

- **Materia:** Taller de Elaboración de Tesis.

- **Carrera:** Lic. Psicología General
- **Cuatrimestre:** Noveno.
- **Nombre del profesor:** María del Carmen Cordero.
- **Nombre Del trabajo:** avances tesis

INDICE

Introducción

CAPITULO I: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

- 1.1 Planteamiento del problema
 - 1.1.1 Preguntas de investigación
- 1.2 Objetivos
- 1.3 Justificación
- 1.4 Hipótesis
- 1.5 Metodología

CAPITULO II: ORIGEN Y EVOLUCION DEL OBJETO DE INVESTIGACION

- 2.1 Historia del Alzheimer.
- 2.2 Evolución de la demencia.
- 2.3 Origen en México
- 2.4 Aspectos científicos y humanos en torno al problema de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la memoria?

Son recuerdos de acciones que se han vivido en un momento de nuestra vida, se ha quedado guardadas dentro de nosotros y ocupan un esencial parte de lo que somos.

¿Qué pasaría si esta desapareciera?

“cuando fallen las memorias, quedaran solo fotografías.”

La memoria es uno de los factores más importantes para el ser humano pues sin ellas nosotros no podríamos ser competentes en muchas funciones, desde tiempos atrás se cree que la perdida de la memoria se había alcanzado durante la edad adulta pues al pasar de los años la función cerebral disminuye.

El objetivo de conocer el deterioro de la memoria es ver el impacto que se crea en las personas que lo sufren. Hemos de saber que son casos muy extraños en jóvenes sin embargo no se descartan a ser probables candidatos, la pérdida de memoria tiende a darse en adultos mayores categorizada como demencia senil existen enfermedades mentales asociadas a ellas como por ejemplo el Alzheimer.

El Alzheimer es una enfermedad que determina y pone un tiempo límite en la vida de las personas adultas, pues ataca de manera degenerativa, **olvidas un buen recuerdo con familiares, el tiempo jamás corre y al hablar ya nada es igual**, hace que olvidemos cosas actuales hasta los más viejos recuerdos pues esta se da de manera episódica.

Las emociones sin embargo no se descartan pues es muy constante el presentarse un enojo por no recordar donde dejaste las cosas, trizeza pues no puedes ser funcional en muchos aspectos. Felicidad cuando vez algo de lo que ya no recuerdas y todas las demás sentimientos que el ser humano presenta durante el tiempo que lleva con la enfermedad.

Es una investigación que se realiza con el fin de lograr conocer los riesgos, consecuencias y posibles apoyos para la sociedad que hoy vive con esta enfermedad y lo que enfrentan las personas con esta demencia día a día. La importancia de la investigación es lograr extender la información sobre esta enfermedad y a quienes la padecen.

En este trabajo de investigación se explica la problemática, los objetivos y el método por el cual se llevará a cabo.

Esto lo conforma el capítulo I el cual corresponde al protocolo de investigación.

Posteriormente se explica el capítulo II que es el origen y evolución del objeto de investigación el cual contiene historia y origen de donde surge este trabajo.

Continúa el capítulo III que es el establecimiento del marco conceptual que incluye toda la información respecto al tema.

Por ultimo veremos el capítulo IV que es el análisis y resultados de la investigación. Este aparte de incluir los resultados contiene lo que son las propuestas conclusión, bibliografías (de donde se saca toda la información) y los anexos (investigaciones previas.)

CAPITULO II

ORIGEN Y EVOLUCION DEL OBJETO DE INVESTIGACION.

2.1 Historia del Alzheimer

Este año se cumple un siglo desde que esta grave enfermedad neurodegenerativa fue descrita por el médico Alois Alzheimer. El doctor Alzheimer nació en Marktbreit, Baviera (Alemania) en 1864. Hijo de una familia católica y acomodada, su padre trabajaba como notario y consultor legal. Inició sus estudios de medicina en Berlín en 1883 y continuó en Tübingen y Würzburg. Consiguió graduarse cuatro años después, con una tesis doctoral sobre las glándulas de cerumen de los oídos. En 1888 comenzó a trabajar como asistente en el sanatorio municipal para dementes de Francfort, una institución con bastante prestigio en aquel tiempo por su labor investigadora. Allí conoció al patólogo Franz Nissl, con el que estableció una relación que perduraría toda la vida. La colaboración entre ambos fue fructífera y publicaron varios trabajos sobre aterosclerosis cerebral en 1904 y sobre el corea de Huntington en 1911. En 1894 se casó con una viuda de origen judío que poseía una gran fortuna. Tuvieron tres hijos pero ella falleció en 1902. La fortuna heredada de su mujer le permitiría dedicarse a la investigación. Un año después de la muerte de su mujer, Kraepelin, un conocido psiquiatra alemán fue nombrado director de una clínica psiquiátrica en Munich y le ofreció la plaza de jefe de laboratorio y de anatomía patológica. Alois Alzheimer En 1906 describió una nueva enfermedad que producía pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y finalmente muerte. La enfermedad fue diagnosticada por primera vez en una mujer de 51 años, llamada Augusta D que había ingresado en 1901 en el Hospital de Frankfurt a causa de un cuadro clínico caracterizado por un delirio de celos, seguido de una rápida pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, alteraciones de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. La paciente falleció por una infección debida a las heridas que le 2 habían aparecido por estar inmóvil durante mucho tiempo en la cama y por una infección pulmonar. El cerebro

de la mujer fue estudiado por Alzheimer, que encontró un número disminuido de neuronas en el córtex cerebral, junto con cúmulos de proteínas, unos ovillos o filamentos neurofibrilares en el citoplasma de las neuronas. Estos últimos fueron descritos por primera vez en la historia por este autor. Se decidió llamar a la nueva patología 'Enfermedad de Alzheimer' en honor a su 'descubridor' y el término fue utilizado por primera vez por Kraepelin en la octava edición del 'Manual de Psiquiatría' en 1910. Lo que en aquel momento se pensaba que era una enfermedad rara se demostró posteriormente que era la causa más frecuente de demencia.

El segundo caso fue descrito por el doctor Alzheimer en 1911, fecha en la que también aparece una revisión publicada por Solomon Carter Fuller, un americano que había rotado durante unos años con Alzheimer en Alemania. La revisión incluía a 13 enfermos con demencia con una edad media de 50 años. Su enfermedad se prolongaba alrededor de siete años. El doctor Alzheimer fue nombrado en 1912 profesor ordinario de psiquiatra y director de la clínica de la Universidad de Breslau. Fallecería en 1915 a la edad de 51 años a causa de una endocarditis. El cerebro de los dos primeros pacientes del doctor Alzheimer ha sido estudiado de nuevo a finales de los 90 por un grupo de investigadores alemanes, que han comprobado la presencia de lesiones cerebrales que consisten en ovillos neurofibrilares (acumulo de fibrillas que sustituyen a las neuronas) y las placas de amiloide (otro tipo de lesión que se produce por acumulación otras proteínas en el cerebro), especialmente en zonas corticales, y la ausencia de lesiones de tipo aterosclerótico en estos pacientes.

En los últimos años algunos famosos como Rita Hayworth, Ronald Reagan o Charlton Heston han reconocido padecer esta enfermedad lo que ha ayudado en parte al mayor conocimiento por parte del público y también a favorecer su estudio y fomentar la creación de asociaciones que dan apoyo a los pacientes y colaboran económicamente en el estudio de la enfermedad y sus tratamientos.

2.2 Evolución histórica del concepto

A mediados del siglo XIX se empezó a enfocar el concepto de Demencia, como una entidad irreversible asociada a la edad, Esquirol fue uno de los primeros en plantear una aproximación descriptiva del cuadro clínico, y Bayle el primero en proponer Demencia como una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema nervioso central.

Fue alrededor del año 1900, que Alois Alzheimer precisó las lesiones patológicas de dos entidades clínicas distintas, la primera descrita por él mismo, y la segunda por Arnold Pick (conocidas hoy como enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal respectivamente).

Conforme progresaron las técnicas de imágenes cerebrales y estudios de líquido cefalo-raquídeo fueron mejorando los criterios de diagnóstico para los diversos tipos de demencia, con un enfoque clínico-biológico.

Las recomendaciones más recientes, sin embargo proponen un enfoque exclusivamente biológico de la enfermedad de Alzheimer. Para tener un conocimiento más preciso de la evolución del concepto de demencia, es pertinente separar la “historia del término demencia” de la “historia del concepto de demencia como enfermedad”

2.3 Origen

El primer antecedente fue la fundación de la primera institución de salud mental –o como se le llamaba en esa época, “manicomio”el Hospital de San Hipólito de Convalecientes y Desamparados. Este hospital fue fundado por Bernardino Álvarez, con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado de México.

Su objetivo era recibir a los más “desprotegidos” según su propia experiencia, que eran: “los convalecientes, los ancianos y los locos”. En múltiples ocasiones este hospital recibió a los ancianos que padecían algún tipo de demencia y que además presentaban síntomas neuropsiquiátricos asociados. Se creó la unidad de Investigaciones Cerebrales para conocer y esclarecer la relación entre cerebro y conducta. Durante muchos años, el INNN ha sido una de las principales instituciones de salud en nuestro país donde la demencia se ha atendido y estudiado. Sin embargo, la importancia del cambio demográfico hizo que el 28 de julio de 2008 se firmara el decreto presidencial para crear el Instituto de Geriátría y posteriormente el 30 de mayo de 2012 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el decreto de creación del Instituto Nacional de Geriátría.

La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia, representa aproximadamente el 50% de todos los casos. **En México más de 350,000 personas están afectadas por la enfermedad** de Alzheimer y mueren por ella anualmente 2,030 pacientes... Se estima que uno de cada tres de nosotros enfrentará esta enfermedad en algún ser querido o en un familiar.

La demencia por enfermedad de Alzheimer (EA) es la más común de las demencias, representa de 60 a 80% del total de casos reportados. La prevalencia de la demencia aumenta de forma exponencial de los 65 a 85 años en México 2 cada 5 a 6 años y se estabiliza a partir de los 85 a 90 años. La demencia por EA se caracteriza por un **proceso degenerativo, progresivo, irreversible y, hasta el momento, incurable**, que **ataca las partes del cerebro que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje**.

Las personas que padecen esta enfermedad pierden gradualmente el sentido del tiempo y el espacio; olvidan cosas que acaban de decir o hacer. Conforme progresa el padecimiento, las personas dejan de tener conciencia de su condición pero conservan la capacidad de experimentar angustia y de percibir manifestaciones de afecto.

Al paso del tiempo se les va dificultando cada vez más llevar a cabo las tareas más sencillas como vestirse, comer o asearse, hasta llegar un punto en el que éstas se convierten en algo imposible de realizar. Los enfermos se tornarán incontinentes, serán incapaces de comunicarse y presentarán serios problemas de comportamiento, por lo que requerirán cuidado continuo durante las 24 horas del día.

Esta enfermedad se prolonga por varios años, en promedio entre 5 y 10, y no es causa de muerte; normalmente una persona que la sufre morirá de algo diferente como una infección o un infarto. La enfermedad de Alzheimer y las demencias similares se han convertido en el tercer problema de salud en los países desarrollados, superado únicamente por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La misión del INGER es promover el envejecimiento saludable de los mexicanos mediante la investigación, por lo que cuenta con líneas de investigación y especialistas enfocados en el estudio y tratamiento de las demencias en México

2.3 Aspectos científicos y humanos en torno al problema de la enfermedad.

La hipótesis científica clásica detalla como en el cerebro de los enfermos con enfermedad de Alzheimer se depositan y acumulan placas que resultan de una fracción de 42 aminoácidos, el β -amiloide (una proteína) cuya insolubilidad resulta fatal para la vida de las neuronas, iniciando una cascada de lesiones irreversibles en el cerebro humano.

Descubrimientos recientes muestran que la presencia del amiloide no explica por completo el daño cognitivo de los enfermos, sugiriendo la existencia de un mecanismo mediado por una proteína no fibrilar, un precursor conformado por oligómeros solubles, cuya toxicidad neurológica sería superior a la ocasionada por la fibrilar insoluble.

Estas nuevas sustancias estarían relacionadas primariamente con el declinar cognitivo que experimentan los enfermos. La presencia de placas de β -amiloide no son exclusivas del mal de Alzheimer y se encuentran también en la enfermedad de Creutzfeld-Jacob, en el síndrome de Gerstaman-Straussler-Scheinenker, en el insomnio fatal familiar, en otras formas de demencia como la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) y la demencia fronto-temporal (DFT), en personas con Síndrome de Down y en ocasiones, en ancianos sin clínica de demencia

Sin embargo, la presencia de esta proteína se sigue considerando como requisito necesario y distintivo para determinar enfermedad de Alzheimer, en combinación con la presencia de ovillos neurofi brillares (microtúbulos dañados