

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

- **Carrera: L.PS.**

- **Cuatrimestre: Noveno.**

- **Alumno: Alan Rodríguez**

...

Capitulo III

Marco teórico.

3.1 ¿Qué es la memoria?

3.2.- Concepto de demencia.

3.2.2.- Clasificación de evidencias de trastorno en pérdida de memoria según el dsm III

3.3-Tipos de demencias según el DSM- V.

3.3.1.- Apraxia primaria.

3.3.2.- Afasia progresiva primaria.

3.3.3.- Enfermedad del Alzheimer.

3.3.4.- Demencia semántica.

3.3.5.-Degeneración cortico basal.

3.4. Diferencia del Alzheimer de otras demencias.

3.5 Desarrollo del Alzheimer.

3.6 Expresión emocional en la enfermedad del Alzheimer.

3.7 efectos de los síntomas.

3.8 Tipos de cuidados.

3.1 ¿Qué es la memoria?

Es la capacidad de recordar un momento, una acción aprendida durante determinado tiempo en la vida de una persona, un lugar para almacenar información.

Esta ofrece una ilusión con capacidad de guardar lo que ya pasó, de volver a sentirlo. Y gracias a esto se puede revivir, es cierto que a medida de que pasa el tiempo estas imágenes pueden desaparecer así cuando se trata de recordar la mente envía una imagen que es construida a base de recuerdos y es posible que en este aspecto la persona vuelva a sentir incluso percibir. Buñuel decía que “era necesario perder la memoria aun siendo aunque más no fuera parcial, para darse cuenta de que ella es lo que constituye nuestra vida”. (candau, 2008)

La memoria nos construye, con el tiempo recorrido de vida guardamos imágenes y nuestra manera de regresar son las memorias que se quedan, jean- tves decía “la memoria adopta necesariamente los caminos de si mismo”.

Recordemos que la importancia de nuestro consciente es mantener una estabilidad de quien somos porque cada memoria guardada crean en cada persona una entidad.

Mnemosine decía “la llave de la conciencia constituye una fuente primordial para lo que se llama identidad” rehabilitar una memoria es rehabilitar una identidad. (candau, 2008)

Para annemuxxel “el trabajo de la memoria es el operador de la construcción de la identidad del sujeto es el trabajo de reapropiación y negociación que cada uno debe realizar con su pasado. Para advenir a su propia individualidad (candau, 2008)

3.2 Concepto de demencia.

Al concepto demencia se le conoce etimológicamente como ausencia de pensamientos, y fue introducido por Pinel por la debida observación durante siglo I en personas con falta de juicio, problemas del habla. (Félix Bermejo Pareja)

Al comienzo del siglo actual se le considera como demencia al proceso de deterioro selectivo inoperable o reversible. Llamadas de esa manera por las causa y riesgo, puede ser de manera heredada o adquirida, son dos premisas muy básicas para el diagnóstico en el Dsm, es importante reconocer que las actualizaciones y modificaciones de este concepto van cambiando debido amuchas circunstancias durante mucho tiempo y son décadas, el concepto se ha ido determinando debido al nuevos deterioros detectados (Félix Bermejo Pareja)

Durante la búsqueda de un concepto ideal para el trastorno (TS), muchos otros trastornos mantenían relación ante él y podrían existir equivocaciones para el dx. Se han mantenido como el sinónimo de demencia pero no han tenido éxito.

Sin embargo existen rasgos específicos para la detección hoy en día de dicho trastorno. El dx clínico, de demencia es habitualmente apoyado por exámenes psicométricos. Es claro que existen daños de demencia leve y (TS) con escasas evidencias de evolución en el deterioro cognitivo. (Félix Bermejo Pareja)

3.2.1 Clasificación de evidencias de trastorno en pérdida de memoria según el dsm iii.

El concepto de demencia en diversos códigos.

- A) evidencias de trastorno en la memoria.
- B) al menos una de las siguientes.
 - alteraciones del pensamiento abstracto.
 - alteraciones del juicio.
 - Cambio de personalidad.
- C) A) Y B) interfieren con actividades sociales y laborales.
- D) Alerta conservada sin presencias de delirium.
- E) Existe la constancia.

Es útil para la elaboración del dx de demencias. Esta es una constelación de signos y síntomas, de manera orgánica o de origen multicausal.

Se menciona orgánica cuando tiene un origen por la afecciones de hemisferios cerebrales O multicausal que tiene su origen por lesiones.

Recordando que es un síndrome que provoca problemas globales así como la personalidad con conciencia alerta pero preservada. (Félix Bermejo Pareja).

3.3.-Tipos de demencias.

Durante el tiempo conocido del Alzheimer. Nunca se han descartado las apraxias, ciertas funciones cerebrales que se ven afectadas por la demencia. Actualmente está dentro de los criterios del Dsm V, como uno de los dominios cognitivos posiblemente con alteraciones de la enfermedad. (Rubinstein, 2005)

Se encuentran diferentes tipos de demencias. Son varias relacionadas con la apraxia. Inicialmente.

- Apraxia primaria.
- Afasia progresiva primaria.
- Enfermedad del Alzheimer.
- Demencia semántica.
- Degeneración cortico basal.

Todas estas poseen diferentes tipos de alteraciones en patrones.

3.3.1.-Apraxia primaria:

Hablamos de una apraxia simpática donde se ven involucrados una dificultad motora primaria de una extremidad superior derecha o izquierda por igual esta se dan parcial o parálisis total, se le conoce como apraxia simpática originalmente por

- Movimientos de torpeza con las manos.
- Entorno a los efectos de localización de objetos su alrededor y de las partes de su cuerpo.
- Problemas visuales desubicando a la persona viéndose involucrados manos y ojos. ... (carlson., 1996)

Una imposibilidad o dificultad, de realizar correctamente movimientos proposicionales aprendidos, los cuales se pierden por una consecuencia de una probable lesión cerebral que refleje con ausencia de trastorno elemental y alteraciones sensorias motoras como alteraciones perceptivas, (, Senso perceptivas). (politis., 2005) , la progresión de dificultad del lenguaje es de 4 a 5 años .

La apraxia del habla progresiva primaria se puede expresar pura o coexistiendo con afasia progresiva. La evolución de estos síndromes es variable los sujetos pueden vivir entre 7 a 10 años. (Victoriano, 2019)

3.3.2.- Afasia progresiva primaria:

Neurodegenerativa se siente aislada de otros tipos de déficit cognitivos

Es una afasia progresiva cautelosa donde las personas debutan, con dificultades para encontrar una palabra correcta para responder dentro de una conversación, según los criterios diagnósticos, se relaciona con atrofas progresivas degenerativas, muy parecidos al una apraxia sin embargo los rasgos más comunes son los síntomas de torpeza por extremidades acompañadas de síntomas como (rigidez de extremidades), o también conocidas como afectaciones subcorticales y se han detectado pocos casos con acompañamiento de pérdida de memoria y lenguaje según

Musulmán 1982. (Rubinstein, 2005)

Algunos autores afirman que acabó de unos años las personas con afasia progresiva primaria terminan presentándose con un déficit de de las funciones cognitivas generales igual que con los paciente que presentan demencia tipo Alzheimer.

Según Rafael González Victoriano La afasia progresiva primaria y la apraxia del habla progresiva primaria son síndromes clínicos caracterizados en el primero por una alteración del lenguaje y en el segundo por un compromiso en la planificación motora del habla (Victoriano, 2019).

La corroboración de mesulam dice “los pacientes una degeneración progresiva exclusivamente del lenguaje” (Ribal)

3.3.3 Enfermedad del Alzheimer.

Es común que la apraxia este dentro de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer pues es una de los signos clínicos descriptos que distinguen otras demencias corticales.

Particularmente, la demencia tipo alzhéimer o enfermedad de Alzheimer (ea) es precisada por Montiel, Sánchez, Asensio y Alonso (2002) y la OMS (2017) como una enfermedad de origen genético, asociada a trastornos neuropsicológicos, tales como problemas en las memorias (tanto de tipo verbal como visual), el comportamiento, los estados de ánimo y otros tipos de consecuencias multifactoriales. (Ríos-Flórez, 3 de mayo de 2017)

Existen diversos autores que no mantienen una definición concreta sobre las investigaciones, existen diversos métodos y estos pueden equivocarse al utilizar diferentes medidas de apraxias al examinar .se detectó que esta enfermedad puede llevarte a una amnesia y debido a su progresión puede generar una muerte siendo que se considera una correlación con severidades. (politis., 2005)

Teniendo así la degradación de las memorias en algunos casos se encontraran pacientes (px). Con lesiones que preferentemente afectan los lóbulos temporales y parentales, la detección de apraxia suele ser un signo de las muestras clínicas más tempranas de la apraxia. (politis., 2005)

3.3.4.- Demencia semántica.

Según Andreotti” La demencia semántica es un trastorno progresivo y relativamente selectivo del sistema semántico con la afectación de las funciones verbales y no verbales.

Pues el cuadro clínico se encuentra bien caracterizado a pesar de la confusión que pueden generar las diferentes formas de clasificarlo”

Memoria semántica o bien memoria episódica que se encuentra dentro de la memoria a largo plazo, sin embargo es de suma importancia la memoria semántica es necesarias para el uso del lenguaje pues hablamos del diccionario mental donde está organizadas cada una de nuestras memorias y conocimientos ya que esta es una demencia gradual hablamos de alteraciones conductuales. Dificultad para comprender el significado de palabras y/o la identidad de objetos

En la tesis doctoral de m.rous quillan. De 1996 dice.” Que la definición probablemente de memoria semántica ante muchos autores han cambiado a lo largo del tiempo.” Se trata de una memoria donde el aprendizaje se trata de manera directa o indirecta pues nos era necesario saber cuándo fue adquirido ese conocimiento. (diaz)

Se le ha conocido como el conocimiento de todo el mundo un acontecimiento general, históricos (como fechas, celebraciones, experiencias,)

Por lo tanto tulving 1972 define ampliamente el término de la demencia pérdida y afectaciones que compone la demencia semántica. (diaz)

3.3.5 Degeneración cortico basal

De manera neurológica se ven afectas diversas partes del cerebro provocando en la edad adulta típicamente con un parkinsonismo asimétrico y disfunción cognitivo que actualmente, se clasifica. Los hallazgos neuropatológicos muestran una importante pérdida neuronal cortical que hasta fases muy avanzadas de la enfermedad es de predominio asimétrico y multifocal, más a menudo en las regiones frontales-parietales. (MARTINEZ, 2012)

Es un síndrome de una gran diversidad clínica cuya evolución estará marcada por la asimetría de los principales síntomas. El trastorno cognitivo puede ser una forma habitual de presentación identificándose un espectro de fenotipos clínicos dependiendo de la topografía del área degenerativa. (MARTINEZ, 2012)

Típicamente, se caracteriza por marcada rigidez e hipocinesia, distonía de predominio en una extremidad, mioclonías corticales reflejas, piramidalismo y temblor grosero postural o de acción.

También destacan los déficits apráxicos, el déficit sensitivo cortical y el denominado fenómeno del miembro ajeno que aunque menos habitual cuando aparece es característico.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, en base a los criterios diagnósticos del síndrome cortico basal propuestos en el año 2003 y con el apoyo de las pruebas complementarias. (MARTINEZ, 2012)

el diagnóstico diferencial debería considerarse con los Parkinson-plus así como con las demencias degenerativas primarias con predominio de síntomas frontales y/o temporales, y la demencia fronto-temporal. La dcb progresa en 3-15 años hacia la muerte del individuo, normalmente como consecuencia de complicaciones derivadas de la inmovilidad.

3.4 Desarrollo del Alzheimer.

La Asociación Psicogeriatría Internacional (IPA) considera que los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SCPD) (síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado anímico y de la conducta) constituyen potentes agentes estresantes inductores de graves enfermedades en los cuidadores

Según Tariot y Blazina, 1994. Los síntomas afectivos suelen presentarse al comienzo de la enfermedad, apareciendo posteriormente las conductas de agitación y psicosis.

Es útil tomar encuesta cada uno de los cuidados desarrollados para los pacientes con (EA). Existen dos tipos de síntomas

Los síntomas conductuales

- Agresividad física.
- Chillidos.
- Inquietud.
- Paseo sin rumbo,
- Desinhibición sexual
- Acoso y seguimiento del otro, etc.

Síntomas psicológicos

- Ansiedad.
- Animo depresivo.
- Alucinaciones e ideas delirantes.
- Pueden originar un alto grado de sufrimiento emocional

La responsabilidad de estos enfermos corre a cargo, en la mayoría de los casos, de la familia, que cubre la mayor parte de las necesidades básicas de ayuda y los cuidados a las personas mayores; en cambio, las instituciones sólo se ocupan del 10-20% de las personas anciana

3.5. Diferencia del alzheimer de otras demencias.

El Alzheimer es el tipo de demencia más común que existe.

El manual psiquiátrico de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales de la quinta edición (DSM 5) cambió el nombre a "demencia" por "trastorno neurocognitivo mayor" y agregó una nueva categoría menos grave de dificultad cognitiva, llamada trastorno neurocognitivo leve.

Demencia:

Conocida como trastorno neurocognitivo mayor, no es una enfermedad, sino un conjunto de síntomas que se asocian con una disminución en la capacidad de pensar, de razonar y de recordar. Si alguien tiene demencia, puede tener dificultades para realizar las tareas diarias que ha realizado de forma rutinaria e independiente a lo largo de su vida (leon., 2011)

Enfermedad de Alzheimer:

Deterioro cognitivo vascular, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, asocian a la enfermedad del Parkinson la enfermedad de Huntington, el VIH, la lesión cerebral traumática y otras afecciones pueden causar demencia. Es el tipo más común de demencia, pero es solo una de las muchas causas posibles (leon., 2011)

El trastorno neurocognitivo mayor se diagnostica cuando la interrupción de una sola capacidad cognitiva es lo suficientemente grave como para interferir con la independencia y que esta alteración no haya sido causada por el uso de drogas, el delirio, ni otras afecciones médicas o psiquiátricas.

Las habilidades cognitivas que se evalúan para este diagnóstico son:

- Atención compleja
- Lenguaje (expresión y comprensión).
- Función ejecutiva (habilidades que, por ejemplo, permiten a las personas planificar, organizar, recordar cosas, priorizar o prestar atención a las tareas)
- Función perceptiva-motora (la percepción visual de las relaciones espaciales entre los objetos)
- Aprendizaje y memoria
- Cognición social.

3.6 Expresión emocional en la enfermedad del Alzheimer.

Dentro de las expresiones emocionales la pérdida del apetito se ve involucrada dentro de esta generado un tipo de trastorno La pérdida de las funciones mentales y motoras que se dan en la enfermedad de Alzheimer desencadena en los adultos mayores alteraciones de la conducta alimentaria y un deterioro en el estado nutricional y emocional (Moreno Morales, 2018).

Muestra un deterioro en el reconocimiento de las expresiones faciales emocionales que aumentan en el transcurso de la enfermedad, cambios en gestos, muy notorios sin embargo el deterioro gradual puede presentarse en su menor dificultad, se produce un deterioro progresivo en el procesamiento de información emocional

Para Ríos-Flórez, Del Valle, Marín, Agudelo y Toro-Londoño (2016) es clara la influencia de las emociones en su vínculo con las memorias, sin embargo, refieren que las emociones actúan de diversas formas sobre la codificación de la información la memoria también se ha asociado a procesos cerebrales que favorecen la codificación y evocación de la información, como las emociones que “están significativamente relacionadas con la alteración o conservación, “ (Ríos-Flórez, 3 de mayo de 2017)

Algunos de los estudios del reconocimiento de las emociones se han basado en identificar la incidencia de determinados factores que permitan discriminar los estímulos emocionales que se reflejan en las personas, especialmente, en el envejecimiento

3.7 Efectos de los síntomas.

En efecto, los síntomas negativos de la enfermedad si el paciente se siente encerrado en sí mismo, surgen cambios en los patrones de sueño, como en el de las conductas y son realmente excesivos y demandantes, con desmotivación y apatía, y es claro que se intensifican en la institucionalización del enfermo.

Según Giley, 1997, Las ideas delirantes de tipo persecutorio o paranoide agotan a los profesionales, porque además son un factor de riesgo para que aparezca la agresividad física especialmente si no conocen ninguna estrategia psicológica eficaz para neutralizarlas

Temas relacionados con el robo de las cosas (acusaciones formales al médico, enfermera o auxiliares), con los errores en la identificación (la enfermera es una impostora), con los sentimientos de abandono (el paciente cree que se le ha abandonado en una residencia) y con la infidelidad implican necesariamente un gran agotamiento emocional

Síntomas como la apatía:

- Disminución del interés,
- Lenificación psicomotriz
- Falta de energía
- La ansiedad fobias en el medio institucional; por ejemplo, miedo a ir al baño).
- El vagabundeo: caminar de noche, intentos de escapar de la residencia, hiperactividad.
- La agitación (inquietud, acciones agresivas, negativismo, quejas o gemidos.
- Las reacciones catastróficas.

- Estallidos de cólera.
- Patadas, mordiscos, golpes.
- La desinhibición: llanto/euforia, agitación motriz, desinhibición sexual, impulsividad.
- la intrusividad: impaciencia, exigencia, agarrar, empujar.

Constituyen potentes agentes estresantes en el medio residencial que justifican indudablemente una formación rigurosa en el ámbito de este tipo de psicopatologías que se van agravando en función del tiempo de la institucionalización y de la evolución de la propia EA

En este contexto residencial, el comportamiento en la institución puede representar una forma de comunicación para el paciente con deterioro cognitivo y dificultad de expresión; una manera de expresar necesidades básicas como hambre, sed, frío, calor, sueño, aburrimiento o soledad

3.8 Tipos de cuidados.

Según la Asociación Psicogeriatría Internacional (Ipa) la habitación tiene que favorecer la intimidad, con ropa propia, objetos propios, fotos familiares, iluminación suave y colores delicados. (Ríos-Flórez, 3 de mayo de 2017)

De manera profesional el personal se acercará suavemente al paciente, identificándose al llegar, hablando claramente, usando oraciones muy simples, colocándose enfrente del paciente y manteniendo constantemente el contacto visual.

Es importante tomar en cuenta la administración de comidas y bebidas, el aseo y cuidado personal, los desplazamientos por el interior del hogar, y la resolución de problemas de conducta y comportamiento del enfermo

Al mismo tiempo hemos de subrayar las múltiples opciones que podemos desarrollar en este medio, utilizando todos los recursos psicológicos y terapéuticos, para facilitar la adaptación del enfermo, mejorar el programa de entrenamiento y/o aprendizaje y prevenir los efectos psicopatológicos deterioros sobre el personal. (Ríos-Flórez, 3 de mayo de 2017)

El equilibrio emocional, mantener una imagen positiva de sí mismo, hacer frente al entorno institucional, desarrollar una adecuada relación con el personal y mantener las relaciones sociales supone graves trastornos psicológicos en el paciente que precipitan la aparición de los síntomas conductuales.

Un simple cambio en una enfermera o en un gerocultor es suficiente para precipitar una depresión en el enfermo (Flórez Lozano, 2001)

el cambio de casa también es una situación grave para el enfermo con ea, ya que las personas dementes son especialmente sensibles y vulnerables a los eventos estresantes. Sin embargo, las actitudes más «profesionales» (empatía, cariño, calor, paciencia, flexibilidad, preocupación, respeto, sentido del

humor, intuición, creatividad y capacidad de observación) pueden prevenir y aliviar la intensidad (Ríos-Flórez, 3 de mayo de 2017) El tiempo de cuidado informal se emplea con la finalidad principal de tratar discapacidades funcionales relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria,

Desde los trabajos pioneros de Katz en 1963 , El proceso de envejecimiento deriva en una pérdida general de las funciones fisiológicas del individuo y en el padecimiento de enfermedades crónicas vinculadas a la edad, no siendo estas consecuencias excluyentes Casado y López-Casanovas.

La existencia de una relación negativa entre edad y estado de salud nos hace presuponer que la demanda de cuidados informales de larga duración presenta una fuerte correlación con la edad del enfermo.

REFERENCIAS:

(Rubinstein, 2005) REVISION DE LOS PATRONES DE ALTERACION PRAXICOS ENCONTRADOS EN DIFERENTES TIPOS DE DEMENCIA SOBRE LA BASE DE UN MODELO COGNITIVO. REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIOCLOGIA

<https://Dialnet-RevisionDeLosPatronesDeAlteracionPaxicosEncontrado-2006128.pdf.com>

(Félix Bermejo Pareja)1993 concepto de demencia y deterioro cognitivo. Ferrer internacional.S.A.https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=Z4R_kzM9rjUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=conceptos+de+alzheimer&ots=7CcXuyvqWJ&sig=Q1w1VzBVUoaRehw5bd5jAQcJbg

(carlson., 1996) Fundamentos de psicología, Universty of Massachusetts .

<https://books.google.com.mx/books?id=wHzuBykqn8cC&pg=PA223&dq=apraxia+primaria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj9zZXnh-rpAhXDKMOKHSAcB2MQ6AEIJzAA#v=onepage&q=apraxia%20primaria&f=false>

(MARTINEZ, 2012) Degeneración cortico

basal.<https://doi.org/10.33588/rn.54S04.2012518.COM>

(Moreno Morales, 2018) <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14721>