

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

TEMA:

Terapia de lenguaje: método de estimulación en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer

ESTUDIOS REALIZADOS CON ADULTOS MAYORES
EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO Dr. PUBLIO VARGAS
PAZZOS.

DURANTE EL PERIODO DE 2008 - 2009

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA DE LENGUAJE

AUTORAS: DELGADO GOMEZ MAURA MAYRA
MINA GRACIA ALEXANDRA YAJAIRA

TUTORA: DRA. MARÍA ENIREB GARCÍA

DEDICATORIA

Para aquellas personas innovadoras:
familiares, amigos y profesionales interesadas
en conocer las características de la enfermedad de Alzheimer,
con el propósito de ofrecer apoyo al paciente
en el área de la Terapia del Lenguaje,
considerando la importancia de la especialidad
en paliar el proceso degenerativo que acarrea esta discapacidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios que nos presta la vida y nos da sabiduría para aplicar nuestros conocimientos terapéuticos.

A nuestros padres por su apoyo moral y económico, a la Universidad de Guayaquil y a sus docentes, por brindarnos su acogida y darnos a conocer parte de su conocimiento científico y humanístico en especial a nuestra directora de tesis Dra. María Enireb García, y tutora Msc. Nissey Reyes lozano por su esfuerzo y paciencia.

A nuestras hijas por ser inspiradora de nuestro empeño por seguir adelante.

INDICE

A.- PORTADA.....	I
B.- DEDICATORIA.....	II
C.-AGRADECIMIENTO.....	III
D.- ÍNDICE.....	IV
E.- RESUMEN.....	V
F.- INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPITULO 2	
2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.1.1 Que es la enfermedad Alzheimer.-.....	6
2.1.2 Etapas de la evolución.....	7
2.1.2.1 Etapa inicial de la EA.....	7
2.1.2.2 Etapa intermedia.....	9
2.1.2.3. Etapa avanzada.....	11
2.1.3 Diagnósis de la enfermedad de Alzheimer.....	12
2.1.4 Factores de riesgo:	14

2.1.5. Medidas adicionales.....	15
2.1.6. Pronóstico.....	15
2.1.7. Complicaciones.....	15
2.1.8. Tratamiento.....	16
2.1.8.1. Tratamiento en casa en Etapas Iniciales.....	17
2.1.9. Terapia de lenguaje.....	18
2.1.9.1. Trastorno del lenguaje.....	18
2.1.9.2. Lenguaje y envejecimiento.....	18
2.1.9.3. Evaluación del lenguaje.....	19
2.1.9.4. Características generales de la intervención logopèdica en adultos mayores.....	19
2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.3 HIPÓTESIS.....	21
2.4 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
CAPITULO 3	
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.3 POBLACIÓN.....	23
3.4 MUESTRA.....	23
3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	25
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN TÉCNICA E INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26

3.7 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN, TRATAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	27
3.8 CRITERIOS PARA ELABORAR UNA PROPUESTA.....	28
CAPITULO IV	
MARCO ADMINISTRATIVO.....	39
4.1 CRONOGRAMA.....	39
4.2 RECURSOS.....	40
4.3 CONCLUSIONES.....	41
4.4 RECOMENDACIONES.....	42
4.5 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	43
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	45
4.6 ANEXOS.....	45

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**TEMA: Terapia de lenguaje: método de estimulación en adultos mayores
con demencia tipo Alzheimer**

AUTORAS: DELGADO MAURA

MINA ALEXANDRA

TUTORA:

FECHA:

Estudios muestran que la alteración del estado mental se presenta en el 40% de los pacientes mayores de 50 años. Quienes padecen la enfermedad de Alzheimer se convierten en personas dependientes, pues cambian totalmente de vida, necesitan ayuda para realizar actividades cotidianas como: asearse, caminar solos, vestirse, alimentarse, etc. Los familiares deben aprender a comunicarse con el paciente, porque la persona cada vez será más incapaz de expresar sus ideas en palabras y menos capaz de entender lo que se le está diciendo. El primer síntoma de Alzheimer puede ser una pérdida leve de memoria, para luego afectar el lenguaje, razonamiento, comprensión, lectura y escritura. El deterioro paulatino del cerebro dificulta la capacidad de asimilar nueva información la comprensión de un chiste, decir la hora, recordar las actividades diarias se torna difícil llevar las cuentas del banco, preparar una comida y realizar tareas que requieran varias etapas resulta cada vez más arduo. Estimular el lenguaje a través del diálogo diario, ubicación de tiempo, ejercicios matemático, han logrado que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer atenué su deterioro que es progresivo obteniendo una mejor calidad de vida, ya que se sienten personas útiles a la sociedad.

INTRODUCCION

En el mundo existen 35.6 millones de adultos mayores que presentan la enfermedad de Alzheimer, de los cuales 3 millones corresponde a América latina y que aproximadamente en dos décadas esta aumentara un 77% de los casos, en Ecuador no existe estadísticas que reflejen el numero de adultos mayores con esta demencia según la sociedad Medica Ecuatoriana de Neurología.

El Alzheimer es una alteración que se produce en el encéfalo, es muy nombrada y afecta principalmente durante el período de la vejez, en el que, generalmente, tiene lugar el olvido y la depresión. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento.

La esperanza media de vida de quienes padecen esta enfermedad está entre cinco y diez años, aunque en la actualidad muchos pacientes sobreviven 15 años o más debido a las mejoras conseguidas en la atención integral. La persona que padece Alzheimer empieza a presentar una leve desorientación en el tiempo, y más tarde en el espacio, sobre todo en lugares no habituales. En la enfermedad de Alzheimer, el lenguaje se va deteriorando progresivamente.

El paciente empieza por expresarse mediante frases más cortas y más simples, con un vocabulario más pobre, como si utilizara un reducido

diccionario de bolsillo y tuviera dificultad para encontrar una palabra concreta, alteración que se conoce por anomia. Además, presenta problemas en la construcción gramatical y en la comprensión del lenguaje, tanto oral como escrito, que deja de utilizar espontáneamente, tiene dificultad para seguir el hilo conductor de un programa televisivo, de una conversación con varios interlocutores, la lectura de un libro o de un artículo del periódico. Tiene problemas en encontrar la palabra adecuada para definir algo.

Confunde una palabra con otra. Articula frases cortas y mezcla ideas fuera de contexto. Si explicamos un relato largo o complejo, puede no comprenderlo bien y cambiar su contenido o finalidad.

El logopeda tiene como objetivo general realizar actividades orientadas a compensar y paliar el deterioro de los procesos de selección, control y organización cognitivos en el lenguaje. Al realizar la aplicación de un programa neurolingüístico en el paciente con la enfermedad de Alzheimer permitirá estimular el lenguaje a través del dialogo diario, ubicación de tiempo y espacio, ejercicios de nociones numéricas, etc. Atenuando su deterioro progresivo obteniendo una mejor calidad de vida.

Capítulo I planteamiento de problema, justificación e importancia, delimitación del problema, formulación del problema, evaluación del problema, evaluación del problema, variable de la investigación y objetivos de la investigación.

Capítulo II fundamentos teóricos, neurología, sistema nervioso central: anatomía y funcionamiento, células nerviosas, sistema simple, redes nerviosas, alteraciones y lesiones del cerebro: alteraciones: del lenguaje, visuales, de la conducta, de la percepción, del movimiento, lesiones cerebrales. Geriátrica: envejecimiento, bases fisiológica, cambios biológicos y envejecimiento, fisiopatología. Demencia: concepto, tipos de demencias, clave para el diagnóstico de demencia, efectos de la demencia en la comunicación. Memoria: trastornos de la memoria, tipos de trastornos. Alzheimer: historia, etapa, diagnóstico, factores de riesgos, medidas adicionales, pronósticos, complicaciones, tratamiento, Neurolingüística: trastornos del lenguaje, lenguaje y envejecimiento, alteraciones del lenguaje en el envejecimiento, alteraciones en el proceso lingüístico, evaluación de las capacidades comunicativa, evaluaciones del lenguaje, intervención neurolingüística en edades avanzadas, papel del logopeda en la intervención: propuestas de actividades: generales y específicas.

Capítulo III metodología: diseño de la investigación, modalidad de la investigación, tipo de investigación, población y muestra, características de la población, operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de la investigación, procedimiento y análisis de datos, criterio de valoración de la propuesta.

Capítulo IV: análisis e interpretación de resultados, trabajo estadístico del campo, contestación de las preguntas directrices, cronograma, presupuesto.

Capítulo V: conclusión y recomendación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La Enfermedad de Alzheimer (E.A) es progresiva, degenerativa del cerebro y provoca deterioro de la memoria, de pensamiento y de conducta las personas que la padecen pueden experimentar o sentir confusión desorientación en tiempo y espacio, cambios en la personalidad, alteraciones en el juicio, dificultad para encontrar palabras, finalizar ideas o pensamiento y al final incapacidad para cuidar de si mismo.

El Alzheimer Desease Internacional, que agrupa a mas de 70 entidades de diferentes países, advirtió que el planeta ya existen 35.6 millones de personas afectadas por esta demencia, lo que manifiesta un aumento de 10% desde el 2005 y calcular que para el 2050 habrán 115 millones de personas afectadas en todo el mundo.

En América Latina existen 3 millones de personas que padecen de la enfermedad de Alzheimer y que en las próximas dos décadas aumentara un 77% los casos.

La Sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología indica que en el Ecuador no existen estadísticas que reflejen la tendencia en los habitantes ya que las organizaciones médicas no obligan a reportar los diagnósticos.

El Centro Asistencial Gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos regentado por la sociedad de Beneficencia Manabita ubicado en la ciudad de Guayaquil es uno de los centros pioneros en la atención a pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

Contando con la infraestructura y un equipo multidisciplinario, que presta atención a 70 adultos mayores con diversos tipos de demencia de las cuales 30 presentan demencia tipo Alzheimer.

El logopeda tiene como objetivo general realizar actividades orientadas a compensar y paliar el deterioro de los procesos de selección, control y organización cognitivos en el lenguaje.

Por lo tanto al diseñar un método de estimulación cognitiva en el área de lenguaje a los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer que les permita estimular el lenguaje a través del diálogo diario, ubicación de tiempo y espacio, ejercicios de nociones numéricas etc.

Atenuara su deterioro que es progresivo obteniendo una mejor calidad de vida ya que se sientan personas útiles a la sociedad.

Delimitación del Problema

CAMPO: Salud-Educación

AREA: Psiquiatría y Neurología

ASPECTO: Social y Psicológico

TEMA: DISEÑAR UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EN PACIENTES CON ALZHEIMER, ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO PUBLIO VARGAS PAZZOS.

Formulación del Problema

- Un programa de estimulación neurolingüísticas en la comunicación del paciente con Alzheimer permitirá mejorar proceso en su calidad de vida.

Evaluación del Problema

DELIMITADO: Se realizará en el centro Gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos, en pacientes con Alzheimer, adultos mayores ubicado en la ciudad de Guayaquil

CLARO: En la demencia se pierde calidad de actividad intelectual y /o cognitiva, calidad de conducta, en grado suficiente como para producir una dificultad cierta en la realización de las actividades de la vida diaria.

RELEVANTE: La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente que produce demencia parcial o total en el proceso neurolingüístico de la comunicación de los pacientes adultos mayores con Alzheimer.

EVIDENTE: A medida que aumenta la edad de una persona sus neuronas se van deteriorando y por ende produce un grado de demencia.

ORIGINAL: Porque en el Ecuador existen pocas instituciones que traten a pacientes con este tipo de demencia

FACTIBLE: Por qué el Centro Gerontológico Publio Vargas Pazzos cuenta con infraestructura y equipo humano para realizar este trabajo.

Variables de la Investigación

VARIABLES

Variable dependiente: Diseñar un programa de estimulación neurolingüística.

Variable independiente: Alzheimer

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Establecer métodos de estimulación neurolingüística que desaceleren el deterioro de sus capacidades cognitivas para mantener niveles de comunicación que mejoren su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Identificar etapa de deterioro cognitivo en personas con Alzheimer.
- Intervenir con el método de estimulación neurolingüísticas en áreas específicas del procesamiento mnesico-linguístico.
- Influir el trabajo de estimulación neurolingüística sobre la comunicación del paciente con Alzheimer

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INE) en el país el 7.29% de las poblaciones es adulta mayor, aunque no hay un Instituto de Gerontología regentado por el Ministerio de Salud. Sin embargo existen como el Centro de Experiencia de Adulto Mayor (CEAM) coordinado por Alberto Paz refiere que un 20% de personas que reciben presentan problemas de pérdida de memoria.

La sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología el Dr. Jorge Moncayo Presidente, es un mal de la tercera edad que no ha sido tomado encuentra, por el hecho de afectar a estos individuos que se encuentran en el olvido en nuestro país.

En el Ecuador no existen estadísticas que reflejan la tendencia en los habitantes, las organizaciones médicas no obligan a reportar.

El Centro Gerontológico Publio Vargas Pazzos es uno de los principales Centros de Gerontología en el país y cuenta con una infraestructura, equipo multidisciplinario y asila aproximadamente 70 adultos mayores con diferentes tipos de demencia.

La estimulación cognitiva tendrá un efecto favorable en el adulto mayor con demencia tipo Alzheimer mediante la presencia de estímulos constantes y sistemáticos, utilizado de diferentes disciplinas, logopedia, psicomotricidad.

El logopeda tiene como objetivo general realizar actividades orientadas a compensar y paliar el deterioro de los procesos de selección, control y organización cognitivos en el lenguaje.

Por lo tanto al diseñar un método de estimulación cognitiva en el área de lenguaje a los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer que les permita estimular el lenguaje a través del dialogo diario, ubicación de tiempo y espacio, ejercicios de nociones numérica etc.

Atenuara su deterioro que es progresivo obteniendo una mejor calidad de vida ya que se sientan personas útiles a la sociedad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Fundamentos teóricos:

Para estudiar y comprender las demencias es necesario conocer el sistema nervioso central: cerebro y saber cuáles son sus partes fundamentales y principales en especial las relacionadas con la enfermedad de Alzheimer.

NEUROLOGIA

Es la especialidad médica que se ocupa del estudio, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de aquellos trastornos que afectan al sistema nervioso central. **BHATNAGAR – ANDY (2003) indica que “La neurología trata las enfermedades la propiedad estructurales y fisiológicas normales del sistema nervioso central”. Pág. 3**

Sistema Nervioso

El Sistema Nervioso, el más completo y desconocido de todos los que conforman el cuerpo humano, asegura junto con el Sistema Endocrino, las funciones de control del organismo. Capaz de recibir e integrar innumerables datos procedentes de los distintos

órganos sensoriales para lograr una respuesta del cuerpo, el Sistema Nervioso se encarga por lo general de controlar las actividades rápidas. Además, el Sistema Nervioso es el responsable de las funciones intelectivas, como la memoria, las emociones o las voliciones.

Su constitución anatómica es muy compleja, y las células que lo componen, a diferencia de las del resto del organismo, carecen de capacidad regenerativa.

Anatomía y función

El sistema nervioso se encuentra compuesto por el encéfalo y la medula espinal mientras que el primero constituye la parte superior y la de mayor masa del sistema nervioso, la segunda se halla ubicada en el conducto raquídeo, siendo la encargada de llevar los impulsos nerviosos a los 31 pares de nervios raquídeos y dando paso a la comunicación del encéfalo con el cuerpo, mediante las funciones aferentes y eferentes.

Células nerviosas

Las neuronas son un tipo de células del sistema nervioso cuya principal característica es la excitabilidad eléctrica de su membrana plasmática; están especializadas en la recepción de estímulos y conducción del impulso nervioso entre ellas o con otros tipos celulares, como por ejemplo las fibras musculares de la placa motora. Altamente diferenciadas, la mayoría de las neuronas no se dividen una vez alcanzada su madurez; no obstante, una minoría sí lo hace. Las neuronas presentan unas características morfológicas

típicas que sustentan sus funciones: un cuerpo celular llamado soma o «pericarion», central; una o varias prolongaciones cortas que generalmente transmiten impulsos hacia el soma celular, denominadas dendritas; y una prolongación larga, denominada axón o «cilindroeje», que conduce los impulsos desde el soma hacia otra neurona.

Las redes nerviosas.

Los nervios craneales se extienden desde la cabeza y el cuello hasta el cerebro pasando a través de las aberturas del cráneo; los nervios espinales o medulares están asociados con la médula espinal y atraviesan las aberturas de la columna vertebral. Ambos tipos de nervios se componen de un gran número de axones que transportan los impulsos hacia el sistema nervioso central y llevan los mensajes hacia el exterior. Las primeras vías se llaman aferentes y las últimas eferentes. En función de la parte del cuerpo que alcanzan, a los impulsos nerviosos aferentes se les denomina sensitivos y a los eferentes, somáticos o motores viscerales. La mayoría de los nervios son mixtos, es decir, están constituidos por elementos motores y sensitivos.

Los nervios craneales y espinales aparecen por parejas y, en la especie humana, su número es 12 y 31 respectivamente. Los pares de nervios craneales se distribuyen por las regiones de la cabeza y el cuello, con una notable excepción: el par X o nervio vago, que además de inervar órganos situados en el cuello, alcanza otros del tórax y el abdomen. La visión, la audición, el sentido del equilibrio y el gusto están mediados por los pares de nervios craneales II, VIII y VII, respectivamente. De los nervios craneales también dependen las funciones motoras de la cabeza, los ojos, la cara, la

lengua, la laringe y los músculos que funcionan en la masticación y la deglución. Los nervios espinales salen desde las vértebras y se distribuyen por las regiones del tronco y las extremidades. Están interconectados, formando dos plexos: el braquial, que se dirige a las extremidades superiores, y el lumbar que alcanza las inferiores

ALTERACIONES Y LESIONES DEL CEREBRO

Alteraciones del lenguaje

Las dos alteraciones principales del lenguaje son la disfasia (o afasia) y la disartria. La disartria consiste en una alteración de la articulación del lenguaje mientras que la disfasia es un defecto en los mecanismos receptivos, expresivos o integradores del lenguaje. En el paciente con disfasia se deben explorar: lateralidad (diestro o zurdo), lenguaje espontáneo (valorando la fluidez y la utilización de parafasias), comprensión, repetición, nominación, lectura y escritura.

Alteraciones visuales.

La lesión de los nervios en la corteza occipital provoca un defecto asociado en la visión. Debido a que el lóbulo occipital está organizado de modo topográfico, la lesión de una zona determinada suele producir una ceguera en el área asociada del campo de visión. Si se produce una alteración grave de la corteza occipital derecha el paciente es incapaz de visualizar ningún objeto localizado en el campo visual izquierdo. A pesar de la lesión de la corteza occipital, algunos pacientes son capaces de señalar un destello de luz en el área ciega con una precisión sorprendente y sin

embargo son incapaces de “ver” de forma consciente un objeto en el área específica del campo de visión que está lesionada. Estos pacientes pueden localizar este destello de luz a pesar de no ver nada porque si bien casi toda la información que procede de la retina llega al lóbulo occipital, una pequeña parte se dirige a otras áreas cerebrales como los tubérculos superiores del mesencéfalo. Se cree que estas áreas son las responsables de esta facultad, que a veces se denomina visión ciega.

Alteraciones de la conducta.

La alteración de ciertas áreas de la corteza temporal puede generar problemas en la percepción visual. Las personas con lesiones en esta área tienen a menudo lo que se denomina agnosia visual, es decir, una incapacidad para comprender o reconocer lo que están viendo, aunque su facultad para ver los objetos permanece intacta. Les resulta imposible identificar objetos cotidianos sencillos sólo por la vista, como una cuchara o una caja de cerillas, aunque si se les permite que lo toquen pueden identificarlo. Estos problemas para nombrar las cosas pueden estar limitados sólo a ciertos grupos de elementos. Por ejemplo, algunos pacientes son incapaces de denominar a los animales y a otros seres vivos aunque sí pueden dar nombre a la mayoría de las restantes cosas, como los objetos domésticos. Algunos pacientes, en especial aquellos con lesión del lóbulo temporal, parecen tener un problema específico de reconocimiento de los rostros aún cuando son incapaces de distinguir si la persona está triste o contenta.

La lesión de ciertas áreas de la corteza parietal, en especial de las áreas posteriores, puede ocasionar trastornos de la percepción espacial. Uno de estos problemas es la negligencia visuoespacial unilateral. Esta es una despreocupación por una de las dos mitades del mundo que está alrededor del paciente. Este trastorno se observa con más frecuencia después de la lesión de la corteza parietal posterior derecha, lo que produce una indiferencia hacia los objetos y los sucesos en el lado izquierdo del paciente (porque el hemisferio derecho del encéfalo controla las funciones del lado izquierdo del organismo). Los pacientes con este trastorno tienden a chocar con los objetos situados a la izquierda, obviar el lado izquierdo de su cuerpo (por ejemplo, sólo se aplican maquillaje sobre el lado derecho de la cara), sólo dibujan el lado derecho de las imágenes y sólo se comen el contenido del lado derecho del plato. Pueden presentar problemas de lectura porque ignoran la mitad izquierda de las líneas o la mitad izquierda de las palabras.

Alteraciones de la percepción

La alteración de ciertas áreas de la corteza temporal puede generar problemas en la percepción visual. Las personas con lesiones en esta área tienen a menudo lo que se denomina agnosia visual, es decir, una incapacidad para comprender o reconocer lo que están viendo, aunque su facultad para ver los objetos permanece intacta. Les resulta imposible identificar objetos cotidianos sencillos sólo por la vista, como una cuchara o una caja de cerillas, aunque si se les permite que lo toquen pueden identificarlo. Estos problemas para nombrar las cosas pueden estar limitados sólo a ciertos grupos de elementos. Por ejemplo, algunos pacientes son incapaces de denominar a los animales y a otros seres vivos aunque sí pueden dar nombre a la mayoría de las restantes cosas, como los objetos

domésticos. Algunos pacientes, en especial aquellos con lesión del lóbulo temporal, parecen tener un problema específico de reconocimiento de los rostros aún cuando son incapaces de distinguir si la persona está triste o contenta.

La lesión de ciertas áreas de la corteza parietal, en especial de las áreas posteriores, puede ocasionar trastornos de la percepción espacial. Uno de estos problemas es la negligencia visuoespacial unilateral. Esta es una despreocupación por una de las dos mitades del mundo que está alrededor del paciente. Este trastorno se observa con más frecuencia después de la lesión de la corteza parietal posterior derecha, lo que produce una indiferencia hacia los objetos y los sucesos en el lado izquierdo del paciente (porque el hemisferio derecho del encéfalo controla las funciones del lado izquierdo del organismo). Los pacientes con este trastorno tienden a chocar con los objetos situados a la izquierda, obviar el lado izquierdo de su cuerpo (por ejemplo, sólo se aplican maquillaje sobre el lado derecho de la cara), sólo dibujan el lado derecho de las imágenes y sólo se comen el contenido del lado derecho del plato. Pueden presentar problemas de lectura porque ignoran la mitad izquierda de las líneas o la mitad izquierda de las palabras.

Perdida de percepción de la audición puede declinarse ligeramente y comenzar alrededor de los 50 años, posiblemente ocasionada por cambios en el nervio auditivo, **KOLB- WHISHAW, (2008) dice “El deterioro del proceso auditivo se aprecia en la dificultad que tiene los pacientes con lesiones del lóbulo temporal para discriminar los sonidos del habla”.**
Pág. 377

Alteración del movimiento.

Las lesiones de la corteza motora pueden producir una incapacidad completa para mover el lado del cuerpo opuesto al de la lesión. Las lesiones en algunas áreas de la corteza parietal cercanas a los lóbulos temporal y occipital pueden generar una incapacidad o una dificultad para realizar determinados movimientos. Estos problemas se conocen como apraxia. Los pacientes con estos trastornos olvidan cómo utilizar los objetos y, aunque pueden efectuar ciertos movimientos, tienden a hacerlo de forma desordenada y peligrosa. Estos pacientes son incapaces de realizar actividades cotidianas como poner la mesa o vestirse.

Lesiones cerebrales

La muerte de las células nerviosas (neuronas) del cerebro se debe a diferentes razones. En el medio ambiente existen diversas sustancias nocivas que pueden destruirlas. Se cree que a partir de los 21 años aproximadamente, pueden perderse cada día de forma natural miles de neuronas del cerebro mediante un proceso de recambio celular espontáneo. Aunque esto sea así, el efecto sobre las funciones cerebrales es casi imperceptible, incluso después de muchos años. Sin embargo, existen diferentes enfermedades, como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer y los tumores cerebrales que aceleran de forma notable la velocidad de la muerte de las neuronas en determinadas regiones del cerebro.

Las neuronas pueden morir también como consecuencia de una lesión sobre la cabeza, por ejemplo en un accidente de tráfico, o como resultado de una disminución del aporte de sangre a los tejidos del cerebro como en el caso de un ictus. En algunas ocasiones al extirpar un tumor, los cirujanos tienen también que extraer tejido cerebral sano, aunque en estos casos se multiplican los esfuerzos para estar seguros de que no van a producirse secuelas funcionales graves para el paciente.

Cuando las neuronas de un área determinada del cerebro mueren, aparecen trastornos en las regiones del organismo que en condiciones normales están controladas por esa zona. Cuando se pierden numerosas neuronas en todo el cerebro aparece una demencia asociada (pérdida de la función cerebral) con deterioro de la memoria, la personalidad y las funciones intelectuales. Esto puede conducir a diversos problemas como el aislamiento social, los cambios en la conducta, la ansiedad, el olvido y la falta de cuidado personal. La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer.

En los casos en los que la muerte de las neuronas se localiza en una región particular del cerebro, la pérdida de la función tiende a ser más limitada. La naturaleza exacta de la pérdida funcional depende de la zona concreta del cerebro que se haya visto afectada. Debido a que el cerebro es un órgano muy complejo y con conexiones múltiples, suele resultar difícil delimitar áreas encargadas de regular una función particular de forma exclusiva. No obstante, podemos afirmar que los pacientes con pérdida de neuronas en un área específica tienen más posibilidades de desarrollar un

grupo de problemas determinados que si el daño se localizara en otra área cerebral.

Por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson, se destruye un tipo específico de neuronas cerebrales y esto provoca cierto tipo de problemas como los temblores incontrolables. Las neuronas localizadas en los ganglios basales y otras áreas que utilizan la dopamina como neurotransmisor mueren y esto ocasiona que los pacientes presenten temblor en reposo, tengan unos movimientos lentos y experimenten dificultades para iniciar y detener un movimiento. Los trastornos van extendiéndose de modo gradual a los músculos que controlan los dedos, las manos, los brazos y el tronco.

Los medicamentos como la levodopa, que ayudan a sustituir la dopamina perdida en el cerebro, pueden mejorar los síntomas de forma temporal. Sin embargo, como no reemplazan a las neuronas dañadas sólo actúan durante un tiempo limitado, por lo que no consiguen la curación de la enfermedad de Parkinson.

Existen numerosas sustancias que actúan sobre las neuronas que han demostrado su capacidad para aliviar algunos de los síntomas de los trastornos psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, los medicamentos que permiten aumentar la concentración de serotonina en el cerebro puede mejorar algunos síntomas de ciertos tipos de depresión. Como ocurre con cualquier otro medicamento que precisa receta del médico, el tratamiento con estos fármacos debe ser vigilado de forma continua porque también pueden producir efectos secundarios indeseables.

GERIATRIA

La Geriátría es una especialidad que abarca la atención de todas las necesidades sanitarias de la persona mayor cubriendo los siguientes aspectos:

- Preventivos: promocionando el auto cuidado, desarrollando programas específicos.
- Asistenciales: en la enfermedad aguda, en la enfermedad crónica, en la que incapacita, en los cuidados de larga duración y en la enfermedad terminal.
- Rehabilitadores: con carácter preventivo, en todas las fases de las enfermedades que llevan a la incapacidad.

Por todo ello, el enfoque de la Geriátría es integral, abarcando, además de los aspectos clínicos tradicionales (enfermedad), los funcionales, los físicos, los cognitivos, afectivos y sociales. Para lograr estos objetivos es imprescindible que la atención geriátrica sea multi e interdisciplinar, integrada por personal con formación específica en Geriátría: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeuta de lenguaje, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Especialidad médica que estudia la patología de la vejez. **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA** manifiesta que **“Geriátría es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos.** <http://www.segg.es/book/definicion/de/la/especialidad/y/campo/de/accion>

Envejecimiento:

Platón, presenta una visión individualista e intimista de la vejez, resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Así pues, Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis.

Por el contrario, Aristóteles presenta lo que podríamos considerar unas etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera- la más prolongada-, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina. Considera a la vejez como una enfermedad natural.

Bases fisiológicas

Para explicar el envejecimiento como un proceso fisiológico, normal e inherente a todos los seres vivos, se han propuesto muchas teorías que tratan de explicar el desgaste y la involución de los seres humanos-, así la teoría del uso y desgaste compara al organismo humano con una máquina que se deteriora progresivamente con el tiempo y, al cabo de un número variable de años, se halla desgastada, debido al continuo uso de sus partes o a la suma de los momentos y situaciones de estrés. **TIMIRA, Paola S. (2001) dice: “Envejecimiento es la suma de todos los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo” pág. 6**

Cambios biológicos y Envejecimiento.

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento

Circunstancias que acompañan al envejecimiento e influyen en la salud de las personas mayores.

En la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad. Lo que, realmente marca la diferencia es la tendencia evolutiva hacia situaciones de pérdida de autosuficiencia de muchas de estas enfermedades de alta prevalencia en el anciano. Se estima que al menos un 1% de la población >65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada, disparándose las cifras por encima de los 80 años.

Esperanza de vida y población mayor.

Todos los expertos que estudian las consecuencias de este envejecimiento afirman que el principal problema será la dependencia y

como dar cobertura a las necesidades de atención de las personas dependientes, que se verán muy incrementadas. Por eso, un término importante es el de dependencia, que hace referencia a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida diaria.

Se estima que en el año 2026 habrá alrededor de dos millones de personas mayores con problemas de dependencia, con lo que casi se doblará la cifra actual. Las tendencias de futuro indican un incremento de la demanda de cuidados durante la vejez, tanto por la propia evolución demográfica, como por el continuo aumento de la morbilidad a edades avanzadas

Fisiopatología

Según la evolución, la enfermedad en el anciano, lo mismo que en otras edades, puede clasificarse en:

- Enfermedad aguda, de corta duración, con un incremento en sus atenciones, y que dará lugar, en ocasiones, el internamiento hospitalario.

- Enfermedad crónica, de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y que pone a prueba al media asistencial, tanto al enfermo, como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal. Son numerosas en esta edad, y precisan de un prolongado esfuerzo asistencial. Una buena

proporción de estos enfermos incapacitados han de ingresar en Centros Residenciales para dependientes, las Residencias Asistidas.

- Enfermedad terminal, de naturaleza irreversible, con previsible corto final, aunque a veces prolongado. Son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y residencias.

Principales síndromes y patología en la vejez:

Patologías más frecuentes.

- **Anciano “frágil”**

Ancianos frágiles o de alto riesgo: con patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental; con problemas sociales: pobreza, soledad, incomunicación..., o factores demográficos cómo ser mujer y mayor de 80 años. La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte.

- **Síndrome del desuso:**

El sedentarismo, al parecer una de las características de nuestro siglo, es la base de muchas de las actuales enfermedades. La inactividad física produce deterioro de muchas funciones corporales. Un considerable número de efectos produce el síndrome denominado por desuso. Las características son: vulnerabilidad cardiovascular, obesidad, fragilidad músculo esquelética, depresión y envejecimiento prematuro. El síndrome es experimentalmente reproducible significativamente. Los clínicos estudian medidas para prevenir y/o restituir de una manera barata, segura, asequible y efectiva todos los

problemas que conlleva. **BORTZ, Walter M (2002) manifiesta que “Básicamente el desuso es no dar uso, no utilizar, no ejercitar, y conlleva a un proceso catabólico” pág. 74**

- **Síndromes geriátricos**

- *Trastorno depresivo*
- *Inestabilidad y caídas*
- *Síndrome de inmovilidad y úlceras por presión*
- *Malnutrición*
- *Estado confusional agudo (delirio)*
- *Deterioro cognitivo (demencia)*

DEMENCIA.

Demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visuoespaciales, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden, **LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) manifiesta que “La demencia afecta al 10% de las personas mayores de 65 años y 20 - 50% de las que tienen más de 85 años”.** <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia29.pdf>.

El Diagnóstico de la demencia es difícil porque los pacientes tienen sintomatología muy variada. **PUYUELO, Miguel (2000) acota que “La demencia causa un deterioro progresivo en la comunicación en los rasgos de personalidad y en funcionamiento intelectual”. Pág. 114.**

Tipos de demencia.

Degenerativas o Primarias:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Pick y otras demencias frontotemporales
- Demencia por Cuerpos de Lewy

Secundarias:

- Demencia vascular o Demencia multiinfarto (antiguamente llamada demencia arteriosclerótica)
- Complejo de demencia del SIDA
- Pseudodemencia depresiva
- Hidrocefalia normotensiva
- Estados de confusión aguda o delirio
- Hipotiroidismo
- Deficiencias de Vitamina B6 o B12
- Tumores

- Y en casos muy raros:
 - Trauma cráneo-encefálico
 - Enfermedad de Parkinson
 - Enfermedad de Huntington
 - Síndrome de Down
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Otra clasificación:

Demencias Reversibles:

Las demencias reversibles son provocadas por la ingestión de toxinas, drogas, o por alteraciones metabólicas.

Factores etológicos en las demencias reversibles:

Depresión.

Toxicidad de drogas.

Infección.

Hidrocefalia.

Deficiencia nutritiva.

Alteraciones cardiopulmonares.

Lesiones cerebrales.

Demencias irreversibles

Factores etiológicos en las demencias irreversibles.

Enfermedad de Alzheimer.

Enfermedad de Picks.

Alcoholismo.

Degeneración cerebro vascular.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Claves para el diagnostico de la demencia:

1. Deterioro sostenido de la memoria, acompañada de alteraciones en las siguientes aéreas:
 - Orientación en el tiempo y el espacio.
 - Problemas de razonamiento y capacidad de solucionar problemas de cada día.
 - Problemas en la economía diaria (compras, finanzas)
 - Cuidado personal.
2. Evolución progresiva.
3. Duración como mínima de 6 meses.

Efecto de la demencia en la comunicación:

Primeros estadios.

Sonido: uso correcto.

Palabra: puede omitir algunas palabras con significado, usualmente un nombre. Puede tener dificultad en encontrar la palabra adecuada. Se empieza a reducir el vocabulario.

Gramática: generalmente correcta.

Contenido: temas redundantes. Habilidades reducidas para generar series de frases con significado. Dificultad en comprender nueva información.

Uso: habla mucho sobre el mismo tema. Puede tener dificultad en entender el humor, analogías verbales, sarcasmo y estilos indirectos.

Estadio medio:

Sonidos: uso correcto.

Palabras: dificultad en pensar en palabras dentro de una categoría. Anomia en la conversación. Dificultad en denominar objetos. Vocabulario notablemente disminuido.

Gramática: las frases a trozos (fragmentadas) y con alteraciones. Tiene dificultad en entender frases gramaticales gramaticalmente complejas.

Contenido: repite ideas frecuentemente. Tópicos reincidentes. Habla de acontecimientos pasados o triviales. Pocas ideas.

Uso: sabe cuando hablar. Reconoce preguntas. Perdidas de sensibilidad hacia los compañeros de conversación. No suele corregir sus errores.

Ultimo estadio:

Sonidos: generalmente el uso es correcto pero pueden aparecer errores.

Palabras: marcada anomia. Vocabulario pobre. Falta de comprensión de la palabra. Puede producir jergas.

Contenido: el rema de muchas frases es volver a explicar un acontecimiento pasado. Marcada repetición de palabras y frases.

Uso: generalmente incapaz de utilizarlo en contexto. Insensible a los otros.

Lenguaje con muy poco significado. Algunos están mudos, otros ecolalicos.

MEMORIA

La **memoria** es una función del cerebro y, a la vez, un fenómeno de la mente que permite al organismo codificar, almacenar y recuperar información. Surge como resultado de las conexiones sinápticas repetitivas entre las neuronas, lo que crea redes neuronales (la llamada *potenciación a largo plazo*).

La **memoria** es el “sistema cognitivo humano no unitario que nos permite aprender, guardar y recuperar episodios, acontecimientos, hechos y habilidades personales y sobre el mundo. No hay una memoria sino varias memorias.

La memoria permite retener experiencias pasadas y, según el alcance temporal, se clasifica convencionalmente en: memoria a corto plazo, memoria a mediano plazo y memoria a largo plazo

Clínicamente hablamos de:

- **Memoria inmediata:** se refiere al recuerdo de informaciones que acabamos de percibir.

Tiene una capacidad limitada en torno a 7 ± 2 elementos y una duración temporal igualmente limitada.

- **Memoria reciente:** memoria del presente que nos permite retener información nueva constituyendo recuerdos; puede ser *incidente* –la memoria de cada día–; *intencional* –en función de un proyecto de futuro, prospectiva–; *voluntaria* –aprendizaje de memoria–.

- **Memoria remota:** memoria resultado de todas nuestras experiencias, su contenido es variado:

- *Memoria episódica:* memoria biográfica personal.
- *Memoria semántica:* conocimientos, acontecimientos adquiridos, culturales, históricos, lingüísticos.
- *Memoria de las habilidades sensoriomotrices.* Por ejemplo, conducir un coche.

Trastornos de memoria

Los trastornos de la memoria, son serios cuando afectan las actividades diarias, o sea cuando el paciente tiene problemas recordando cómo hacer cosas que ha hecho muchas veces anteriormente. La demencia, es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva (al menos una). El síndrome demencial puede ser causado por muchas enfermedades. Los trastornos de la memoria pueden generar apatía, falta de iniciativa y de espontaneidad. La inteligencia, las capacidades y el lenguaje suelen estar perturbados.

Un trastorno de la memoria puede transformar y desestructurar nuestra personalidad.

Tipos de trastornos de la memoria:

Amnesia

La amnesia es la ausencia de recuerdos. A veces la persona puede estar consciente de que ciertas cosas existieron, pero ha perdido el recuerdo.

Se considera amnesia parcial cuando la perturbación es en algunos campos de la memoria. Es amnesia total cuando la alteración provoca dificultad para evocar cualquier recuerdo de la vida del paciente.

Hipomnesia

La hipomnesia es la disminución de la capacidad de la memoria, debido a una dificultad tanto de fijación como de evocación. Se observa en personas normales que experimentan preocupaciones profundas. También es observable en pacientes con neurosis.

Hipermnesia

La hipermnesia es el aumento o hiperactividad de la memoria. Se puede observar en pacientes muy agitados o nerviosos

Dismnesia

La dismnesia es la disminución de la memoria. Dificulta en el recuerdo de algunos eventos o los evoca en forma confusa.

Fabulación

Las fabulaciones son producciones imaginarias que son tomadas como recuerdos. Generalmente se utilizan para rellenar lagunas amnésicas.

Ecmnesia

La ecmnesia es un trastorno en que el paciente revive porciones de su pasado como si estuvieran ocurriendo en el presente.

Paramnesias

Las paramnesias son reconocimientos imprecisos que no se ajustan a la realidad. Se trata de los fenómenos “Déjà vu”, “Jamais vu”, ilusión de la memoria y alucinación de la memoria.

El Déjà vu, es la impresión de que se repite una vivencia en la misma forma en que ocurrió en el pasado. Este fenómeno puede ser experimentado por gente normal y por personas con padecimientos neuróticos o esquizofrénicos.

El Jamais vu, es la sensación de no haber visto o experimentado algo que ya se conoce. Se observa en personas normales, delirantes o con esquizofrenia.

La ilusión de la memoria es la deformación de los hechos agregando a las vivencias detalles falsos creados por la fantasía y la ilusión del paciente.

La alucinación de la memoria es la evocación de algo que no se ha vivenciado y por lo tanto, que no ha sido registrado en la memoria.

ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. La causa más

frecuente de demencia senil, es un proceso degenerativo que afecta al sistema nervioso central generalmente de manera crónica o progresiva”. Por lo general, la EA comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. **PEÑA J- CASANOVA (2001) Podemos decir que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por una serie de rasgos clínicos y patológicos con una variabilidad relativa. pág.15.**

Historia

El término “Mal de Alzheimer” (denominada así debido al neuropatólogo alemán Alois Alzheimer quien llevó a cabo su primera descripción en 1906) alude a demencia senil, ya que nos referimos a una alteración que tiene lugar en las células nerviosas del cerebro durante la vejez. Sin embargo, ¿qué significa demencia? El término demencia proviene del latín “dementias, derivado de “demeas” cuyo significado es demente. De esta manera, hace referencia a la locura, al trastorno de la razón, a la extravagancia, a la incoherencia de pensamiento o habla, a una acción o conducta insensata

El período evolutivo puede ser corto, 2 ó 3 años, pero en ocasiones es bastante más largo.

Etapas

Etapa inicial de la EA

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 de 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 espacial 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 espacial, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no se 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, demostrando 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.

Las características principales son:

- Dificultad para recordar hechos y conversaciones recientes
- Dificultad para recordar el mes o el día de la semana.
- Pérdida de la capacidad para manejar dinero
- Apatía general y alejamiento de las relaciones sociales
- Cada vez es más difícil cocinar o ir de compras
- Errores de juicio; dificultad para tomar decisiones apropiadas
- Tendencia a perder las cosas
- Posible desorientación en entornos conocidos

Características en el lenguaje:

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.

Etapa intermedia

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 *disfasia*, *apraxia* y *agnosia*.

La **afasia** es el trastorno del lenguaje que afecta a la expresión y a la comprensión debido a lesiones cerebrales en las llamadas áreas del lenguaje. Al paciente le cuesta trabajo hablar, batallando para expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, un "vaso" 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 los alimentos, las personas con este mal, no saben utilizar los cubiertos, haciendo uso del tenedor, el cuchillo y la cuchara en forma indistinta.

La **agnosia** es la alteración de la percepción que incapacita a alguien para reconocer personas, objetos o sensaciones que antes le eran familiares. Aunque está perdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce

ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desajustes son cada vez más frecuentes. **PEÑA Jordi- CASANOVA (2002) acota que “El paciente ve correctamente, pero su cerebro es incapaz de realizar todo el proceso de reconocimiento del estímulo (es incapaz de llegar al significado)”. Pág. 26.**

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 han 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 rayando en lo obsesivo. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, empieza a esculcar 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 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 y dormitando.

Las características relevantes son:

- Surgen conductas problemáticas
- Ira, suspicacia, reacciones desproporcionadas, paranoia (por ejemplo: creer que los familiares le roban dinero o que el cónyuge tiene una aventura)
- Deambulación o vagabundeo
- Síndrome del atardecer (es decir, agitación o inquietud cuando cae la tarde)
- Temor a bañarse
- Alucinaciones
- Problemas para comer
- Incontinencia
- Acumulación y ocultamiento de sus pertenencias
- Conducta sexual inapropiada

- Comportamiento violento
- Antes necesitaba ayuda para elegir la ropa y acordarse de mudarse de ropa; ahora necesita ayuda para vestirse
- Antes necesitaba que se le instara al aseo personal; ahora necesita ayuda para bañarse, tomar los medicamentos, cepillarse los dientes y hacer sus necesidades, etc.
- Problemas espaciales (por ejemplo, dificultades para colocar platos y cubiertos en la mesa)
- Pérdida de la coordinación
- Necesita atención o supervisión las 24 horas del día, los siete días de la semana
- Es posible que en ocasiones no reconozca a familiares y amistades.

Características en el lenguaje:

- Repetición de las mismas preguntas o frases
- Dificultad cada vez mayor para la expresión y comprensión verbales
- Pérdida de la capacidad para leer, escribir y sacar cuentas

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.

Etapa avanzada

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 fallecer por neumonía, infección viral u otro tipo de complicación.

Características de importancia para destacar:

- Incapacidad para reconocer personas, lugares y cosas
- No le es posible participar en su cuidado personal
- Pierde la capacidad de caminar

- Pierde la capacidad de sonreír
- Es posible que se le contraigan los músculos
- Puede perder la capacidad de tragar
- Es posible que se presenten convulsiones
- Pérdida de peso
- Pasa la mayor parte del tiempo durmiendo
- Puede mostrar la necesidad de chupar cosas
- Incontinencia

A medida que se agravan los síntomas de la EA, aumenta la presión sobre el cuidador. El cuidado presenta cada vez más dificultades físicas y consume más tiempo. En algún punto de esta etapa, la mayoría de los cuidadores necesitarán ayuda de terceros.

Características en el lenguaje:

- Incapacidad para comunicarse

Diagnosic de la enfermedad de Alzheimer

No se ha creado todavía una prueba definitiva para diagnosticar E. A. incluso en los pacientes que muestran señales de demencia.

Normalmente, un médico llevará a cabo una serie de exámenes para descartar otros trastornos que pueden ser responsables de los síntomas del paciente entre ellos, depresión severa, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebro vasculares múltiples, (demencia multiinfarto) y abuso de drogas.

Diagnostico diferencial:

Otras enfermedades menos comunes que pueden causar síntomas similares a los de la Enfermedad de Alzheimer son la enfermedad de la tiroides, anemia perniciosa, coágulos sanguíneos, hidrocefalo (acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro), sífilis, enfermedad de Huntington, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y tumores cerebrales.

Pruebas de diagnostico.

Además de los exámenes de sangre para descartar anomalías metabólicas, se recomiendan comúnmente pruebas más extensas. El escáner puede detectar la presencia de coágulos sanguíneos, tumores, hidrocefalo o accidente cerebro vascular.

Algunos estudios brindan esperanzas en cuanto al diagnóstico de la enfermedad empleando técnicas avanzadas por imágenes, como MRI (imágenes por resonancia magnética) y PET (tomografía de emisión de positrones), exploraciones axiales para detectar cambios en el cerebro

Pero generalmente en países como el nuestro el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se realiza con la base en los síntomas característicos de la enfermedad y luego de excluir otras posibles causas de demencia, pero solo puede confirmarse con estudios microscópicos de una muestra de tejido cerebral después de la muerte.

En el proceso de diagnóstico, es posible que se ordenen exámenes para determinar si existe una condición tratable que pueda provocar la demencia o contribuya a empeorar la enfermedad de Alzheimer. Entre estas condiciones se pueden mencionar la enfermedad tiroidea, la deficiencia de vitaminas, los tumores cerebrales, la intoxicación por drogas o medicamentos, las infecciones crónicas y la depresión severa.

Por lo general la enfermedad de Alzheimer tiene un patrón característico de síntomas y los médicos experimentados pueden diagnosticarla teniendo en cuenta los antecedentes y el examen físico. Entre los exámenes que se hacen con frecuencia para evaluar o descartar otras causas de demencia están la tomografía computada (TC), la imagen por resonancia magnética (IRM) y los exámenes de sangre.

En las etapas tempranas de la demencia, la imagen cerebral puede ser normal. En etapas posteriores, la IRM puede mostrar una disminución en el tamaño de la corteza cerebral o del área del cerebro responsable de la memoria (el hipocampo). Aunque estos exámenes no confirman el diagnóstico, excluyen otras causas de demencia como los accidentes cerebro-vascular y los tumores.

Factores de riesgo:

- Edad: el factor predisponente más importante, entre los 65 y 85 años, la frecuencia aproximadamente se dobla cada 5 años.
- Sexo femenino: ser mujer es un factor independiente de riesgo.
- Bajo nivel educativo: los años de formación crean una "reserva cognitiva" que ejerce un efecto protector contra el deterioro.
- Enfermedades cardiovasculares; hipertensión, ictus, infarto de miocardio.
- Historia familiar de Demencia: existe un componente genético que todavía no ha sido bien explicado. Una proporción pequeña de casos sucede en familias que heredan mutaciones de los cromosomas 1, 14, 21, soliendo presentarse la Demencia antes de los 50 años. Si un familiar padece Alzheimer no significa que vaya a transmitirse a los hijos. La mayoría de los casos aparecen de forma espontánea.
- Otros factores: traumatismo craneal grave, aluminio, hombres diabéticos

Medidas adicionales

Es necesario evaluar las funciones sensoriales de las personas con enfermedad de Alzheimer y si se detectan déficit, debe ayudarse al paciente con aparatos para aumentar su capacidad de oír, de ver y cirugía correctiva (como la de cataratas) en la medida que sea adecuado. La buena alimentación y el mantenimiento de la salud son importantes, aunque

generalmente no es necesario seguir dietas especiales ni tomar suplementos nutricionales. El ejercicio es importante y se debe alentar.

Con el tiempo puede que el monitoreo y la asistencia durante las 24 horas del día sean necesarios para brindar un ambiente seguro, controlar las conductas agresivas o agitadas y satisfacer las necesidades fisiológicas. Esto puede incluir cuidado casero, hogares de atención, cuidado de adultos en el día u hogares de convalecencia.

Pronóstico

El desenlace generalmente es pobre. El trastorno usualmente no es agudo pero avanza de manera progresiva. Es común que el paciente se vuelva totalmente incapacitado con el tiempo y la muerte normalmente sucede en un lapso de 15 años, por lo general por una infección o una falla de otros sistemas corporales.

Complicaciones

- Pérdida de la capacidad para funcionar o de cuidarse a sí mismo
- Complicaciones ocasionadas por la inmovilidad
- Escaras, resultado de injurias inadvertidas y accidentales
- Fracturas óseas
- Contracturas y dificultades musculares

- Pérdida de la capacidad para interactuar con otros.
- Incremento en la incidencia de infecciones en cualquier parte del cuerpo
- Fallas en los sistemas corporales.
- Disminución de las expectativas de vida.
- Abuso por parte de la persona que cuida al enfermo y que se encuentra muy estresada.
- Efectos secundarios de algunos de los medicamentos.

Tratamiento

En la actualidad no existe cura para la enfermedad de Alzheimer, pero sí tratamientos que intentan reducir el grado de progresión de la enfermedad y sus síntomas, de modo que son de naturaleza paliativa. El tratamiento disponible se puede dividir en farmacológico, psicosocial y cuidados.

Tratamiento en casa en Etapas Iniciales.

A menudo los médicos no les dirán a los pacientes que tienen E. A. Los estudios indican que la progresión puede desacelerar con esfuerzo intelectual y la mayoría de los medicamentos a nivel de investigación en ensayos se realizan en las etapas iniciales.

Estado de ánimo y comportamiento emocional. Los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer muestran oscilaciones abruptas del estado de

ánimo y pueden tornarse agresivos y enojados. Parte de este comportamiento errático es causado por cambios químicos en el cerebro. Muchos pacientes con la Enfermedad de Alzheimer son sumamente sensibles a las emociones implícitas de los familiares y reaccionan negativamente a señales de condescendencia, ira y frustración. Pueden tornarse delusorios a veces por lo que se les deberá volver a tranquilizar y a dirigir a otras actividades.

Tan pronto se diagnostica E. A., al paciente se le deberá prohibir que conduzca. En el momento en que el paciente comience a deambular, es el momento de buscar hospicios para ancianos u otras instituciones protectoras para sus seres queridos. Para los pacientes que se quedan en la casa, deberán instalarse cerraduras afuera de la puerta. Deberá implementarse un programa de ejercicio diario que ayude a cansar físicamente al paciente y a que duerma tranquilo.

Los pacientes con E. A. experimentan comúnmente trastornos en los ciclos del sueño/despertar.

Aunque los familiares tengan los recursos para mantener a los pacientes de E. A. en la casa durante las etapas posteriores de la enfermedad, la ayuda externa sigue siendo esencial. Es importante que los familiares reciban orientación y apoyo para ellos mismos también. En las etapas finales, los pacientes de E. A. necesitan 24 horas de atención diaria.

NEUROLINGÜÍSTICA

La neurolingüística estudia los mecanismos del cerebro humano que facilita el conocimiento y la comprensión del lenguaje, ya sea hablado, escrito o con signos establecido a partir de su experiencia o de su propia programación.

Busca integrar a la persona en un todo y permite influir en ella, de manera sutil, manteniendo la visión de donde se encuentra la negociación con el otro individuo y hacia donde se pretende llegar. **OBLER Loraine K. – GJERLOW Kris, (2001) manifiesta que “La neurolingüística como sugiere el termino, es el estudio de cómo el cerebro (“neuro”) hace posible el lenguaje (“lingüística·)”.pág. 17.**

Los neurólogos estudian el cerebro y el sistema nervioso, pero aquello que constituye el campo de la neurolingüística estudian la neurología humana y los trastornos del comportamiento cuando se ha producido alguna lesión en el cerebro o en el sistema nervioso. **OBLER Loraine K. – GJERLOW Kris, (2001) dice que “La lingüística estudia el modo en que se estructura el lenguaje humano, pero aquellos lingüistas que han contribuido al campo de la neurolingüística centran su interés en la manera en que la estructura del lenguaje puede manifestarse en el cerebro”. Pág. 17**

BAVISTER Steve- VICKERS Amanda, (2004) dice: “Que es el proceso que utilizamos para crear una representación interna (nuestra experiencia) del mundo exterior, de la “realidad”, a través del lenguaje y nuestra neurología”. Pág. 14

Trastorno del lenguaje

Es toda alteración que hace que el habla del hablante se diferencie de las normas sociales establecidas por la comunidad en cuanto a forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificulta las posibilidades de expresión interpersonal y que implica una deficiencia más o menos duradera de las habilidades lingüísticas.

Lenguaje y envejecimiento.

En los adultos mayores de 70 años se produce un deterioro en el rendimiento lingüístico general que afecta diferentes niveles (fonético, morfológico, sintáctico, léxico, y semántica) y proceso lingüístico (comprensión, repetición, acceso al léxico y construcción de frases) con relación a un deterioro general cognitivo. **Tárraga L. y Boada M. (eds.) (2004) manifiesta: “El lenguaje es una de las funciones cognitivas que se deteriora en el transcurso de las demencias”. Pág. 44.**

En el envejecimiento normal, la logopedia tiene una clara misión que cumplir: los estudios que se vienen realizando en las dos últimas décadas apoyan la hipótesis de un deterioro del lenguaje asociado a la edad, que afecta al léxico, a la comprensión y producción de oraciones complejas, así

como a la comprensión y expresión del discurso. Estas dificultades están estrechamente relacionadas con la reducción de la capacidad de memorizar temporalmente y manipular la información –memoria operativa – y con el deterioro de distintos procesos atencionales y de razonamiento.

Alteraciones del lenguaje en el envejecimiento:

Principales alteraciones en el lenguaje:

• Alteraciones en el lenguaje oral:

Afasia:

Etimológicamente “sin habla”; este síndrome clínico se traduce en una alteración del lenguaje oral con múltiples signos posibles en la comprensión y en la expresión. Presentan las siguientes características:

- a) Son una consecuencia de una lesión orgánica de origen vascular, traumático, tumoral degenerativa, en las estructuras neurobiológicas del lenguaje
- b) Son adquiridas, se producen en un sujeto que previamente había adquirido formal y funcionalmente su lenguaje.
- c) En ocasiones, se encuentran asociadas a otros signos neurológicos y neuropsicológicos.

- **Alteraciones en el lenguaje escrito:**

Alexias

Etimológicamente “sin lectura”; síndrome clínico que se traduce por una dificultad o incapacidad adquirida para la lectura y/o comprensión de la lectura. En algunas alexias se produce una alteración en el nivel fonológico de las letras. La lectura es una de las actividades más complejas de la cognición humana.

Agrafias

Etimológicamente “sin escritura”; síndrome clínico que se traduce por una dificultad adquirida en la producción del lenguaje escrito. La escritura supone una serie de integraciones complejas del lenguaje, representaciones ópticas, gnósicas y grafo motoras.

Alteraciones del habla:

Las complicaciones del habla en algunos casos suceden por las alteraciones de la memoria ya que no pueden identificar y seleccionar objetos, y produce complicaciones para controlar el flujo de información produciendo dificultad para controlar la fluidez verbal.

Taquilalia:

Es un cuadro que afecta la velocidad del habla, por ello omiten letras y sílabas al hablar. La persona que escucha no comprende la totalidad del mensaje. Son personas con una personalidad característica muy acelerados.

Bradilalia:

Es el cuadro opuesto al anterior, la velocidad es excesivamente lenta. También tiene directa relación con la personalidad del individuo. Lo que influye directamente en la interacción con el otro.

Farfulleo:

Es una alteración de la fluidez, en la cual además de comprometerse la velocidad del habla, están afectados la secuencia y el ritmo, es decir, la persona habla rápido pero además realiza cambios de palabras y sílabas, desorganizando la frase, por ello se dice que se afecta la secuencia. Son individuos que en general presentan bajo control de sus impulsos en cuanto a lo que van a decir, son muy sociables y extrovertidos, no se les entiende todo lo que dicen.

Tartamudez o espasmofemia:

Alteración de la fluidez y de la organización temporal del habla, caracterizada por la presencia de repeticiones de sonidos o sílabas, prolongaciones de sonidos, introducen partículas como eh, oh, mm, las pausas fragmentan las palabras, bloqueos, producen las palabras con un exceso de tensión física, entre otras. Existen muchos factores que podrían incidir en la presencia de tartamudez, es por ello que su diagnóstico y especialmente el tratamiento requiere de la participación de diversos profesionales.

Es por ello que idealmente debe consultarse a un neurólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, además de la opinión de la profesora del menor.

Alteración de la voz:

Las enfermedades neurológicas pueden ocasionar trastornos de la voz, aunque no suele ser precozmente. Puede ser causado por la alteración de la movilidad de las cuerdas vocales. La voz suele ser más ronca y silenciosa. El ritmo puede estar alterado.

Disfonías:

Es la pérdida del timbre normal de la voz por trastorno funcional u orgánico de la laringe.

Afonía:

Pérdida total de la voz.

Alteraciones en el rendimiento lingüístico general:

Fonética, morfología, sintáctica, léxico y semántico.

Alteraciones en el proceso lingüístico:

Comprensión, repetición, acceso al léxico y construcción de frases.

EVALUACION DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE EN LA VEJEZ

El lenguaje es la expresión de la comunicación humana. Permite que una persona se exprese, experimente, se explique y comparta lo siguiente:

- Conocimiento, Pensamientos, Observaciones, Preguntas, Necesidades, Valores, Creencias. Etc.

O. JUNCOS Y A. X. PEREIRO, (2001). Considera que: “La evaluación de la comunicación y del lenguaje en la vejez tiene que estar siempre precedida, de una evaluación neurológica, que permite hacer un diagnostico de los procesos cognitivo, percepción, atención, memoria y resolución de problemas”. Pág. 565.

Evaluación de las capacidades comunicativas.

El estudio de las capacidades comunicativas en los adultos mayores ha dado lugar a distintos métodos e instrumentos para el diagnóstico de la comunicación en sujetos con afasias o con demencias los más comunes son: Communicative appropriateness (PCA) análisis de la comunicación en la afasia, análisis para la conversación, Además la Arizona Battery of communication disorders in dementia (ABCD) para evaluar las capacidades comunicativas, lingüísticas y cognitiva. El functional linguistic communication inventory (FLCI) Centrado en el análisis de la comunicación funcional, el diagnóstico de la comunicación en afasia de holland. Test de Boston para el diagnóstico de la afasia.

Estos test están diseñados para ser aplicados a personas con alteraciones (demencia o afasias).

Evaluación del lenguaje

Para la evaluación del lenguaje en la vejez, en su nivel fonético, morfológico, sintáctico y semántico, y en sus diferentes mecanismos, repetición, comprensión, acceso al léxico, construcción de oraciones, pueden utilizarse dos sistemas: la evaluación a partir del lenguaje espontáneo y la evaluación a través de instrumentos estandarizados.

Intervención Neurolingüística en Edades Avanzadas.

La intervención neurolingüística tendrá como objetivo: la atenuación y compensación del deterioro.

Características Generales de la Intervención Neurolingüística en Adultos Mayores.

1. Intervención sistémica. No se puede olvidar de que el paciente pertenece a un grupo social concreto, sus familias, sus barrios o pueblo, que están integrados en organización social y que durante mucho tiempo antes de que se planifique la intervención han sido miembros activos de estas instituciones. Debemos tener en cuenta que uno de los objetivos básicos de la intervención es facilitar la comunicación y la integración social de los sujetos. La intervención ha de tener un carácter sistémico, es decir, ha de incidir en todos los contextos familiares y sociales en los que los sujetos están inmersos.
2. Intervención en equipo. El logopeda forma parte de un equipo de profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales,

educadores, fisioterapéuticas, etc., que intervienen coordinadamente en distintos ámbitos.

3. intervención basada en el análisis Picó lingüístico, análisis minucioso de sus capacidades de percepción, motricidad, atención, memoria y lenguaje.

Papel del Logopeda en la Intervención

El logopeda como un profesional especializado en la intervención de la comunicación y el lenguaje participa:

- En la evaluación del problema de comunicación y de lenguaje.
- En la programación general de la intervención contribuyendo al diseño del programa específico de comunicación, lenguaje, voz y habla.
- Desarrollar los programas generales en medio hospitalario y en residencias específicas.
- En el diseño de programas de orientación familiar.
- Desarrollar programas de intervención en la comunicación y el lenguaje en las familias y en las instituciones, tales como centros geriátricos, residencias, clubes, etc.

Propuestas de actividades.

El logopeda propone actividades de dos tipos: generales, relacionadas con otras dimensiones de la vida diaria que pueden formar parte de programa más globales de intervención geriátrica y actividades específicas del logopeda.

Actividades generales

El logopeda puede ser participe activo del equipo multifuncional por ejemplo:

Trabajar el discurso en los talleres de carpintería, manualidades, cocina, etc. propios de terapia ocupacional.

Actividades específicas del lenguaje.

El logopeda tiene como objetivo general, toda la actividad orientada a compensar y paliar, el deterioro de los procesos cognitivos implicados en el lenguaje.

Desde el punto de vista lingüístico, la intervención se basa en disminuir el deterioro de los procesos de selección, control y organización que es la base de las dificultades de acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y estructuración del discurso.

Basarse en ejercicios lingüísticos de léxico, sintaxis y composición, preferentemente escrita, permite poder desarrollar procesos atencionales e inhibidores.

La reorganización del proceso se basara en el funcionamiento de léxico fonológico y semántico y de una organización conceptual sin problemas.

El siguiente es el programa a seguir:

- Evaluación del problema de comunicación y de lenguaje.
- Programación general de la intervención, diseño del programa de estimulación neurolingüística (Específico de comunicación, lenguaje, voz y habla).
- Desarrollo del programa de estimulación neurolingüística en la institución (centro gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos).

Evaluación del Problema de Comunicación y de Lenguaje.

Mini-Exámen Cognoscitivo (MEC) o Test de Folstein

- Este test de referencia se lleva a cabo cuando sospechamos una demencia o para poder seguir la evolución de la enfermedad.
- Este test explora la orientación temporal-espacial, el aprendizaje, la memoria, la atención, el cálculo, el razonamiento, el lenguaje y las praxis constructivas.
- Dura alrededor de 15 minutos.
- Sus resultados pueden verse influenciados por el nivel sociocultural.

La prueba de Grober y Buschke

- La prueba de Grober y Buschke contiene 16 palabras que pertenecen a 16 categorías diferentes.
- Este complejo test es utilizado en centros especializados por psicólogos.

- Nos permite conocer los resultados de la memoria en caso de trastornos y señalar los problemas de codificación de las informaciones de los problemas del recuerdo.

Test de las 5 palabras

- El test de las 5 palabras permite estudiar la capacidad de memorización y detectar la presencia de un trastorno de la memoria característico de la enfermedad de Alzheimer.
- Hay que leer 5 palabras al paciente. Decirle a qué categoría semántica pertenece cada palabra, como por ejemplo la palabra limonada es una bebida.
- Esconder la lista. Pedirle que diga las 5 palabras. Si le falta alguna, le ayudamos citando semánticamente qué palabra falta (por ejemplo ¿Cuál era la bebida?)
- Puntuación: un punto por cada palabra dicha con o sin ayuda.
- Después lo distraemos con el fin de enfocar su atención sobre otro cometido intelectual.
- Le volvemos a preguntar que nos diga las 5 palabras: si le falta una, ayudamos al paciente con la categoría semántica. Contamos 1 punto por palabra dicha con o sin ayuda.
- Un resultado de 10 elimina la enfermedad de Alzheimer.

Programación General de la Intervención, Diseño del Programa de Estimulación Neurolingüística

Estimulación cognitiva de la orientación

Espacio-temporal

Objetivos:

Específicos

- Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.
- Mantener la orientación de la persona.
- Activar la memoria personal o autobiográfica.

Secundarios

- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar los niveles de atención.
- Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.

Recursos y estrategias

- Terapia de orientación a la realidad.
- Uso de calendarios y ayudas externas.
- Facilidades en las tareas de orientación mediante recursos verbales.

- Utilización de técnicas de observación y validación.
- Orientación temporal: aspectos más recientes como día, mes, año y estación y aspectos más inmediatos como horas del día, fecha del mes...
- Festividades importantes y fiestas populares, como facilitadoras de la orientación temporal.
- Cronología personal (datación de la biografía personal), para favorecer la orientación temporal.
- Orientación espacial (aspectos más inmediatos como lugar donde se encuentra y aspectos más recientes como ciudad, provincia, país, etc.)
- Adecuar el nivel de exigencia de los ejercicios al estadio de demencia y al tipo de capacidades residuales conservadas del enfermo, simplificando las tareas a medida que avanza la enfermedad.
- Utilizar recursos facilitadores, por ejemplo, proporcionar ayudas de carácter gráfico al paciente, como calendarios, mapas, relojes, etc., con el fin de optimizar la orientación mediante la creación de rutinas que favorezcan sus niveles atencionales.
- Potenciar hábitos de utilización de ayudas de memoria, como agendas, planificación de programas de actividades diarias, calendarios, recordatorios, notas...
- Favorecer la orientación a la realidad (OR) potenciando el conocimiento de las festividades tradicionales (p. ej., celebración de las fiestas navideñas en relación con el mes del año, estación...).
- Personalizar y reforzar siempre la ejecución de las actividades con el aplauso del grupo

Estimulación cognitiva en el área del lenguaje

Léxico grafémico.

Objetivos específicos

- Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.
- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar la expresión verbal.
- Mantener y estimular la comprensión verbal.
- Potenciar la capacidad de repetición.
- Favorecer la incitación y la fluidez verbal.

RECURSOS Y ESTRATEGIAS

- Facilitación del acceso al léxico y al significado mediante utilización de diferentes registros (**escritos**: lectura, escritura; **orales**: audición).
- Tareas de confrontación y asociación imagen-palabra.

Lenguaje automático

- Tareas de producción verbal automática (evocación de los meses del año, días de la **semana**, **series numéricas**).

Lenguaje espontáneo

- Ejercicios de descripción de imágenes, láminas, situaciones y hechos.

Denominación

- Denominación visuo-verbal (objetos, partes de objetos, partes del cuerpo humano, imágenes).
- Denominación verbo-verbal.

Evocación categorial

- Ejercicios de *fluidez verbal* (clave fonética/clave categorial) en los que se contemplan el número de palabras por minuto.
- Ejercicios de *evocación* (clave fonética/clave semántica) de situaciones.

Repetición verbal

- *Ejercicios de repetición* (letras, palabras, frases y números).

Recomendaciones

- Aprovechar todas las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades lingüísticas, proporcionando las ayudas semánticas y fonéticas necesarias (p. ej., denominación de los alimentos que está comiendo el paciente, de los utensilios del baño, nombres de sus familiares más próximos...).

- Facilitar la entrada de información a través de distintos registros: oído, vista (material audiovisual, fotografías, postales...).
- Realizar tareas de lecto-escritura para el mantenimiento de la mecánica de éste (p. ej., lectura diaria de prensa, libros...).
- Simplificar las tareas de lingüística en relación con el grado de deterioro del paciente, utilizando técnicas de repetición en estadios avanzados de la enfermedad.

Lecto- escritura

- Ejercicios de *lectura* (frases, palabras, sílabas y letras).
- Ejercicios de *escritura*: redacción (secuenciación temporal), descripción, dictado, copia.
- Fuga de letras: completar palabras.

Razonamiento, abstracción y otras funciones verbales

- Abstracciones.
- Asociaciones de palabras.
- Complementación de familias de palabras.
- Resúmenes y opiniones personales de noticias de la prensa o hechos determinados.

Estimulación de las capacidades mnésicas como prioritarias

Objetivos

- Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.
- Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.
- Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos.
- Potenciar la orientación de la persona.

Recomendaciones

- Adecuar la complejidad de los ejercicios al grado de deterioro del paciente.
- Ofrecer material real, audiovisual, etc. al paciente que propicie tanto el aprendizaje (memoria reciente) como el recuerdo.
- Utilizar prótesis mnésicas (uso de agendas, planificación de programas de actividades diarias, notas...) para mantener la memoria en los estadios iniciales de la enfermedad.
- Aprovechar situaciones reales de la vida del paciente para estimular las capacidades mnésicas.

Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material visual

- Evocación de los nombres de familiares, lugares... (con fotografías).

- Memorización de objetos, “memory”, tablillas de imágenes diferentes (animales, objetos de la vida diaria, alimentos, etc.).

Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida con material verbal

- Juegos: “memory”, tablillas de imágenes.
- Memorización de palabras, grupos de palabras, frases.
- Recordar una información (noticia periodística, acontecimiento...) y evocarla en un período de tiempo determinado.
- Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al paciente, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.).

Memoria remota

- Ejercicios relacionados con los datos personales (recordar la dirección, nombre de los familiares más próximos, número de teléfono...).
- Ejercicios de memoria biográfica.
- Ejercicios mnésicos con material visual.
- Ejercicios mnésicos con material verbal (refranes, canciones, poemas...).

Memoria inmediata

- Repetición de listas numéricas.
- Ejercicios de repetición de palabras.

Estimulación cognitiva del procesamiento aritmético y numérico

Cálculo

Objetivos

- Preservar el reconocimiento numérico.
- Activar y promover la lectura de cifras y números.
- Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas.
- Favorecer la discriminación de cantidades.
- Optimizar la discriminación de los números.
- Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal.

Recursos

- Denominación de números por confrontación visual.
- Utilización del lenguaje automático como estrategia facilitadora de formación de secuencias numéricas.

Recomendaciones

- Adecuar el grado de dificultad de las tareas numéricas, al nivel de deterioro del paciente (p. ej., desde la resolución de un problema matemático complejo, al reconocimiento de un número o ejercicios numéricos de repetición) y al nivel de escolaridad alcanzado por éste.
- Realizar ejercicios que simulen actividades reales, aplicables a actividades cotidianas del paciente (p. ej., ir a comprar con utilización de monedas...).

Secuenciación de números

- Clasificación de números pares e impares.
- Progresiones aritméticas.
- Formación de cifras a partir de unos números determinados.
- Ordenación de cifras de mayor a menor o viceversa.

Operaciones aritméticas

- Suma.
- Resta.
- Multiplicación.
- División.
- Resolución de problemas matemáticos.
- Simulación de AVD que impliquen la realización de operaciones aritméticas (importe de pequeñas compras cotidianas, cambio después de una compra...).

Conjuntos y pertenencia

- Relaciones entre números (números pares, impares, divisibles por 3, de cuatro cifras...).

juegos con números

- Bingo.

Reconocimiento numérico

- Observación, discriminación, dictado y copia de números

**Desarrollo del programa de estimulación neurolingüística en la
institución**

Ejercicios para trabajar el área del lenguaje

Lenguaje automático

Son ejercicios que se *trabajan oralmente*. Se pueden utilizar estrategias de facilitación oral, como por ejemplo empezar la serie automática de palabras.

Diga:

- ¿Cuáles son los meses del año?
- ¿Cuáles son los días de la semana?
- Los números del 1 al 10
- Siga la serie, contando de 2 en 2 hasta llegar a 50

Lenguaje espontáneo

Dada una lámina concreta, una fotografía o una situación determinada:

Describa:

- ¿Qué hay en esta fotografía?
- ¿Qué ropa lleva?
- ¿Qué objetos hay en esta sala?
- ¿Qué observa en esta lámina?
- Explique lo que hace normalmente a diario.

LENGUAJE

Denominación

Ponga debajo de cada imagen el nombre del objeto que represente (anexo).

Complete la palabra a partir de la definición (anexo).

Escriba palabras que empiecen por las sílabas: ej. BA Barco (anexo).

Escriba palabras que empiecen por las letras: T – Teta (anexo).

Escriba palabras que empiecen por los grupos de letras: Ej. BR- Brazo (anexo)

Escriba nombres de cosas que podemos encontrar en: la farmacia (anexo).

Escriba nombres de: Ej. Animales domésticos (anexo).

REPETICIÓN VERBAL

Repita las siguientes frases:

Deben proponerse frases con diferente número de palabras y distinto nivel de dificultad de éstas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral, al estadio de deterioro del enfermo. Ej.

- Los impuestos se pagan en la oficina de recaudación municipal (anexo)

Repita las siguientes palabras:

Deben proponerse palabras con diferente número de sílabas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral, al nivel de capacidades del enfermo. Ej.

- Cascabel, extravagante, divertido, gimnasta, fantástico, supermercado, ligereza, abundante, impermeable, dudoso, famélico...

Repita las siguientes letras: ej.

- G, P, B, L, M, O, A, L, N, S, F, I, R

- A, E, I, O, U

Repita los siguientes números:

Deben proponerse cifras con diferente número de dígitos, con el fin de adecuar el nivel de dificultad de las tareas de producción oral, al grado de capacidades del enfermo. Ej.

- 20.010, 15.215, 23.125, 84.125, 10.201

Lecto-escritura

Redacción

Escriba una breve redacción sobre las actividades que ha realizado este fin de semana.

Escriba una breve redacción sobre algún espectáculo al que ha asistido: obra de teatro, cine, partido de fútbol...

Redacción guiada

Escriba algún refrán que usted conozca:

Ejemplo: *Dime con quién andas y te diré quién eres.*

Escriba un poema o la letra de una canción que usted conozca.

Escriba una frase en la que aparezcan las siguientes palabras:

- Novela, programa, favorito:

Ejemplo: La *novela* de la tarde es mi *programa favorito*.

Escriba una frase en la que aparezca la siguiente palabra:

- Periódico:

Ejemplo: Me gusta leer el *periódico* cada mañana.

Escriba una frase en la que aparezca la siguiente palabra:

- Azul

Ejemplo: Llevo un vestido *azul*.

Descripción

Describa: Ej.

- La indumentaria que usted lleva puesta.

Dictado

Se facilita a nivel verbal cierta información, para que el enfermo escriba al dictado. Debe adecuarse el nivel de dificultad de la información a las capacidades lingüísticas del paciente, desde el dictado de una noticia de la prensa al dictado de palabras simples.

Copia

Dado un texto determinado, o palabras concretas, el paciente debe copiarlos. Debe adecuarse el nivel de dificultad de la información a las capacidades lingüísticas del paciente.

Fuga de letras: completar palabras

Complete las palabras con la letra adecuada: Ej.

- N_CHE
- DOMING_
- S_LITARIO

Razonamiento, abstracción y otras funciones verbales

¿Qué tienen en común las siguientes palabras?

Ejemplo: El perro, el gato y el león son **animales**.

- El blanco, el rosa y el azul son
- El rosal, el almendro y el abeto son

Una con flechas, el adjetivo más adecuado a cada palabra:

DIENTES

VERDE

FRUTA

BLANCOS

¿En qué se relacionan?

• Un estribo y una herradura: **Son complementos que se le ponen a los caballos.**

• Una guitarra y unas castañuelas:

Escriba el nombre de las tiendas correspondientes:

Ejemplo: ¿Dónde compramos el pan? **En la panadería.**

¿Dónde compramos...

• la carne? _____

Complete las siguientes frases:

Ejemplo: Un deporte en el que se utiliza una pelota es el FÚTBOL.

• El último mes del año es _____

Complete las siguientes frases:

Ejemplo: Tomás **COLECCIONA** aparatos de radio antiguos.

• Andrés italiano en una academia.

Complete las siguientes frases mediante el parentesco correspondiente:

Ejemplo: El hijo de mi tía es mi *primo*.

• El marido de mi hermana es mi

Complete las siguientes frases con el parentesco correspondiente:

Ejemplo: Clara es la *hija* de mi hermano, por lo tanto es mi sobrina.

• Andrés es el de mi padre, por lo tanto es mi abuelo.

Clasifique las siguientes palabras, según sean cosas que encontramos en el mar o en la montaña: arena, nieve, setas, flotador, colchoneta, cazadores, toalla, sombrilla, tiburón, abetos, bañador, barcos, peces, lobos, bañistas, río

Ejercicios para trabajar las capacidades mnésicas como prioritarias

Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material visual

- Dibuje cinco cosas de las presentadas anteriormente.
Previamente se habrán mostrado un grupo de objetos o imágenes con las características siguientes: frío – caliente

Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material verbal

Se presenta al paciente una determinada información (noticia, acontecimiento..., a poder ser actuales) con 3 o 4 datos relevantes numéricos y verbales, si es posible por diferentes registros: verbal (se le explica), visual (se le presenta por escrito para que la lea y se le pide que anote a modo de dictado los datos más relevantes), y si puede ser en imágenes (vídeo o fotografías).

Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material verbal

Se presenta al paciente una determinada información (noticia, acontecimiento..., a poder ser actuales) con 3 o 4 datos relevantes numéricos y verbales, si es posible por diferentes registros: verbal (se le explica), visual (se le presenta por escrito para que la lea y se le pide que

anote a modo de dictado los datos más relevantes), y si puede ser en imágenes (vídeo o fotografías).

Ejemplo:

A partir de esta información:

- Pedir al paciente que explique lo que recuerde de la información.
- Pedir que recuerde algún dato concreto de la información.
- Intentar que el paciente recuerde esta información posteriormente: horas después, días después... (puede ser que el paciente necesite algún tipo de ayuda para recordar la información que se le pide, por ejemplo la noticia trataba de...).
- Pedir al paciente que exprese su opinión personal sobre la noticia o acontecimiento.

PARA ENDULZAR EL NUEVO AÑO.–Un grupo de pasteleros griegos ha querido poner la guinda a estas pasadas fiestas elaborando el pastel de profiteroles más grande del mundo. ¿No quieres chocolate? Taza y media. O para ser más exactos: cinco toneladas. Y quinientos kilos de crema. Después, nata a discreción. Una buena manera de intentar endulzar el nuevo año para contrarrestar algunas posibles amarguras. Ahí tenemos a los artífices del enorme postre con las manos en la masa realizando su tarea en una plaza de Atenas a toda prisa, porque ya dice el refrán: «El chocolate frío échalo al río»

Lea los siguientes refranes populares:

- “De tal palo, tal astilla”
- “Dime con quién vas y te diré quién eres”
- “Por la boca, muere el pez”
- “A mal tiempo, buena cara”
- “Nadie nace enseñado, si no es a llorar”
- “Cuando amanece, para todo el mundo amanece”
- “Alcanza quien no cansa”

- “Quien bien quiere, bien obedece”
- “A las penas, puñaladas”

Recuerde alguno de los refranes que ha leído.

Memoria remota

Explique lo que recuerde de su lugar de nacimiento.

- ¿Qué recuerda del día de su boda?
- ¿Qué recuerda de la infancia de sus hijos?
- ¿Qué recuerda de su etapa laboral?
- ¿En que consistía su empleo?
- ¿Qué recuerda de la guerra civil española?

A partir de una fotografía de un personaje popular del pasado:

- ¿Qué personaje es?
- ¿Qué recuerdos le trae?
- ¿A qué se dedicaba?

Diga refranes o frases populares que recuerde.

Si el paciente lo precisa, se pueden facilitar ayudas, como empezar la frase (“A quién madruga...”).

Se pide al paciente que recuerde, o bien se le muestra, su dirección o número de teléfono.

- Se le pide que lo lea (más de una vez si es preciso).
- Se le pide que lo repita de memoria.

Si no es capaz de retener mucha información proporcionada a la vez, se intenta que memorice la información por separado, se trabaja con el nombre de la calle hasta que lo aprenda, cuando lo tenga consolidado, se trabaja con el número de la calle, cuando lo tenga consolidado, se trabaja con el piso y así sucesivamente...

Memoria inmediata y reciente

Observe este cuadro y **lea** las palabras durante unos minutos. Posteriormente, **diga** las

Ejercicios para trabajar las alteraciones en las tareas numéricas como prioritarias

Secuenciación de números

Marque en color rojo los números pares y en color azul los números impares.

Continúe las secuencias numéricas

Ordene de mayor a menor las siguientes cantidades de pesetas:

Operaciones aritméticas

Realice las siguientes sumas

Realice las siguientes restas:

Realice las siguientes multiplicaciones:

Realice las siguientes divisiones.

Resuelva los siguientes problemas aritméticos: Ej.

- Si una docena de huevos vale 2 dólares ¿cuánto valen 5 docenas?

Conjuntos y pertenencia

Se colocan en la mesa fichas de parchís de distintos colores y con valores diferentes.

- **Agrupe** las fichas por colores.
- En función de los números que hay en cada ficha, **realice** la suma por colores. ¿Cuál es el color que tiene el valor más alto?

Se escribe una serie de números de distintas cifras.

- **Agrupe** los números de 3 cifras:

123 56 589 52 147 4.652 20 30 1.254

- **Agrupe** los números de 2 cifras:

125 52 65 987 66 33 1.254 222 63 58 854

Juegos con números

Partida de BINGO.

Buscar el número que se cante. Implica un mantenimiento de las normas del juego. Se pueden hacer muchas variaciones del juego, los mismos enfermos pueden elaborar un bingo.

Es importante la concentración, la observación y la atención. Debe motivarse con la consecución de premios no necesariamente económicos, para estimular la participación.

Reconocimiento numérico

Escriba los números siguientes en cifras:

- Veintitrés:
- Cuarenta y siete:
- Cincuenta y nueve:
- Ciento veintitrés:
- Sesenta y cinco:
- Mil trescientos cuarenta y nueve:

Escriba las siguientes cifras:

FACTIBILIDAD

Legal

El centro gerontológico asistencial “Publio Vargas Pazzos” fue creado bajo estándares de calidad a nivel internacional, respetando los derechos de los adultos mayores aprobados en Ginebra en el año 1986. El centro asistencial gerontológico fue creado hace 18 años, siendo regentado por la Sociedad de Beneficencia Manabita dirigido por el Dr. Publio Vargas Pazzos cuyo nombre lleva en su honor la institución por ser el mentalizado de tan magna obra en favor inicialmente de los adultos mayores manabitas residentes en nuestra ciudad, pero que con el paso de los años dio cabida a personas adultas mayores de todos los rincones de nuestro país y del exterior. El centro Gerontológico ha sido dirigido desde su creación por la Tec. Med. Verónica Andrades.

Social

El grupo humano y multidisciplinario que forma parte de esta institución está formado por: psicóloga clínica, medico geriatra, psiquiatra, terapeuta ocupacional, logopeda, orientador familiar, enfermera, asiste los cual trabajaron muy amenos y en conjunto para que este proyecto tenga el resultado esperado

FUNDAMENTACION

Fundamentación legal

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERADO:

- QUE la constitución política de la republica, en el artículo 23, numero 20, dispone que: “el Estado reconocerá y garantizara a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición”,
- QUE la carta Magna en el artículo 47, establece que las personas de la tercera edad que son un grupo vulnerable reciban atención, preferente y especializada, en los ámbitos públicos y privado.
- QUE la ley orgánica de salud en su artículo 7, establece que la persona en relación a la salud, tiene los siguientes derechos: a) acceso universal, equitativo, permanentemente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; y, literal b) acceso gratuito a los programas y acciones y servicios de salud pública, dando atención preferentes en los servicios de salud pública y privada, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la Republica.
- QUE la Ley Ibídem, en su artículo 13 prescriben que: “Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la constitución Política de la Republica, incorporaran el desarrollo la auto estima, promoverán el cumplimiento de derecho y se basaran el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

QUE la ley del anciano en el artículo 2, dispone que “El objetivo fundamental de esta ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegura la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”.

Guía Clínica Gerontológica Geriátrica de atención de salud para el adulto mayor ministerio de salud pública, Quito septiembre 2008.

Fundamentación pedagógica

Pedagogía.- CANDIA, Fernando (2000) “en sentido general, ciencia que se ocupa de la educación y la enseñanza: los conocimientos sistematizados sobre la acción educativa”. Pág. 254.

La institución presta una atención personalizada a adultos mayores con diferentes patologías en un ambiente agradable en la cual el paciente y familiar son los principales, manteniendo una relación armoniosa con el equipo multidisciplinarios y cada una de sus asistentes. Cada uno cumple un papel fundamental ya que el Médico – Geriatra Evalúa a cada uno de los usuarios previo su ingreso, prevención y tratamientos de las diversas patologías que pueden presentarse. Capacita al personal permanentemente sobre asistencia de emergencia al adulto mayor que reside en la institución. Terapia de Rehabilitación Física. Contribuye al desarrollo, restauración, mejora y mantenimiento del estado funcional del adulto mayor, mediante la utilización de agentes físicos, (compresas químicas calientes, ultrasonido, parafina, magneto, laser, etc.) Promoviendo el desenvolvimiento en actividades de la vida diaria. El psicólogo es el facilitador en el proceso de

adaptación e integración y en coordinación con los otros profesionales del equipo interdisciplinario y sus áreas motivan al adulto mayor en el nuevo entorno y acoplarse al grupo. A través de terapias individuales y grupales se fortalece su autoestima. Terapia de Lenguaje (logopedia) que se encarga del estudio, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de la comunicación humana en personas con o sin patologías, en todos sus procesos incluyendo la comprensión y expresión escrita del lenguaje, así como de la comunicación no verbal. Estimula el trabajo interactivo y participativo que favorece a la activación de los procesos psíquicos especialmente los afectivos, elevando los niveles de autoestima en los adultos mayores. Terapia Ocupacional aquí el adulto mayor se le presenta opciones para su distracción y así desarrollar aptitudes permitiéndole fortalecer su espíritu y ánimo; y desterrar la idea de que por su avanzada edad ya no está en capacidad de realizar actividad alguna. Juegos, baile, manualidades, jardinería, entre otros forman parte de las actividades. Ozonoterapia: La ozonoterapia conduce a una mejoría significativa general de muchos procesos fisiológicos del organismo, mejorando la calidad de vida y capacidad de trabajo, igualmente compensa y retarda el deterioro que se va produciendo en el organismo con el envejecimiento. Es un tratamiento netamente natural.

Preguntas Directrices

¿Debería ser el electroencefalograma un examen de obligatorio de control aplicable a adultos mayores (65 años) para detectar a tiempo la enfermedad de Alzheimer para empezar un programa que le ayude a que tenga una mejor calidad de vida?

¿Se debería ampliar o crear en cada centro gerontológico un área de terapia de lenguaje encargada de aplicar un plan neurolingüística y como apoyo a las otras áreas terapéuticas formando parte activa del equipo multidisciplinario de la institución?

¿Cómo influirá una charla de orientación sobre Alzheimer centra en el área neurolingüística a familiares de paciente con este tipo de demencia?

¿Mediante la aplicación de ejercicios neurolingüísticas podemos desacelerar el deterioro progresivo de esta demencia?

¿Este programa neurolingüístico podrá ser aplicado a otros tipos de demencia?

¿Cuántos centros existen a nivel nacional que puedan ayudar a la rehabilitación de pacientes con la demencia tipo Alzheimer?

Definición de términos

Agnosia.- Pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas, por lo que el individuo no reconoce las personas u objetos.

Alexia.- Se trata de la pérdida de la capacidad de lectura cuando ésta fue adquirida previamente. La alexia suele aparecer acompañada por la **agrafia**, que es la pérdida de la destreza en la escritura, pese a que la **persona** puede hablar y comprender la lengua hablada.

Alzheimer.- Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas. Es la causa más frecuente de todas las demencias, produciendo un deterioro de todas las funciones cognitivas.

Apraxia.- es la dificultad para ejecutar movimientos intencionales en ausencia de factores motores o psíquicos que puedan interferir en su desarrollo.

Diagnosis. La palabra Diagnóstico, proviene del griego diagnostikós formado por el prefijo día (a través), y gnosis (conocimiento o apto para conocer). En general, el término indica el análisis que se realiza para determinar cuál es la situación y cuáles son las tendencias de la misma. Esta determinación se realiza sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Enfermedad de Picks.- Es una forma rara e irreversible de demencia que es algo similar al mal de Alzheimer. Sin embargo, la enfermedad de Pick tiende a afectar únicamente ciertas áreas del cerebro, mientras que el mal de Alzheimer puede afectar cualquier parte.

Enfermedad Huntington.- es un trastorno genético hereditario cuya consideración clínica se puede resumir en que es un trastorno neuropsiquiátrico. Sus síntomas suelen aparecer hacia la mitad de la vida de la persona que lo padece (unos 30 o 50 años de media) aunque pueden aparecer antes y los pacientes muestran degeneración neuronal constante, progresiva e ininterrumpida hasta el final de la enfermedad que suele coincidir con el final de su vida por demencia y muerte o suicidio.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.- es un mal neurológico con formas genéticas hereditarias y también contagiosas, producidas por una proteína llamada prion (PrP). Si bien los casos hereditarios e infecciosos están perfectamente documentados, la causa de la aparición del prion es desconocida en la mayor parte de los casos informados.

Jergas.- Es el nombre que recibe una variedad del habla diferenciada de la lengua estándar e incluso a veces incomprensible para los hablantes de esta, usada con frecuencia por distintos grupos sociales con intenciones de ocultar el verdadero significado de sus palabras.

Neurolingüística.- ciencia que estudia la relación entre los tipos anatómicos y clínicos de los trastornos del lenguaje y su expresión lingüística. Su punto de partida es la hipótesis de la existencia de una relación entre las diversas patologías y la localización y la naturaleza de la lesión cerebral y la forma específica de la desorganización del lenguaje. La neurolingüística incluye aspectos psicológicos, neurológicos y lingüísticos, por lo que es un campo interdisciplinario.

Praxias.- Praxis (práctica) es el proceso neurológico que nos permite organizar planear y ejecutar, de una forma eficiente, habilidades de todos los tipos

Voliciones. Acto de la voluntad, que comprende: deliberación, decisión y ejecución.

Visuoespacial: Funciones mentales implicadas en distinguir por medio de la vista, la posición relativa de los objetos en el entorno o en relación a uno mismo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Diseño de la investigación.

Esta investigación está constituida de categorías, variables, indicadores, por lo tanto la metodología científica de este trabajo se ubico dentro de los paradigmas cualitativos, a través del análisis críticos de cualidades que se utilizaron para la elaboración y validación de la propuesta como alternativa de solución al problema planteando acerca de la incidencia de un programa de estimulación neurolingüística, para pacientes con demencia tipo Alzheimer del centro gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos de la ciudad de Guayaquil.

Modalidades de la Investigación

La modalidad que se utilizó en el proceso de la investigación de la investigación es el proyecto factibles o de intervención que permitió la investigación elaboración y desarrollo de un programa neurolingüístico para pacientes con la demencia tipo Alzheimer para mejorar su nivel de comunicación con familiares y personal de la institución que son partes activa de nuestra investigación.

La modalidad establecida para su formulación y ejecución se apoyo en la investigación de tipo documental, de campo pasa su ejecución que se expreso con análisis y conclusiones sobre la vialidad y realización de la propuesta.

Tipo de Investigación

Esta investigación fue un estudio bibliográfico y documental ya que se utilizo fuentes bibliográficas, documentales, e internet que apoya la investigación de campo y de carácter descriptivo.

Tratándose de un trabajo integrado y sistemático el siguiente paso fue la investigación explorativos, descriptiva y explicativa.

Al realizar los estudios explorativo, revisar la bibliografía y plantear nuestro problema se conoció que dentro de nuestra población no se ha realizado un programa de estimulación neurolingüística en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer.

El siguiente paso fue la investigación descriptiva que ayudo al análisis de la enfermedad tipo Alzheimer y todas sus dimensiones y la importancia de un programa de estimulación neurolingüística en la institución. Para medir situaciones, describir lo investigado, decir como es y los cambios que se manifestaron en la comunidad investigada.

La investigación explicativa garantiza la validez de la investigación del programa de estimulación neurolingüística en pacientes con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores, por que responder a las causas-efectos, y analiza que nuestras variables estén relacionadas.

Población y muestra

Población

La investigación se realizo en el centro asistencial gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos regentado por la Beneficencia Manabita de la ciudad de Guayaquil ubicado en el Km 14 ½ vía a Daule.

Para la investigación se ha solicitado el apoyo de los directivos del centro y de su equipo multidisciplinario:

CUADRO Nº 1

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores de 60 en adelante. • Alzheimer en su primera y segunda etapa. • Hipertensión arterial. • Problemas cardiacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit auditivo. • Hemipléjicos • Déficit visual profundo. • Uso de placa dentaria. • Parálisis total. • Otras demencias. • Deterioros orgánicos.

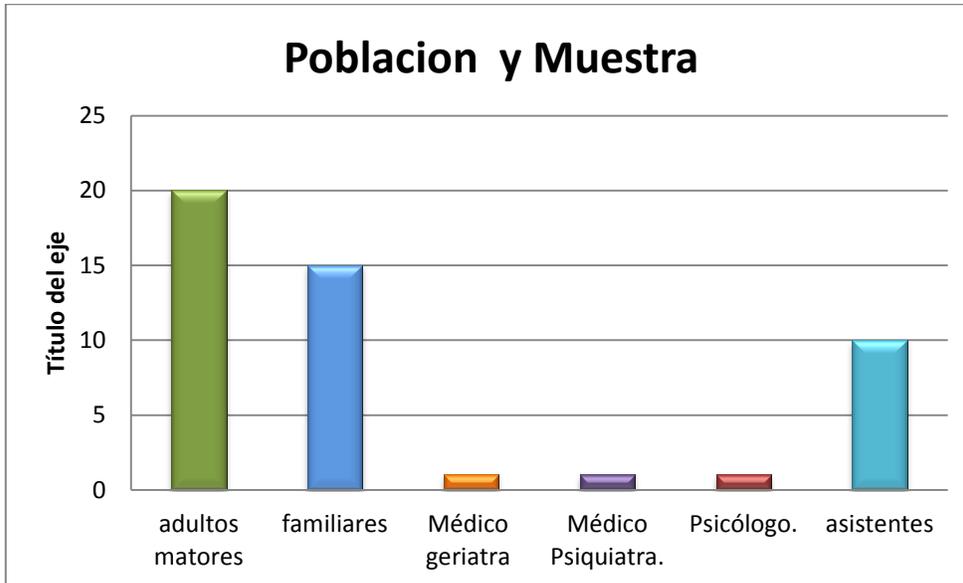
Características de la población

Adultos mayores con demencia tipo Alzheimer en su primera y segunda etapa que están asilados por tiempo parcial o completo en el centro gerontológico Publio Vargas Pazzos.

Cuadro N° 2. Población y muestro

Población de.....	Tamaño/ N°
Pacientes	20
Familiares	15
Médico geriatra	1
Médico Psiquiatra.	1
Psicólogo.	1
Asistentes	10
Total	48

Grafico No 1 población y muestra



Operalización de las variables.

Planteado el tema y el problema quedo establecido como variable independiente la demencia tipo Alzheimer y como variable dependiente el programa de estimulación neurolingüístico

Se operacionalizaron estas variables a través de parámetros, con indicadores observables y medibles, con ítems o preguntas, para obtener información sobre cada indicador y finalmente el instrumento utilizado en la investigación.

CUADRO N°3

V.I.	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES
Alzheimer	La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro	Neurología Geriatría Demencia: Memoria:	Sistema nervioso central <ul style="list-style-type: none">• Anatomía y función• Células nerviosas• Sistema simple.• Las redes nerviosas. Alteraciones y lesiones del cerebro <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones del lenguaje• Alteraciones visuales.• Alteraciones de la conducta.• Alteraciones de la percepción• Alteración del movimiento.• Lesiones cerebrales Concepto. Envejecimiento. bases fisiológicas Cambios biológicos y Envejecimiento. <ul style="list-style-type: none">• Circunstancias que acompañan al envejecimiento e influyen en la salud de las personas mayores.• Esperanza de vida y población mayor. Fisiopatología <ul style="list-style-type: none">• Principales síndromes y patología en la vejez Patología en la vejez <ul style="list-style-type: none">• Pirológia más frecuentes.• Anciano "frágil"• Síndrome del desuso.• Síndromes geriátricos Concepto Tipo de demencias. Otras clasificaciones: <ul style="list-style-type: none">• Demencias reversibles.• Demencias irreversibles. Claves para el diagnóstico de la demencia Efecto de la demencia en la comunicación. Concepto. Trastorno de la memoria. Tipos de demencias: <ul style="list-style-type: none">• Amnesia.• Hipomnesia• Hipermnesia

<p>V.D. Programa neurolingüístico</p>	<p>Neurolingüística: La neurolingüística estudia los mecanismos del cerebro humano que facilita el conocimiento y la comprensión del lenguaje, ya sea hablado, escrito o con signos establecido a partir de su experiencia o de su propia programación.</p>	<p>Alzheimer</p> <p>neurolingüística</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dismnesia • Fabulación • Ecmnesia • Paramnesias • <p>Alzheimer Historia Etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa inicial. • Etapa inter media • Etapa avanzada. <p>Diagnostico. Factores de riesgos. Medidas adicionales Pronostico Complicaciones. Tratamiento. Tratamiento en casa en Etapas Iniciales.</p> <p>Concepto Trastornos de lenguaje Lenguaje y envejecimiento Alteraciones del lenguaje en el envejecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el lenguaje oral: • Alteraciones en el lenguaje escrito: • Alteraciones del habla • Alteraciones en el rendimiento lingüístico general • Alteraciones en le proceso lingüístico. <p>evaluación de la comunicación y del lenguaje en la vejez Evaluación de las capacidades comunicativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del lenguaje <p>Intervención neurolingüística en edades avanzadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características generales de la intervención neurolingüística en adultos mayores. <p>Papel del logopeda en la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuestas de actividades • Actividades generales • Actividades específicas del lenguaje. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación del problema de comunicación y de lenguaje.
---	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Exámen cognoscitivo (MEC) o Test de Folstein ○ La prueba de Grober y Buschke ○ Test de las 5 palabras ▪ Programación general de la intervención, diseño del programa de estimulación neurolingüística <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulación cognitiva de la orientación ○ Estimulación cognitiva en el área del lenguaje ○ Ejercicios para trabajar las capacidades mnésicas como prioritarias ○ Ejercicios para trabajar las alteraciones en las tareas numéricas como prioritarias ▪ Desarrollo del programa de estimulación neurolingüística en la institución <p>Factibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legal • social
--	--	--	---

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

La técnica que se aplicó fue la observación, puesto que esta permitió las técnicas de recolección de datos, que posee un campo específico de actuación y técnicas apropiadas de control para lograr el máximo grado posible de objetividad

en el conocimiento de la realidad, de esta forma usar el tipo de observación permitió interactuar con el sujeto a investigar.

Se utilizaron las técnicas de campo y encuesta para recolectar la información y datos que se solicitaron para dar contestación a las preguntas directivas, conseguir los objetivos y determinar la necesidad de elaborar la propuesta.

Se aplica la encuesta porque es una de las técnicas más generalizadas en el área social-educativos porque a través de un cuestionario permitió recopilar datos de una parte representativa de una población.

Instrumentos

La técnica que se aplicó fue la encuesta por lo tanto el instrumento que se empleó fue el cuestionario (serie de preguntas en secuencia lógica).

El cuestionario permitió conocer los aspectos de conocimiento social y familiar sobre la enfermedad de Alzheimer.

La validez de los instrumentos se constató a través de juicio de experto de la institución que trabajan en el área geriátrica y psiquiátrica

La confiabilidad se dio a través de una prueba piloto en el centro Gerontológico Publio Vargas Pazzos.

Procedimiento de la investigación

La investigación se llevo a cabo siguiendo las siguientes fases:

1. planteamiento de problemas.
2. Revisión bibliográfica.
3. Definición de la población y selección de la muestra, concreción del sistema de variables y elaboración de instrumentos.
4. Estudio de campo.
5. Procesamiento y análisis de datos.
6. Conclusión y recomendaciones.
7. Formulación de la propuesta
8. Preparación y redacción del informe final de la investigación.

Procesamiento y Análisis de los Datos

Los resultados que se obtuvieron con la aplicación del instrumento fueron tabulados y organizados para el procesamiento a través de una base de datos computarizado. Luego se precedió a obtener resultados en termino de medidas descriptivas como son: distribución de frecuencia, porcentaje, para lo cual se siguieron los siguientes pasos:

1. se determino cada ítem la frecuencia y porcentaje de opinión
2. se agruparon las respuestas de acuerdo con las dimensiones del estudio.
3. El procesamiento se analizo con el programa estadístico.
4. Se analizaron en términos descriptivos los datos que se obtuvieron.

5. Se interpretaron los resultados, para dar respuestas a los objetivos de la investigación.

Criterio de Validación de la Propuesta

Para los aspectos formales se realizó una evaluación por los especialistas: Psiquiatra: Dr. John Robalino, Psicóloga: Dra. Mónica Cruz, Médico geriatra: Dr. Pita. En los aspectos que tiene que ver con el contenido fue el asesoramiento de la tutora Dra. María Enireb y el protocolo de este trabajo por nuestra directora Msc. Nissey Reyes quienes fueron determinantes en lo que se refiere a los conceptos y caracteres científicos del tema.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

La encuesta, instrumento de diagnostico, fue elaborado con 15 ítems con cuestionario cerrado tipo Likert y valoración de más a menos: siempre, A menudo, A veces, Casi nunca, Nunca.

Se obtuvieron resultados finales y se podreció al análisis de cada ítems del cuestionario que se expresa en los siguientes cuadros y gráficos con las respectivas proporciones y daros obtenidos, conceptos e interpretaciones y recomendaciones para cada una de las preguntas contestadas muy gentilmente por la comunidad que son parte de la programación neurolingüística en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer.

La presente encuesta fue aplicada en el Centro Asistencial Gerontológico” Dr. Publio Vargas Pazzos” que trabaja con adultos mayores que son asilados por tiempo parcial o completo prestándoles todos los servicios terapéutico y medico que requieran, la población fue de 48 personas.

No hubo ninguna dificultades en la aplicación de la Encuesta realizada en la institución.

Las investigadoras agradecen a la comunidad del Centro Gerontológico por la colaboración prestada en esta investigación.

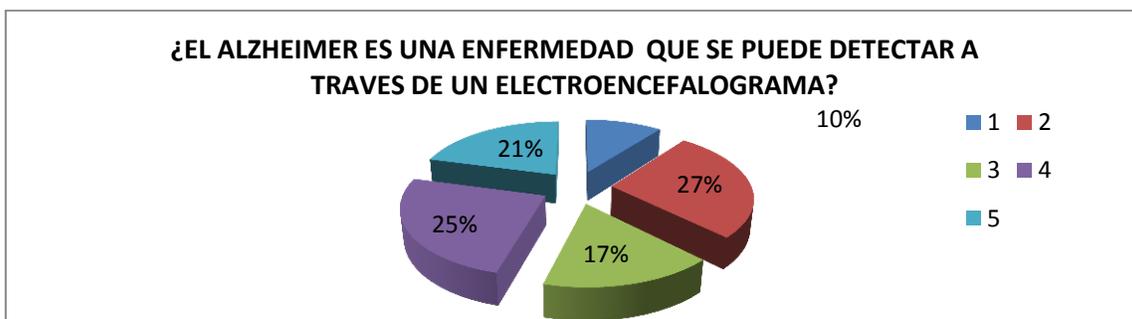
CUADRO N°. 4

¿EL ALZHEIMER ES UNA ENFERMEDADES QUE SE PUEDE DETECTAR A TRAVES DE UN ELECTROENCEFALOGRAMA?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	5	10	21%
	4	12	25%
	3	8	17%
	2	13	27%
	1	5	10%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 2



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se observa una tendencia al CASI NUNCA con un 27% lo que significa que existe desconocimiento sobre los exámenes que se deben realizar para la detección de Alzheimer, luego A MENUDO que significa que en algún momento recibieron información, después SIEMPRE con un 21% que muestra que tiene conocimiento pleno de los exámenes, a continuación A VECES con el 17% mostrando que tiene una información vaga sobre este examen, y finalmente NUNCA son el 10% que no tienen el mínimo conocimiento sobre estos procedimientos.

El electroencefalograma (EEG), una tecnología de 80 años de antigüedad que mide la actividad cerebral, constituye un medio de precisión alta para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer en sus comienzos

La comunidad del centro Gerontológico “Dr. Publio Vargas Pazzos” no se encuentra empoderada con el concepto y la utilización del electroencefalograma como un medio de evaluación para la detección de la enfermedad de Alzheimer, por lo que se requiere de urgencia realizar charlas de información sobre este medio de evaluación a las asistentes y familiares.

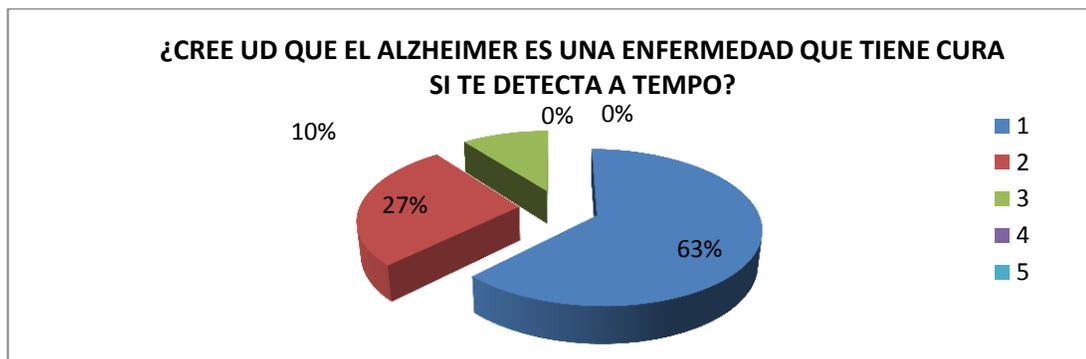
CUADRO N° 5

¿CREE UD QUE EL ALZHEIMER ES UNA ENFERMEDAD QUE TIENE CURA SI SE DETECTA A TIEMPO?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	5	0	0%
	4	0	0%
	3	5	10%
	2	13	27%
	1	30	63%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 3



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se puede observar que la opción NUNCA es la que predomina con un 63% dando a conocer que la comunidad del centro gerontológico tiene una buena orientación sobre este tema, continuando con el CASI NUNCA con el 27% ratificándose lo anterior dicho y con el 10% la opción A VECES que indica que un mínimo porcentaje de la comunidad del centro gerontológico carece de esta información.

Infelizmente, no existe cura para La Enfermedad de Alzheimer, pero se ha comprobado que la detección precoz de los primeros síntomas, ejercitar la memoria y la función intelectual. Además, mantener una dieta equilibrada, baja en grasas, protege frente al deterioro cognitivo, además, la vitamina E ejerce un efecto protector. Otorgándole más años de vida.

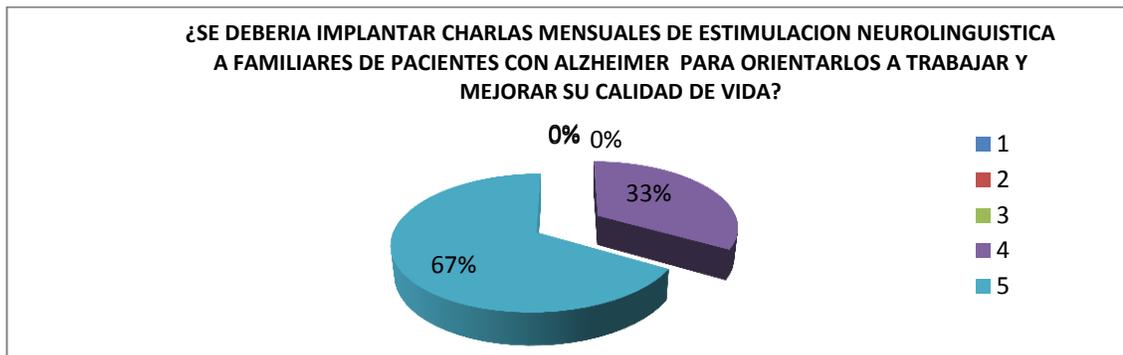
La comunidad del centro gerontológico debe seguir preparándose sobre la enfermedad de Alzheimer ya que gran parte de su comunidad lo padece.

CUADRO Nº 6

¿SE DEBERIA IMPLANTAR CHARLAS MENSUALES DE ESTIMULACION NEUROLINGUISTICA A FAMILIARES DE PACIENTES CON ALZHEIMER PARA ORIENTAR A TRABAJAR Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	5	32	67%
	4	16	33%
	3	0	0%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**
Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº 4



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Esta pregunta tuvo una respuesta positiva ya que el 67% respondieron SIEMPRE demostrando el interés por las charlas para tener un conocimiento más amplio sobre el tema y el 33% A MENUDO confirmando dicho interés.

La intervención neurolingüística tiene como objetivo: la atenuación y compensación del deterioro.

Por lo tanto se deben implantar charlas mensuales de estimulación neurolingüística a familiares de pacientes con Alzheimer para orientarlos a trabajar y mejorar su calidad de vida.

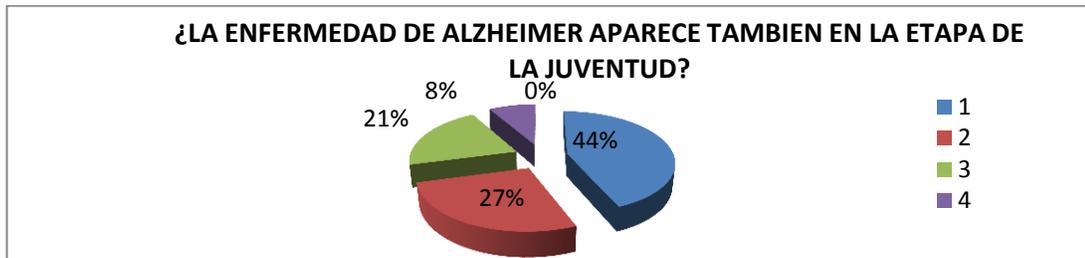
CUADRO Nº 7

¿LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER APARECE TAMBIEN EN LA ETAPA DE LA EDAD JUVENIL?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	5	0	0%
	4	4	8%
	3	10	21%
	2	13	27%
	1	21	44%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº5



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

El NUNCA predomina con un 44% mostrando que la comunidad tiene conocimiento de la edad en se manifiesta la patología, después el CASI NUNCA con un 27% que muestra conocimiento vago, continuando con A VECES con un 21% manifestando el poco conocimiento y finalmente el A MENUDO con un 8% que muestra el conocimiento nulo de este tema.

La edad es el factor de riesgo más conocido. El número de personas que sufren de esta enfermedad se duplica cada 5 años entre las personas mayores de 65 años de edad. Los antecedentes familiares son otro factor de riesgo. Los científicos creen que la genética puede jugar un papel importante en muchos de los casos de Alzheimer esta se manifiesta entre los 30 y 60 años de edad cuando es de carácter hereditario.

La comunidad del Centro Gerontológico “Publio Vargas Pazzos” necesita tener un conocimiento más amplio sobre la demencia tipo Alzheimer, por lo que requiere charlas para empoderarse del tema.

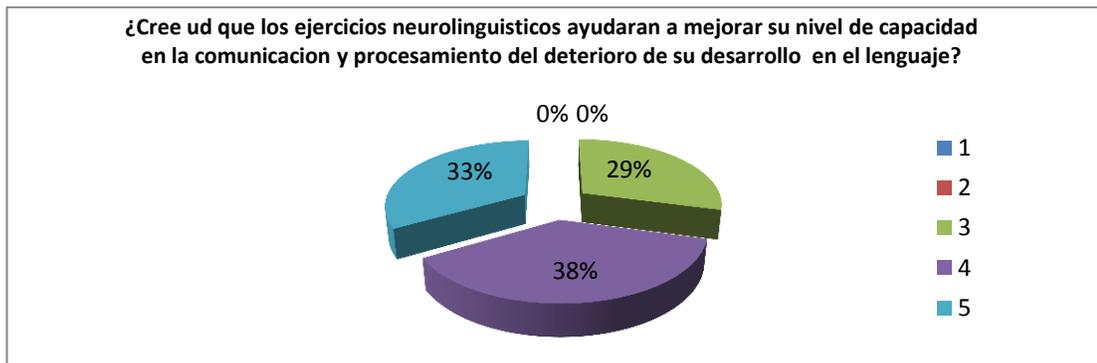
CUADRO N° 8

¿Cree Ud. que los ejercicios neurolingüístico ayudaran a mejorar su nivel de capacidad en la comunicación y procesamiento del deterioro de su desarrollo en el lenguaje?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	5	16	33%
	4	18	38%
	3	14	29%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N°6



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se observa un predominio del A MENUDO con un 38% indicando las posibilidades que tiene estos ejercicios para la mejora del lenguaje, continuando con el SIEMPRE con un 33% mostrando su credibilidad a los ejercicios neurolingüísticos, finalmente el A VECES con un 29% que indica que un número mínimo no tiene seguridad en el trabajo a realizar.

El logopeda al realiza la intervención neurolingüística en el adulto mayor tiene los siguientes objetivos en su trabajo: Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas, Ejercitar el lenguaje automático, Optimizar la expresión verbal, Mantener y estimular la comprensión verbal, Potenciar la capacidad de repetición, Favorecer la incitación y la fluidez verbal, Ejercitar la mecánica de la Lecto-escritura.

Por lo tanto se debe aplicar los ejerciticos neurolingüístico en el centro gerontológico Publio Vargas Pazzos para que los residentes de esta institución puedan apalea su enfermedad degenerativa y mejore su calidad de vida.

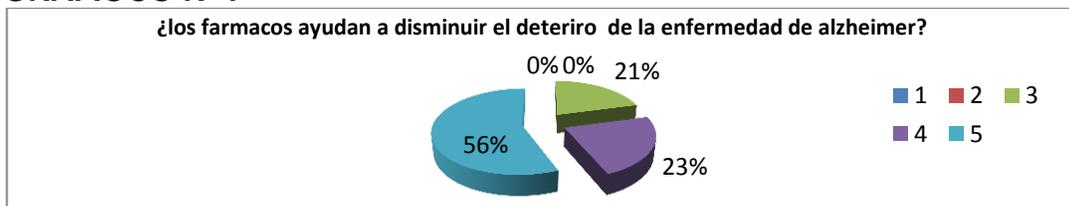
CUADRO N°9

¿Los fármacos ayudan a disminuir el deterioro de la enfermedad de Alzheimer?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	5	27	56%
	4	11	23%
	3	10	21%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 7



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se aprecia que con el 56% predomina el SIEMPRE mostrando que la mayoría de la comunidad del Centro confía en el medicamento para que el paciente con Alzheimer disminuya su deterioro, continuando con A MENUDO con el 23% rectificando lo antes mencionado y finalmente A VECES con el 21% manifestando la duda que tiene la comunidad sobre la veracidad del tratamiento con fármacos.

Los objetivos del tratamiento: Disminuir el progreso de la enfermedad (aunque esto es difícil de hacer), manejar los problemas de comportamiento, confusión, problemas del sueño y agitación, modificar el ambiente del hogar, esto abarcan cambios en el estilo de vida, medicamentos y suplementos antioxidantes como el ginkgo biloba y vitamina e. El beneficio de este fármaco con frecuencia es pequeño y los pacientes y sus familias no pueden notar mucho cambio. Dos tipos de medicamentos están disponibles: donepezil (aricept), rivastigmina (exelon) y galantamina (reminyl, antiguamente llamado reminyl) y La memantina (namenda)

Es importante que la comunidad del Centro Gerontológico tenga el conocimiento de cuáles son los fármacos que pueden tomar los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, los beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de estos.

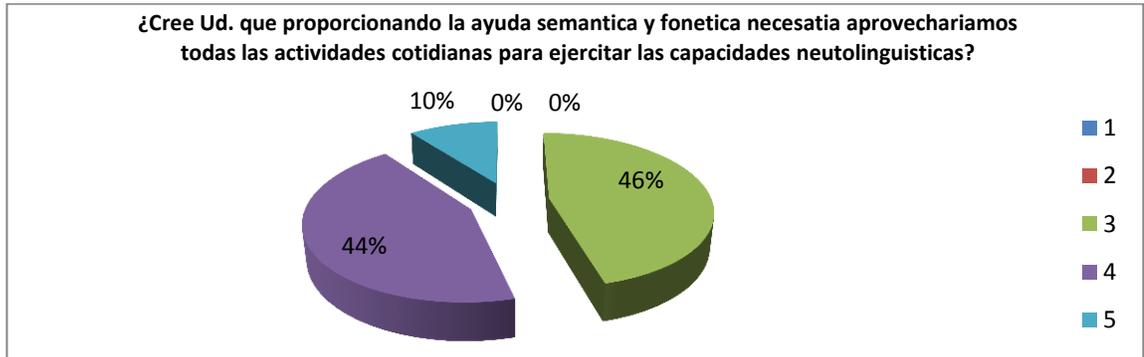
CUADRO Nº 10

¿Cree Ud. Que proporcionando la ayuda semántica y fonética necesaria aprovecharíamos todas las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades neurolingüísticas?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7	5	5	10%
	4	21	44%
	3	22	46%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº 8



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

La opción A VECES con el 46% mostrando que la comunidad no está segura de la propuesta continuando con A MENUDO con el 44% indicando lo antes dicho y finalizando el SIEMPRE con el 10% dando a conocer que una minoría cree en el trabajo.

El término semántica se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación del significado de un determinado elemento, símbolo, palabra, expresión o representación formal.. La fonética (del griego φωνή (fona) "sonido" o "voz") es el estudio de los sonidos físicos del discurso humano. Es la rama de la lingüística que estudia la producción y percepción de los sonidos de una lengua con respecto a sus manifestaciones físicas.

La comunidad debería tener un conocimiento mas amplia sobre varios términos relacionado al lenguaje

CUADRO N°11

¿Cree Ud. Que al realizar ejercicios de denominación se ayudara a que el razonamiento y la abstracción se mantengan y que no se deteriore su capacidad de procesamiento del lenguaje?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8	5	5	%
	4	17	%
	3	26	%
	2	0	%
	1	0	%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N°9



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

La opción de **A VECES** con el 54% muestra que existe duda entre la comunidad de la veracidad del tratamiento, continuando con **A MENUDO** con el 35% indicando que pocos tienen un breve conocimientos de estos procedimientos. Finalizando con **SIEMPRE** con el 11% que muestra que poca parte de la comunidad tiene el conocimiento de estos procedimientos.

Aprovechar todas las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades lingüísticas, proporcionando las ayudas semánticas y fonéticas necesarias (p. ej., denominación de los alimentos que está comiendo el paciente, de los utensilios del baño, nombres de sus familiares más próximos...). Ayudara a que el adulto mayor se mantenga atento al reciba información constante.

La comunidad debe conocer qué tipo de información debe proporcionar constantemente al adulto mayor.

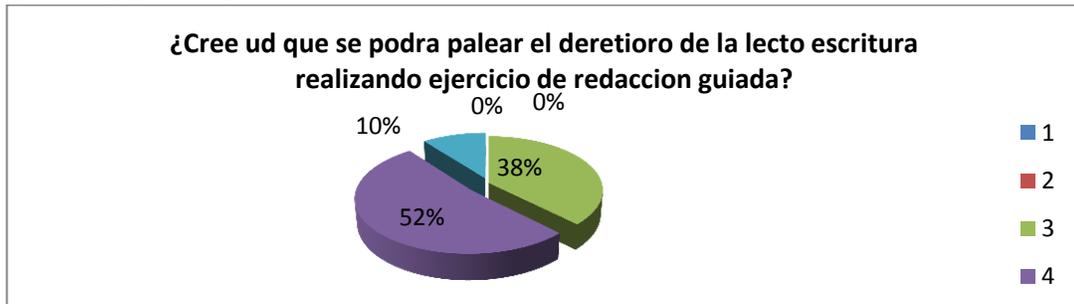
CUADRO Nº 12

¿Cree Ud. Que se podrá paliar el deterioro de la Lecto escritura realizando ejercicios de redacción guiada?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9	5	5	%
	4	25	%
	3	18	%
	2	0	%
	1	0	%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº 10



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se puede observar que el SIEMPRE con un 10%, no predomina mostrando el desconocimiento del tema, continuando con A VECES 38% mostrando un poco de interés por el tema y finalmente A MENUDO que es el que predomina con un 52%, indicando que existe mucha dudas sobre el tema en la comunidad.

La palabra redacción proviene del término latino redactio y hace referencia a la acción y efecto de redactar (poner por escrito algo sucedido, acordado o pensado con anterioridad). La redacción requiere de coherencia y cohesión textual. Dado que el orden de las palabras dentro de una oración puede modificar la intención del autor, es necesario que el redactor organice en su mente las ideas que desea trasladar al papel

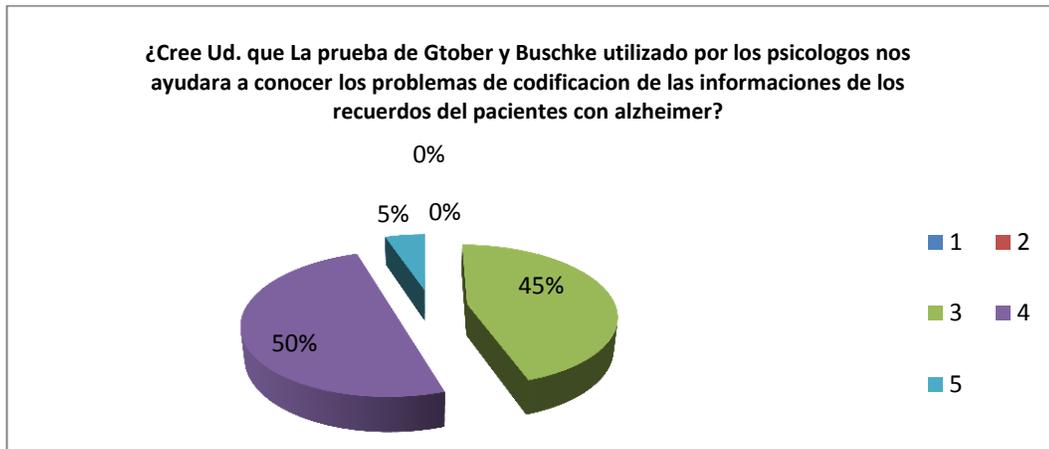
CUADRO N° 13

¿La prueba de grober y Buschke utilizado por los sicólogos nos ayudara a conocer los problemas de codificación de las informaciones de los recuerdos del paciente con Alzheimer?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	5	3	5%
	4	19	45%
	3	26	50%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 11



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

A VECES con el 50% significando que la comunidad tiene un conocimientos vago sobre el tema siguiendo con A MENUDO 45% indicando el poco conocimiento sobre el tema y finalmente el SIEMPRE 5% exponiendo el conocimiento base del tema.

Este complejo test es utilizado en centros especializados por psicólogos. Nos permite conocer los resultados de la memoria en caso de trastornos y señalar los problemas de codificación de las informaciones de los problemas del recuerdo

Es de suma importancia que la comunidad del centro Gerontológico se prepare y conozca cuales son los test que pueden ayudar a diagnostico de la enfermedad de Alzheimer y cuál es el objetivo de cada uno de estos.

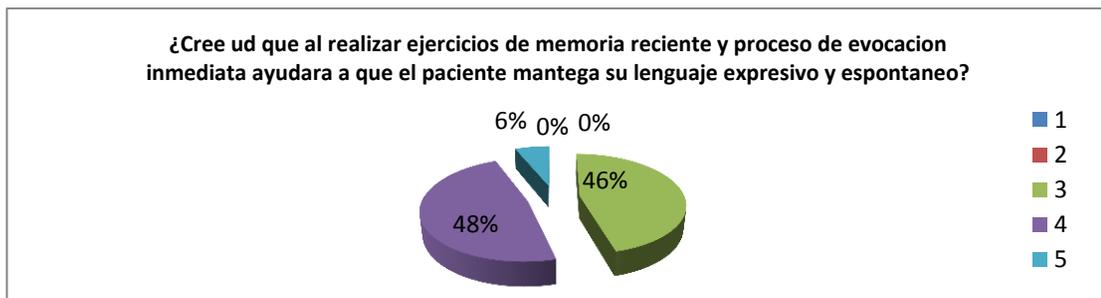
CUADRO Nº 14

¿Cree Ud. que al realizar ejercicios de memoria reciente y proceso de evocación inmediata ayudara a que el paciente mantenga su lenguaje expresivo y espontaneo?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11	5	3	6%
	4	23	48%
	3	22	46%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº12



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

El A VECES con el 46% predomina mostrando que la comunidad tiene poco conocimiento sobre este tema continuando con A MENUDO con el 48% dando a conocer el aumento en el interés de parte de la comunidad y finalmente el SIEMPRE con el 6% indicando que una cantidad minutaría conoce del tema

La Memoria reciente: es la memoria del presente que nos permite retener información nueva constituyendo recuerdos; puede ser incidente –la memoria de cada día–; intencional –en función de un proyecto de futuro, prospectiva–; voluntaria –aprendizaje de memoria

La evocación es el proceso mental mediante el cual la conciencia individual se proyecta a su contenido y pone en el foco de ella una idea sin que medie un algoritmo. Un algoritmo es el conjunto de operaciones y procedimientos que deben seguirse para resolver un problema

Es una cualidad exclusiva de la mente humana (al menos, por ahora). La evocación presupone la inteligencia, pero no se reduce a ella.

CUADRO Nº 15

¿Cree Ud. Que el trabajo en equipo con otros profesionales beneficiará el tratamiento en estos pacientes?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	5	32	67%
	4	16	33%
	3	0	0%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº 13



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Sobresale el SIEMPRE con el 67% indicando q la comunidad cree en el beneficio de trabajar en equipo y A MENUDO con el 33% mostrando la ratificación de lo expuesto anteriormente.

Se entiende por rehabilitación un proceso que tiende a obtener la máxima funcionalidad en las áreas física, emocional, social y vocacional; ningún integrante del equipo de rehabilitación es el único responsable de esto, ya que es difícil trabajar en forma aislada con pacientes con demencia. Esto plantea un doble reto: la oportunidad de aprovechar al máximo unos años más y la necesidad de hacer frente a la incapacidad que surge en los últimos años de vida. Esta intervención debe ser realizada por un equipo multidisciplinario

La comunidad debe saber cómo está conformado el equipo multidisciplinario de la institución y cuál es el campo de acción y la función de que cada uno presta.

CUADRO Nº 16

¿Cree Ud. Que al realizar juegos que impliquen atención observación y memoria como el Bingo ayudara a mantener las nociones numéricas?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	5	31	65%
	4	17	35%
	3	0	0%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO Nº 14



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se divisa que el SIEMPRE con el 65% predomina mostrando que la comunidad cree que lo juegos atribuyen al tratamiento, seguido del A MENUDO con el 35% rectificando en menor proporción la veracidad de estos juegos.

Así como se necesita ejercitar los músculos para poder moverse, así también es necesario dar movimiento a las células de tu cerebro para que estén en buenas condiciones la memoria, la atención y la concentración entre otras muchas funciones.

Si hacemos diariamente actividades para mantener nuestro cerebro en acción, la habilidad para recordar, para memorizar, se estará estimulando y por tanto, recordaremos más fácilmente la lista del supermercado, números de teléfono de familiares, nombres de los vecinos, etc. y aprenderán de manera diferente y divertida las letras y los números.

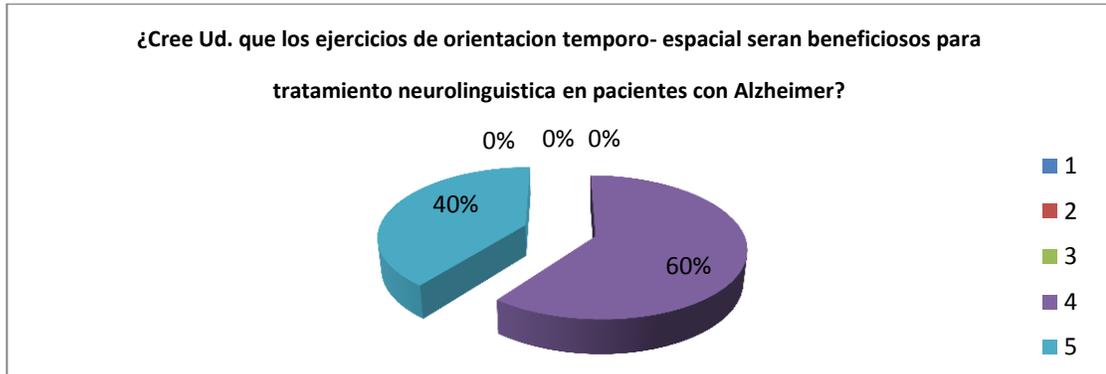
CUADRO N°17

¿Los ejercicios de orientación temporo-espacial serán beneficiosos para tratamiento neurolingüístico en pacientes con Alzheimer?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	5	19	40%
	4	29	60%
	3	0	0%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 15



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

A MENUDO con el 60% que nos da a conocer que parte de la comunidad tiene dudas sobre estos ejercicios y el SIEMPRE con el 40% mostrando que creen en estos ejercicios para el beneficio del tratamiento.

La orientación en ESPACIO, TIEMPO y PERSONA, entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, constituye un concepto heterogéneo relacionado con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro,

La comunidad debe tener un conocimiento pleno de estas actividades para que sea aplicada constantemente es decir en cada actividad que realicen los adultos mayores.

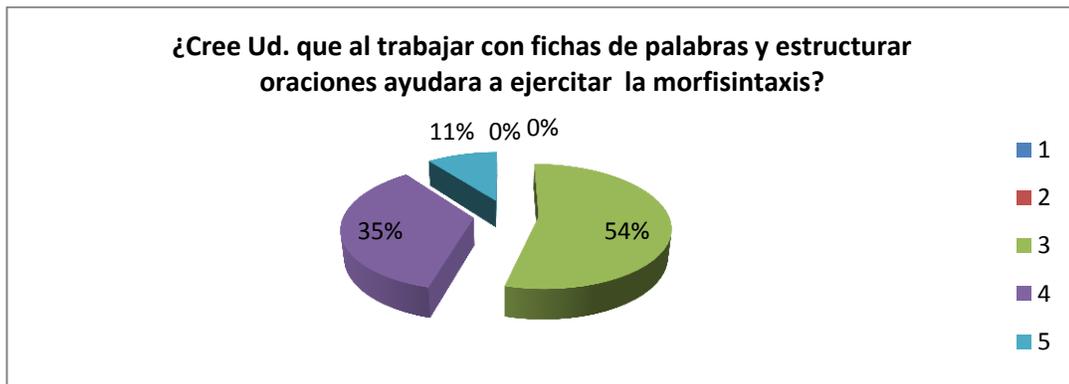
CUADRO N° 18

¿Cree Ud. Que al trabajar con fichas de palabras y estructurar oraciones ayudara a ejercitar la morfosintaxis?			
ITEM	VALORACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15	5	5	11%
	4	17	35%
	3	26	54%
	2	0	0%
	1	0	0%
TOTAL		48	100%

Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Fuente: de los encuestados.

GRAFICO N° 16



Elaborado por: **Maura Delgado y Alexandra Mina**

Se observa que el A VECES con el 54% predomina dando a conocer que la comunidad tiene un conocimiento vago sobre el tema, continuando con A MENUDO con el 35% indicando que su conocimiento es básico y finalmente el SIEMPRE con el 11% que se puede notar el interés en el tema.

La morfosintaxis es parte de la lingüística que combina el estudio de la morfología y la sintaxis, estudio de los hechos lingüísticos desde el punto de vista de su forma y función, Ciencia del lenguaje que estudia la forma de las palabras, su estructura interna y sus accidentes gramaticales.

Es imprescindible que la comunidad del centro gerontológico conozca el significado de palabras relacionadas al programa neurolingüístico que se propone.

CONTESTACIÓN DE LAS PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Debería ser el electroencefalograma un examen de obligatorio de control aplicable a adultos mayores (65 años) para detectar a tiempo la enfermedad de Alzheimer para empezar un programa que le ayude a que tenga una mejor calidad de vida?

Si electroencefalograma debería ser obligatorio porque nos va ayudar a conocer y detectar en que etapa se encuentra el paciente con la demencia y así poder aplicar un plan de tratamiento adecuado para él y mejorar su deterioro progresivo del Alzheimer logrando una mejor calidad de vida en su entorno social.

¿Se debería ampliar o crear en cada centro gerontológico un área de terapia de lenguaje encargada de aplicar un plan neurolingüística y como apoyo a las otras áreas terapéuticas formando parte activa del equipo multidisciplinario de la institución?

Si porque nos ayudara a facilitar a su rehabilitación del cual unidos con las otra áreas terapéuticas ayudaremos a los pacientes con Alzheimer a obtener una mayor capacidad de comunicación, dialogo, desenvolvimiento en su entorno familiar y social.

¿Cómo influirá una charla de orientación sobre Alzheimer centrada en el área neurolingüística a familiares de paciente con este tipo de demencia?

La charla de orientación a familiares con pacientes con Alzheimer seria de mucha ayuda para el familiar porque podemos darles a conocer a través los diferentes tipos de ejercicios neurolingüístico como dar una rehabilitación mientras estén en casa la cual le servirá de apoyo al terapeuta en su

tratamiento mientras esta fuera del centro y así mejorar su capacidad de comunicación.

¿Mediante la aplicación de ejercicios neurolingüísticas podemos desacelerar el deterioro progresivo de esta demencia?

Si porque vamos a trabajar la parte neurosensorial y perceptiva del cual vamos a ejercitar su capacidad de razonamiento, memoria, procesamiento cognitivo que a través de los ejercicios neurolingüístico lograremos desacelerar el deterioro progresivo de la demencia.

¿Este programa neurolingüístico podrá ser aplicado a otros tipos de demencia?

De acuerdo al tipo de demencia que presente el paciente el programa podrá ser aplicado y ser útil para su rehabilitación excepto si llegara a tener una demencia avanzada no lograremos obtener un mismo resultado como el paciente con Alzheimer leve.

¿Cuántos centros existen a nivel nacional que puedan ayudar a la rehabilitación de los pacientes con demencia tipo Alzheimer?

En la actualidad en la ciudad de Guayaquil no existen centros especializados a trabajar con pacientes con Alzheimer, excepto el centro Gerontológico Publio Vargas Pazzos ubicado en el KM 1 ½ vía a Daule la cual le brinda a los pacientes con Alzheimer un tratamiento especializado en mejorar su capacidad de comunicación verbal y semántica mejorando su calidad de vida.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- **Evaluación del problema de comunicación y de lenguaje.**
Aplicación de test:
 - Mini-Exámen cognoscitivo (MEC) o Test de Folstein
 - La prueba de Grober y Buschke
 - Test de las 5 palabras

- **Programación general de la intervención, diseño del programa de estimulación neurolingüística (Específico de comunicación, lenguaje, voz y habla).**
 - Estimulación cognitiva de la orientación
 - Estimulación cognitiva en el área del lenguaje
 - Lenguaje autónomo
 - Lenguaje espontáneo.
 - Denominación.
 - Evocación categorial.
 - Repetición verbal.
 - Lecto- escritura.
 - Razonamiento, abstracción y otras funciones verbales
 - Ejercicios para trabajar las capacidades mnésicas como prioritarias
 - Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material visual

- Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material verbal
 - Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material verbal
- Memoria remota
- Memoria inmediata y reciente
 - Ejercicios para trabajar las alteraciones en las tareas numéricas como prioritarias
- Estimulación cognitiva del procesamiento aritmético y numérico
- Ejercicios para trabajar las alteraciones en las tareas numéricas como prioritarias
 - Secuenciación de números
 - Operaciones aritméticas
- **Desarrollo del programa de estimulación neurolingüística en la institución (centro gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos).**
 - Estimulación cognitiva de la orientación
 - Ejercicios para trabajar el área del lenguaje
 - Lenguaje automático
 - Lenguaje espontáneo.
 - Denominación
 - Repetición verbal
 - Lecto- escritura
 - Descripción

- Dictado
- Copia
- Razonamiento, abstracción y otras funciones verbales
- Ejercicios para trabajar las capacidades mnésicas como prioritarias
 - Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material visual
 - Memoria reciente y proceso de evocación inmediata y diferida de imágenes con material verbal

CRONOGRAMA

CUADRO Nº 19

MESES	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E
ACTIVIDADES					
Elaboración de propuesta.	X				
Marco teórico	X	X			
Evaluación de la muestra		X			
Selección de la muestra			X		
Evaluación del problema de comunicación y de lenguaje. Aplicación de test:			X		
Programación general de la intervención, diseño del programa de estimulación neurolingüística (Específico de comunicación, lenguaje, voz y habla).			X		
Desarrollo del programa de estimulación neurolingüística en la institución (centro gerontológico Dr. Publio Vargas Pazzos).			X	X	
Análisis procesamiento					X
Informe final					X

PRESUPUESTO

CUADRO Nº

CONCEPTO DE RUBRO DE GASTOS		VALOR
1	ELABORACION DE PROYECTO	\$50.00
2	MATERIAL DE ESCRITORIO Y FUNGIBLE	\$ 30.00
3	MATERIAL BIBLIOGRAFICO	\$ 30.00
4	COPIAS	\$ 10.00
5	REFRIGERIOS	\$ 30.00
6	GASTOS ADMINISTRATIVOS	\$ 10.00
7	PAGOS A ASESORES Y ESPECIALISRAS	\$ 90.00
8	TRANSPORTE	\$ 15.00
9	IMPREVISTOS	\$ 15.00
10	ALQUILER DE EQUIPO E IMPLEMENTOS	\$ 300.00
TOTAL		\$ 575

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONE

CONCLUSIONES

En el trabajo que se realizó obtuvimos las siguientes conclusiones

- La constante estimulación de las funciones cognitivas mediante la ubicación a través calendario creó en el adulto mayor (AM) necesidad de estar ubicado en tiempo y espacio, realizando sin estímulo alguno (calendario, pizarra) la pregunta ¿qué día es hoy? espontáneamente.
- Al realizar las actividades de noción numéricas se pudo observar como muchos de los AM conserva su agilidad mental para el cálculo.
- La Estimulación de las habilidades básicas como es la coordinación viso-motriz mediante el movimiento constante de las extremidades superiores permitió q el AM conserve su destreza motriz para la escritura.
- Realizar preguntas a los AM y estimulando su cognición se ha observado un mantenimiento de sus conocimientos conceptuales y su actividad mental, mejorando su memoria a corto y largo plazo desacelerando el deterioro de la comunicación.
- Los AM presentaron con frecuencia dificultad para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos u acciones.

- Se observó trastornos en su fluidez para decir nombres de diversas categorías como consecuencia de no encontrar la palabra adecuada, aunque teniendo la certeza de conocer dicha palabra (afasia).
- Muchos adultos mayores tienen dificultad en la organización del discurso, en comprender historias o noticias complejas, en realizar relatos, narrar historias o autobiografías.
- Estimulando la cognición a través del dialogo a logrado que la memoria a corto plazo se mantenga activa.
- El apoyo que recibe el AM por parte de familiares o cuidadores en las diversas actividades que se realizan hacen subir su autoestima, demostrando que aún son útiles para su familia y la sociedad mejora su calidad de vida.

RECOMENDACIONES:

Por lo tanto se ha elaborado las siguientes recomendaciones;

- Muchas de las actividades deben ser repetitivas ya que su memoria a corto plazo está deteriorada.
- La intervención logopedia debe orientarse a posibilitar la interacción y la comunicación verbal en diferentes ámbitos sociales, que esta sea lo mas rica posible para que puedan participar en diálogos con familia, grupo sociales y culturales de alguna institución.
- Orientar a la familia para que colaboren en la intervención logopèdica para que este sea un trabajo colectivo.
- Se debe tener en cuenta la capacidad de cada cual, pero casi siempre se encontrara alguna actividad en la que se pueda integral.
- Los rompecabezas de 3, 5, 7, etc. Se puede elaborarlos con figuras grandes de revistas, postes, etc. Dividiéndolo en las piezas que necesitamos.
- Se puede hacer el uso de fichas ábacos o domino para realizar operaciones numéricas.
- Se pueden utilizar fichas de juegos silábicos para formar palabras, frases, actividades morfosintácticas.
- Tratar que las actividades motrices sean muy dinámicas para mantener la atención e interés en el trabajo realizado.

BIBLIOGRAFIA

BAVISTER Steve- VICKERS Amanda, (2004)

Programación neurolingüística (PNL) las claves para una comunicación más efectiva editorial Amat edición en lenguaje español
Editorial Amat SL, Barcelona, 2005
Barcelona- España.

BHATNAGAR Subhash- ANDY Orlando (2003)

Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación, editorial MASSON Barcelona- España.

BORTZ, Walter M. (2002)

EL SINDROME POR DESUSO, editorial Universidad de Antioquia, Palo Alto, California.

GONZALEZ ALONSO, GENARA (2005)

LOS MAYORES: SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ 1era Edición,
Año de edición: Editorial Plaza
BARCELONA- ESPAÑA.

JUNCOS. O y PEREIRO A.X. (2001)

Comunicación y lenguaje en edad avanzada

JUNQUE Carmen Olga-MATARO maría (2004)

Neuropsicología del lenguaje funcionamiento normal y patología

rehabilitación. PRIMERA EDICION 2004.
Editorial ELSEVIER MASSON Barcelona-
España

KOLB- WHISHAW, (2008)

Neuropsicología humana, 5ta edición,
editorial medica panamericana, Madrid –
España

OBLER Loraine K. – GJERLOW Kris, (2003)

EL LENGUAJE Y EL CEREBRO edición
Cambridge university Press, Madrid 2003,
Madrid- España.

PEÑA- CASANOVA Jordi (2001)

**ENFERMEDAD DE ALZHEIMER del
diagnostico a la rehabilitación** editorial
fundación “LA CAIXA” Barcelona-España.

PEÑA -CASANOVA Jordi (2002)

**Las alteraciones psicológicas y del
comportamiento en la enfermedad de
Alzheimer,** editorial Fundación “La Caixa”,
Barcelona- España

PUYUELO, Miguel (2000)

**Manual de desarrollo y alteraciones del
lenguaje** editorial MASSON Barcelona-
España pág.

PUYUELO, Miguel (2001)

Casos clínicos en logopedia 1, 2, 3
editorial MASSON Barcelona- España.

TIMIRA, Paola S. (2001)

**Bases fisiológicas del envejecimiento y
geriatria** editorial MASSON Barcelona-
España

Tárraga L. y Boada M. (eds.)

Volver a empezar ejercicios para Alzheimer editorial glossi Barcelona-España.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAVISTER Steve- VICKERS Amanda, (2004)

Programación neurolingüística (PNL) las claves para una comunicación más efectiva editorial Amat edición en lenguaje español Editorial Amat SL, Barcelona, 2005 Barcelona- España. **Pág. 50**

BHATNAGAR Subhash- ANDY Orlando (2003)

Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación, editorial MASSON Barcelona- España. **Pág. 10**

BORTZ, Walter M. (2002)

EL SINDROME POR DESUSO, editorial Universidad de Antioquia, Palo Alto, California. **pág. 25**

CANDO, Fernando (2000)

DICCIONARIO DE PEDAGOGIA Y PSICOLOGIA Editorial Plaza BARCELONA- ESPAÑA. **Pág. 83**

JUNCOS. O y PEREIRO A.X. (2001)

Comunicación y lenguaje en edad avanzada. Editorial MASSON Barcelona España **Pág. 55**

KOLB- WHISHAW, (2008)

Neuropsicología humana, 5ta edición, editorial medica panamericana, Madrid –España. **Pág.16**

PEÑA- CASANOVA Jordi (2001)

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER del diagnostico a la rehabilitación editorial fundación “LA CAIXA” Barcelona-España. **Pág. 34**

PEÑA -CASANOVA Jordi (2002)

Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer, editorial Fundación “La Caixa”, Barcelona- España. **Pág. 38**

PUYUELO, Miguel (200)

Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje editorial MASSON Barcelona- España **pág. 26**

TIMIRA, Paola S. (2001)

BASES FISIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO Y GERIATRÍA editorial MASSON Barcelona- España **pág. 21**

OBLER Loraine K. – GJERLOW Kris, (2003)

EL LENGUAJE Y EL CEREBRO edición Cambridge university Press, Madrid 2003, Madrid- España. **Pág. 49**

Tárraga L. y Boada M. (eds.)

Volver a empezar ejercicios para Alzheimer editorial glossi Barcelona- España. **Pág. 50**

REFERENCIAS ELECTRONICAS

- **LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)**
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia29.pdf> **pág. 25**
- **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**
http://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf & t=
Información Básica Sobre le Enfermedad de Alzheimer

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**
http://www.librosgratisparadescargar.org/?url=http%3A%2F%2Fwww.alz.org%2Fnational%2Fdocuments%2Fsp_brochure_basicsofalz.pdf&t=Informaci%C3%B3n+B%C3%A1sica+Sobre+le+Enfermedad+de+Alzheimer
- **NEUROLINGÜÍSTICA**
http://books.google.com.ec/books?id=E01HozY9XSMC&printsec=frontcover&dq=neurolinguistica&hl=es&ei=1etkTsmzOtO3tgfH3LSiCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- **CALIDAD DE VIDA**
http://www.infoelder.com/biblioteca-virtual/libros/los-mayores-salud-y-calidad-de-vida-en-la-vejez_av432ab6.html
- **GERONTOLOGIA**
http://books.google.cl/books?id=loyG4Gox4MsC&pg=PR9&lp=PR9&dq=gerontolog%C3%ADa+bases+fisiologicas&source=bl&ots=m4GajEpocp&sig=5qR0w41WXqbFggcnqAfWt4y8xRM&hl=es&ei=eH9IToPkFcny0gGouLWuCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CDQQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false
- **GERONTOLOGÍA: LA CIENCIA DE LA VEJEZ.**
<http://www.psicologia-online.com/monografias/4/gerontologia.shtml>
- **FONOAUDIOLOGÍA**
<http://www.fonoaudiologa.cl/iframe/habladivisionesflu.html>.
- **PEDAGOGIA:**
http://libros.fmbol.com/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=0&Itemid=60.
- **TRASTORNO DE LA MEMORIA**
http://www.psicologa.mex.tl/159495_TRASTORNOS-DE-LA-MEMORIA.html

- **MEMORIA.**

[http://es.wikipedia.org/wiki/Memoria_\(proceso\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Memoria_(proceso))

REFERENCIA DOCUMENTAL

Revista: **UTOPIA VOCES SIN BARRERAS** Nº 4 julio- agosto 2001,
ENVEJECIMIENTO Y LOGOPEDIA, Clara de la Cruz Butiñá. Logopeda.
Hospital Virgen de la Poveda.
<http://www.portalsolidario.net/revista/JA01/colabora1.php3?mas=3>

ANEXOS

ANEXO # 1

ACTIVIDADES MORFOSINTÁCTICAS

Ordenas las letras y forma palabras:

C a S a	C o S e
C a l o	C a m o
C a m a	C n u a

Ordenas las palabras y forma oraciones

- elefante animal. El es un

- es manzana fruta. La una

- El útil de lápiz un clase. es

Une con el antónimo que corresponda:

Feo	grande
Largo	bonito
Pequeño	blanco
Día	coto
Bueno	limpio
Negro	grueso
Sucio	bajo
Delgado	malo
Alto	noche

Escribe una oración con las siguientes palabras:

- Casa blanca

- Bravo perro

- Cama cómoda

- Niño pele

ANEXO # 2

ACTIVIDADES NUMERICAS:

Operaciones básicas:

$$\begin{array}{ll} 2 + 4 - 3 = & 6 + 2 - 5 = \\ 4 - 2 + 9 = & 5 \times 2 - 3 = \\ 9 - 4 \times 2 = & 8 + 6 - 4 = \\ 5 \times 3 - 9 = & 7 + 6 - 9 = \\ 7 \times 2 + 4 = & 5 + 4 - 3 = \\ 4 + 6 - 2 \times 3 + 5 - 3 = & \\ 6 + 4 - 6 \times 3 - 6 + 2 = & \end{array}$$

Escribe el número que va antes entre y después:

$$\begin{array}{ll} 6 - \underline{\quad} - 8 & 9 - 10 - \underline{\quad} \\ \underline{\quad} - 12 - 13 & 7 - \underline{\quad} - 9 \\ 4 - \underline{\quad} - 6 & 8 - 9 - \underline{\quad} \\ 14 - \underline{\quad} - 16 & 20 - \underline{\quad} - 22 \\ 34 - 35 - \underline{\quad} & 56 - 57 - \underline{\quad} \\ 63 - \underline{\quad} - 65 & 78 - 79 - \underline{\quad} \end{array}$$

Completa con el número que falta

$$\begin{array}{ll} 3 + \underline{\quad} = 8 & \underline{\quad} + 6 = 9 \\ 6 + \underline{\quad} = 12 & 9 + \underline{\quad} = 13 \\ \underline{\quad} \times 2 = 16 & 18 - \underline{\quad} = 6 \\ 8 \times \underline{\quad} = 64 & 23 + \underline{\quad} = 32 \\ 12 + 5 = \underline{\quad} & 15 - \underline{\quad} = 7 \end{array}$$

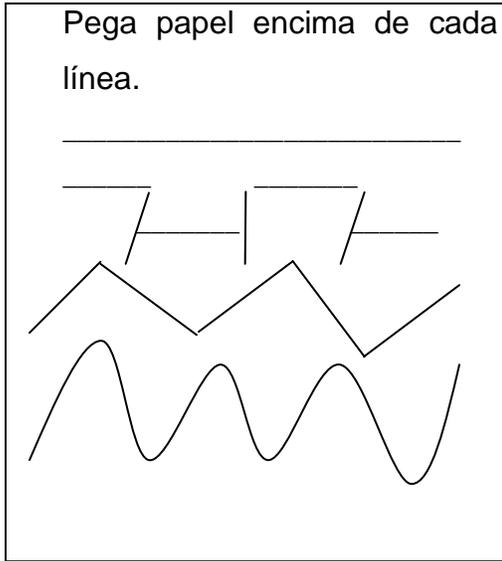
Resuelve los siguientes problemas:

- Si tengo 100 dólares y compro una camisa en 45 y pantalón en 30 cuanto me queda:
- Si tengo 3 manzana y me regalan 5 y me como 4 cuantas me quedan.
- Si me compro 4 camisa y gasto 84 dólares cuanto me costó cada camisa
- Si quiero comprar 6 juguetes y cada uno me cuesta 12 dólares cuanto gastaría si los compro.

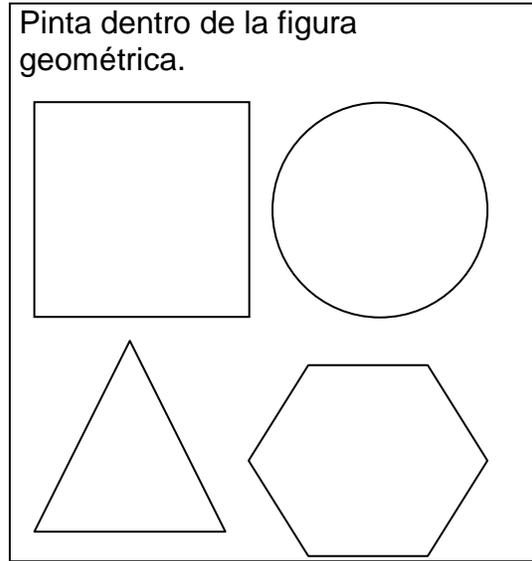
ANEXO # 3

ACTIVIDADES MOTRICES y ATENCION.

Pega papel encima de cada línea.



Pinta dentro de la figura geométrica.



Encierra todas las F que encuentres:

EEEEEEEEEEEFEEEEEEFE

EEEEEEEEEEEFEEEE

EEEEEFEEEEEEEFEEEE

EEEEEEEEEEEFEEEE

EEEEEEEEEEEFEEEE

EEEEEEEEEEEFEEEE

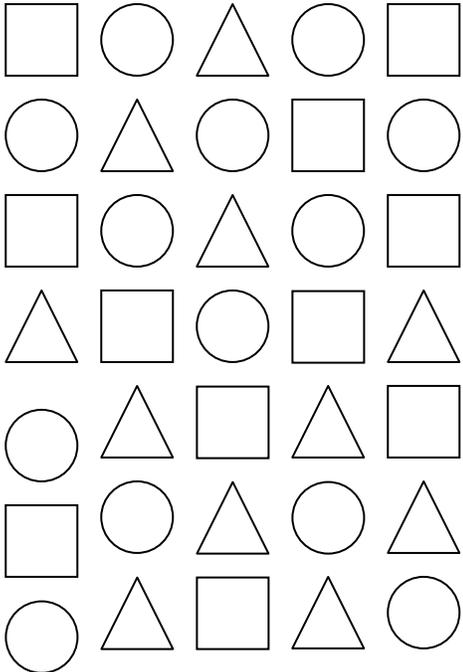
EEEEEEEEEEEFEEEE

EEEEEEEEEEEFEEEE

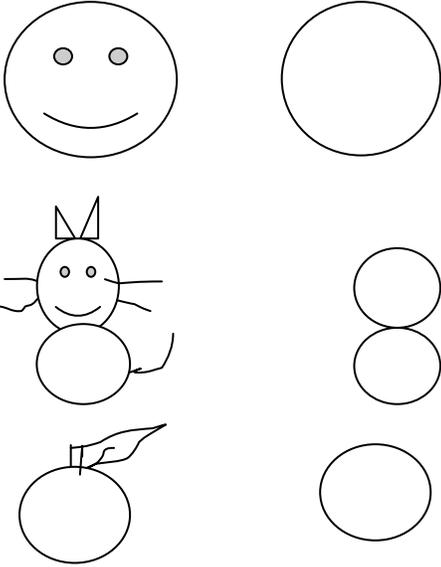
EEEEEEEEEEEFEEEE

EEEEEEEEEEEFEEEE

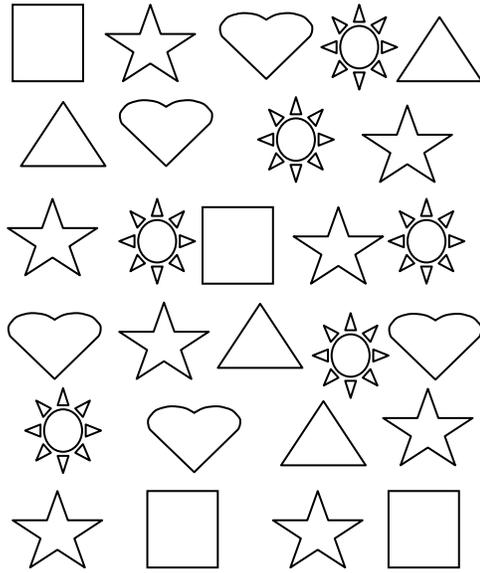
Pinta según ejemplo.



✓ completa la imagen (cara, fruta, animal)

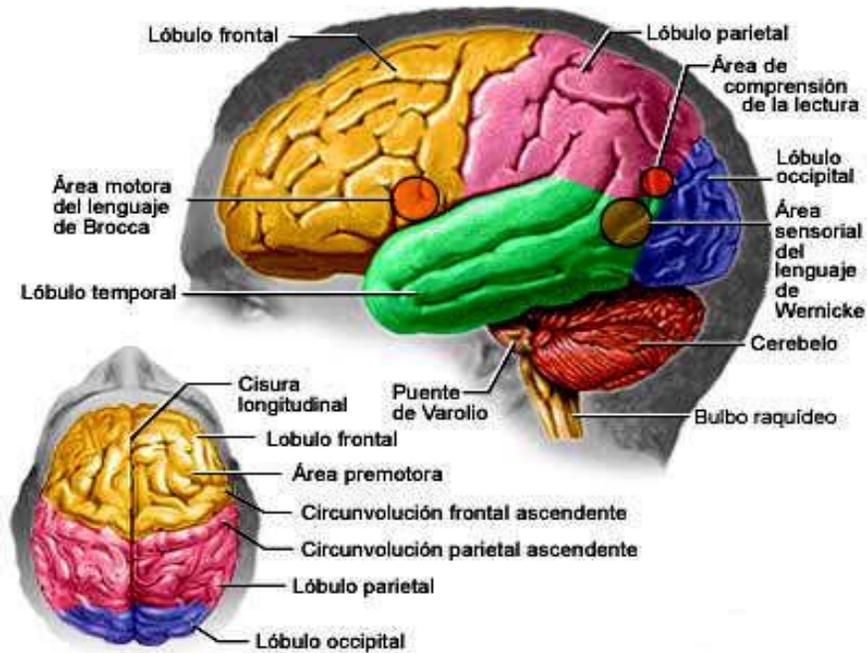


Pinta según ejemplo. (figuras geométricas o símbolos)



ANEXO # 4

Anatomía cerebral humana normal.



Cerebro humano envejecido



Cerebro envejecido



Neuronas en cerebro envejecido



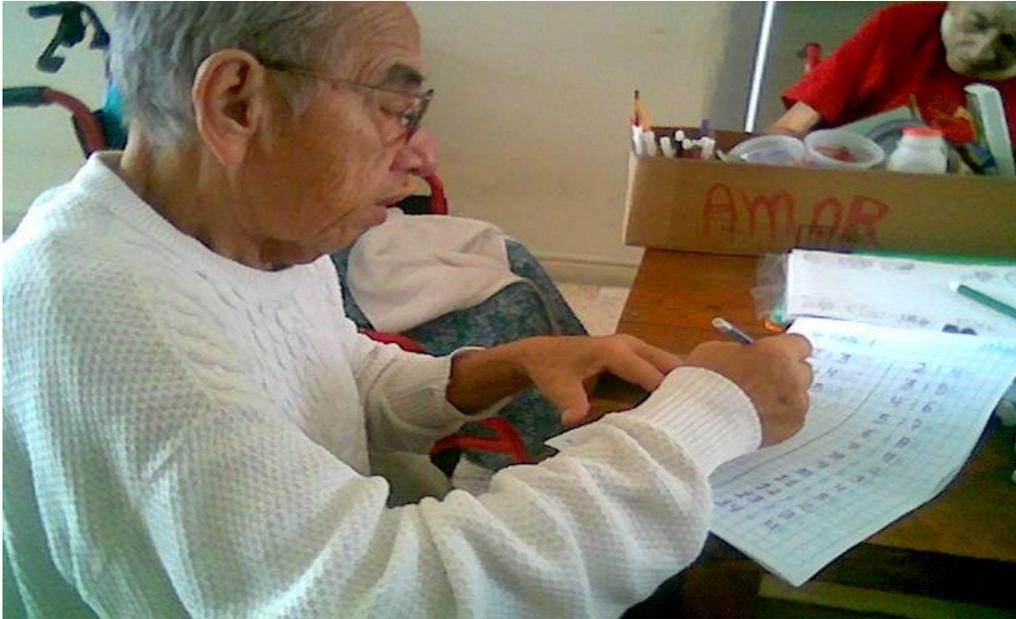
ANEXO # 5

FASES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

	MEMORIA	COMPORTAMIENTO	LENGUAJE Y COMPRENSIÓN	GESTOS Y MOVIMIENTOS	ACTIVIDADES COTIDIANAS
FASE I	<ul style="list-style-type: none"> - Olvida sus citas. -Nombre de personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios de humor. - Se enfada cuando se da cuenta que pierde el control de lo que le rodea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continúa razonando -Tiene problema para encontrar las palabras. - Frases más cortas - Mezcla ideas sin relación directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - En esta fase todavía está bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas.
FASE II	<ul style="list-style-type: none"> - Reciente disminuida 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad. - Miedos. - Alucinaciones. - Deambulación continúa. - Fatigabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversación ententecida. - No acaba las frases. - Repite frases. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pierde equilibrio. - Caídas espontáneas. - Necesita ayuda para deambular. - Pueden aparecer mioclonías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusión. - Se viste mal. - Se pierde en trayectos habituales.
FASE III	<ul style="list-style-type: none"> - Reciente perdida - Remota perdida - No reconoce a su cónyuge, hijos, etc. - Memoria emocional conservada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lloro. - Grita. - Se agita. - No comprende una explicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Balbucea. 	<ul style="list-style-type: none"> - No controla sus gestos - Le cuesta tragar. - Se atraganta. - No controla esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparecen totalmente - Encamado. - Alimentación por sonda.

ANEXO # 6

REALIZACION DE TRABJO DE NOCION NUMERICA.



El paciente realiza actividades de nociones numéricas básicas como son la suma, de forma horizontal.



La paciente realiza serie numéricas simples partiendo de la base 0 hasta el 100.

ANEXO# 7

REALIZACION DE TRABJO DE LENGUAJE ESCRITO.



La paciente realiza actividad de transcribir un texto de esta forma se trabajo atención y concentración.



La paciente está realizando actividades morfosintácticas: clasificación de palabras según la letra con la que inician.

ANEXO # 8

REALIZACION DE TRABJO DE LENGUAJE ESCRITO



La paciente realiza actividades morfosintácticas: estructuración de palabras

ANEXO # 9

REALIZACION DE TRABAJO DE MOTRICIDAD FINA





Los pacientes realizan actividades motrices finas como: trozar, pegar, pintar dibujos ya establecido de esta forma de esta forma mantienen atención y respeto de límites.

ANEXO # 10

REALIZACION DE TRABAJO DE MOTRICIDAD FINA



En esta actividad la paciente trabaja motricidad fina combinada con noción numérica ya que está armando un rompecabezas guiándose por la secuencia numérica.

ANEXO # 11

ACTIVIDAD LÚDICA COMO PARTE DE LAS TERAPIAS:



Todos los adultos mayores con la EA eran participe de la actividad lúdica del juego de bingo en esta actividad se logró trabajar: atención, noción numérica, concentración y lenguaje expresivo ya que en muchas ocasiones preguntaban que numero se dicto o gritaban la palabra tan conocida como es BINGO para indicar que habían ganado

ANEXO # 12

REALIZACION DE TRABAJO DE LENGUAJE EXPRESIVO



La actividad de lenguaje expresivo se realizó en varias ocasiones en lugares libres ya que así ellos podían cantar sus inolvidables pacillos, resolver adivinanzas sencillas, decir amor finos o sus cachos colorados.

ANEXO # 13

GRACIAS A LO ADULTOS MAYORES, EQUIPO MULTIDICCIPLINARIO,
ESPECIALISTA Y ASISTENTES QUE HICIERON ESTE TRABAJO POSIBLE

