abarcativa e integral, acorde a las necesidades del Adulto Mayor afectado en su calidad de vida. Se requiere por lo tanto una urgente intervención a través de propuestas amplias, eficaces y eficientes, que aseguren una fuerte participación en lo referente a prevención, asistencia y rehabilitación del AM con demencia y afectación de sus capacidades funcionales.

## **4.2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- a. Mejorar el estado de salud mental, física, funcional y social del residente con demencia, mediante acciones de asistencia y rehabilitación, a través de una intervención terapéutica integral, dirigida a detener el avance de la enfermedad, mejorar las capacidades existentes y mantener una mejor calidad de vida.
- b. Disminuir la incidencia de demencia y sus secuelas funcionales en el AM institucionalizado, mediante acciones de prevención y de auto cuidado, dirigidas a evitar las implicancias físicas, psíquicas y sociales, que repercuten en el paciente, su familia y el entorno que lo rodea.



### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a. Asegurar la asistencia y rehabilitación de los AM con demencia, a través de estrategias terapéuticas de abordaje en los diferentes grados de la enfermedad, no solamente encaminado a lo psíquico sino también a lo funcional y físico.
- b. Prevenir la aparición de la enfermedad demencial y de las discapacidades funcionales relacionadas, identificando factores de riesgo y realizando acciones de detección precoz para un oportuno abordaje de las mismas.
- c. Promover acciones tendientes a mejorar hábitos, estilos de vida, costumbres e interrelaciones sociales, favoreciendo condiciones sociales y de salud integral óptimas.
- d. Promover el establecimiento y optimización de redes sociales de apoyo familiar e institucional con destino al residente enfermo, a fin de dotarlo de recursos sociales que favorezcan su recuperación psíquica y funcional, así como la interrelación con el entorno.
- e. Estimular y promover la participación de la familia, cuidadores y personal de la institución, en las actividades tendientes a favorecer una interacción apropiada entre el residente con demencia y su entorno.
- f. Desarrollar actividades de difusión, formación y capacitación comunitaria e institucional en lo referente al tema de la demencia, con el fin de aportar conocimiento, información y los recursos necesarios que lleven a una mejor comprensión y asistencia de la enfermedad, y que garanticen una relación armónica y adecuada del entorno con el sujeto demente.
- g. Facilitar una adecuación ambiental del AM con demencia a través de acciones tendientes a mejorar el entorno físico en el que vive, y que permitan un rendimiento acorde con sus capacidades.

### **4.3 ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR.**

Las estrategias a llevar a cabo para el cumplimiento de los objetivos propuestos están incluidas en las denominadas: Acciones de Prevención, las cuales pueden ser:

- a) Acciones de Prevención a Nivel Primario:
  - Promoción de la salud (acciones sobre la persona)
  - Protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente)
- b) Acciones de Prevención a Nivel Secundario:
  - Valoración Geriátrica Integral
- c) Acciones de Prevención a Nivel Terciario:
  - Acciones para el AM con demencia y dependencia funcional.
  - Acciones para el personal de la institución y familia.

#### **4.4 PROCEDIMIENTOS ESTRATEGICOS: DESCRIPCION:**

Sabido es que el diagnóstico de demencia tiene implicancias y repercusiones profundas para el paciente y su familia. El grado de severidad y progreso de la enfermedad dependerá de cada persona, dado que cada persona es única. Por lo tanto no hay un único modelo de abordaje de las demencias.

Es así que debido a la diversidad del proceso y de los pacientes, hay que diseñar un modo de trabajo diferente para cada uno de ellos y sus familias. Independientemente de la psicoterapia, existen otras estrategias no farmacológicas con efectos benéficos para el paciente y su familia. El objetivo de estas intervenciones es mejorar la capacidad funcional y cognitiva del paciente con deterioro cognitivo, mejorar los estados de ánimo y las relaciones con la familia, así como la sobrecarga de la familia y el cuidador.

El diseño de las estrategias seleccionadas para trabajar en la Institución se basa en la problemática planteada, los resultados obtenidos en la investigación, y los objetivos de la propuesta de intervención. Algunas de las actividades a desarrollar han sido englobadas dentro de los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, ya que se consideran todas ellas acciones dirigidas no solamente al residente con demencia, sino también al residente sin esta patología, pero que en definitiva tienden a mejorar y elevar el nivel de salud y la calidad de vida del Adulto Mayor.

A continuación pasaré a una breve descripción de las mismas:

##### **4.4.1. ACCIONES EN EL NIVEL PRIMARIO DE PREVENCION:**

Están destinadas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad. Se actúa durante la fase pre-patogénica (de incubación) modificando los factores de riesgo o previniendo la acción del agente etiológico. Estas acciones son de dos clases: Promoción de la salud (acciones sobre la persona), y Protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente).

Acciones a realizar:

A. De promoción:

- Fomentar cambios de hábitos perjudiciales y estilos de vida más sanos a través de Técnicas educativas con contenidos didácticos fácilmente comprensibles por el AM.
- Desarrollar actividades educativas a través de charlas y medios audiovisuales que destaquen la importancia de la prevención de enfermedades frecuentes en el AM. Ej: Demencia, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Depresión, Disfunción tiroidea, Enfermedades osteomusculares, etc.

- Realizar acciones educativas a través de cursos de capacitación o charlas informativas, dirigidas al personal de la institución y cuidadores informales, en temas específicos relacionados con la demencia y el modo de interactuar con el AM enfermo.
- Fomentar el desarrollo de actividades culturales recreativas, artesanales y la práctica del ejercicio físico acorde a las capacidades del AM.
- Realizar reuniones periódicas con el personal de la institución, cuidadores informales y familiares de los residentes, con la finalidad de intercambiar información relativa a actitudes y comportamiento del AM, y que puedan alertarnos de la presencia de disfunción psíquica, física o social.
- Promover la participación de los residentes en reuniones periódicas, con fines de información, así como de conocer inquietudes y demandas que pueden influir en su estado de salud y confort ambiental.

#### B. De protección:

- Eliminar barreras arquitectónicas en el interior de la residencia a fin de prevenir riesgo de caídas y evitar daños a la salud, especialmente del AM con deterioro cognitivo o con algún grado de dependencia funcional.
- Adoptar medidas de seguridad en los diferentes ambientes de la residencia, que permitan una protección de la integridad física del AM y particularmente de aquel con una enfermedad demencial.

#### 4.4.2. ACCIONES EN EL NIVEL SECUNDARIO DE PREVENCIÓN

Están destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase pre-sintomática (sin síntomas), pero con signos que evidencia el agente causal (clínicos, bioquímicos o histopatológicos). Son las llamadas pruebas de rastreo o screening. Permiten la llamada detección precoz.

Acciones a realizar:

En este nivel se considera que se debe realizar la denominada Valoración Geriátrica Integral (VGI), que se define como un proceso diagnóstico, dinámico y estructurado, para la detección de problemas, necesidades y capacidades del AM en las esferas clínica, funcional, mental y afectiva, para elaborar en base a estas un plan de intervención multidisciplinario, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la calidad de vida de los AM.

Son objetivos de la Valoración Geriátrica Integral:

- Conocer la situación basal del residente que nos permita establecer un pronóstico.

- Mejorar la precisión diagnóstica e identificación de problemas, en las esferas física, mental, funcional y afectiva.
- Seleccionar las intervenciones necesarias para mejorar y/o preservar la salud.
- Monitorear con periodicidad el estado de salud del AM institucionalizado, y detectar tempranamente posibles cambios o alteraciones.
- Monitorear con periodicidad los resultados de intervenciones realizadas.
- Garantizar una utilización adecuada de recursos.
- Mejorar la situación funcional y la calidad de vida.
- Disminuir la morbimortalidad.

#### **4.4.3. ACCIONES EN EL NIVEL TERCIARIO DE PREVENCION:**

Se constituyen en el conjunto de actividades de mayor importancia a realizar, atendiendo a los resultados de nuestra investigación y a los objetivos de las propuestas de intervención.

Conceptualmente las acciones a este nivel intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda, crónica o de sus secuelas. Incluyen el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

Debido a que la enfermedad demencial repercute principalmente en las esferas psíquica, funcional y social del AM y de manera indirecta en su entorno, es que se propone acciones de intervención terapéutica no farmacológicas, que no sólo están destinadas al AM con demencia, sino también a los cuidadores informales y personal de la institución.

Estas acciones tienen como objetivos:

- Ocupar al paciente con actividades que le produzcan placer y disminuyan niveles de angustia y ansiedad perjudiciales a su salud.
- Mantener las habilidades y capacidades funcionales e intelectuales que el AM conserva en las distintas etapas de la enfermedad.
- Promover el cuidado óptimo de los AM con demencia y dependencia funcional a través de actividades de información, apoyo emocional e intercambio de experiencias.
- Generar un mayor acompañamiento social, estimulando relaciones y vínculos con el entorno que ayuden a su tratamiento y rehabilitación.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.



Las acciones a realizar en este nivel se han dividido en:

- A. Acciones para el adulto mayor con demencia y dependencia funcional.
- B. Acciones para el personal de la institución y familia.

#### **4.4.3.A. ACCIONES PARA EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL:**

En el desarrollo de esta etapa de intervención se ha tenido en cuenta el número de residentes varones y mujeres con demencia (según resultados del test MMSE), de acuerdo a su estadio y grado de dependencia funcional:

- 15 varones y 6 mujeres con demencia leve a moderada (según test MMSE), dependientes en su mayoría en más de una función.
- 4 varones y 9 mujeres con demencia severa (según test MMSE) dependientes en su mayoría en todas las funciones.

Las intervenciones a realizar son:

#### **1. LA TECNICA DE ORIENTACION EN LA REALIDAD (TOR):**

Se utiliza en la rehabilitación de personas con un grado moderado o severo de desorientación espacial y temporal. Mediante esta técnica se presenta información sobre la orientación y la memoria relacionada con el tiempo, espacio y la propia persona. Se repiten datos reales y se implementan estrategias de socialización.

Se puede llevar a cabo de dos maneras:

- a) TOR PERMANENTE: Se realiza durante todo el día y se diseña un programa de actividades fáciles de trabajar. Se le presenta información clara, utilizando el contacto físico, en forma lenta y mirando al paciente, y que él debe tratar de recordar.
- b) SESIONES DE TOR: Son más intensivas, en grupos pequeños (entre 3 y 5 pacientes) de 20 a 30 minutos acorde con su capacidad atencional y grado de patología que presentan. Se trabajan distintos aspectos de la orientación, y se fomenta el contacto entre los participantes a través de la comunicación y el diálogo en un ambiente agradable.

Los ejercicios que se proponen deben estar dirigidos a:

- Orientar al residente para localizar áreas claves en la Institución.
- Identificar por colores y/o carteles la zona en que se encuentra.
- Proponer ejercicios de estimulación cognitiva, trabajando con la memoria autobiográfica, el vocabulario, la agudeza sensorial, praxias, y gnosias conservadas. De manera de mejorar la autoestima y reducir la ansiedad.

- Participación en talleres (cocina, pintura, etc.); estimulación con música, actividades recreativas, actividades físicas.
- Aprender y mantener habilidades y comportamientos en la medida de sus posibilidades.
- Mejorar la calidad de vida.

En nuestro caso se propone realizar sesiones de TOR de 30 minutos al inicio del programa, en forma ínter diaria de lunes a viernes en horarios fijos, trabajando por separado con los grupos de residentes de los dos diferentes estadios de la enfermedad. Esta actividad estará a cargo de la Psicóloga y la Terapista Ocupacional de la Institución. Se prevé desarrollarla organizando cuatro grupos (3 grupos de 5 residentes y 1 de 6 residentes) con demencia en su estadio leve a moderada; y tres grupos (2 grupos de 4 residentes y 1 de 5 residentes) con demencia en su estadio severo.

Estas sesiones se llevarán a cabo en el espacio físico destinado a Terapia Ocupacional. La duración de las sesiones se pretende ir aumentando de acuerdo a evaluaciones y resultados.

## **2. TALLER DE MEMORIA Y REMINISCENCIAS**

### **2.1. TALLER DE MEMORIA**

En el marco de esta actividad sobresale por su importancia los Programas de Estimulación Cognitiva.

El objetivo fundamental del trabajo de estimulación es facilitar estrategias efectivas para resolver distintas tareas intelectuales y dificultades de desempeño en la vida cotidiana. Si tenemos la posibilidad de evaluar al participante podremos saber cuáles son las funciones más conservadas y qué debemos reforzar para sostenerlas, y cuáles son los aspectos con mayor deterioro para apuntalar.

### **PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN LA DEMENCIA:**

La intervención cognitiva en pacientes con enfermedad demencial debe abarcar los aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales, y el mantenimiento de las AVD.

En los pacientes afectados la tarea está dirigida a:

- Retrasar en lo posible el deterioro al que conduce la enfermedad demencial.
- Estimular las capacidades que se conservan para promover altos grados de autonomía en las AVD.
- Evitar el aislamiento y desconexión del entorno.

- Estimular la autoestima, recuperando a través de reminiscencias la propia identidad.
- Disminuir la ansiedad, depresión y stress que conlleva la enfermedad.

Debemos valorar como incide el declive cognitivo en el día a día del paciente, como reaccionan éste (síntomas conductuales y psicológicos de la demencia) y su familia ante las disfunciones que se presentan, y el carácter facilitador o no del entorno.

En el caso del paciente con deterioro cognitivo moderado o severo, la estimulación debe dirigirse a lo que aún conserva: sus capacidades sociales, intelectuales, habilidades o ciertas actividades placenteras que ha podido desarrollar.

La posibilidad de estimular a estos pacientes dependerá del momento de la enfermedad en que se encuentre, del nivel cultural y educativo, de la disposición del paciente para trabajar con el terapeuta, y de la creatividad del profesional para acceder al mundo del paciente con deterioro cognitivo.

La actividad en el ámbito residencial o geriátrico se propone que sea grupal: 8 a 12 participantes, y que tengan homogeneidad en el nivel cultural y educativo, así como en el grado de deterioro cognitivo. Además del objetivo principal, se busca cortar con el aislamiento y promover la socialización.

En nuestro caso el Programa estará a cargo de la Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional de la institución, y se propone trabajar con dos grupos de residentes (uno de 10 y otro de 11) que están en el estadio leve a moderado de la enfermedad; y con un solo grupo de 13 residentes que están en el estadio severo de la enfermedad. La duración de las actividades serán de una hora con cada grupo, tendrán una estructura fija y se realizarán en forma ínter diaria de lunes a viernes, teniendo en cuenta la capacidad de concentración de los grupos y de la dificultad y variedad de las actividades propuestas.

## **2.2. TALLER DE REMINISCENCIAS:**

La reminiscencia es recordar y relatar momentos de la propia vida, y su función a nivel psicológico es asegurar, redefinir, fortalecer, consolidar la identidad frente a los cambios y discontinuidades que se producen en función del proceso de envejecimiento.

Con esta técnica se busca promover la comunicación, cortar el silencio, romper el aislamiento, estimulando la atención, concentración, incentivando la participación y socialización del paciente.

En la residencia geriátrica se puede trabajar en grupos pequeños y se utilizan fotografías, música, archivos de recuerdos, videos, diarios, libros con fotografías, suplementos con historias de otras épocas, etc. que actúan como estímulos para esta actividad.

Las actividades a trabajar con esta técnica son:

- Estimulación sensorial: recuperar recuerdos a través del olfato y el gusto de temas musicales.
- Paseos recreativos a lugares conocidos por el paciente.
- Organizar un libro de memoria con fotografías y datos personales y de la familia.
- Conversaciones sobre situaciones de vida trabajando la memoria biográfica y la identidad narrativa.
- Repaso de información que conserva en la memoria semántica.
- Talleres de arte, pintura, dibujo, que sirven para relatar y conversar sobre distintos temas.

Se debe tener en cuenta que el nivel de habilidades y del deterioro de los participantes tiene que ser similar. Así también debemos recabar información sobre la historia, los gustos y los intereses de ellos. Este programa debe promover un momento placentero de reencuentro con la propia historia, generando una mejora de los aspectos cognitivos, comportamentales y del estado de ánimo general.

La propuesta es trabajar con los mismos grupos formados para el Taller de Orientación en la Realidad (TOR), en sesiones de 30 a 45 minutos de duración, dependiendo del nivel de atención o fatiga de los participantes; en forma ínter diaria de Lunes a Viernes, siempre en horarios fijos. La actividad estará a cargo de la Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional de la institución, y se realizará en el departamento de Terapia Ocupacional.

### **3. ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

Son acciones tendientes a mantener y aprovechar las capacidades cognitivas y destrezas sociales que aún conserva el AM, evitando el aburrimiento, somnolencia, la soledad, el aislamiento y promoviendo la socialización y la realización de actividades placenteras (música, pintura, pasatiempos, visitas a museos), que mejoran el estado de ánimo y la calidad de vida.

En el marco de estas actividades se propone la realización de los siguientes talleres:

#### **3.1. TALLER DE MUSICA:**

Este programa se realizará con la participación de todos los grupos, con una duración de 45 minutos, una vez por semana.

El trabajo realizado en forma grupal facilita el trabajo entre sus miembros, configurando una red de sostén socio-afectivo. Al utilizar la música como estímulo, el AM mantiene, aprende y sostiene habilidades y comportamientos en la medida que le es posible.

Se puede comenzar escuchando una selección variada de temas y elegir con el grupo las canciones de sus preferencias, conversar con ellos el significado de las letras de las

canciones, los fragmentos musicales que más les guste y qué recuerdos les trae. Se puede utilizar la estimulación sensorial recuperando recuerdos a través de ellos con la música.

### **3.2. TALLER DE JUEGOS Y PASATIEMPOS:**

Este programa contempla actividades que los AM con deterioro cognitivo pueden desarrollar o realizar acorde a sus capacidades cognitivas y funcionales.

La participación en estas actividades ayuda a las personas mayores a superar los sentimientos de pérdida y el deterioro de sus vínculos, así como transitar de manera eficaz las situaciones de crisis propia de esta etapa vital: la inseguridad, la desvalorización, la segregación y la automarginación ceden su lugar ante los nuevos vínculos afectivos, los nuevos roles, el intercambio de experiencias. Se deben fomentar los valores de camaradería, colaboración e integración.

La propuesta es realizar esta actividad con dos grupos de residentes, separándolos de acuerdo al estadio de la enfermedad, con la finalidad de programar juegos que pueden adaptarse a las capacidades cognitivas y destrezas de cada grupo. La duración de la actividad será de 45 minutos, una vez por semana con cada grupo y será supervisada y coordinada por la Terapeuta Ocupacional, quién contará con la ayuda de voluntarios que puedan brindar apoyo a los AM que lo necesiten por problemas visuales o auditivos, motrices, dificultades en la lectura, etc.

Las consignas verbales de los juegos serán explicadas claramente, con voz alta y repetida las veces que fuera necesario, hasta que sean comprendidas por la totalidad de los participantes. Terminada la actividad se tratará de realizar un momento de debate o reflexión sobre las vivencias personales durante el juego, recuerdos surgidos, etc.

Entre los juegos se propone: “Rompecabezas para cuadrados”, “Anagrama de salud”, “Descubrir el tema y el intérprete”, Juego de preguntas y respuestas, Completar refranes, “Adivinar el personaje”, Bingo o Lotería.

### **TALLER DE ARTESANIAS Y MANUALIDADES:**

El desarrollo de cada persona está influenciado por el uso de actividades intencionadas, con propósito, a partir de las cuales el individuo es capaz de variar su salud y su ambiente, ya sea físico o social, facilitando el proceso de adaptación.

Es necesario mencionar ciertas características de las actividades para que sean propositivas; deben tener una participación activa en la cual se conjugan aspectos motores, cognitivos y emocionales.

En este proyecto, la actividad será utilizada de dos modos:

- Como medio: a través de su análisis y selección será aplicada para evaluar, facilitar o mantener funciones.
- Como fin: como elemento de relación e interrelación, y como medio de cohesión social.

Objetivos:

- Incrementar el nivel de independencia.
- Promover la interacción grupal.
- Favorecer destrezas motrices.
- Brindar un espacio de intercambio con pares.
- Estimular experiencias perceptivo-motrices.

Esta actividad que ya se lleva a cabo en nuestra institución, está a cargo de la Terapeuta Ocupacional. Se realizará con los dos grupos con demencia y diverso grado de dependencia funcional, en talleres de 45 minutos de duración, una vez por semana.

#### 4. TALLER DE PSICOMOTRICIDAD:

La psicomotricidad es el conjunto de herramientas corporales que incluyen el tono muscular, el ritmo, el equilibrio, el movimiento, la respiración y el gesto; destinadas a incrementar el conocimiento del cuerpo en el espacio que le rodea. La aplicación de esta técnica en actividades de tratamiento se basa en la creencia de que la integración de estos componentes facilita la expresión y comunicación del lenguaje corporal, mejora el conocimiento y la identidad personal y favorece la relación con el espacio.

La aplicación de técnicas de psicomotricidad en actividades dirigidas a pacientes con demencia pretende por un lado contrarrestar este déficit de actividad física a través del movimiento en el espacio, y por el otro hacer que el anciano reconozca su espacio y se relacione amigablemente con él. Con la actividad física puede romperse ese círculo que tanto caracteriza al paciente con demencia, compuesto por la desubicación-confusión-empeoramiento. Incluye actividades de expresión corporal, deporte o música.

Esta actividad que suele aplicarse en sesiones grupales y en espacios conocidos por el paciente, pretendemos realizarla con el concurso de todos los residentes con demencia y discapacidad funcional, una vez por semana, durante 45 minutos, y estará a cargo de la Terapeuta ocupacional.



## **5. PSICOTERAPIA:**

Es una posibilidad de intervención a tener en cuenta para los AM con demencia. LE Goues justifica esta intervención enfatizando en el concepto de Psicólisis, como un proceso de desestructuración subjetiva, con un yo que se debilita y un narcisismo que se desvanece al compás de las pérdidas de las capacidades intelectuales, en el paciente con demencia. Es decir se propone un tratamiento psicoterapéutico de factores afectivos y vinculares, debido a que no solo enferma el Sistema Nervioso Central, sino también la vida anímica, los vínculos, las relaciones, la red social, las instituciones. Se propone un abordaje psicoterapéutico combinando la intervención psicológica para pacientes y cuidadores.

En nuestra institución esta forma de intervención terapéutica es una actividad que viene realizando la Psicóloga en el marco de las acciones del equipo interdisciplinario, priorizando los casos de demencia severa y con alteración afectiva-emocional, y que influyen negativamente en su desenvolvimiento físico y funcional. Esta actividad se realiza individualmente con cada residente, una vez por semana con una duración de una hora.

## **6. APOYO AMBIENTAL**

Son intervenciones dirigidas a mejorar el entorno y el ambiente en el que reside el AM con deterioro cognitivo. Por lo tanto ante un AM con enfermedad demencial se propone:

- Evitar cambios de ambiente, que pueden generar desorientación, agitación e inseguridad.
- Adoptar medidas de seguridad en los distintos ambientes de la residencia: prevenir riesgo de caídas, eliminar barreras arquitectónicas, eliminar productos y objetos peligrosos, etc.
- Que el ambiente sea estable y estimulante: rutinas con horarios constantes para las AVD, colocar dibujos, señales con colores que promuevan la mayor autonomía posible.
- Facilitar la orientación: colocar carteles, dibujos, calendarios, reloj, etc.
- Simplificar el ambiente: que el paciente tenga solo los objetos que va a utilizar para sus cuidados.
- Facilitar y simplificar la ejecución de las AVD.

#### **4.4.3.B. ACCIONES A REALIZAR CON PERSONAL DE LA INSTITUCION Y FAMILIA:**

Las actividades en este nivel de prevención están dirigidas a proveer el cuidado más adecuado y eficiente al AM con demencia y dependencia funcional, con el objetivo de mejorar la convivencia e interrelación personal, y propiciar el soporte social requerido para sostener una calidad de vida digna en el marco de su patología mental y discapacidad funcional.

Se propone realizar los siguientes talleres:

##### **1. GRUPOS CON EL PERSONAL**

Son actividades a realizarse con el personal de la institución, con los siguientes objetivos:

- Promover normas de convivencia: respeto, tolerancia, comprensión.
- Generar una interacción apropiada con el AM con demencia.
- Informar y capacitar en temas relacionados con la demencia, formas de cuidado y trato del paciente con demencia.
- Prevenir situaciones de estrés, y tratamiento adecuado y oportuno del personal afectado.
- Difundir derechos de los residentes de la institución.
- Promover una mejor calidad de vida del residente.

##### **2. PREVENCIÓN DE ABUSO Y MALTRATO:**

Se realizará reuniones periódicas con los familiares y personal de la institución, incluyendo cuidadores formales, con los siguientes fines:

- Difundir derechos de los residentes y marcos legales de protección de los mismos, a fin de evitar situaciones de abuso y maltrato.
- Educación y difusión de información relacionada con prevención de situaciones y formas de abuso y maltrato al AM, particularmente en el portador de enfermedad demencial.
- Capacitación e información sobre detección precoz de situaciones de riesgo y signos y síntomas que evidencian maltrato.
- Intervención social, mediación y seguimiento en circunstancias probadas de ocurrencia de abuso o maltrato al AM, a fin de brindar resolución al factor causal de la misma.

- Promover y generar un clima de confort entre el residente y el entorno, buscando una mejor calidad de vida durante su permanencia en la institución.

### **3. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN:**

La demencia provoca deficiencias cognitivas que limitan las posibilidades de comunicación, tanto en la comprensión como en la expresión. El lenguaje se empobrece al mismo tiempo que se disminuye la capacidad de comprensión. Esta dificultad comunicativa unida a la desorientación provoca constantes estados de ansiedad, aparición de los síntomas psicológicos y conductuales y tendencia al retraimiento y al aislamiento, así como cansancio en el cuidador. Desarrollar formas de interacción positivas puede ayudar a prevenir y compensar estos problemas.

Son objetivos de esta intervención:

- Tratarlo con respeto: respetar su intimidad y no humillarlo.
- No discutir: no enfrentarlo ni retarlo como un niño.
- Hablar con claridad y calma.
- Realizar repeticiones pertinentes.
- Mantener contacto físico y ocular con el paciente: mejorar el tono en el que se habla.
- Animarlo a comunicarse: emplear gestos que faciliten la comunicación no verbal.

### **4. TALLER DE APOYO A CUIDADORES INFORMALES**

Los cuidados que proveen la familia se llaman cuidados informales, y se definen como las interacciones entre un miembro de la familia que ayuda a otro de una manera regular (en general diariamente), a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida satisfactoria.

El cuidado de las personas mayores dependientes y más aún con demencia, se ha considerado como una de las situaciones más estresantes, por lo tanto deben recibir apoyo en su tarea para realizarla de manera eficiente, y con el menor costo en su salud física y mental.

El apoyo a los cuidadores informales se puede brindar a través de tres formas:

- a. Grupos de reflexión para familiares: se les transmite conocimiento de la enfermedad en cuanto a sus manifestaciones y consecuencias, así como estrategias de afrontamiento, formas de abordar los sentimientos de enojo y culpa, y como cuidarse poniendo límites a las demandas excesivas.
- b. Grupos de apoyo para cuidadores: intercambiando experiencias, información, sentimientos y apoyo emocional.

- c. Grupos de Autoayuda: se trata de compartir información con otras personas que viven problemáticas similares, encontrar apoyo emocional y comprensión, a los retos y desafíos que suponen convivir con un familiar que sufre demencia.

### **5. TALLER DE AMPLIACION DE REDES DE APOYO SOCIAL**

El concepto de red de apoyo social se refiere a las funciones de apoyo que cumplen los miembros de una red, tanto sea de ayuda emocional, instrumental o de otra orden. Esta red está conformada por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, miembros de instituciones y organizaciones donde ellos participan.

Dado que en los AM la red social se ve restringida por factores como la muerte, enfermedad, migraciones, etc., se debe impulsar al AM a ampliar su red, estimulándolo a participar en actividades grupales a fin de conocer nuevas relaciones, o compensar vínculos perdidos.

Se propone armar grupos de reflexión con AM con los siguientes objetivos:

- Apoyo emocional
- Guía cognitiva y de consejos
- Ayuda material y de servicios
- Compañía social
- Acceso a nuevos contactos.

El grupo les permite en contacto con otros, desarrollar capacidades y potencialidades aún conservadas, recrear vínculos, promover espacios de intercambio social, disminuir la soledad, compartir problemáticas y placeres comunes.

En definitiva esta intervención actuaría como un factor protector que contribuiría a disminuir, evitar y/o atenuar posibilidades de ocurrencia de demencia en el AM. Por lo tanto, el organizar grupos de reflexión de AM en la Institución con este fin, previa evaluación de sus redes sociales, tenderá a luchar contra el retraimiento, la depresión, el aislamiento y la desvalorización.

Cada uno de los talleres mencionados se trabajará en forma conjunta con el equipo interdisciplinario (Médico, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional y Trabajadora Social) que coordinará y supervisará la realización de cada una de las actividades. Estas se llevarán a cabo en la institución cada 15 días, y tendrán una duración de una hora. Se programarán 2 horas semanales con una actividad diferente en cada hora, convocando a la familia y al personal de la institución de acuerdo al tipo de taller a realizar.



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**PROGRAMA SEMANAL PARA EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL**

HORAS	DIAS DE ACTIVIDADES				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00 A 9:30	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Leve a Moderada) Coordina: Psicóloga y TO	TALLER DE MEMORIA Y REMINISCENCIAS Programa Estimulación Cognitiva (Grupo de Demencia Leve a Moderada) Coordina: Psicóloga y TO	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Leve a Moderada) Coordina: Psicóloga y TO	TALLE DE MEMORIA Y REMINISCENCIAS Programa Estimulación Cognitiva (Grupo de Demencia Leve a Moderada) Coordina: Psicóloga y TO	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Leve a Moderada) Coordina: Psicóloga y TO
10:00 A 10:30	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Severa) Coordina: Psicóloga y TO	TALLER DE MEMORIA Y REMINISCENCIAS Programa Estimulación Cognitiva (Grupo de Demencia Severa) Coordina: Psicóloga y TO	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Severa) Coordina: Psicóloga y TO	TALLER DE MEMORIA Y REMINISCENCIAS Programa Estimulación Cognitiva (Grupo de Demencia Severa) Coordina: Psicóloga y TO	SESION DE TOR (Grupo de Demencia Severa) Coordina: Psicóloga y TO
11:00 A 11:45	TALLER DE MUSICA (Todos los residentes) Coordina: TO	TALLER DE JUEGOS Y PASATIEMPOS (Todos los Residentes) Coordina: TO	TALLER DE ARTESANIAS Y MANUALIDADES (Todos los Residentes) Coordina: TO	TALLER DE PSICOMOTRICIDAD (Todos los Residentes) Coordina: TO	
11:00 A 12:00	PSICOTERAPIA				

TOR: TECNICA DE ORIENTACION EN LA REALIDAD  
 TO: TERAPESTA OCUPACIONAL

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**PROGRAMA PARA EL PERSONAL DE LA INSTITUCION Y FAMILIA DE LOS RESIDENTES.**

SEMANAS	DIAS Y HORAS	ACTIVIDADES
1°	LUNES (15:00 A 16:00 HS.)	TALLER GRUPOS CON EL PERSONAL (Participa Personal de la Institución) Coordina.: Equipo Interdisciplinario.
	JUEVES (15:00 A 16:00 HS.)	TALLER PREVENCION DE ABUSO Y MALTRATO (Participa Personal de la Institución y Familia) Coordina: Equipo Interdisciplinario.
2°	LUNES (15:00 A 16:00 HS.)	TALLER DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN (Participa Personal de la Institución y Familia) Coordina: Equipo Interdisciplinario
	JUEVES (15:00 A 16:00 HS.)	TALLER DE APOYO A CUIDADORES INFORMALES (Participa Familia de Residentes) Coordina: Psicóloga y Equipo Interdisciplinario.
3°	LUNES (15:00 A 16:00 HS.)	TALLER DE AMPLIACION DE REDES DE APOYO SOCIAL (Participa Familia de los Residentes) Coordina: Trabajadora Social y Equipo Interdisciplinario

**NOTA:** El cronograma de actividades se repetirá siguiendo el mismo orden en las semanas sucesivas (en forma bisemanal)

## ACCIONES PREVISTAS PARA LA EVALUACION DE LA INTERVENCION

Se prevé realizar en conjunto con el equipo interdisciplinario una evaluación de las actividades e intervenciones una vez por mes, a fin de medir el impacto de las estrategias terapéuticas propuestas, en términos de eficacia, efectividad y eficiencia.

Es decir se desea evaluar la magnitud de los cambios propuestos, el grado de satisfacción o bienestar de los implicados en el programa de intervención; y por último los efectos que la utilización o participación social en los programas ha producido

La metodología a utilizar para la evaluación es de tipo cualitativa, siendo la Evaluación Participativa un modelo alternativo a utilizar por las características de los programas a implementar.

Los dispositivos de evaluación a tener en cuenta son:

- Registros sistemáticos de las actividades a desarrollar.
- Observación in situ de los cambios propuestos por el Programa de Apoyo Ambiental.
- Observación in situ durante el desarrollo de actividades de carácter grupal.
- Entrevistas estructuradas o semiestructuradas a AM, personal de la institución y familiares participantes del programa.
- Análisis de materiales audiovisuales como fuentes de información secundaria.
- Dinámicas grupales a través de la realización de talleres, buscando una percepción objetiva y subjetiva del impacto de los programas de intervención.

## 5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación no hacen más que reforzar y fortalecer el vínculo existente entre demencia y los diferentes grados de dependencia que la enfermedad ocasiona, conforme se va dando el avance en su evolución.

La problemática planteada y los objetivos propuestos me llevaron a realizar una investigación que se planificó y se ejecutó teniendo en cuenta las distintas variables involucradas, y que ameritaban analizarlas para su posible inclusión y evaluación en los Adultos Mayores de la Institución.

Se tuvo en cuenta las limitaciones de las evaluaciones particularmente en la esfera mental, para arribar a un diagnóstico definitivo de demencia, motivo por el cual con los tests de screening empleados, solo ha sido posible una aproximación al diagnóstico de la enfermedad, pero que necesitan para su confirmación de estudios complementarios que son de difícil accesibilidad en la Institución y en nuestro medio, por carecer de los recursos humanos y técnicos requeridos para tal fin

La realización de las evaluaciones funcional y social a través de escalas de valoración usadas frecuentemente para este tipo de análisis, nos permitió medir el grado de incapacidad para la realización de sus actividades de la vida diaria, así como la calidad de recursos sociales con que cuenta el AM con y sin demencia.

La alta tasa de prevalencia de demencia encontrada en nuestra Institución está relacionada con la mayor edad, un bajo nivel educativo y el predominio en el sexo masculino. Este último factor se puede atribuir a la mayor población de varones en la residencia. Sin embargo los casos de demencia severa se hallaron más frecuentemente en mujeres. La dependencia en la mayoría de las funciones y la dependencia total en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) muestran índices altos prevaleciendo en los residentes con demencia y particularmente en aquellos en el estadio severo de la enfermedad.

La categoría de “Buenos Recursos Sociales” (BRS) ha sido predominante en la mayoría de los residentes (con y sin demencia) y especialmente en aquellos que muestran buena capacidad funcional en sus actividades de la vida diaria.

Considero que las estrategias terapéuticas de intervención institucional, descritas y englobadas en los diferentes niveles de prevención en atención primaria, así como las actividades destinadas a contener y sostener un entorno socio ambiental, comprometido e involucrado en la vida cotidiana del sujeto con demencia, nos ayudarán al logro del objetivo principal, que es el de rescatar, mantener y potenciar capacidades y habilidades funcionales e intelectuales, que permitan una interacción apropiada y adecuada entre el Adulto Mayor con demencia y su entorno.

La disminución de la incidencia de demencia en la población institucional va a depender de la manera como planifiquemos nuestras estrategias de intervención, haciendo énfasis en el diagnóstico precoz y oportuno de la enfermedad, que se puede lograr con la puesta en práctica de una Valoración Geriátrica Integral realizada por el equipo interdisciplinario de la Institución.

Debo agregar además que es importante no detener la profundización y la continuidad de los estudios necesarios en el AM con deterioro cognitivo, a través del incremento de los recursos humanos y técnicos que posibiliten evolucionar y confirmar las diferentes etapas de la enfermedad y su oportuna intervención.

En base a lo expuesto considero que las expectativas del estudio de la problemática planteada en mi Institución, han sido mayormente logradas. Los resultados y las conclusiones obtenidas han sido de mucho valor, ya que servirán de orientación al trazado de proyectos de gran envergadura, que tengan en cuenta políticas de protección, no sólo en

el ámbito personal, sino también en el nivel socio ambiental, y que repercutan en una mejor calidad de vida para el Adulto Mayor.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Allegri RF, (2002). Demencias, en Tratado de Neurología Clínica (Sección XV), Michelle F, Nogues M, Asconape J, Pardal M, Biller J, Buenos Aires: Editorial Panamericana.
2. Butman J, Arizaga R.L, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A, Allegri R.F, Mangone C.A, Ollari J.A, (2001). El "Minimal State Examination" en Español, Normas para Buenos Aires, Rev. Neurol. Arg. 26(1): 11-15. Disponible en: [http://sna.org.ar/pdf/educacion/dem\\_7pdf](http://sna.org.ar/pdf/educacion/dem_7pdf).
3. Casquero R, Sanchez M, López S, (2007). Psicogeriatría y Demencia, Fascículos 1y 2 , Madrid: EDIKA MED.
4. Castagnolo G, Manes F, (2008). Diagnóstico diferencial de las demencias en la práctica clínica, Acta Psiquiát Psicol Am Lat 54(4) 236-249. Disponible en c:users/musi/Documents/Intramed-Artículos.
5. De La vega R, Zambrano A, (enero 2008). Diagnóstico de las demencias. La circonvolución del hipocampo {en línea}.Disponible en <http://www.hipocampo.org/diagnostico.asp>.
6. D'epiney Lalive. Criterio de edad socio funcional. Ficha de la Cátedra Psicología de la Vejez. Iacub. UBA. En Jaskilevich J, Aizen R, (2007). Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores, Mod. 12, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires
7. Golpe L, Arias C, (2007). Métodos de investigación y Dispositivos de Intervención Comunitaria e Institucional, Mod. 6, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires.
8. Grillo R, Mangone C. A, (2005). Evaluación Neuropsicológica en Demencia. Disponible en: [http:// www.seadpsi.com.ar/egci/biblio/evaluacionneuropsicologicaen-demencia.pdf](http://www.seadpsi.com.ar/egci/biblio/evaluacionneuropsicologicaen-demencia.pdf).
9. Iacub R, Acrich L, (2007). Psicología de la Mediana Edad y Vejez, Mod. 3, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires.
10. Jaskilevich J, Aizen R, (2007). Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores, Mod. 12, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires.
11. Le Goues G, (1991). Le psychanalyste et le viellard, en Iacub R, Acrich L,(2007) Psicología de Mediana Edad y Vejez, Mod. 3, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires.
12. Mangone C.A, Allegri R.F, Arizaga R.L, Ollari J.A, (2005). Demencia: enfoque multidisciplinario (3era.Ed.), Buenos Aires: Polemos.

13. Mangone C.A, Arizaga R.L, Allegri R.F, Ollari J.A, (2000). La demencia en Latinoamérica. Rev.neurol.Arg.25(3):1008-1012.
14. Morse J. M, (1996). Designing funded qualitative research. Handbook of qualitative Research,13, 220-235. En Golpe L, Arias C, (2007). Métodos de Investigación y Dispositivos de Intervención Comunitaria e Institucional, Mod. 6, Buenos Aires.
15. Sarasola D, de Lujan Calcagno M, Sabe L, Crivelli L, Torralba T, Roca M, García Caballero A, Manes F, (2005). El Addenbrooke's Cognitive Examination en español para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre Enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal, Rev.Neurol.41(12):717-721. Disponible en: [www.neurologiacognitiva.org/material\\_profesional.php](http://www.neurologiacognitiva.org/material_profesional.php)
16. Schaie W, Willis Sh, (2003).Capítulo 14. Trastornos mentales: No poder afrontar la realidad. 1ª. Parte, en Psicología de la Edad Adulta y Vejez (p.452-492). Madrid: Pearson, Prentice Hall.
17. Seinhart D, y Jáuregui R, (2007). Queja Cognitiva y Demencia. En E. Rubinstein, M. Zarate, P. Carrete, M. Deproti. PROFAM (3era. Ed.) Salud del Anciano.(p.113-135),Buenos Aires.
18. Touceda M. A, Rubin R, (2007). Salud, Epidemiología y Envejecimiento, Mod. 4, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Buenos Aires.
19. Vicario A, Cerezo G.H, Tarragano F.E, Allegri R, Sarasola D, (2007). Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad vascular. Recomendaciones para la práctica clínica, Revista de la Federación Argentina de Cardiología, 36(3). Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/07v36n2/gral/sup/3-07PDF>



Nº CLASIFICACION :	ADQUISICION :
	Polo
	Nº INVENTARIO :
	2172