



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**
Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

Caso E:

Tratamiento psicológico y psiquiátrico de una paciente que padece la enfermedad de
Alzheimer.

Autor: Rolón, María Laura

Profesor Tutor: María Laura Lupano Perugini.

Índice

1. Introducción	4
1.1. Objetivo General	5
1.2. Objetivos Específicos.	5
2. Desarrollo	5
2.1. Vejez y Envejecimiento.	5
2.2 Características principales de las demencias.	8
2.3 Historia de la Enfermedad de Alzheimer.	9
2.4 Criterios del DSM IV para las demencias y la Enfermedad de Alzheimer.	10
2.5 Etapas de la Enfermedad de Alzheimer.	13
2.6 Tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos para la Enfermedad de Alzheimer.	16
2.7 Tratamiento psicológico para la Enfermedad de Alzheimer.	19
3. Metodología	21
3.1 Tipo de estudio.	21
3.2 Participantes.	21
3.3 Instrumento y Procedimiento.	22
4. Resultados	23

	3
4.1 Características específicas de la enfermedad de Alzheimer en la paciente.	23
4.2 Tratamiento psiquiátrico.	26
4.2.1 Plan de tratamiento	26
4.3 Tratamiento psicológico.	30
5. Conclusiones	35
6. Referencias Bibliográficas	40

1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico de una paciente con enfermedad de Alzheimer, con predominio del síntoma agitación psicomotriz.

Esto se realizó a través de la integración teórico práctica que se llevó a cabo durante las 320 horas en una residencia geriátrica asistida y de rehabilitación para adultos mayores. La institución que se encuentra en el barrio de Belgrano, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y es de carácter privado.

Los pacientes que se encuentran en la institución, que ya lleva doce años en funcionamiento, ingresan por voluntad propia, o por decisión de sus familiares.

En la mayoría de los casos los pacientes ingresan por decisión de algún familiar, generalmente de hijos o hermanos del mismo.

La misma cuenta con múltiples actividades, algunas de ellas son:

- ✓ Actividades de recreación.
- ✓ Canto
- ✓ Kinesiología
- ✓ Gimnasia
- ✓ Peluquería
- ✓ Médicos, entre ellos psiquiatras
- ✓ Psicóloga
- ✓ Talleres de estimulación cognitiva
- ✓ Servicios de emergencias durante todo el día

Durante la realización de los talleres, lo primordial es la estimulación del área cognitiva de los residentes, esto se hace de acuerdo a las capacidades y limitaciones de cada paciente.

Así como también se estimulan otras áreas como lo sensorial, motriz y afectiva. Hay actividades que se realizan en grupo y otras de forma individual.

Las terapistas y enfermeras se encuentran especializadas en el tema, como así todas las demás personas que forman parte de la organización.

Diariamente se evoluciona a los pacientes, cada uno de ellos cuenta con su propia historia clínica, en la misma se deja asentada cada evolución. Esto tiene como fin mantener informados a todas aquellas personas que se encuentran encargados de los cuidados de los residentes.

1.1 Objetivo General.

Describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico de una paciente de 83 años de edad, que padece la enfermedad de Alzheimer.

1.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las características específicas de la enfermedad de Alzheimer en la paciente.
2. Describir el plan de tratamiento psiquiátrico de la paciente llevado a cabo por su psiquiatra personal.
3. Describir el plan de tratamiento psicológico llevado a cabo por la profesional, para la paciente que se observó.

2. Desarrollo

2.1 Vejez y Envejecimiento.

Nos encontramos con distintas concepciones de vejez. Hay una vejez cronológica que en realidad se basa en la edad del retiro del ámbito laboral, entonces decimos que a

partir de los 65 años se es viejo. Existe una vejez funcional que utiliza viejo como sinónimo de incapaz o limitado. Esto es erróneo pues la vejez no significa incapacidad y hay que luchar con la idea de que el viejo es funcionalmente limitado (Antuña, 2001).

Como sugiere Antuña (2001), la vejez como cualquier otra edad posee su propia funcionalidad, las barreras a la funcionalidad de los ancianos surgen con frecuencia de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que de reflejos de deficiencias reales.

Pero si queremos encontrar una concepción de la vejez más equilibrada, podemos reconocerla como una etapa vital, basada en el reconocimiento que el transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas anteriormente, semejante a otras etapas vitales como pueden ser la niñez, la adolescencia. La vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y por lo tanto puede y debe ser positiva y de desarrollo individual y social (Antuña, 2001).

Como sostiene Salvarezza (2002), existen distintos tipos de envejecimiento. El ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra, por que al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio sino, además, a su propia vejez.

Se ve una gran resistencia a admitir el envejecimiento de las capacidades intelectuales, el envejecimiento físico o la disminución de la sexualidad, entre otros problemas con los que se encuentra la persona de la tercera edad (Salvarezza, 2002).

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital, junto a la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Y, en esta etapa, al igual que en las anteriores se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, si bien no se producen en el mismo momento y grado en todas las personas mayores, ya que se trata de un proceso dinámico, de tal forma que el envejecimiento tiene diversas trayectorias. En esta etapa no sólo se producen pérdidas, sino que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad o incluso pueden llegar a mejorar (Losada, 2004).

El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Debe diferenciarse del envejecimiento patológico, aunque a veces es muy difícil establecer la diferencia entre ambos (Losada, 2004).

Desde la perspectiva de Losada (2004) el envejecimiento normal constituye la vejez saludable, carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. La mayor parte de las personas mayores (+/- 82 %) no están enfermas ni se hayan limitadas (la vejez no es una enfermedad). En esta etapa vital pueden aparecer patologías propias y características, disminución en las capacidades y potencialidades funcionales, una baja de la velocidad de reacción, reducción general de los ritmos biológicos.

Las causas de la vejez saludable deben buscarse en factores genéticos, hereditarios, medioambientales, psicosociales y culturales. La baja ingesta calórica, el clima cálido con pocas variaciones, actividad física, mantenimiento de los estímulos sensoriales, prevención de la ansiedad y el estrés, actividad social y cultural adecuadas y la evitación de tóxicos colaboran para un envejecimiento normal, saludable y exitoso (Losada, 2004).

En el envejecimiento patológico la probabilidad de enfermar durante la vejez con sus consecuencias negativas es mayor. Las enfermedades agudas son de corta duración pero tardan más en curarse y muchas se complican. La enfermedad crónica es de larga duración y se asocia a una limitación funcional residual y acumulativa (Strejilevich, 2003).

La agresión biológica no es la única causa de disminución de la resistencia orgánica en los mayores; la soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un espacio social inclusivo, la ausencia de obligaciones, el exceso de tiempo libre tienen tanta importancia como los factores biológicos. Este envejecimiento patológico, en gran medida, puede ser prevenido (Strejilevich, 2003).

Strejilevich (2003) plantea que el envejecimiento tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades.

El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física y psicológica), fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, etc., de forma que eviten, en la

medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo de redes sociales. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo (Strejilevich, 2003).

Según Strejilevich, S & Bustin, J (2005), el aumento de la expectativa de vida determino el crecimiento exponencial de patologías dependientes de la edad, como las demencias, generando una nueva "epidemia". En la tercera edad existe un gran número de sujetos que se quejan de que su memoria no es mas la de antes. Los olvidos son muy frecuentes en el envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales.

2.2 Características principales de las demencias.

Según Cubero (2002), en la comunidad médica se emplea el término demencia para describir a los pacientes con trastornos de la capacidad intelectual. Los pacientes de demencia también pueden clasificarse según padezcan de demencia "presenil" o "senil", "síndrome cerebral orgánico" o "crónico", "arteriosclerosis" o "atrofia cerebral". Es importante señalar que la demencia no es una dolencia normal del proceso de envejecimiento. Los trastornos de demencia son provocados por procesos patológicos anormales y pueden afectar tanto a las personas jóvenes como a los ancianos.

Según Manes (2005), los déficit en las funciones cognitivas pueden coexistir con trastornos en el control emocional, conducta social o motivación, donde los primeros síntomas pueden ser, pérdida de memoria, cambios en el humor particularmente debido a las partes del cerebro que controlan la emoción y se ven afectadas por la enfermedad. Las personas con demencias pueden sentirse apáticas, tristes, ansiosas, irritables o deprimidas. Así como también se ven problemas en la comunicación y en el lenguaje, donde se ve una declinación de la habilidad para hablar, leer y escribir.

Se denomina demencia a un conjunto de síntomas que afectan diferentes aspectos de las funciones intelectuales (memoria, lenguaje, cálculo, razonamiento, etc.), que es de carácter progresivo y de una severidad tal que altera el normal funcionamiento de una persona (Serrano, 1998).

El término demencia, hace referencia a un grado de deterioro cognitivo que puede ser producido por un gran número de causas distintas. La demencia conlleva una alteración cognitiva, una alteración de la conducta, y una alteración de la funcionalidad (Serrano, 1998).

Según Salvia (2007), el tipo más frecuente de demencia es la producida por la enfermedad de Alzheimer, pero hay otras como la demencia vascular, las demencias fronto-temporales, la demencia de Pick, la demencia por Cuerpos de Lewy, entre otras.

2.3 Historia de la Enfermedad de Alzheimer.

Hoy las antes llamadas demencia senil y arterioesclerosis se conocen como Enfermedad de Alzheimer. La causa exacta de la mayoría de las demencias aun no se conoce, especialmente el caso de la Enfermedad de Alzheimer, solo se saben algunas cosas como que el enfermo va perdiendo neuronas y conexiones entre ellas, y que se acumula una proteína anormal que se llama amiloide. Esto hace que ciertas partes del cerebro no funcionen correctamente. El principal factor de riesgo para el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer es la edad, a pesar de ello, también puede presentarse en personas menores de 60 años (Salvia, 2007).

La enfermedad de Alzheimer es una demencia que cuenta ya con más de 100 años de historia. En noviembre de 1901 ingresó en el hospital de enfermedades mentales de Frankfurt una paciente de 51 años de edad llamada Auguste Deter (Augusta D), con un llamativo cuadro clínico de 5 años de evolución. Tras comenzar con un delirio celotípico, la paciente había sufrido una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. Fue estudiada por Alois Alzheimer, y más tarde por parte de médicos anónimos. Falleció el 8 de abril de 1906 por una septicemia, secundaria a úlceras por presión y neumonía. El cerebro de la enferma fue enviado a Alzheimer, que procedió a su estudio histológico. El 4 de noviembre de 1906 presentó su observación anatomoclínica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos cerebrales. El trabajo se publicó al año siguiente con el título: «*Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral*». La denominación del cuadro clínico como enfermedad de Alzheimer fue introducida por

Kraepelin en la octava edición de su *«Manual de psiquiatría»*, en 1910 (Martínez Lage, Martínez Lage & Álvarez, 1996).

2.4 Criterios del DSM IV para las demencias y la Enfermedad de Alzheimer.

Según la American Psychiatric Association (2001) los trastornos del apartado Demencia se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer).

Los trastornos de este apartado se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian en base a su etiología. Los síntomas diagnósticos enumerados en el siguiente apartado pertenecen a demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples. Además, la demencia no especificada se incluye en esta sección para aquellos cuadros clínicos en los que no se pueda determinar una etiología específica que explique los múltiples déficit cognoscitivos (American Psychiatric Association, 2001).

Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente (Criterio A). Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente. Ambos tipos de deterioro de la memoria están presentes en los sujetos con demencia, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material aprendido previamente (American Psychiatric Association, 2001).

En las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (p. ej., repite lo que oye) o palilalia (p. ej., repetir sonidos o palabras una y otra vez). El lenguaje se examinará preguntando al sujeto nombres de objetos de la habitación (p. ej., corbata, vestido, despacho,

lámpara) o partes del cuerpo (p. ej., nariz, barbilla, hombro), haciéndole seguir órdenes (Señale la puerta y luego la mesa) o repitiendo frases (sin síes ni peros) (American Psychiatric Association, 2001).

Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia (p. ej., deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas) (Criterio A2b). Su capacidad en el uso de objetos (p. ej., usar un cepillo para peinarse) podría estar deteriorada, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos (p. ej., movimiento de la mano para decir adiós). La apraxia puede conducir a déficit en cocinar, vestir y dibujar. Las alteraciones de las habilidades motoras se examinan pidiendo al sujeto que ejecute funciones motoras (p. ej., mostrando cómo se limpia los dientes, copiando figuras tridimensionales (pentágonos entrelazados), que ensamble cubos o que haga con palillos figuras de acuerdo con modelos específicos) (American Psychiatric Association, 2001).

Los sujetos con demencia pueden presentar agnosia (p. ej., fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) (Criterio A2c). Por ejemplo, el sujeto puede tener una agudeza visual normal, pero ha perdido la capacidad para reconocer objetos como sillas o lápices. En ocasiones es incapaz de reconocer a sus familiares o incluso su propia imagen en el espejo. De forma parecida, puede tener una sensación táctil normal, pero ser incapaz de identificar por el tacto objetos colocados en sus manos (p. ej., monedas o llaves) (American Psychiatric Association, 2001).

Las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones habituales de la demencia (Criterio A2d) y pueden estar especialmente relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva y compleja (American Psychiatric Association, 2001).

Los ítems de los Criterios A1 (deterioro de la memoria) y A2 (afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad de ejecución) deben ser lo suficientemente graves como para

provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral (p. ej., ir al mercado, a cobrar la jubilación, ir a misa, vestirse, bañarse, manejar temas económicos y otras actividades de la vida diaria) y han de representar un déficit respecto al nivel previo de actividad (Criterio B). La naturaleza y el grado del deterioro varían y en ocasiones dependen del marco social del sujeto. Un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente. Para medir la gravedad del deterioro pueden utilizarse escalas de valoración estandarizadas que miden el cuidado físico (p. ej., la higiene personal), la capacidad intelectual y la habilidad para utilizar utensilios e instrumentos (p. ej., teléfono, lavadora) (American Psychiatric Association, 2001).

Según la American Psychiatric Association (2001) no se diagnostica demencia si estos síntomas se presentan exclusivamente durante un delirium. Sin embargo, el delirium puede coexistir con una demencia previa, y en tal caso se realizarán los dos diagnósticos.

El inicio de la demencia tipo Alzheimer es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo (Criterio C). Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alzheimer, el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficit cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria (p. ej., enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington), ni a enfermedades sistémicas que es conocido que provocan demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, infecciones por el VIH), ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., alcohol) (Criterio D). Si hay una etiología añadida (p. ej., traumatismo craneal que empeora la demencia de tipo Alzheimer), ambos tipos de demencia deberán ser codificados (American Psychiatric Association, 2001).

La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium (Criterio E). Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficit cognoscitivos no se explican por la

presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor o esquizofrenia) (Criterio F) (American Psychiatric Association, 2001).

Según la American Psychiatric Association (2001) la edad de inicio de la demencia tipo Alzheimer puede ser señalada con el uso de uno de los siguientes subtipos:

Inicio temprano: Este subtipo se usará si el inicio de la demencia se presenta a los 65 años o antes. Inicio tardío. Este subtipo se usará si la demencia se inicia después de los 65 años. Deben utilizarse los siguientes subtipos (cada uno con su propio código) para indicar el síntoma predominante del cuadro clínico actual: Con ideas delirantes. Este subtipo se usa si las ideas delirantes constituyen los síntomas predominantes. Con estado de ánimo depresivo. Se usa este subtipo si predomina un estado de ánimo depresivo (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen los criterios para episodio depresivo mayor). No se establecerá un diagnóstico separado de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica. No complicado. Se usa este subtipo si ninguno de los subtipos mencionados resulta predominante en el cuadro clínico actual. También se podrá señalar la presencia de alteraciones del comportamiento (p. ej., vagabundeo) cuando éstas sean significativas, utilizando la especificación (que no puede codificarse) con trastorno de comportamiento.

2.5 Etapas de la Enfermedad de Alzheimer.

Desde la perspectiva de López Pousa, Vilalta Franch y Llinás Reglá (2001), se procederá a detallar las diferentes etapas con las que cuenta la enfermedad:

Primera etapa

Esta primera etapa tiene una duración aproximada de 2 a 5 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria. La persona olvida eventos recientes no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho determinado.

El paciente puede no recordar que ya comió u olvidar la conversación que tuvo con su hijo minutos antes. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada.

En la persona empieza a surgir una típica desorientación de lo que lo rodea, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no recuerde cómo llegar a las tiendas que siempre ha frecuentado, saber dónde está el banco, al que

siempre ha ido; qué dirección tomar para ir a la iglesia, a la que asiste todos los domingos; o bien, qué camino tomar para regresar y llegar de vuelta a casa. Otros ejemplos son el no recordar la fecha, ni el día ni el mes en que vive, no saber la hora que es o creer que, aunque es de mañana, para él ya es de noche o viceversa.

Del mismo modo surgen otros detalles como son una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Junto a ello, a la persona se le comienza a notar inquieta, mostrando agitación y ansiedad. Estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche, lo cual es un problema para quienes cuidan de ellos. Y, aunque no se sabe con exactitud el porqué de esto, (la inquietud o agitación nocturna), lo que sí puede ayudar a calmar al paciente y reducir dicha ansiedad son, en cierta forma, los medicamentos.

Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.

Segunda etapa

En esta segunda etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de afasia, apraxia y agnosia.

Por afasia se entiende dificultad en el lenguaje. Al paciente le cuesta trabajo hablar, batallando para expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, un evaso puede ser para él o ella una servilleta, o tal vez ese andar inquieto y preguntar por la puerta para poder salir significa "quiero ir al baño" y que de este modo salga esta carga o presión que tenga dentro.

La apraxia se refiere a las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo funciones aprendidas. La persona no puede ni sabe cómo vestirse, siendo muy común que se ponga dos o tres calcetines en un mismo pie, o tal vez trate de colocarse la camiseta arriba de la camisa. En el caso de las mujeres, sucede lo mismo, no entiende

cómo colocarse las medias, ni la blusa y la falda se la puede poner al revés. Durante las comidas, las personas con este mal, no saben utilizar los cubiertos, haciendo uso del tenedor, el cuchillo y la cuchara en forma indistinta.

La agnosia consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Y, aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desaciertos son cada vez más frecuentes. Por otra parte, el paciente se torna descuidado en su higiene personal. Ya no se arregla como antes, la pulcritud que todos admiraban; se le nota sucio y descuidado, les da por no quererse bañar o decir que ya lo hicieron, enojándose cuando se les recrimina.

Aparecen algunos rasgos de tipo psicótico. Imagina que ve gente la cual no existe, escucha ruidos que nadie oye o piensa y cree firmemente que alguien va a llegar por él.

Empieza a preguntar por personas que ya murieron (su papá, su mamá, su hermano) y todas estas imágenes que pasan por su mente, realmente le inquietan. Asimismo, el embotamiento o represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes.

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, flojo, apático o somnoliento.

La persona empieza a hacer actos repetitivos rayando en lo obsesivo. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, empieza a abrir y cerrar los cajones, ordena la ropa o los papeles varias veces al día, su mirada cambia y sus ojos parecen ser dos faros que se mueven, muchas veces, en sentidos contrapuestos.

En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo. No pueden realizar las más sencillas operaciones, aunque sí, tal vez, recitar de memoria las tablas de multiplicar.

Finalmente, en esta segunda fase puede apreciarse cierto grado de Parkinson, ya que es muy común ver movimientos bruscos de manos, brazos o pies, cuando la gente enferma está, por ejemplo, sentada o dormitando.

Tercera etapa

En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

El enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que llega a desconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo. Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer suelen morir por infecciones en las vías respiratorias, neumonía, infecciones urinarias o de la piel por escaras u otro tipo de complicación.

2.6 Tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos para la Enfermedad de Alzheimer.

En la actualidad esta enfermedad no tiene cura, pero esto no significa que no haya tratamientos para ella, unos de los principales objetivos es que la enfermedad avance lo mas lentamente posible, y por otro, hacer que durante el tiempo que el enfermo este con nosotros disfrute una vida de autentica calidad (Fernandez, 2000).

Según Fernandez (2000), están los tratamientos propios de la edad y ligados con la nutrición, como pueden ser las vitaminas, minerales y otros elementos que intervienen de forma favorable en el proceso de envejecimiento que acompaña a esta enfermedad. Así como también el ejercicio físico sigue demostrando su eficacia a la hora de influir positivamente en el comportamiento y pensamiento de las personas con demencia.

Hay diversos tratamientos, sin embargo, no son sinónimos de remedio ni de solución definitiva. Existen los tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos (Bobes, 2000).

Tratamientos farmacológicos: existen medicamentos que en algunos estudios han demostrado retrasar la pérdida de memoria y ayudar en el manejo de algunos de los síntomas conductuales. Si bien es un tema que está en continua investigación en todo el mundo, aun no se ha encontrado un medicamento que cure la enfermedad ni que haga recuperar lo que ya se ha perdido. Sin embargo, existen fármacos para tratar efectivamente la depresión y controlar o mejorar algunos problemas de conducta de los pacientes (Bobes, 2000).

El tratamiento farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer se define en cuatro niveles terapéuticos: 1) terapéutica específica para revertir los procesos fisiopatológicos que conducen a la muerte neuronal y a la demencia; 2) estrategia profiláctica para retrasar el inicio de la demencia o prevenir el deterioro cognitivo adicional una vez desencadenado el proceso; 3) tratamiento sintomático para restablecer, aunque parcial o provisoriamente, las capacidades cognitivas, las habilidades funcionales y el comportamiento de los pacientes con demencia; 4) terapéutica complementaria para el tratamiento de las manifestaciones no cognitivas de la demencia, como depresión, psicosis, agitación psicomotora, agresividad y trastorno del sueño (Forlenza, 2005).

Varias sustancias psicoactivas fueron propuestas para preservar o restablecer la cognición, el comportamiento y las habilidades funcionales del paciente afectado por demencia. Sin embargo, los efectos de las drogas actualmente aprobadas para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer se limitan al retraso de la evolución natural de la enfermedad, lo que sólo permite una mejoría temporaria del estado funcional del paciente (Forlenza, 2005).

Actualmente, estos inhibidores (Inhibidores de las colinesterasas) son las principales drogas para el tratamiento específico de la enfermedad. Su uso se basa en el presunto déficit colinérgico que provoca la enfermedad, con lo que se intenta incrementar la disponibilidad sináptica de acetilcolina por la inhibición de sus principales enzimas catalíticas, la acetilcolinesterasa y butirilcolinesterasa. Los I-ChE se clasifican a partir de la reversibilidad y duración de la inhibición de las colinesterasas. Tacrina, galantamina y donepecilo son inhibidores reversibles de la acetilcolinesterasa, de duración corta, intermedia y larga, respectivamente. La inhibición de la enzima tiene duración intermedia con rivastigmina y prolongada con metrifonato (Forlenza, 2005).

Según Forlenza (2005), la respuesta a los I-ChE es heterogénea; algunos pacientes obtienen un gran beneficio, en tanto que en otros éste es muy escaso. Estudios controlados con placebo han demostrado que los beneficios se producen en general a partir de las semanas 12 a 18 y posiblemente desaparecen a las 6 a 8 semanas de la interrupción del tratamiento. Los estudios sobre la eficacia de los I-ChE han demostrado que su administración para el tratamiento de pacientes cuando la enfermedad es leve o moderada produce beneficios discretos pero significativos en comparación con los grupos no tratados sobre la cognición, el comportamiento y las capacidades funcionales.

Debido a la ausencia de predictores clínicos o biológicos eficaces, se justifica la prescripción de un inhibidor de la colinesterasa para todos los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer leve o moderada siempre que no existan contraindicaciones para su uso. Estas drogas pueden ocasionar efectos colaterales importantes, resultado de la hiperactivación colinérgica periférica; entre ellos, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, dispepsia, dolor abdominal, incremento de la secreción gástrica, grandes variaciones de la presión arterial, síncope, arritmia cardíaca, bradicardia, cefaleas, agitación, insomnio, calambres, sudoración e incremento de la secreción bronquial.(Forlenza, 2005).

Otro de los fármacos utilizados es la Memantina, su uso se justifica en la Enfermedad de Alzheimer por su acción sobre la neurotransmisión glutamatérgica que se encuentra alterada en esta enfermedad; el glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio cerebral, particularmente en regiones asociadas con las funciones cognitivas y la memoria. También actúa como una excitotoxina, con lo que provoca la muerte de neuronas cuando se liberan niveles elevados del neurotransmisor por períodos prolongados (Forlenza, 2005).

Desde la perspectiva de Forlenza (2005), la seguridad clínica del uso de memantina ha sido demostrada por estudios clínicos controlados con placebo sobre más de 500 pacientes con demencia leve o moderada. Dosis diarias entre 20 mg y 30 mg proporcionaron beneficios sobre las funciones cognitivas, motoras y del comportamiento. La incidencia de efectos adversos con memantina no fueron significativamente superiores en comparación con el placebo; los efectos adversos más frecuentes fueron diarrea, vértigos, cefaleas, insomnio, inquietud, excitación y fatiga.

Es posible la administración concomitante de memantina e I-ChE, con bajo riesgo de interacciones farmacológicas. En pacientes con Enfermedad de Alzheimer moderada a grave que reciben dosis estables de I-ChE, el tratamiento combinado con memantina, además de seguro, es bien tolerado, y puede producir resultados más favorables en los parámetros cognitivos, funcionales y del comportamiento (Forlenza, 2005).

Tratamientos no farmacológicos: Los estudios observacionales han indicado que el permanecer activo desde el punto de vista cognoscitivo puede prevenir los síntomas de la Enfermedad de Alzheimer. Estos estudios no prueban que la actividad cognoscitiva proteja contra el desarrollo de la demencia, pero la falta de participación en actividades de conocimiento puede constituir un temprano indicador de declive cognoscitivo. No es probable que se realicen pruebas aleatorizadas prospectivas en esta esfera, pero es prudente que alentemos a nuestros pacientes de edad a que se involucren en actividades de ocio que requieran de aspectos cognoscitivos (Bobes, 2000).

Según Agüera (1998), para aquellos pacientes que hayan desarrollado ya demencia, existe interés por la psicoterapia orientada a las emociones como la terapia de reminiscencias que implica traer a la memoria los hechos acaecidos en la vida de una persona. Se exhorta a los pacientes a que recuerden cosas de su familia, lejanos recuerdos, transiciones, trabajos anteriores y otros recuerdos significativos. La terapia de reminiscencias puede aportar beneficios subjetivos que refuercen la atención a los pacientes dementes.

2.7 Tratamiento psicológico para la Enfermedad de Alzheimer

El tratamiento psicológico de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer puede dividirse en cuatro grandes grupos:

Intervención conductual: se inicia un estudio minucioso de la conducta del enfermo, cual es el trastorno, donde ocurre, cuando se presenta y con que frecuencia. El siguiente paso consiste en estudiar los antecedentes específicos y las consecuencias de cada trastorno conductual. Deben anularse, en lo posible, las actividades que generalmente preceden al trastorno de la conducta, como precipitantes, si la actividad es necesaria, como ir al baño, puede ser beneficioso disminuir su frecuencia o modificar el entorno de

forma que los estímulos negativizadores disminuyan (cambiar de horario, de baño, personas presentes). Cuando las actividades multisectoriales, como vestirse o comer, originan problemas conductuales, como la agresión, suele ser buena ayuda simplificar dichas actividades. Por otra parte, deben equilibrarse los niveles de demanda del enfermo y sus verdaderas capacidades para evitar infantilizaciones y frustraciones (Terrón Cuadrado, 2005).

Intervención emocional: este tipo de intervenciones incluye:

Terapia de reminiscencia, la misma ayuda a estimular la memoria y el humor en el contexto de la historia del enfermo. Para ello se utiliza estimulaciones y recuerdos sobre el pasado del sujeto, mediante el empleo de fotografías, videos, archivos, cartas, y cualquier elemento que se corresponda con experiencias del pasado. Terapia de validación, ayuda a restaurar la autovaloración y reduce el estrés, validando los lazos emocionales del pasado. Terapia de simulación de presencia, puede ayudar a disminuir los problemas de conducta asociado con el aislamiento social (González, 2005).

Intervención cognitiva: estas técnicas incluyen la orientación de la realidad y las enseñanzas de habilidades. La ayuda de estos tratamientos consiste en reparar las deficiencias cognitivas. Las terapias de orientación a la realidad suele producir mejorías en la orientación verbal, así como discretamente en la interacción social (Casals Serra, 2005).

El intento de lograr una comunicación a nivel de la realidad es básico, es preciso intentar el logro de relaciones con el paciente buscando sus niveles de realidad, dado que si, si logramos comunicarnos con el a su mismo nivel comprensivo, se disminuirá su ansiedad y frustración, facilitando la comunicación. Sin olvidar, en ningún momento, que estos pacientes sufren la pérdida progresiva de la memoria, muestran dificultades para organizar acciones y actividades según secuencias lógicas y sufren de un déficit de atención y juicio que les hace difícil comprender conceptos y percepciones (Casals Serra, 2005).

Conforme la enfermedad avanza, se va perdiendo la capacidad de comunicar las necesidades, intereses y recuerdos propios. Estos pacientes pueden utilizar el lenguaje de forma equívoca para los familiares, lo cual constituye, a veces, un signo de pérdida de las inhibiciones y les lleva a decir la primera palabra que se les ocurra, pero ello no

significa que tales palabras se correspondan con una similar intención conductual. Para ayudar al paciente en esta situación, es conveniente observar atentamente sus patrones de comunicación, lo cual incluye la observación de la conducta no verbal que puede expresar necesidades como hambre, sed, entre otras cosas (Casals Serra, 2005).

Intervención estimuladora: este tratamiento incluye actividades de terapia recreativa y terapia artística. Todo ello produce estimulaciones y enriquecimiento que movilizan los potenciales cognitivos del enfermo. Existen algunas pruebas de que mientras se ejecutan estas actividades los problemas de conducta disminuyen y el humor mejora (Santander, 2001).

Así como la música sirve habitualmente para conseguir un engrandecimiento interior intelecto-emocional, para el paciente con esta enfermedad constituye un verdadero apoyo personal siempre que tenga para él un significado que transforme en un estímulo comprensible. Estos enfermos no han perdido la memoria de su personalidad anterior, sino el acceso a ella. Y para muchos pacientes la llave que abre, en cierta forma, las puertas de sus recuerdos es la audición de una música adecuada, que tenga significado personal para su mundo emocional, historia e identidad, actuando como un despertador del recuerdo. (Santander, 2001).

3. Metodología.

3.1 Tipo de Estudio:

Descriptivo-Estudio de caso.

3.2 Participante:

Una paciente mujer de 83 años diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer internada en un geriátrico privado, ingresada por primera vez con diagnóstico presuntivo de excitación psicomotriz. Los antecedentes de la paciente remitidos en la historia clínica son artrosis con doble remplazo de rodillas.

Deterioro cognitivo de dos años de evolución, al momento de ingresar a la institución se encontraba Vigil y desorientada.

Sus familiares manifestaron que no tenía un diagnóstico, pero que les era disfuncional tenerla en su casa. A causa de esto tomaron la decisión de ingresarla a la residencia geriátrica.

E participa de algunas actividades como taller de recreación, gimnasia, clases de cocina, pintura, kinesiología y peluquería.

Una vez ingresada a la institución, de manera interdisciplinaria se realizó un diagnóstico presuntivo, llegando a la conclusión que padece la Enfermedad de Alzheimer.

3.3 Instrumento y Procedimiento:

El método para la recopilación de la información se realizó a través de la observación directa participante durante tres meses, y el registro de la misma se logró a través de un cuaderno de observaciones.

Se realizó un seguimiento, el cual permitió ver a la paciente desenvolverse en distintas actividades, permitiendo al mismo tiempo observar su conducta o rasgos más característicos.

Se tuvieron en cuenta los encuentros con la psicóloga de la institución y con su psiquiatra personal. También se recopiló información mediante la lectura de la historia clínica de la paciente.

Los datos para la realización del presente trabajo se obtuvieron durante la participación en el desarrollo semanal y mensual de las actividades de la Institución y durante la aplicación de las técnicas en el trabajo académico con la paciente, a partir de la capacitación recibida.

4. Resultados.

4.1 Características específicas de la enfermedad de Alzheimer en la paciente.

La paciente ingresa a la institución geriátrica con un cuadro de agitación psicomotriz, con relación al cual se pudo observar un incremento del comportamiento tanto físico como verbal, manifestando un lenguaje muy apresurado sin coherencia entre las oraciones y las palabras. Este episodio duró aproximadamente unos 20 minutos hasta que el mismo cesó. Su marido fue quien tomó a partir de este cuadro mencionado arriba la decisión de internarla. El mismo relató que se había asustado por el estado de su esposa, infiriendo que tuvo miedo por que la notó un tanto agresiva para con él. También contó que este cuadro se repitió varias veces pero nunca había sido tan manifiesto como el último. Sabiendo que la agitación psicomotriz es un epifenómeno de otras causas primarias, el psiquiatra y la psicóloga de la institución se propusieron ver cual fue la causa de este síntoma. Al día siguiente de la internación, en la historia clínica, el psiquiatra refiere que E se encuentra Vigil, tranquila, colaboradora, cumple con las órdenes simples pero de manera muy lenta.

A medida que fueron transcurriendo los días de internación la paciente comenzó a presentar síntomas tales como preocupación excesiva por su estado de salud, inquietud por salir de la institución, pero al mismo tiempo manifestando no querer volver a su casa, comenzó a demostrar irritabilidad y sudoración, como también palpitaciones.

Luego de este episodio la paciente no establecía mucha comunicación, respondía solo a las indicaciones simples tales como levantarse de la cama y lavarse los dientes. Sin embargo la misma se manifestaba con actos agresivos tales como agarrar con mucha fuerza casi rasguñando a las enfermeras. A mi por momentos trataba de estirar del cabello, dando patadas al azar, buscando con esto lastimar a cualquiera que se encontrara a su alrededor.

En ocasiones, las enfermeras del turno noche dejaron constancia en la historia clínica que la paciente deambulaba por la institución, se mostraba alterada e inquieta, no permanecía acostada y una vez que lograban acostarla en su cama se volvía a parar, debían contenerla con cintas para que la misma permanezca acostada y lograra luego de un rato poder descansar.

Al cumplirse dos meses desde la interacción de la paciente se pudo ver en una sesión con el psiquiatra, quien me permitía estar presente en la misma, que la paciente presentaba un cuadro de acatisia donde se observaban movimientos frecuentes en las piernas, sentándose y parándose sin cesar. Comenzaron a aparecer en la paciente alteraciones en su estado del ánimo, la misma se encontraba angustiada, con llantos sucesivos y de largas duraciones, difíciles de calmar, no tenía interés en levantarse y mucho menos en comer. E en una ocasión manifestó escuchar voces que le decían “que la estaban vigilando que debiera portarse bien”.

Al pasar los días y meses, E fue manifestando rigidez en los movimientos, le costaba levantarse, sentarse, caminaba en forma cada vez mas lenta hasta que con el paso del tiempo el médico de la institución tomo la decisión de que se maneje en silla de ruedas.

En los últimos meses que se observó a E, se pudo inferir que la misma se encontraba perdida, como ida, comenzó a tener olvidos de nombres propios, desorientación de tiempo y espacio, confusión con las personas, no reconocía sus familiares, repetía varias veces las mismas cosas y no recordaba como lavarse los dientes, vestirse ni comer. A diario gritaba sin motivo alguno, no pudiendo explicar el motivo de su bronca o alteración. Cada día se aislaba mas alejándose de los demás internos, cortando el diálogo con los mismos así como también con los médicos, profesionales y enfermeras de la institución.

Cabe destacar que la paciente fue ingresada con antecedentes de artrosis, a causa de esto se le practicó una operación de doble reemplazo de rodillas.

Al momento del ingreso ya contaba con un deterioro cognitivo de dos años de evolución, según manifestaron sus familiares.

En síntesis, según lo descrito en el marco teórico, los criterios del DSM IV que se cumplen en el caso de E son: Criterio A por el cual se indica que el primer síntoma de E fue el deterioro precoz y prominente de su memoria, se manifiesta en la paciente la incapacidad para aprender información nueva y con el tiempo olvidándose el material previamente aprendido. Con el avance de la enfermedad su lenguaje se fue deteriorando hasta llegar al punto de no emitir sonido propio, simplemente repite lo que oye.

Otro de los criterios que se cumplen es el Criterio A2b E presenta apraxia, lo cual quiere decir que existe un deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a

pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas, su capacidad en el uso de objetos también se encuentra deteriorada. Así como la actividad constructiva de actos motores conocidos (American Psychiatric Association, 2001).

Otro criterio que se cumple en este caso en particular es el Criterio A2d en el cual se manifiestan alteraciones en la actividad constructiva, así como también el deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva y compleja (American Psychiatric Association, 2001).

Los ítems mencionados con anterioridad son los suficientemente graves como para provocar un deterioro en la actividad social, laboral y representa un déficit respecto al nivel previo de actividad Criterio B.

El Criterio C también se cumple ya que en E el inicio de la enfermedad fue gradual implicando un deterioro cognoscitivo continuo.

Al momento de establecer el diagnóstico los profesionales a cargo del mismo realizaron varios estudios con el fin de descartar en E otros tipos de enfermedades, por lo cual se cumple el Criterio D.

Por todo lo relatado anteriormente y lo descrito en el marco teórico se está en condiciones de decir que E se encuentra en la segunda etapa de la enfermedad, durante la cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de afasia, apraxia y agnosia. Apareciendo en la paciente algunos rasgos de tipo psicótico.

Asimismo, el embotamiento o represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes. La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo que ésta realizaba tenía E con anterioridad pierden totalmente su valor, mostrándose aburrida, floja, apática o somnolienta. La paciente empieza a hacer actos repetitivos rayando en lo obsesivo. Vagabundea por todo el geriátrico sobre todo por las noches.

La capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo (López Pousa, Vilalta Franch & Llinás Reglá 2001).

Cabe destacar que E en el final se encuentra ingresando en la tercera etapa, esto se infiere a causa de que se estaban agravando sus síntomas cerebrales, así como también se acentuaba su rigidez muscular. Por último otro de los indicios que demuestran que E está ingresando en dicha etapa es que comenzó a desconocer a sus familiares.

4.2 Tratamiento Psiquiátrico

Como cada residente de la institución, E tiene en su historia clínica y su plan de tratamiento hecho por su psiquiatra personal, quien acude una vez por semana. El mismo se informa mediante la historia clínica de la paciente, ya que en ella se deja asentada información de las diferentes actividades que realiza durante la semana.

4.2.1 Plan de tratamiento

Para la descripción del plan de tratamiento se obtuvo la información mediante la observación y seguimiento de la paciente a lo largo de tres meses, donde se vio a E en diferentes actividades tales como talleres de canto, gimnasia, cocina, entre otros, así como también se observó a E durante las comidas.

Se tuvo acceso a la historia clínica, donde se encuentra descrito desde el momento en que la paciente ingresó a la institución en la cual también se pudo observar las evaluaciones diarias de los médicos, psicóloga, y profesores de los diferentes talleres.

En cuanto al tratamiento específicamente psiquiátrico se participó de las sesiones conjuntamente con el psiquiatra personal de la paciente. Las sesiones tenían lugar una vez por semana y la duración dependía del estado y la colaboración de E.

En algunas ocasiones la paciente se encontraba muy callada, no acataba ordenes y había veces que no levantaba la cara para mirar a su alrededor, se la pasaba recostada con la cabeza sobre la mesa. En cuanto a los días que la paciente colaboraba las sesiones tenían una duración aproximadamente de una hora, durante el lapso de ese tiempo el psiquiatra le pedía a E que le dijera fecha, en que lugar creía que estaba, como se sentía, y que le cuente que había echo a lo largo de la semana.

En ocasiones con una pelota de plástico jugaba durante unos minutos con el fin de que E mueva los brazos y pueda responder a las órdenes del psiquiatra. Esto también se veía influenciado por las ganas o el poder de colaboración de E. Había ocasiones en donde ni siquiera seguía la pelota con la mirada, otras veces jugaba acatando con exactitud las órdenes del profesional.

Durante todas las entrevistas se indagó acerca de la visita de la familia, si fueron a verla, si le agradó la visita o que quería contar acerca de eso. Frente a este tema en varias oportunidades E se mostró irritada ante la pregunta del profesional sobre su familia, se la notaba incómoda y sin responder ante esos cuestionamientos. Solamente hablaba acerca de su hermana contando que le había enviado una carta o había hablado por teléfono.

Todas las semanas, luego de cada visita se asentaba la evaluación en la historia clínica y, de acuerdo a lo evaluado y a la información que le daban las enfermeras o médicos de la institución, el psiquiatra modificaba o no el plan de tratamiento de la paciente.

En el plan de tratamiento el primer nombre de medicamento que aparece es Galatamina, este fármaco es un inhibidor de la acetilcolinesterasa, el mecanismo de acción básico de este grupo de fármacos es inhibir a la enzima que degrada metabólicamente a la acetilcolina, aumentando la disponibilidad de este neurotransmisor. Según Bagnati (2003), en la práctica, son los fármacos de primera línea en el tratamiento de las demencias, con importante impacto sanitario. Este fármaco previamente nombrado no cura la demencia ni invierte el curso progresivo de la misma, pero ha logrado retrasar el curso de la enfermedad más de un año, y produce mejorías en las áreas claves de esta demencia: cognición, conducta, y nivel funcional del paciente. La eficacia sintomática es discreta y comprende efectos sobre la memoria, la atención, la motivación y la conducta. Los efectos secundarios más comunes de los anticolinesterásicos son digestivos (náuseas, vómitos, diarrea y anorexia) (Bagnati 2003). Cabe destacar que la paciente E a causa de esta medicación descrita anteriormente padecía de fuertes dolores gástricos, con el tiempo y la moderación de la dosis los mismos fueron desapareciendo.

E manifestaba en diferentes circunstancias síntomas tales como ansiedad, agitación, grito estereotipado, agresividad, alucinaciones, vagabundeo, delirio, insomnio y desinhibición. Para estos síntomas mencionados arriba el psiquiatra utilizó el fármaco

conocido como Risperidona (1 gramo por día). Según Bagnati (2003), el antipsicótico atípico Risperidona ha demostrado en numerosos estudios doble ciego, que puede controlar los síntomas mencionados, incluso la agresión física. Es en general bien tolerado, es muy baja la incidencia de efectos secundarios del tipo de trastornos del movimiento.

En un momento, cuando la paciente recién había ingresado a la residencia geriátrica se le había indicado Olanzapina ya que el mismo es útil en pacientes con peso bajo por su efecto adverso de aumento de peso.

Al momento del diagnóstico de E se marcó la aparición de síntomas de depresión, la psicóloga de la residencia en forma conjunta con el psiquiatra personal de la paciente indagaron acerca de los síntomas y llegaron a la conclusión que la misma sufría depresión. A causa de esto a la paciente se le recetó Sertralina. Según Bagnatti (2003), la depresión es una expresión patológica común en pacientes que sufren demencias, cabalgando sobre ella y agravando la sintomatología y el nivel funcional del paciente: es el síndrome neuropsiquiátrico más frecuente que agrava la disfunción cognitiva progresiva, propia de la enfermedad de Alzheimer. Otras veces aparece la depresión como comienzo de un desarrollo demencial. Los agentes antidepresivos de primera línea son los *ISRS* (*inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina*). Según Strejilevich y Bustin (2005), dentro del limitado número de estudios dedicados al tratamiento de la depresión en sujetos con demencia hay abundante evidencia que avala la efectividad y seguridad de los ISRS. Lo primero para señalar es que si bien se ha comprobado la seguridad de estos fármacos desde el punto de vista cardíaco, esto no significa que otros antidepresivos no lo sean. La falta de efectos adversos cardíacos no implica que los ISRS no produzcan efectos adversos. Las consecuencias de la disminución de la dopamina no se limitan a posibles trastornos motores, sino que también pueden generar cuadros de apatía o apragmatismo a los cuales las personas de este grupo etario son especialmente vulnerables. La acatisia es un efecto adverso extrapiramidal producido por este grupo de antidepresivos. Cuando se utiliza un ISRS, hay que estar especialmente atento a los efectos adversos gastrointestinales. Durante la administración de la sertralina la paciente manifestó diarreas y vómitos a diario, por este motivo se disminuyó la dosis del psicofármaco, provocando en la paciente una mejoría tanto en los síntomas gastrointestinales como en su estado de ánimo.

E al momento de ingresar a la residencia se manifestaba vigil pero no establecía comunicación, respondía solo a las indicaciones simples, en ocasiones agresiva con el resto de los pacientes. Al tiempo se diagnosticó que la misma padecía enfermedad de Alzheimer y como consecuencia se armó su plan de tratamiento.

Pasado un tiempo, esta evolucionó de manera positiva, los episodios de agresividad desaparecieron, pero se manifestaba inquieta y ansiosa por querer salir, no respondía a estímulos, con una marcada disminución del estado de conciencia, por lo que el psiquiatra inició un plan de disminución de psicofármacos, el cual fue realizado bajo mucho control. A las semanas de la disminución de psicofármacos E comenzó a presentar nuevamente excitación psicomotriz por lo que se indicó continuar con el plan de tratamiento anterior. Al cabo de unas semanas la paciente se denota más tranquila pero con despertares nocturnos, comienza a realizar las actividades diarias tales como gimnasia y forma parte del taller de cocina, lo cual la mantiene mas conectada con el entorno.

A causa de un episodio de acatisia E manifestó incapacidad para mantenerse quieta acompañado esto por una sensación de intranquilidad a nivel corporal, sin llegar a la angustia. Durante algunos minutos la paciente comenzó a tener la necesidad de moverse de manera imperiosa, a cambiarse de forma repetitiva de lugar y de postura, así como también de levantarse y sentarse en forma reiterada, cruzando y extendiendo sus piernas, balanceándose hacia delante y atrás continuamente. Este episodio de acatisia se controló con Diocam, este fármaco está compuesto por Clonazepam y su acción terapéutica es antiepiléptico y ansiolítico, pero una vez que el mismo hizo efecto sobre la paciente se le quitó ya que una de las reacciones adversas del mismo era somnolencia y teniendo en cuenta que la paciente tenía problemas en conciliar el sueño, este medicamento lo asentaba aun mas. Este episodio de igual manera no se volvió a repetir una vez quitado el fármaco.

4.3 Tratamiento psicológico.

Durante la observación de E se pudo registrar el tratamiento psicológico por dos vías, la primera fue a través de la historia clínica, donde la psicóloga deja plasmada la evolución semanal de la paciente. La segunda vía de recolección de información se dio por la participación de las entrevistas de manera conjunta con la profesional.

Las sesiones duraban aproximadamente 40 minutos, dependiendo de la colaboración que brindaba E. Una vez por semana participaba en talleres a nivel grupal donde la psicóloga era la coordinadora de los mismos. También en algunas ocasiones ante la presencia de un familiar la psicóloga se sentaba a conversar con ellos para indagar acerca del vínculo.

La psicóloga de la institución luego de observar a la paciente decide armar su tratamiento basándose en distintas intervenciones.

En la intervención conductual la psicóloga puso énfasis en ver cual era su trastorno, donde, cuando y con que frecuencia este ocurría, así como también en ver cuales podrían ser los estímulos negativizadores y poder cambiarlos por estímulos positivos con el fin de que este tipo de intervención le permita a E evitar las frustraciones frente a ciertas situaciones que la hacían poner agresiva e irritable.

Al momento del ingreso de la paciente se indagó sobre las conductas de E, a nivel conductual tanto ella como su marido manifestaron que la paciente comenzó a tener ansiedad y agitación, estos episodios se daban en los momentos en que E olvidaba cosas que anteriormente las realizaba con total naturalidad. Por ejemplo un caso particular se vivió cuando E se sentía pérdida en tiempo y espacio, al darse cuenta de su olvido comenzaba a ponerse muy ansiosa e inquieta por la situación. En virtud de esto, se armó un plan, en el cual se le construyó una rutina con horarios para cada actividad específica.

Con el tiempo se comenzó a ver que actividades E podía realizar sola como por ejemplo vestirse, comer, hacer gimnasia, acudir a los talleres, lo que se hizo en estos casos fue incentivar a la misma para que siga realizando las actividades.

Con el paso del tiempo E comenzó a demostrar dificultades ante las actividades que anteriormente las realizaba sin dificultad, no se encontraba orientada en los lugares, ni en fechas ni tampoco en los días. Ante esto la paciente se ponía agresiva e irritante. La causa fue que la paciente tenía conciencia de sus olvidos.

Transcurriendo los últimos días de observación se pudo dar cuenta de que la paciente ya hablaba muy poco, participaba casi nada de los talleres, solo por ahí colaboraba en el de cocina y se la veía muy atenta en el de canto.

En el caso de la intervención emocional, la profesional, eligió la terapia de Reminiscencia con el fin de que E pueda mantener estimulada su memoria y los recuerdos de su pasado. Tomó como herramienta también la terapia de Validación, donde se busca restaurar la autovaloración y reducir el estrés en E, esto se consigue tratando de validar los lazos emocionales del pasado de la paciente en cuestión, buscando como resultado disminuir los problemas de conducta asociados con el aislamiento social. Por ejemplo, en una de las sesiones se indagó a la paciente sobre su pasado, sobre su familia. E en las primeras sesiones comenzó a sentirse incómoda ante la pregunta por su relación con su marido, su hija, no era un tema al que ella la entusiasmara, demostrando por el contrario desinterés y muchas veces hasta enojos. La psicóloga luego de que esto se haga evidente decide realizar una entrevista a su marido, el en la misma refirió tener con E una excelente relación sin dar mayores detalles de la misma.

Además, en algunas sesiones se le mostraban a la paciente fotografías de su familia, esto daba como resultado una movilización a nivel emocional, mirando las fotografías comentaba en que momento fueron tomadas, quienes eran y que estaban haciendo. Esto causaba en E llantos, melancolía, felicidad y retraimientos.

También recibía una vez por mes cartas de una hermana que vivía afuera de país, E luego de recibir la carta lloraba, pero manifestaba que ese llanto era de alegría por que en esa carta siempre resumía un mes entero de la vida de su hermana.

Con el paso del tiempo E casi no reconocía quienes eran las personas que estaban en las fotos, las miraba como si fueran ajenas a ellas, como que si se le mostrara fotos de otras personas.

Y con las cartas pasó lo mismo, ya no las esperaba y cuando las tenía no las leía, en el momento en que la psicóloga comenzaba a leerla E sonreía sin entender mucho el contenido de la misma, durante el transcurso del día ya no manifestaba las emociones contadas anteriormente.

También a nivel grupal se pasaban cada tanto videos con diferentes temáticas de la tercera edad, y después en forma conjunta con la psicóloga cada uno daba su opinión, punto de vista, se compartían sentimientos, críticas, entre otras cosas. Las primeras veces que esta actividad era llevada a cabo, E participaba de la misma con mucho entusiasmo y siempre tenía algo que comentar o acotar acerca de la película en cuestión. Con el paso de los meses se notaba que a E le costaba prestar atención, se distraía con facilidad, por momentos se dormía y cuando se le preguntaba que le pareció la película no sabía que decir, o decía cosas que no concordaban con lo visto.

La psicóloga de la institución eligió tanto la intervención Cognitiva cómo la Estimuladora con el fin de obtener diferentes beneficios para E. Estos tipos de intervenciones se utilizan principalmente para reparar las deficiencias cognitivas, usando para esto la terapia de Orientación a la realidad, la cual permite producir mejorías en la orientación verbal, así como también en la interacción social. La profesional explica que estos tipos de intervenciones son útiles a la hora de disminuir la ansiedad y evitar la frustración en E.

Particularmente, en el caso de la intervención Cognitiva lo que se prioriza es mantener activa la memoria y permite demostrar la forma en la que la paciente se comunica para ver cuales son sus necesidades y de manera conjunta descubrir que patrones de comunicación utiliza, para esto se debe prestar atención a la conducta no verbal, ya que la misma puede expresar diversas necesidades de la paciente.

Para la psicóloga de la institución, la intervención Estimuladora es de gran importancia teniendo en cuenta que la misma manifiesta que las terapias, tanto recreativas como artísticas logran motivar y activar a E produciendo en ésta estimulaciones positivas que movilizan los potenciales cognitivos.

Al momento del ingreso de E a la residencia se indagó acerca de sus habilidades, de sus gustos y preferencias con el fin de ver en que talleres la misma se iba a sentir más a gusto, ella manifestó que le gustaba cocinar, hacer gimnasia, que le agradaba mucho la música así como también el de recreación cognitiva. Por lo tanto se decide utilizar la música para conseguir un mejoramiento a nivel interior que atañe a lo emocional, constituyendo un apoyo en lo personal de la paciente. La música tiene su mérito como terapia, por que la misma lleva a E a tener recuerdos de su vida pasada, a expresar sus

diferentes emociones. Todo esto se consigue gracias a que la música lleva en este caso a E a reencontrarse con parte de su vida, de su historia, en fin, con parte de ella misma.

En los talleres de música, E siempre se encontraba dispuesta y a gusto con el mismo, manifestaba que la música le traía recuerdos tantos buenos como malos, había días que según ella eran de nostalgia donde las canciones la hacían llorar, y en otros la misma canción le causaba alegría. Con este taller pasaban cosas particulares ya que las canciones traían recuerdos que permitían siempre que E cuente una anécdota relacionada con la misma. También este espacio permitía como se menciono anteriormente expresar diferentes emociones que por ahí se encontraban hasta el momento contenidas o guardadas. Con el paso del tiempo, de forma progresiva E fue perdiendo interés en este como en todos los talleres, la paciente se encontraba en el salón pero ya no participaba de manera activa, no comentaba ni expresaba sus emociones ante las canciones que antes la hacían sentir algo en especial, en ocasiones se podía observar un mínimo tarareo de la letra.

Se la hizo participar en el taller de cocina. En un primer momento, E trabajaba en forma conjunta con sus demás compañeros realizaba la actividad, acataba todas las ordenes y seguía al pie de la letra la receta. Con el paso del tiempo ya se le debía a dar a E ordenes mas cortas y concretas como por ejemplo “poner una cucharada chica de sal”, o solo se le ponía el pote enfrente a ella y atinaba a revolver sin saber que estaba haciendo.

Con respecto al taller de gimnasia paso algo en particular, ella manifestó que siempre realizó ejercicios físicos, en las clases E siempre pedía sentarse adelante y realizaba los ejercicios tal cual el profesor los marcaba. Con el paso del tiempo a E se la notaba muy rígida físicamente, le costaba mucho trabajo levantar las piernas o mover los brazos. En la segunda parte de la clase de gimnasia se incorporaba un objeto que era una pelota de plástico dónde a cada paciente se le pasaba y el mismo tenía que devolvérsela al profesor. E en un primer momento acataba muy bien las ordenes y devolvía la pelota con mucha fuerza, con el paso del tiempo cada vez se hacia mas difícil que devolviera la pelota o entienda como se desarrollaba el ejercicio. Se descubrió que cuando alguien se sentaba junto a E y le comenzaba a mover la parte del cuerpo que el profesor pedía ella lo repetía en forma automática. En los últimos días de observación a E, se hizo notorio que la paciente no acataba a las órdenes del profesor y que tampoco imitaba cuando alguien se le sentaba a su lado marcándoles los ejercicios de cerca.

El último de los talleres, también coordinado y seguido de cerca por la psicóloga de la institución es el de historia y de recreación. Este taller se realiza en forma grupal, en cuanto se acercaban fechas patrias se buscaba información y se las compartía con todos los abuelos, esto arrojaba un resultado positivo ya que los mismos vivieron esa parte de la historia o les tocaba muy de cerca. Era impresionante ver a los abuelos como se mimetizaban con la historia, nunca faltaba un comentario, una anécdota, discusiones o simples recuerdos que arrojaban risas y llantos. E demostró saber mucho de historia sobre todo de Argentina, siempre tenía algo para decir. Se mostraba atenta en la lectura y siempre tomaba partido de lo que se leía. Con el tiempo, a causa de su deterioro cognitivo esto fue disminuyendo, a E le costaba mucho prestar atención, a la hora de comentar se quedaba callada manifestando no entender de lo que se estaba hablando. Cuando escuchaba nombres de próceres por ejemplo que le sonaba familiar se activaba pero por pocos minutos sin poder sostenerlo en el tiempo.

En el taller de recreación, donde el juego preferido de los abuelos era el de contestar tarjetas que contenían preguntas de cultura general a E le sucedió lo mismo, en un principio contestaba las preguntas casi siempre dando las repuestas correctas. Cuando el deterioro se hacia mas evidente y su memoria comenzaba a demostrar sus fallas para E era imposible entender siquiera la pregunta.

Durante todas las sesiones la psicóloga manifestaba que lo que se debía tratar con E era mantenerla integrada en el espacio grupal con el fin de no perder las relaciones y evitar así el aislamiento, tratar de estimularla para que mantenga activas sus funciones cognitivas, todo esto se intentaba lograr a través de los talleres mencionados con anterioridad.

5. Conclusión

El presente trabajo surge luego de haber realizado la residencia en un Geriátrico privado con el fin de poder describir un caso único, demarcando las características principales

de la enfermedad de Alzheimer, así como también la descripción del tratamiento tanto psicológico como psiquiátrico.

E, de 83 años, al momento de ingresar a la institución se encontraba con un deterioro cognitivo de dos años. Una vez que la misma forma parte de la institución, el staff de profesionales de la institución le realiza los estudios correspondientes con el fin de arribar a un diagnóstico. Los resultados de los mismos arrojan que E padece la enfermedad de Alzheimer. Se encuentra en la segunda etapa de la enfermedad. A causa de su agravamiento intelectual y de su sintomatología se infiere que la paciente se encuentra ingresando en la tercera etapa de la enfermedad. Esto se deduce a causa de que E en ocasiones no reconoce a sus familiares y se denotaba más acentuada su rigidez muscular.

En el caso del tratamiento psiquiátrico, el profesional es contratado por la familia de la paciente. El psiquiatra acude a la institución una vez por semana y trabaja, como se menciono en párrafos anteriores, dependiendo del estado de ánimo de E. Cada entrevista que se lleva a cabo tiene como fin el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente, así como también subsanar los conflictos que se vayan presentando en la vida de E. El profesional luego de armar su plan de tratamiento, el cual esta conformado por horarios y medicamentos que E debe tomar, se encarga de controlar que se le respete el plan. Los medicamentos elegidos por el psiquiatra son los que corresponden según los síntomas y la enfermedad que padece. Cabe destacar que el plan se fue modificando, esto quiere decir que en cuanto aparece un efecto adverso el profesional lo cambiaba buscando una segunda opción.

Se considera que para que el tratamiento psiquiátrico pueda ser más rico se debería indagar más sobre el vínculo familiar. Se observó que el profesional no indagaba acerca de su relación con la familia. Otra de las limitaciones que se presenta es, como se dijo anteriormente, que al ser médico personal el mismo no participaba de las reuniones donde los profesionales de cada área discutían e intercambiaban información sobre los pacientes. El psiquiatra de E solo se informaba a través de la historia clínica.

En el caso de la psicóloga, ella sí formaba parte del staff de la institución, concurría de lunes a viernes de 8 hs a 12 hs del mediodía. Dentro de la institución, la misma trabaja tanto en forma individual así como también de manera grupal.

En el caso particular de E, permanentemente se hizo hincapié en mantener y mejorar sus capacidades y habilidades. Desde el trabajo individual se indagó acerca de sus gustos y preferencias. A la hora de tratar en las sesiones sus vínculos familiares se observó limitaciones de ambas partes, tanto de E, como de su familia que estaba formada por su esposo y una hija. Esto se plantea ya que E se negaba a hablar de su matrimonio y de la vida en pareja. Por el lado de su cónyuge, él manifestaba que no existía ningún tipo de inconveniente en la relación con E. Esto arrojaba como resultado un impedimento en poder averiguar lo que a la paciente le causaba una evidente angustia que guardaba relación con su esposo, haciéndose evidente esta angustia cada vez que su marido y su hija acudían a visitarla a la institución.

Al momento de trabajar grupalmente, aparecían las limitaciones a causa del avance progresivo propio de la enfermedad de Alzheimer. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la profesional siempre manifestó que se debía seguir trabajando en donde se evidenciaba que E tenía capacidades, y convencerla que podía mantenerlas y mejorarlas. Se evidenció en todo momento que el apoyo psicológico y la estimulación cognitiva fueron y son herramientas eficaces para E, constituyen verdaderos pilares del tratamiento.

Se debe decir que la institución, se encontraba permanentemente reluciente y contaba con la higiene y seguridad con la que deben contar dichas instituciones. Todos los profesionales que forman parte de ella se encuentran aptos y capacitados para cada área que ocupan. Sobre todo no solo desempeñando sus roles, obligaciones y responsabilidades, sino que también, brindándoles cariño y afecto a los abuelos que residen allí. En algunas ocasiones se notaba a nivel administrativo un hilo muy fino entre los conceptos de paciente y cliente, esto se justifica aclarando que en cada oportunidad que algún familiar acudía de visita se daba la orden desde los directivos del lugar que rápidamente los profesionales se pongan con el paciente el cual recibiría la visita hasta que la misma abandone el lugar.

Durante la pasantía, mediante lo observado, surgió la idea de que la psicóloga de la institución puede trabajar en forma conjunta con las enfermeras, sabiendo que el trabajo que le toca realizar a las mismas es agotador y en muchas ocasiones es difícil de llevarlo a cabo. A las enfermeras se las notaba irritadas a causa de las responsabilidades que sobre ellas recaen. Así como también en diferentes circunstancias, se pudieron ver

peleas entre las mismas, culpas, y tareas sin resolver. A medida que los pacientes se hacen menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, quien a su vez está expuesto a un alto riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Es por lo mencionado anteriormente, que se debería crear un espacio donde las enfermeras de forma conjunta con la psicóloga de la institución puedan hablar de estos temas y plantear los conflictos que aparezcan. Teniendo como objetivo que este espacio proporcione un mejor vínculo entre ellas y poder obtener un ámbito de trabajo más relajado.

Además de lo mencionado en el párrafo de arriba, se propone promover una mayor participación de los familiares, esto quiere decir que, a parte de ir a visitarlos, compartan los momentos de festejos, los talleres, entre otras cosas.

Y aquí es importante reiterar que tanto la psicóloga como el psiquiatra deberían trabajar más exhaustivamente con E y su familia.

Cabe destacar que en este geriátrico se obtienen resultados positivos cuando se trabaja de manera multidisciplinaria, haciendo posible que los pacientes trabajen desde todos los ámbitos y áreas posibles, buscando como resultado la mejor calidad de vida de cada uno.

A lo largo de las horas transcurridas, dentro de la institución se pudo observar que una de las limitaciones existentes es que no se interviene con la familia, agregando que tampoco se hace una psicoeducación. Se explica esto por que en ocasiones acudían familiares con dudas acerca de por que su familiar se encontraba apático, inquieto, dormido, entre otras dudas que surgían.

Personalmente no tuve ningún tipo de limitación dentro de la institución, tuve acceso absolutamente a todas las áreas, a las historias clínicas, a las sesiones, con permiso de la familia pude presenciar las visitas familiares, así como también participe de las reuniones en equipo.

La limitación se me apareció en la parte teórica de este trabajo. Cómo se sabe, el Alzheimer está en investigación y faltan aún encontrar varias partes del rompecabezas

para poder terminar de entender esta enfermedad, así como también poder prevenirla o mas importante, encontrar su cura.

Según Bagnati (2003), el termino Alzheimer ya figura en el diccionario, lo cual reafirma la progresión de la difusión y conocimiento de la enfermedad mas allá del ámbito científico. La población mundial ya encuentra en los países desarrollados y en vías de desarrollo un crecimiento exponencial en el número de enfermos con Demencia, estimándose que en pocos años habrá 24 millones de afectados.

La investigación no cesa y avanza cada día, los profesionales cada vez están mejor preparados, la oferta de prestaciones sociales es cada vez mas amplia, las asociaciones de familiares son cada día mas numerosas, los geriátricos e instituciones tienen gente totalmente capacitada para lidiar con esta enfermedad, evidentemente no están solos y esa es una buena razón para pensar que en esta enfermedad se esta comenzando a abrir un tiempo para la esperanza (Fernandez 2000).

Por lo mencionado en el párrafo anterior, debemos tener conciencia que es un tema que nos tiene que interesar a todos, sea cual sea nuestra profesión, desde cualquier lugar se debe poner el granito de arena para que juntos podamos ayudar a la gente que trabaja desde cerca con esta enfermedad, y mas importante aun que incentivemos a que las investigaciones se sigan realizando.

Luego de conocer un poco acerca esta enfermedad, considero que un tema de importancia para que sea estudiado es si existe correlación que las personas que viven con un paciente con Alzheimer corren el riesgo de padecer la enfermedad. Este tema surge a partir de varias versiones en donde por ejemplo, uno de los conyugues padece la enfermedad y la otra persona que convive con ella al cabo de un tiempo comienza a tener síntomas significativos de la enfermedad.

Se ha avanzado de manera enorme, pero queda mucho por conocer y recorrer en esta enfermedad.

Es muy difícil olvidarse que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad con un deterioro progresivo, pero esto no debe ser un límite sino que como sociedad la debemos tomar como a un desafío por que tenemos que tener siempre presente que todos los abuelos del mundo conforman nuestro pasado, viven en nuestro presente, y nos dejan en nuestras manos el futuro.

Fueron, son y serán nuestros maestros de la vida.

6. Referencias Bibliográfica

Agüera Ortiz, L.F (1998). *Demencia, una aproximación práctica*. Mexico: Masson.

American Psychiatric Association (2001). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders (4a. ed.)*. Washington, DC, EE. UU.: Author.

Antuña, L. (2001). *La Vejez*. Italia: Torna Agli.

Bagnati, P. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos.

Bobes, J. (2000). *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Novartis.

Casals Serra, P. (2005). *Taller de memoria: Cuaderno para el analisis*. Barcelona: Horsori.

Cubero, P. (2002). *Diagnóstico y Tratamiento de las demencias en atención primaria*. España: Masson.

Fernandez Merino, V. (2000). *Alzheimer un siglo para la esperanza*. Madrid: edaf.

Forlenza, O.V. (2005). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de alzheimer. *Revista de psiquiatria clinica*, 32, 137-148.

Gonzales Mas, R (2005). *Enfermedad de Alzheimer, clínica, tratamiento y rehabilitación*. Barcelona: Masson.

López Pousa S, Vilalta Franch J & Llinàs Reglà J. (2001). *Manual de Demencias*. Barcelona: Prous Science.

Losada, A. (2004). Las personas mayores. *Observatorio de personas mayores*, 1, 557-577.

Martínez Lage, J.M.; Martínez-Lage Álvarez P. (1996). Concepto, criterios diagnósticos visión general de las demencias. *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Sciens.

- Manes, F. (2005). *Convivir con personas con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias*. Buenos Aires: Daniela Palais Ediciones.
- Petersen, R.C. & Smith G.E. (1999). Waring. Mild cognitive impairment. *clinical characterization and outcome*, 56, 303-308.
- Pinto, C. & Seethalakshmi, R (2006). Los Síntomas Conductuales y Psicológicos de los Pacientes con Demencia. *International Psychogeriatrics*, 18, 87-93.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Salvia, M. (2007). *Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Del Hospital.
- Santander, M.L. (2001). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Serrano R. (1998). *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Strejilevich, L. (2003). Neurogeriatría, Neurogerontología. En L. Martínez & J.M.; Martínez-Lage (Eds.), *Gerontología Social*. (pp. 230-370). Barcelona: Prous Sciens.
- Strejilevich, S & Bustin, J (2005). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Terrón Cuadrado, C. (2005). *Demencias, Investigación, Diagnóstico y Tratamiento*. España: Elsevier.