

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar.

Presentado por:

Majersy Katherine Pinzón Durán

Gina Andrea Contreras Betancur

Pamplona, Colombia

2015

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar.

Dirigido por:

Rúber Simón Vélez Larrota PhD.

Presentado por:

Majersy Katherine Pinzón Durán

Gina Andrea Contreras Betancur

Psicólogas en formación

Pamplona, Colombia

2015

TABLA DE CONTENIDO

.....	8
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÒN.....	10
TÌTULO.....	12
FORMULACIÒN DEL PROBLEMA.....	12
PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÒN DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÒN.....	15
OBJETIVOS.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos.....	18
ESTADO DEL ARTE.....	19
Antecedente Local.....	19
Antecedentes nacionales.....	20
Antecedentes Internacionales.....	24
MARCO TEÒRICO.....	27
Capítulo I: Enfermedad de Párkinson.....	27
Capítulo II: Ciclo vital – Adultez intermedia-Tardía.....	38
Capítulo III: Estimulación cognitiva.....	61
Capítulo IV - Enfoque Sistémico.....	76
MARCO CONCEPTUAL.....	95
MARCO LEGAL.....	98
MARCO CONTEXTUAL.....	106
METODOLOGÌA.....	107
Población.....	108
Muestra.....	108
Categorías.....	108
Técnicas de recolección de información.....	109

Aspectos Éticos.....	110
RESULTADOS.....	112
DISCUSIÓN.....	124
CONCLUSIONES.....	128
RECOMENDACIONES.....	130
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
ANEXOS.....	141

Lista De Tablas

Tabla 1. Categorías de análisis.....	108
Tabla 2. Datos sociodemográficos del paciente.....	112
Tabla 3. Matriz 1. Pre test Entrevista semiestructurada inicial “EIPPEP”.....	114
Tabla 4. Matriz 2 análisis inicial manual de estimulación cognitiva.....	116
Tabla 5. Matriz 3 Post test Entrevista semiestructurada posterior “EPEPP”.....	117
Tabla 6. Matriz 4 análisis posterior manual de estimulación cognitiva.....	119

DEDICATORIA

Con toda la humildad de nuestros corazones dedicamos nuestro trabajo de grado primeramente a Dios, creador de todo, dador de la vida y la sabiduría, quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para culminar este trabajo.

A nuestras madres por ser el pilar más importante y por demostrarnos siempre su amor y apoyo incondicional depositando su plena confianza en cada uno de los proyectos de vida trazados.

A nuestros padres y hermanos quienes nos brindaron su confianza y respaldo constante para poder culminar con éxito esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros compañeros sentimentales, quienes nos brindaron su apoyo y nos enseñaron a encarar las adversidades sin perder nunca la esperanza ni desfallecer en el intento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios por todas y cada una de las oportunidades que nos brinda de poder aprender y sobre todo vivir.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, el cual ha sido fundamental para nuestra formación tanto personal como profesional.

A nuestro director de tesis el PhD. Ruber Simón Vélez Larrota por su disposición, asesoramiento, guía y dedicación, sin su ayuda no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.

A las personas que padecen la enfermedad de Parkinson y a sus cuidadores, quienes compartieron anteriormente sus vivencias y experiencias, permitiendo así el diseño del presente manual. Agradecemos de igual forma la oportunidad que nos brindan de poder compartir esta experiencia con ustedes.

Agradecimiento a la Universidad de Pamplona y al programa de Psicología quienes nos abrieron las puertas y permitieron formarnos como Profesionales de una manera inclusiva, ética y crítica a las exigencias de la vida.

Gracias a todas las personas que aportaron a nuestra experiencia académica y que hicieron nuestra estadía más agradable.

De todo corazón, ¡Gracias!

RESUMEN

El presente estudio titulado “Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar”, realizado en la ciudad de Pamplona, (Norte de Santander), tiene como objetivo diseñar un manual de estimulación cognitiva realizando un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. , mediante un estudio cualitativo como proyecto de investigación, que brindará estrategias para el mejoramiento de las condiciones psicológicas del paciente. La parte teórica está constituida por cuatro capítulos que hacen referencia al Párkinson, ciclo vital, adultez intermedia y tardía, estimulación cognitiva y enfoque sistémico. Los instrumentos utilizados fueron recolección de datos sociodemográficos, instrumentos validados los cuales fueron Pre test entrevista semiestructurada “EIPPEP” Manual de estimulación cognitiva y post test entrevista semiestructurada “EPPEP” los cuales se emplearon para la recolección de datos.

Los instrumentos se analizaron mediante matrices, permitiendo corroborar en términos generales cambios cognitivos en el paciente posteriormente de la aplicación del manual de estimulación cognitiva, evidenciando la importancia y utilidad de programas de estimulación cognitiva dentro del hogar.

PALABRAS CLAVES: Parkinson, Estimulación, cognición, envejecimiento.

ABSTRACT

This study entitled "Design of a manual of cognitive stimulation for patients with Parkinson's in their family context" held in the city of Pamplona, (Norte de Santander), aims to design a manual of cognitive stimulation conducting a monitoring process and research with patients, to help improve their quality of life. Through a qualitative study as a research project that will provide strategies for improving the psychological condition of the patient. The theoretical part consists of four chapters that refer to Parkinson, the elderly, cognitive stimulation and systemic approach. The instruments used were you sociodemographic data, which validated instruments were semi-structured interview Pretest "EIPEPP" Manual of cognitive stimulation and posttest semi-structured interview "EPPEP" which were used for data collection.

The instruments were analyzed using matrices, allowing broadly corroborate the patient cognitive changes later in the manual application of cognitive stimulation, demonstrating the importance and usefulness of programs of cognitive stimulation in the home.

KEYWORDS: Parkinson, stimulation, cognition, aging.

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de investigación se orientó al diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar. Según Anaut, S. & Méndez, J. (2011), la enfermedad de Párkinson, como otras patologías degenerativas, tiene un significativo impacto en la vida de las personas afectadas y en sus familiares. Los rasgos específicos de esta enfermedad requieren gran atención por parte de la familia y su impacto sobre la calidad de vida de la persona cuidada y cuidador constituye un todo a valorar. Zarit, (2002).

El procedimiento de realización se llevó a cabo tomando como referencia la tesis titulada “Manejo y cuidado del paciente con Párkinson en su contexto familiar” (Reuto, L. Bravo, V. 2014) Se realizó un estudio de los resultados obtenidos en dicha tesis con el propósito de identificar la principales problemáticas que afectan a dos adultos mayores de sexo masculino que padecen la enfermedad de Párkinson.

Se realizó un acercamiento a la población estudiada, por medio de la aplicación de una entrevista semi estructurada “EIPPEP” (Entrevista inicial para el paciente con Párkinson) validada, la cual fue tomada como pre test investigativo, ya que brindó la información necesaria para tener un conocimiento previo del estado cognitivo del paciente en cuanto a procesos psicológicos , es decir permitió identificar que procesos psicológicos se encontraban alterados como consecuencia del desarrollo de la enfermedad de Párkinson, evidenciando así como principales áreas de intervención memoria, lenguaje atención y funciones ejecutivas.

Posteriormente a la identificación de procesos psicológicos comprometidos, se continuó con la elaboración del manual de estimulación cognitiva, realizando una compilación teórica y bibliográfica con el fin de identificar los principales procesos psicológicos que se ven mayormente afectados y que debían ser intervenidos mediante

estimulación cognitiva en los pacientes con EP. La estimulación cognitiva se realizó en el transcurso de dos meses, de lunes a viernes, con una duración de 1 hora diaria, en la cual se aplicaron diversos ejercicios en las áreas de atención, memoria, percepción, lenguaje y funciones ejecutivas.

Posteriormente; dando por finalizado el proceso de estimulación cognitiva se aplicó una entrevista semiestructurada “pos test validado EPPEP” (Entrevista posterior para el paciente con Párkinson) el cual permitió contrastar los resultados obtenidos con el estado inicial del paciente y evidenciar cambios favorables a nivel cognitivo en los pacientes.

Las técnicas de recolección de información pretest “EIPPEP” y post test “EPPEP” fueron validadas por tres docentes de la Universidad de Pamplona, del programa de psicología, la Psicólogas Especialistas en psicología clínica y de la salud Yuranny Mogollón Valderrama, y Nubia Esther Rivera Mogollón y Por la Psicóloga Magister en educación Adriana Patricia Escalante. Tomando en cuenta criterios de evaluación específicos en cuanto a pertinencia de la técnica para identificar aspectos de relevancia en cuanto a afecciones cognitivas en los pacientes con EP.

El manual de estimulación cognitiva, generó beneficios a los pacientes ya que esta estrategia permitió fortalecer sus condiciones psicológicas y continuar con el proceso en su hogar tras la finalización con las psicólogas en formación, lo cual permite evidenciar su siendo esta una herramienta de fácil aplicación y de gran provecho para los pacientes con EP haciendo de ellos personas activas y un poco más autónomas e independientes.

TÍTULO

Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar.

TEMA

Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar puede ayudar a mejorar su calidad de vida?

PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El problema de la presente investigación es diseñar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar.

La enfermedad de Párkinson es un trastorno de movimientos que se producen durante la madurez y la vejez principalmente. Sus síntomas iniciales son leves, quizás no más que una ligera rigidez de temblor de dedos, pero inevitablemente aumenta esa gravedad con el paso de los años. Los síntomas más comunes del verdadero trastorno son temblor acusado durante la inactividad, y no durante el movimiento voluntario, rigidez muscular, dificultad para iniciar movimiento, lentitud de movimientos, y una cara con aspecto de máscara. (Pinel, J. 2001).

Afecta de diferente manera a las personas que la padecen, la evolución puede ser muy lenta en algunos pacientes y en otros puede evolucionar más rápidamente. No es una enfermedad fatal, lo que significa que el afectado no va a fallecer a causa de ello; pero si implica un deterioro a nivel cognitivo, por tal razón esta enfermedad genera una dependencia en los pacientes con Párkinson hacia sus cuidadores lo que resulta desgastante tanto para el cuidador como para el paciente. En el cuidador genera sobrecarga y frustración por su nuevo rol, donde una adecuada estimulación de los procesos cognitivos en el paciente lo ayudará de gran forma en cuanto a su independencia en la realización de actividades que requiera un uso adecuado de sus facultades mentales y mejorando así de cierto modo su calidad de vida y por ende la de su cuidador.

En Colombia existen fundaciones que ofrecen atención especializada, en Bogotá con 170 afiliados está La Liga Colombiana de Párkinson y en Cali con 480 afiliados esta la IPS - Fundación Párkinson Colombia. Según Fundalianza a nivel internacional son innumerables las organizaciones, ligas, fundaciones que luchan por una mejor calidad de vida de las

personas afectadas por las enfermedades del movimiento, la Federación Española que cuenta con 36 sedes en España, y otras más en muchísimos países del mundo. En nuestro país una de las instituciones especializadas en la educación, soporte, rehabilitación y mejoramiento de la Calidad de Vida es la Fundación Párkinson de Colombia, organización sin ánimo de lucro encaminada a ayudar a los pacientes con Enfermedad de Parkinson y sus familiares.

De igual forma esta investigación cualitativa, buscó brindar al paciente con EP estrategias de estimulación cognitiva con el objeto de fortalecer y ejercitar sus capacidades cognitivas y procesos psicológicos básicos mediante herramientas útiles y de fácil aplicabilidad.

Tomando como referencia la tesis titulada “Manejo y Cuidado del Paciente con Parkinson en un Contexto Familiar” (Reuto Arias & Bravo Pinzón, 2014) Se realizó un análisis de los datos arrojados con el propósito de identificar la principales problemáticas que afectan al paciente con Parkinson. Se realizó un acercamiento a la población estudiada, por medio de técnicas de recolección de información como entrevistas de Pre test “EIPEPP” y post test “EPPEP” con ello se extrajo información relevante en cuanto a su condición de vida, cambios ocurridos a través del proceso del síndrome y evolución posterior a la aplicación del manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson. Además se realizó una revisión bibliográfica que permita un estudio considerable de la problemática, sus principales características y aflicciones para tener un mayor conocimiento y adquirir propiedad del tema, con la información obtenida se agruparon y ordenaron los capítulos que se incluyeron en el proyecto de investigación y las principales áreas a intervenir mediante estimulación cognitiva.

La estimulación cognitiva se llevó a cabo durante dos meses, todos los días mediante la aplicación de ejercicios de atención, percepción, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. Posteriormente se evidenció que la aplicación del manual fue conveniente para

la mejoría del paciente y se considera altamente beneficioso para el paciente con EP continuar con el proceso de estimulación realizado por las psicólogas en formación.

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento de cualquier enfermedad va de la mano con el apoyo de la familia, por lo tanto, es importante contar con la participación activa del paciente y el acompañamiento de su cuidador, que puede ser un familiar o una persona contratada para tal fin .

Los cambios en aspectos cognitivos, procesos psicológicos básicos y superiores que se ven afectados por la enfermedad de Párkinson requieren de una intervención y estimulación especial. Por esto la intención de esta investigación fue el diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar, el cual es una herramienta de intervención cognitiva que permite al paciente ejercitar sus facultades cognitivas de forma útil dentro de su hogar y de esta forma auto ayudarse para ejercitar sus procesos psicológicos básicos.

No es una enfermedad reciente ya fue descrita magistralmente en 1817 por Sir James Parkinson, quien la bautizó con el nombre de "Parálisis Agitante", poniendo así de relieve sus dos componentes: la acinesia (parálisis) y el temblor (agitación) y recibiendo su nombre en honor a su descubridor.

La EP es un trastorno neurodegenerativo, le sigue en frecuencia a la enfermedad de Alzheimer, afecta alrededor del 1% de la población mayor de 60 años la cual genera gran impacto en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente (Sami, Nutt, &

Ransom, 2004). Su prevalencia aumenta considerablemente con el envejecimiento, llegando cerca de un 20% a los 90 años. Estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud calculan en cerca de 25 millones las personas afectadas por EP en el mundo para el año 2030. Sus causas son múltiples y aún no totalmente conocidas: genéticas, metabólicas, apoptosis, oxidación celular, tóxicos ambientales, microtraumatismos cerebrales antiguos, etc.

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación, de diseñar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson se debe tener en cuenta que Estudios neuropsicológicos indican que en la EP sin demencia son frecuentes las alteraciones en atención, funciones ejecutivas, memoria, habilidades visoespaciales y velocidad del procesamiento de la información. (Muslimovic et al., 2005).

La función cognitiva en la EP puede deteriorarse con el tiempo y muchos pacientes pueden desarrollar finalmente demencia. Sin embargo, otros podrían presentar, a principios de la enfermedad, déficits cognitivos que no evolucionarían a demencia o lo harían a lo largo de un período de tiempo prolongado. (Williams-Gray et al., 2009). Por esto la importancia de implementar estrategias dirigidas a fortalecer los aspectos cognitivos de los pacientes con Párkinson.

Con este proyecto de investigación se considera que se beneficiaron los participantes ya que el realizar una estimulación adecuada se pudo generar grandes cambios en el paciente lo que se traduce en calidad de vida, el manual de estimulación cognitiva brindó estrategias que permitirán al paciente continuar realizando procesos de estimulación dentro de su domicilio y de esta forma tener una herramienta que ayude a prevenir de cierto modo el deterioro de sus procesos mentales básicos y así permitiéndole ser una persona más autónoma de su cuidador principal.

Por otra parte, es importante debido a que mediante una estimulación adecuada en pacientes con deterioro cognitivo, se puede lograr funcionalidad en diversas áreas y evitar un desequilibrio emocional y psicológico en la vida del paciente. De esta manera las psicólogas en formación realizaron una estimulación cognitiva a los pacientes con párkinson y de igual forma proporcionaron a la familia una herramienta de estimulación cognitiva para el paciente dentro de su domicilio, lo cual será de gran ayuda para la prevención de detrimento cognitivo o de la evolución de la enfermedad.

Debido a que la alteración de una sola persona sin excepción alguna afecta de manera directa o indirecta a toda la sociedad. Se considera que mediante la presente investigación, la sociedad se vio altamente beneficiada, ya que no solo se favoreció al núcleo familiar sino también a todas aquellas personas que de alguna manera tienen relación con el paciente. Por esto el manual de estimulación cognitiva es una herramienta de gran ayuda ya que permitirá una prolongación en los procesos cognitivos de los pacientes, facultándolos para ser una persona más independiente, lo cual conllevará a que tanto pacientes como cuidadores puedan enfrentar de mejor forma el desarrollo de la enfermedad.

Para la psicología es un avance que repercute en la calidad de los académicos y de los psicólogos clínicos, y profesionales de la salud, dándole herramientas a la hora de trabajar con pacientes con EP. Por medio de ella se pueden implementar diferentes estrategias a la hora de intervenir a nivel psicológico, pudiendo detectar en los pacientes de Párkinson falencias que puedan estar afectando sus diferentes áreas de ajuste tales como afectiva, laboral, personal y social. En el campo clínico se puede hablar de promoción de salud mental y prevención del trastorno mental, teniendo en cuenta a la psicología como ciencia que estudia el comportamiento humano en las diferentes etapas de la vida desde su niñez adolescencia y adultez y los cambios físicos, emocionales, sociales que se presenta en cada etapa.

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar, realizando un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos

Identificar la condición actual del paciente en cuanto a alteraciones cognitivas mediante la aplicación de un pre test “EIPEP” a cuidadores y pacientes.

Elaborar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Parkinson en su contexto familiar.

Aplicar técnicas de estimulación cognitiva en dos pacientes con síndrome de Párkinson.

Evaluar el impacto generado, mediante la aplicación de un post test “EPPEP” y así dar cuenta de cambios a nivel cognitivo presentados por el paciente después de la aplicación del manual de estimulación cognitiva.

ESTADO DEL ARTE

Las investigaciones que a continuación se presentan, dan soporte a nuestra investigación.

Antecedente Local

Reuto Arias, Bravo Pinzón (2014). *Manejo y cuidado del paciente con Párkinson en un contexto familiar*. Universidad de Pamplona. Pamplona. Colombia

“Manejo y Cuidado del paciente con Párkinson en un contexto familiar”, realizado en la ciudad de Pamplona, (Norte de Santander), tiene como objetivo describir el manejo y cuidado del paciente con Párkinson, mediante un estudio cualitativo como proyecto de investigación, que brindará estrategias para el mejoramiento de las condiciones psicológicas del paciente y su cuidador principal. La parte teórica está constituida por cuatro capítulos que hacen referencia al Párkinson, el adulto mayor, cuidador y el enfoque sistémico. Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica del paciente, los datos sociodemográficos del cuidador y la escala de Zarith que se emplearon para la recolección de datos. La entrevista semiestructurada del paciente y del cuidador junto con la historia de vida se analizó mediante matrices, evidenciando en términos generales que el manejo y cuidado del Párkinson influye en las condiciones psicológicas del paciente y el cuidador.

La presente investigación se realizó por el interés de conocer cuáles son las condiciones psicológicas cognitivo-emocionales que tiene los enfermos con Párkinson y sus cuidadores principales, teniendo como objetivo principal describir el manejo y cuidado del paciente con Parkinson en un contexto familiar. Es de gran importancia identificar las condiciones psicológicas en cuanto a aspectos de procesos psicológicos básicos y superiores y emocionales del paciente y del cuidador a través, de la entrevista semiestructurada e historia de vida y de esta manera analizar el manejo y cuidado del enfermo con Párkinson para brindar estrategias que ayuden a mejorar su salud mental. Por tanto se consideró desarrollar esta investigación de corte cualitativo- descriptivo, que se logró con la participación de dos familias con un miembro que padece la enfermedad de Párkinson y observar el desempeño del cuidador principal.

Antecedente Nacional

Arango, Bolaños & Fernández. (2012) *Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de parkinson de la ciudad de Cali*. Universidad autónoma de Manizales.

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida y discapacidad en Personas con enfermedad de Párkinson de la ciudad de Cali en el 2011.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en personas mayores de 18 años con Enfermedad de Parkinson, en instituciones de salud y hogares geriátricos de la ciudad de Cali (Colombia), durante el II semestre de 2011 y el 2012. Se utilizó el WHODAS II y la PDQ-39.

La evaluación del grado de discapacidad usando el instrumento WHODAS II de 36 ítems, mostró un grado de discapacidad global moderado con una media de 46.82. Los dominios donde se evidenció mayor compromiso fueron la capacidad para moverse y el desempeño en las actividades de la vida diaria. Respecto a la calidad de vida, la media global fue de 38.46 y las dimensiones donde se evidenció mayor compromiso son las de movilidad y actividades de la vida diaria. Al analizar la relación entre las escalas WHODAS II Y PDQ 39 se encontró significancia estadística entre los globales de las dos

escalas, y entre todos los dominios del cuestionario de discapacidad y las dimensiones de movilidad, actividades de la vida diaria, conocimiento y comunicación de la escala PDQ 39.

De los participantes en este estudio, el 56.1% corresponde al género masculino con un mayor porcentaje de personas entre los 80 a 90 años correspondiente al 40.4%; el 29.8% no completaron estudios primarios y el 17.5% terminaron la educación básica primaria y los estudios universitarios respectivamente; el 66.7% pertenecen al régimen contributivo.

La evaluación del grado de discapacidad usando el instrumento WHODAS II de 36 ítems, mostró un grado de discapacidad global moderado con una media de 46.82. Ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas mostró relación significativa con la discapacidad global. Las variables clínicas en las que se encontró relación significativa con el WHODAS II global, fueron enfermedades asociadas, todas las partes de la UPDRS, los Estadios de Hoehn y Yahr y la escala de Schwab y England. Respecto a la calidad de vida, la media global fue de 38.46. Las variables nivel educativo y estado civil presentaron relación significativa con el global de la escala PDQ 39; en cuanto a las variables clínicas, las enfermedades asociadas y todas las partes de la UPDRS mostraron relación significativa con la global de la escala de calidad de vida. Se encontró relación significativa entre los globales de las escalas WHODAS II Y PDQ 39, y entre todos los dominios del cuestionario de discapacidad y las dimensiones de movilidad, actividades de la vida diaria, conocimiento y comunicación de la escala PDQ 39.

Dueñas, E. Martínez, M. Morales, B. Muñoz, C. Viáfara, A. Herrera, J. (2006) *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*. ColombiaMed. Bogotá. Colombia.

El objetivo de este estudio es describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados. Se realizó un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), la ansiedad y depresión (escala

de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarith). Los resultados Se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó depresión, ansiedad, disfunción familiar severa en relación con los cuidadores en relación con los no cuidadores. Los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

Collados A. (2012) *Programa de Estimulación Cognitiva para el Adulto Mayor*. Universidad Católica. Colombia

Este proyecto se sustenta en la teoría de la “Modificabilidad Cognitiva” de R. Faurestina, siendo esto, lo que justifica el papel de mediador que cumplirá el Psicopedagogo dentro de la propuesta, además de producir un cambio en los procesos cognitivos de los adultos, a través de la ejercitación constante de las actividades. El material de la propuesta, está dirigido a ejercitar los procesos cognitivos de Atención, Memoria y Razonamiento, a través de un cuadernillo de ejercicios para cada proceso, los que fueron seleccionados como prioridad para trabajar, debido a que, son los que tienen una mayor tendencia al descenso en el transcurso de la vida y en la adultez. Posteriormente se creó y generó actividades que motivan la ejercitación de éstos procesos, logrando así una propuesta llamativa y atractiva para los adultos. Con esto además, se establece la importancia de capacitar por medio de la mediación Psicopedagógica, para lo cual se creó un cuadernillo de mediación, con pistas que funcionan como estrategias para poder resolver las actividades, las que podrán ser complementadas con las propias estrategias del destinatario, para llegar a las respuestas. Además, contiene la forma de aplicación, respuestas y niveles de complejidad que lleva cada proceso. En cuanto a la elaboración del proyecto, considerado como una propuesta, su aplicación está dirigida a personas que se encuentran laboralmente activas, a modo de complemento de cualquier capacitación

laboral. Por ello, para la realización de éste, se propone una evaluación previa para conocer las distintas necesidades que presenten las personas a las que se les aplicará.

El proyecto contempla tres etapas, la primera de ellas es de tipo diagnóstica, en la que se aplicará la Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales (BADYG), con una duración de una semana, la cual arrojará los datos del estado en que se encuentran los procesos cognitivos de cada individuo al inicio de la capacitación. La segunda etapa contempla la aplicación del programa, el cual se realizará los cinco días de la semana, en dos sesiones diarias, un ejercicio por proceso, necesitando un mes para su ejecución total. La tercera etapa corresponde a la evaluación del programa, la que será verificada con una prueba informal que contemple los mismos objetivos y ejercicios del test inicial, con la finalidad de contrastar la información.

3.6.1 Prueba Informal Para poder evaluar las conductas de salida del programa se creó una prueba informal de los tres procesos cognitivos, subdivididos en 10 ejercicios nuevos para cada uno de ellos. Ítem de Atención - Ejercicios de atención selectiva y simultánea. - Ejercicios de atención de la discriminación de diversos estímulos. - Ejercicios de atención por medio de la abstracción de distintos estímulos. Ítem de Memoria - Ejercicios de retención a través de la asociación de estímulos. - Ejercicios de la evocación inmediata de la información. 52 Ítem de Razonamiento - Ejercicios de razonamiento lógico matemático. - Ejercicios a través de la inducción y deducción. - Ejercicios la resolución de problemas por medio de la abstracción de la información.

3.7 Resultados Esperados Una vez desarrolla la tercera etapa del proyecto, que consiste en la aplicación de una prueba informal y la correspondiente aplicación del programa, se espera que el período de atención aumente significativamente a través de la ejercitación progresiva en cada una de las actividades que se presentan en el cuadernillo de ejercicios, asimismo en memoria se espera que el sujeto sea capaz de retener por un tiempo prolongado los estímulos que percibe, en la habilidad de razonamiento se espera que aumente considerablemente la capacidad para resolver problemas convergente y divergente con complejidad creciente. Con esto se espera haber logrado potenciar y mejorar las habilidades cognitivas correspondientes a la etapa de la adultez intermedia

El diseño investigación-acción de esta propuesta dio la posibilidad de establecer una forma adecuada, sistemática y motivadora de potenciar las habilidades en el adulto, ya que

al generar un tipo de capacitación para ellos, se ayudará a comprobar la importancia y relevancia de trabajar en este período de la vida. Al concluir esta propuesta, se demuestra que es real la posibilidad de dar origen a metodologías que apunten a la prevención de habilidades cognitivas, pretendiendo con esto el entregar un programa para el área de Educación, pues con este instrumento se logra estrechar cada vez más el vacío generado por la sociedad en lo que respecta a la educación para adultos. Con esto se produce un cambio en el enfrentamiento a diversas situaciones de la vida cotidiana, pues el adulto, luego de la aplicación de este programa, tendrá las habilidades para enfrentarse al desafío de nuevos aprendizajes.

Antecedente Internacional

Mínguez S. (2013). *Enfermedad de Parkinson, estudios sobre la adherencia al tratamiento, calidad de vida y uso de la meta-análisis para la evaluación de fármacos*. Universidad de Castilla-la Mancha (UCLM), España.

La enfermedad de Parkinson (EP) constituye una entidad clínica neurodegenerativa caracterizada por la presencia de temblor en reposo, bradicinesia o hipocinesia y rigidez Muscular, junto a otras manifestaciones como son la alteración de los reflejos posturales, la postura en flexión y el fenómeno de congelación. Para diagnosticar la enfermedad, un paciente necesita presentar, al menos, dos de los síntomas citados anteriormente, siendo imprescindible la presencia de temblor o bradicinesia. Además, en estos pacientes es habitual la aparición de demencia y disfunción autónoma. La EP se presenta como una patología crónica, de larga duración, irreversible y con una sintomatología que empeora con el tiempo. A pesar de los muchos estudios y esfuerzos en investigación, aún de hoy se desconocen las causas que desencadenan esta enfermedad. Se postula que la respuesta podría estar en la combinación de una predisposición genética junto a factores ambientales.

Uno de los objetivos es conocer y evaluar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en una población de pacientes de enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica progresiva incapacitante.

La determinación de la adherencia terapéutica es un parámetro importante en la práctica clínica a la hora de valorar la progresión de la enfermedad y sus síntomas. Así mismo, otro parámetro importante es la calidad de vida del paciente. Su evaluación aporta datos diferentes a los habitualmente medidos en la clínica.

Son muchos y variados los estudios realizados con rasagilina desde su introducción en el mercado. Si bien carecemos de revisiones sistemáticas que aclaren la evidencia científica que avalen su uso en la enfermedad de Parkinson, tanto en monoterapia como en terapia combinada. Además resulta de sumo interés conocer su seguridad y los posibles efectos adversos detectados en diferentes ensayos clínicos.

Cárdenas, A. (2013) *Características de las funciones ejecutivas en la enfermedad de Párkinson*. Universidad Nacional autónoma de México.

Conforme la pirámide poblacional se invierte aumenta la presencia de algunas enfermedades propias de la edad, como las enfermedades neurodegenerativas. Una de ellas es la enfermedad de Párkinson que representa la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente teniendo como síntomas principales el temblor, la rigidez, la bradicinesia y las alteraciones de los reflejos posturales. A pesar de que los síntomas motores son severos, en muchas ocasiones son los trastornos en la esfera cognoscitiva los que provocan mayor discapacidad. Dentro de estos trastornos los que mayor discapacidad provocan en las personas es la afectación a las funciones ejecutivas.

El objetivo del estudio fue conocer cómo se encuentra las funciones ejecutivas en la enfermedad de Párkinson y su relación con el deterioro cognoscitivo en la misma enfermedad. Para ellos se estudió a 37 personas con enfermedad de Párkinson, Sin características de demencia entre 50 y 75 años de edad. En el estadio II y III de evolución

de la escala de Hoehn y Yahr. Se eligió un grupo control con las mismas características de edad y escolaridad. Se aplicaron los instrumentos neuropsicológicos test de Barcelona, Torre de Londres y la prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin, así como el paradigma 3-atrás.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el rendimiento de las pruebas neuropsicológicas y del paradigma 3-atrás. Llevándonos a mencionar que el déficit en la esfera cognoscitiva en la enfermedad de Párkinson son específicos, apoyando el hecho de que no se trata de una patología necesariamente demencial.

En el presente estudio participaron pacientes con estadios iniciales y en los que la sintomatología motora no es aun discapacitante y además es muy similar, sin embargo el deterioro y las dificultades para resolver las tareas fueron notorias y significativas. Esto se hizo evidente al igualar los grupos por que contribuyó a indicar que el deterioro cognoscitivo en procesos específicos encontrado en personas con EPI se debe al daño neurologico y no al envejecimiento o al paso del tiempo, puesto que a pesar de tener la misma edad, sexo y años de escolaridad, los sujetos control tuvieron un mejor rendimiento que el grupo experimental y no hubo datos de deterioro cognoscitivo importantes en este grupo.

Rosson, S Fuentealba, C. Hormazábal, C. Villena, C (2013). *.Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria*. Rev. Chile Salud Pública. Chile

El objetivo del tratamiento de la enfermedad de Párkinson y la demencia son controlar síntomas, conservar funcionalidad y calidad de vida de pacientes y cuidadores y disminuir la sobrecarga del cuidador. Evaluar el efecto de una intervención multidisciplinaria en la calidad de vida de cuidadores y pacientes con demencia y/o Parkinson y en la sobrecarga del cuidador.

El Diseño cuasi experimental, 29 pacientes con enfermedad de Párkinson y/o demencia, comuna Vitacura y sus cuidadores. Evaluación de calidad de vida del paciente y cuidador mediante escala WHOQOLBREF y SF-36 respectivamente y la sobrecarga del cuidador mediante escala Zarith. Se realizó intervención con sesiones educativas, talleres de autoayuda y actividades integrativas. Mediante actividades educacionales y terapia ocupacional, la Atención Primaria en Salud puede ayudar a mejorar la vitalidad, favorecer una mayor satisfacción en la esfera emocional y disminuir la sobrecarga del cuidador, con un efecto más bien neutro en la calidad de vida de pacientes.

MARCO TEÓRICO

El siguiente marco teórico tiene como propósito conocer las teorías que cimientan la investigación sobre la enfermedad de párkinson y como debe ser el cuidado y estimulación del paciente para que su calidad de vida sea el más apropiado en el contexto familiar.

Cuenta con cinco capítulos referente a la enfermedad de Párkinson, ciclo vital, cuidadores y estimulación del paciente con Parkinson, Enfoque sistémico y Programas de estimulación cognitiva.

Capítulo I: Enfermedad de Párkinson

A continuación se explica la definición de la enfermedad del Párkinson, sus síntomas, tratamiento, fases y el proceso de envejecimiento. Hoy en día la enfermedad de Párkinson ocurre de manera esporádica en muchas personas en la etapa del adulto mayor, es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva más frecuente. Según Ganong (2003),

con el envejecimiento se observa una pérdida continua de neuronas dopaminérgicas y receptores para la dopamina en los ganglios basales de personas normales y al parecer la aceleración de este proceso es lo que causa el Parkinson. Los síntomas aparecen cuando se pierde de 60% a 80% de las neuronas del núcleo nigroestriado. Es decir que la enfermedad es causada por falta de dopamina un neurotransmisor que controla la actividad motora y la iniciación de movimientos voluntarios, si esta falta es donde aparece el Párkinson.

Los síntomas más característicos en el Párkinson es la rigidez, temblor, bradicinesia, y alteración de los reflejos posturales entre otros trastornos motores, ejemplos de ellos es cuando el paciente se le dificulta movimientos como escribir, dificultad para darse vuelta en la cama o para levantarse de una silla baja, excesiva grasa en la piel o una tendencia inusual a la constipación y una incapacidad para elevar la voz o toser eficientemente, estos síntomas tienden a empeorar desproporcionadamente cuando el paciente se encuentra bajo tensión es por eso que se empieza a evitar los compromisos sociales y a reducir la cantidad de trabajo que realiza además por las acciones lentas que llega a tener el paciente es asociado con apatía o depresión. La familia puede entonces llegar a la conclusión de que todo se debe a pereza o a causas psicológicas.

Síntomas De La Enfermedad De Parkinson

Rigidez

El tono muscular está aumentando en el parkinsonismo, pero la resistencia al movimiento pasivo de una articulación es uniforme en la toda la extensión del movimiento. Según Downie (2001), se describen dos tipos de rigidez parkinsoniana: en caño de plomo es cuando la resistencia es uniforme o plástica y en rueda dentada es cuando la resistencia es intermitente. La rigidez puede ser muy asimétrica o inclusive unilateral. Puede afectar ocasionalmente un solo grupo muscular en un grado significativo, tal como los músculos del cuello, antebrazo o muslo, y se incrementa con la tensión nerviosa o en un ambiente frío.

Temblor

El temblor es uno de los signos más característicos y distintivos de la EP. Se desarrolla en forma progresiva y asimétrica comprometiendo en el inicio unos de los cuatro miembros corporales como la mandíbula, la lengua, la cabeza o el mentón, para luego extenderse progresivamente aunque conservando siempre la asimetría. Según Micheli. (2000), define tres tipos de temblor: de reposo, postural y de acción.

Temblor de reposo

Es el temblor característico de la EP, tiene una frecuencia de 4-6 Hz y se asocia con una contracción alternante de pares de músculos antagonistas. Se debe solicitar al paciente que deje en reposo el segmento corporal que se desea examinar y que se relaje por completo. El temblor de los miembros superiores suele ponerse en evidencia durante la marcha, mientras que la tensión emocional lo aumenta o precipita y la tranquilidad lo disminuye. Este tipo de temblor desaparece al adoptar una postura o ejecutar un movimiento.

Temblor postural

Es menos constante que el temblor de reposo y en este caso se pone de manifiesto en el temblor de manos cuando el paciente adopta una postura como la de extender los miembros superiores.

Temblor de Acción o Intencional

Es evidente cuando el paciente ejecuta una acción como la de servir una taza de café o tocarse la punta de la nariz.

Postura

El paciente con enfermedad de Párkinson muestra usualmente alguna alteración en la postura. Según Godwin (2001), cuando el paciente está de pie hay una ligera flexión en todas las articulaciones que provoca la postura de simio: las rodillas y caderas levemente flexionadas, los hombros redondeados y la cabeza sostenida hacia adelante con los brazos encovados a través del cuerpo. Más raramente la anormalidad en la postura consistirá en una tendencia a inclinarse hacia atrás, con una posición bastante erecta. Lo mencionado antes por el autor se puede ver que la postura del paciente se va deteriorando a medida que la enfermedad va avanzando, tanto que el paciente se le dificulta el sentarse tendiendo a hundirse en el asiento, la postura anormal se puede corregir voluntariamente con esfuerzo y concentración pero de forma temporal.

Movimientos Aprendidos y Voluntarios

La magnitud y velocidad del cuidador ya sea un familiar o un profesional que tenga conocimientos acerca de la enfermedad y el cual se le paga por el servicio, y así se pueda estar al pendiente de todos sus movimientos y comportamientos evitando que suceda algún daño al paciente por no tener un cuidado adecuado.

El Parkinson es una enfermedad progresiva que va presentando diversos cambios, es decir, transcurre por diferentes estadios o fases, para la detección de estos se han creado una serie de escalas para evaluar la gravedad de la enfermedad en las diferentes fases de su desarrollo. La evaluación realizada con una escala puede ayudar al profesional de la salud y al afectado a tomar la decisión de iniciar o ajustar su tratamiento.

Una de las primeras escalas de evaluación desarrolladas para el Parkinson fue la escala de estadificación de Hoehn & Yahr que crearon los neurólogos americanos, Margaret Hoehn & Melvin Yahr en 1971 citado por Chávez, E. (2013). Se trataba de la era previa a la *levodopa*. H&Y es una escala de estadificación descriptiva simple que combina la discapacidad y los signos de deterioro. Se sigue utilizando con frecuencia en la actualidad.

Dado que se ha utilizado para describir a los afectados tanto antes como después de la introducción de la levodopa, ha proporcionado a los investigadores y médicos una imagen completa de la historia natural del Parkinson y del efecto de la levodopa.

Fases de la Enfermedad de Parkinson

Fase 1

El afectado presenta síntomas motores unilaterales (en un lado). La discapacidad es mínima o no funcional; por lo general, los afectados más jóvenes continúan trabajando.

Fase 2

La enfermedad ha evolucionado y ya es bilateral (ambos lados) pero sin problemas de equilibrio. Todavía es posible seguir trabajando pero, quizá, con una reducción de jornada.

Fase 3

Se presenta una inestabilidad postural que provoca riesgo y miedo a sufrir caídas. Este hecho puede derivar en una tendencia a permanecer en casa, lo que en ocasiones evoluciona a un aislamiento social. Algunos afectados pueden presentar complicaciones en forma de fracturas a consecuencia de las caídas.

Fase 4

El afectado pierde su independencia física. En la práctica esto implica que aumenta la necesidad de recibir ayuda por parte de un cuidador aunque el afectado sigue residiendo en su domicilio.

Fase 5

El afectado requiere una silla de ruedas o está postrado en la cama. En esta fase, quizá sea necesario el traslado a una residencia asistida. Estas fases proporcionan una buena base a la hora de estimar la gravedad de Parkinson.

Tratamiento de la enfermedad de Párkinson

Según Downie (2001), el tratamiento del paciente con enfermedad de Párkinson debe ser multidisciplinario y sobre todo diseñado para ser apropiado para el caso individual. Así, solo el paciente que solo tiene temblor requería muy poco tratamiento, mientras que la alteración de la locomoción a la grave lentitud del movimiento de las manos también llamada bradicinesia puede requerir un tratamiento drogas, fisioterapeutas y psicólogos y así los pacientes más incapacitados requieren un trabajo más a profundidad con especialistas. Con la definición anterior del autor es muy importante resaltar la importancia que requiere el trabajo con el enfermo del Parkinson y sus cuidadores desde las diferentes áreas a trabajar teniendo en cuenta el bienestar físico, social y mental de ellos mismo.

El tratamiento medicinal es importante en los enfermos de Párkinson. Según Downie (2001), la depleción de la dopamina cerebral características de este trastorno provoca un incremento reactivo en la producción de acetilcolina en los ganglios basales. El tratamiento está diseñado, en consecuencia para reponer la dopamina administrando su precursor levodopa.

De acuerdo con la temática planteada se observa que es de suma importancia el trabajo interdisciplinario en el manejo de la enfermedad, desde diversas áreas de la salud, como la medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología entre otras, para llevar una mejor calidad de vida y un progreso en la recuperación del paciente. Cabe resaltar el trabajo a realizar desde la psicología debido a que es sumamente relevante la actitud y la motivación del paciente frente a la vida y al problema, además de trabajar junto a su familia y allegados, para que el proceso sea el más apropiado y así brindarle estrategias que permitan que la vida de estas personas mejore notablemente.

Proceso de envejecimiento en la enfermedad de Párkinson

Hay muchas opiniones acerca del proceso de envejecimiento en la enfermedad de párkinson, según Tyler (1987), citado por Macías, Y. (2006), este autor hizo referencia a los cambios mentales de estos pacientes que podían variar desde alteraciones en el carácter y el humor, hasta pérdida de las facultades intelectuales; desde el embotellamiento hasta la demencia.

En la EP es difícil establecer límites entre deterioro cognitivo y alteración funcional, ya que estos pacientes tienen afectada su capacidad social u ocupacional debido a otros factores, como la discapacidad motora, los trastornos conductuales y los efectos secundarios de la medicación Sánchez (2002). A continuación se explicara los procesos afectados.

Demencia

Según Junqué & Jurado (1994) citado por Macías, Y. (2006), existen diferentes clasificaciones de las demencias en función de cuál sea la edad de inicio, la etiología, la

localización cerebral predominante, los signos neurológicos acompañantes y si son o no tratables. Clásicamente se ha distinguido entre demencias seniles y preseniles (Muñoz, 1999). Hoy la clasificación más popular es la distinción entre demencias corticales y subcorticales. También se hace una distinción de demencia respecto a la etiología, es decir, demencia primaria como en la enfermedad de Alzheimer y las demencias secundarias, que son aquellas que aparecen asociadas a otro síndrome neurológico.

También existe otra clasificación más reciente que distingue entre demencias irreversibles, demencias escasamente reversibles como la EP, demencias tratables como la hidrocefalia, y demencias potencialmente reversibles como el hipotiroidismo. Dentro de los distintos grupos de demencias, las que han recibido menos atención son aquellas llamadas subcorticales, es decir, aquellas producidas por lesiones patológicas que implican el tálamo, los ganglios basales y los núcleos del tronco del encéfalo. En este grupo estaría la EP Hernández, R. (1999) citado por Macías, Y. (2006),

La demencia en la enfermedad de Párkinson según Jahanshahi & Marsden (1998) Macías, Y. (2006), es una pérdida progresiva de la capacidad intelectual y de la memoria, hasta el punto de que el individuo puede llegar a no poder ejecutar sus habituales tareas sociales y ocupacionales. La memoria se deteriora de una manera específica; se pierde la memoria reciente, es decir, la memoria de acontecimientos e información nueva. Pero la memoria de acontecimientos que ocurrieron en un pasado más distante, puede conservarse. Otro síntoma, puede ser la pérdida de la capacidad de juicio, discapacidad para pensar o aprender y cambios en la personalidad

La cuestión es si la demencia del Párkinson es un Alzheimer que coexiste con el Parkinson o si existe una demencia parkinsoniana. Sobre esta cuestión existen discrepancias, ya que algunos autores defienden que en las primeras fases, el cuadro de demencia en el Parkinson, es algo diferente a la profunda pérdida de memoria y de facultades intelectuales que se ve en el Alzheimer. La demencia en la enfermedad de

Parkinson, es caracterizada por olvidos, lentitud de pensamiento, pérdida de funciones ejecutivas como tomas de decisiones, planificación, razonamiento, adaptación a las novedades y también caracterizada por letargia

Parece ser, que en las fases iniciales de los pacientes con Parkinson, la función cognitiva particularmente el lenguaje y la memoria, no están tan deteriorados como en pacientes con Alzheimer. En el desarrollo de la EP más avanzada, la demencia puede ser tan severa como en el Alzheimer (Jahanshahi & Marsden, 1998 citado por Macías, Y. 2006).

Deterioro cognitivo específico

Los déficits cognitivos específicos en la EP, se han descrito como trastornos neuropsicológicos en la esfera de la memoria, en la velocidad de procesamiento cognitivo, en las funciones viso espaciales y en las funciones frontales. Las alteraciones de memoria, constituyen uno de los trastornos neuropsicológicos más frecuentes en la EP (Pirozzolo, Hansch, Mortimer, Webster & Kuskowski, 1982 citado por Macías, Y. 2006). Estudios recientes (Prieto, E. Trijillo & Palmero, (2004) citado por Macías, (2006), llevan a cabo un trabajo sobre el deterioro cognitivo en los enfermos de Parkinson, teniendo en cuenta por un lado, enfermos de Parkinson y sujetos sin la enfermedad y por otro, enfermos de Parkinson con Levodopa y sujetos con la misma enfermedad pero sin ingesta de Levodopa. Así, llegaron a la conclusión, de que los sujetos con Parkinson y sin tomar Levodopa, presentaban diferencias significativas referentes al grupo de sujetos sin Parkinson en atención sostenida, memoria a corto y largo plazo de activación y recuperación voluntaria y sin claves externas, fluidez verbal semántica, habilidades visoespaciales y habilidades perceptivomotoras. Referente al grupo que ingiere Levodopa, los efectos positivos del fármaco, también mejoran el plano cognitivo, ya que en cierta forma, restablecen el funcionamiento de los ganglios basales. Las ejecuciones de los sujetos que ingerían Levodopa, fue superior en todas las pruebas, frente a los sujetos que no tomaban Levodopa,

pero significativamente puntuaron mejor en: atención sostenida, memoria verbal a corto plazo, memoria a largo plazo por claves y memoria a largo plazo por reconocimiento.

Pero cuando se comparó sujeto con Párkinson y con Levodopa y sujetos sin EP, se observaron diferencias significativas en memoria verbal a corto plazo y en atención sostenida, por lo que estos autores sostienen que existe un daño cerebral que no puede ser revertido ni detenido por el fármaco.

Atención y velocidad de procesamiento

La atención es una capacidad cognitiva en la que intervienen diferentes componentes. En las primeras etapas de personas con demencia, tienen preservados los aspectos más simples de la atención, como la capacidad de focalizar y sostener la atención o fijarse en detalles visuales y auditivos, pero suelen presentar una reducción de la velocidad del procesamiento y la habilidad de dirigir su atención a varias tareas a la vez (Hernández, R. 1999 citado por Macías, Y. (2006).

Funciones frontales

Según Bruma (1994) citado por Macías, Y. (2006), los déficits en las funciones frontales de los pacientes de Párkinson, se han descrito como la presencia de pérdida de flexibilidad en el procesamiento de la información, dificultades en alternar entre dos o más tareas, alteraciones en la aptitud de cambio, la habilidad para reorganizar el comportamiento en función de los requerimientos de la tarea, dificultades en el mantenimiento de direcciones cognitivas o alteraciones en la habilidad para generar espontáneamente estrategias eficaces en la planificación específica de tareas auto-dirigidas. Los pacientes de Párkinson presentaban principalmente alteraciones en la capacidad de control interno de la atención.

El término funciones frontales, se refiere a los procesos mentales implicados en la realización de conductas dirigidas a una meta, ya sean expresadas con actos mentales o motores. Las funciones ejecutivas como pueden ser formulación de metas, planificación, planes de ejecución de las metas, pueden ser alteradas por lesiones frontales o en los ganglios basales Junque (1994) citado por Macías, Y. (2006).

Funciones visoespaciales y visoperceptivas

Según Boller & cols (1984) citado por Macías, Y. (2006), la alteración en la percepción visoespacial, se define como la dificultad en la apreciación de las posiciones relativas a los objetos estímulo en el espacio, en la integración de estos objetos en un marco espacial y en la ejecución de operaciones mentales que impliquen conceptos espaciales.

Según Ogden & cols. (1990) citado por Macías, Y. (2006), los pacientes con EP con preservación intelectual general, ejecutan deficientemente tareas visoespaciales complejas, cuando éstas implican planificación y secuenciación, lo cual puede interpretarse como un déficit de funcionalismo frontal.

Memoria

La memoria se deteriora de una manera específica. Se pierde la memoria reciente, es decir, la memoria de acontecimientos e información nueva, pero la memoria de acontecimientos que ocurrieron en un pasado más distante, puede conservarse (Jahanshahi & Marsden, 1998 citado por Macías, Y. 2006). Parece ser, que los pacientes con EP a pesar de tener memoria inmediata normal repetición de serie de números, tienen un defecto en la memoria de trabajo. Este tipo de memoria, se refiere a un espacio de trabajo que mantiene la información, mientras se está procesando y comprende un número de sistemas interrelacionados.

Según Agid, Javoy-Agid and Ruberg (1987) citado por Macías, Y. (2006), la memoria reciente o de fijación de nuevos contenidos, está alterada en la enfermedad de Parkinson. La memoria remota, es decir, la capacidad de evocación de información previamente consolidada, aprendida antes de la enfermedad, está únicamente alterada en pacientes con EP de edad muy avanzada o dementes (Junque, 1994).

Lenguaje

En la EP, son frecuentes los problemas relacionados con el habla, como la Afonía, alteraciones en la voz y Disartria, dificultades en la articulación. Otros cambios frecuentes, incluyen una reducción en la variabilidad de la intensidad y el tono. También puede observarse una marcada aceleración de la tasa del habla (Taquifemia) y menos frecuente, una repetición compulsiva de palabras o frases (Palilalia). La alteración de la prosodia expresiva que frecuentemente se observa en los pacientes de enfermedad de Parkinson, no se acompaña con un trastorno de la comprensión.

En este capítulo se abordó las generalidades de la enfermedad de Parkinson, sus síntomas iniciales los cuales pueden permitir a las personas la posibilidad de identificar la enfermedad a tiempo y llevar un tratamiento oportuno que brinde más oportunidades de mejoría, las fases que presentan aquellos pacientes que la padecen y enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento además de las diversas áreas que se ven afectadas con este síndrome. Se considera que el Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva más frecuente de lo que se piensa, por ello es importante que las personas conozcan sobre ella e identifiquen sus síntomas, fases y posibles tratamientos de la misma.

Capítulo II: Ciclo vital –Adulthood Intermedia- Adulthood Tardía

Este capítulo tiene como finalidad dar a conocer la teoría sobre el ciclo vital del adulto tardío -adulto mayor y cambios en el proceso de envejecimiento.

Adulthood Intermedia

La adulthood Intermedia es un periodo que abarca a las personas de edades entre los 45 y 65 años. Esta es una etapa muy importante del ciclo vital, ya que las personas que se encuentran en esta parte de sus vidas tienden estar más tranquilos debido a que ya tienen un trabajo fijo, entonces sus preocupaciones se centran más que todo en sus hijos, ya que estos estarán en momentos importantes de sus vidas.

En este momento donde sus hijos deciden formar una familia e irse, las personas en esta edad se sentirán un poco libres, ya que la pareja revivirá momentos de intimidad y satisfacción que no habían podido disfrutar tranquilamente debido a la presencia de sus hijos.

Al igual que en toda etapa del desarrollo humano, habrán cambios físicos, psicológicos y sociales.

Cambios Físicos:

De la adulthood temprana a la adulthood intermedia los cambios sensoriales y motrices son casi imperceptibles.

Los problemas que se empiezan a presentar son como por ejemplo en la visión cercana, visión dinámica, sensibilidad a la luz y velocidad de procesamiento de la información visual. También la pérdida gradual del oído se acentúa entre los años 50; aunque en la actualidad ocurre un aumento de sordera entre los años 45 a 64 debido a la exposición continua o repentina al ruido del trabajo, conciertos estruendosos, audífonos, etc.

En general, la sensibilidad al gusto y al olfato empieza a perderse a la mitad de la vida; cuando las papilas gustativas pierden su sensibilidad y se reduce el número de células olfativas, los alimentos son más sosos.

Los adultos comienzan a perder sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50 años, sin embargo se conserva la función protectora del dolor: aunque las personas sienten menos dolor, su capacidad de tolerarlo se reduce.

La fuerza y la coordinación declinan de manera gradual desde su máximo en los veinte. Hacia los 45 años se advierte alguna pérdida de fuerza muscular, de 10% a 15% de la fuerza máxima se pierde a los 60. La explicación es la pérdida de fibras musculares sustituidas por grasa.

La pérdida de la resistencia es el resultado de la disminución gradual del ritmo de metabolismo basal después de los 40 años; pero ésta se conserva mucho mejor que la fuerza; y por lo general la destreza manual se deteriora después de los 35 años.

Los cambios estructurales y sistemáticos se hacen notables en los años de la mitad de la vida; como por ejemplo la piel pierde tersura y suavidad, ya que la capa de la grasa que está debajo de la piel se adelgaza, las moléculas de colágeno se endurecen y las fibras de elastina se hacen quebradizas. El pelo se adelgaza porque se reduce el ritmo de sustitución y encanecen porque baja la producción del pigmento melanina.

La gente de mediana edad aumenta de peso debido a la acumulación de grasa y pierde estatura porque se encojen los discos vertebrales; se sufre pérdida ósea porque se absorbe más calcio del que se reemplaza, los huesos se adelgazan y se vuelven quebradizos;

ésta pérdida se acelera en los cincuenta y sesenta y es dos veces más rápido en mujeres que en hombres y a veces produce osteoporosis.

Muchas personas de edad mediana e incluso de mayor edad sufren pocos o ningún deterioro del funcionamiento orgánico; pero en algunas el corazón comienza a bombear de forma más lenta e irregular a medianos de los cincuenta. A los 65 años, pueden llegar a perder hasta el 40% de su potencia aeróbica, las paredes arteriales se engrosan y adquieren gran rigidez y a finales de los cincuenta y a finales de los sesenta las enfermedades cardíacas se vuelven comunes.

La capacidad vital es el volumen máximo de aire que los pulmones pueden inhalar y exhalar, comienza a disminuir hacia los años cuarenta y se pierde hasta el 40% a los 70 años. La regulación de la temperatura y el sistema inmune se debilitan y el sueño no es tan profundo.

En el aspecto sexual se puede decir que no es solo característica de la juventud. Aunque los dos sexos experimentan deterioros de su capacidad reproductiva en algún momento en la adultez media, el goce sexual puede continuar toda la vida adulta.

Sin embargo se presentan cambios como la menopausia, que es cuando la mujer deja de ovular y menstruar de manera permanente y ya no puede concebir un hijo; en general se da por ocurrida un año después del último período menstrual. En promedio ocurre entre los 50 y 52 años.

Los síntomas que más se señalan son bochornos y sudoración nocturna, sensaciones súbitas de calor que recorren el cuerpo y que se deben a cambios erráticos de las secreciones hormonales que afectan los centros cerebrales de control de la temperatura. No

se ha comprobado que la baja de las concentraciones de estrógenos afecte el deseo sexual de las mujeres, sin embargo a algunas mujeres les resulta doloroso el coito debido al adelgazamiento de los tejidos vaginales y la lubricación inadecuada. La irritabilidad, el nerviosismo, tensión y depresión aumentan en las mujeres en edad menopáusica, pero en las investigaciones no se ha establecido una conexión clara entre las alteraciones y este cambio biológico normal.

Los hombres no tienen una experiencia equivalente a la menopausia, no sufren la caída súbita de producción de hormonas a la mitad de la vida adulta y pueden reproducirse hasta edades propectas; sin embargo los niveles de testosterona se reduce lentamente después de los 30, alrededor del 1% al año, con amplias variaciones individuales. Ésta reducción de testosterona se ha asociado con reducciones de la densidad ósea y masa muscular, así como disminución de la energía, menor impulso sexual sobrepeso, irritabilidad y animo deprimido; también se ha vinculado con diabetes y enfermedad cardiovascular y puede aumentar la mortalidad.

Algunos hombres de mediana edad en adelante sufren disfunción eréctil; popularmente llamada impotencia; una persistente incapacidad de tener o mantener una erección del pene suficiente para un desempeño sexual satisfactorio. Se calcula que un 39% de los hombres de 40 años y 67% de los hombres de 70 sufren disfunción estéril, por lo menos ocasional. La diabetes, la hipertensión arterial, el colesterol elevado, insuficiencia renal, depresión, trastornos neurológicos y muchas enfermedades crónicas están asociadas a la disfunción eréctil; también el alcohol, drogas, tabaquismo, malas técnicas sexuales, falta de conocimiento, relaciones insatisfactorias, ansiedad y estrés son factores que contribuyen a su generación.

La mayoría de las personas de mediana edad en los países industrializados es muy sana; y con mayor razón si en sus etapas más tempranas realizaron actividad física y cuidaron bien su alimentación. Muchos adultos afirman que aunque pierden fuerza y

coordinación, muchas personas de mediana edad descubren que la experiencia perfeccionó su capacidad de aplicar estrategias, lo cual recompensa los cambios de sus capacidades físicas.

Desarrollo Cognoscitivo:

Estudios transversales de amplio espectro basados en la Escala de Wechsler de inteligencia de los adultos, un instrumento psicométrico, muestran un deterioro de las habilidades verbales y del desempeño desde el comienzo de la adultez temprana; sin embargo para la inteligencia fluida y cristalizada han arrojado resultados más alentadores.

En lugar de medir las mismas facultades cognoscitivas en diferentes edades, algunos científicos del desarrollo encuentran cualidades distintivas en el pensamiento de los adultos maduros; ya que afirman que los conocimientos acumulados cambian la manera en que opera la inteligencia fluida. Otros sostienen que el pensamiento maduro representa una nueva etapa del desarrollo cognoscitivo; una “forma especial de inteligencia”; que es la base de las habilidades maduras de trato personal y contribuyen a lograr la solución de problemas prácticos. Esto hace que los adultos maduros muestren una competencia cada vez mayor para resolver los problemas de su campo y se debe al conocimiento especializado o pericia, que es una forma de inteligencia cristalizada.

Se sostiene que debido a la experiencia, el procesamiento de la información y las facultades fluidas se encapsulan, es decir, se dedican a clases específicas del conocimiento, para hacerlo más fáciles de recuperar, acumular y usar; la encapsulación atrae las facultades fluidas para lograr la solución experta de problemas; y la solución de éstos problemas se lleva a cabo en un contexto social y la capacidad de emitir juicios expertos depende de la familiaridad con la manera de hacer las cosas, las expectativas y las exigencias del trabajo así como también de la cultura de la comunidad o la empresa.

Aunque no se limita a ningún período particular de la adultez, el pensamiento pos formal parece adecuado para llevar a cabo las tareas complejas, desempeñar múltiples papeles y opciones y resolver dificultades desconcertantes de la mitad de la vida. Una característica importante del pensamiento pos formales su naturaleza integrativa. Los adultos maduros integran la lógica con la intuición y la emoción, concilian ideas y hechos contradictorios y añaden nueva información a lo que ya se sabe. Interpretan lo que leen, ven o escuchan en términos de lo que significa para ellos. En lugar de aceptar algo por lo que parece, lo filtran a través de su experiencia y aprendizaje de toda la vida.

La sociedad se beneficia de esta característica integrativa del pensamiento adulto.

En general, son los adultos maduros los que traducen sus conocimientos sobre la condición humana en narraciones inspiradoras que guían a las generaciones jóvenes. Referente a lo cognoscitivo podemos hablar también sobre la creatividad; ya que muchas creativas alcanzan sus más grandes logros en la edad media.

La creatividad comienza con el talento, pero no basta con solo el talento. Los niños pueden mostrar potencial creativo; pero en los adultos lo que cuenta es el desempeño creativo: qué y cuanto produce una mente creativa. La creatividad se desarrolla en un contexto social y no necesariamente en entornos propicios, por el contrario, parece brotar de diversas experiencias que debilitan las restricciones convencionales y de experiencias difíciles que fortalecen la perseverancia y la superación de los obstáculos.

Las personas muy creativas tienen iniciativa y corren riesgos. Son independientes, perfeccionistas, innovadoras y flexibles además de receptivas de nuevas ideas y experiencias. Sus procesos de pensamiento son inconscientes y las llevan a raptos de iluminación, examinan un problema con más profundidad que los demás y encuentran soluciones que no se les ocurren a otros.

La cúspide de la creatividad se da en esta etapa de la adultez intermedia; pero varía según el campo; poetas, matemáticos y físicos son los más prolíficos hacia los finales de sus veintes y comienzos de los treinta. Los psicólogos que se dedican a la investigación alcanzan su cúspide alrededor de los cuarenta años, después sigue un deterioro moderado. Novelistas historiadores y filósofos son cada vez más productivos a finales de sus cuarenta o cincuenta y en adelante se nivelan.

El trabajo también influye en el funcionamiento cognoscitivo. En investigaciones se indica que las personas con una forma de pensar flexible buscan trabajos con cierto grado de complejidad, que requieran reflexión y juicio independiente. Este tipo de trabajo, por su parte, estimula un pensamiento más flexible, flexibilidad que aumenta la capacidad de hacer trabajos complejos. De esta forma las personas muy entregadas a este tipo de trabajo tienen un desempeño cognoscitivo más sólido que sus coetáneos a medida que envejecen. Por lo que muchos afirman que si el trabajo pudiera hacerse más estimulante y significativo, mayor cantidad de adultos conservarían o mejorarían sus facultades cognoscitivas.

Desarrollo Psicosocial y sus Teorías:

En términos psicosociales la adultez media alguna vez se consideró un periodo relativamente estable. Freud consideraba que la psicoterapia no funcionaba en personas mayores a los 50 años porque creía que para esa edad la personalidad ya se había moldeado de manera permanente.

En contraste los teóricos humanistas como Abraham Maslow y Carl Rogers veían en la edad media una oportunidad de cambio positivo y de autorrealización, que es la realización del potencial humano; la cual sostenía que solo se llevaba a cabo en la madurez; y que el funcionamiento humano pleno requiere un proceso constante y permanente de armonización del yo con la experiencia.

Carl G. Jung sostuvo que el desarrollo saludable a la mitad de la vida requiere de la individualización, esto es, el surgimiento del verdadero yo a través del equilibrio o integración de las partes contradictorias de la personalidad, entre ellas las que antes fueron descubiertas. Jung decía que hasta alrededor de los 40 años los adultos se concentran en las obligaciones con la familia y la sociedad y desarrollan aspectos de la personalidad que los ayudaran a alcanzar las metas que se propongan.

Erick Erickson en contraste con Jung, que consideraba la mitad de la vida como el tiempo de mirar al interior, Erickson la describió como un giro al exterior.

Afirmaba que a los años alrededor de los 40 constituía el momento en que la gente ingresa a su séptima etapa normativa, generatividad frente a estancamiento. La generatividad, según la definición de Erickson, es el interés de los adultos maduros por orientar y ayudar a la siguiente generación a que logre establecerse, la perpetuación de uno mismo por medio de la influencia que se ejerce en los más jóvenes.

De acuerdo con Erickson, la generatividad es un indicio de madurez y de salud psicológica. Los padres con una elevada generatividad suelen tener estilos autoritativos de crianza y participan de manera intensa en la educación de sus hijos. Los investigadores han encontrado que la gente de mediana edad obtiene puntuaciones más altas en generatividad que los más jóvenes y los más viejos. Pero la generatividad no se limita a la edad media; la edad en que los individuos la desarrollan la varía, como lo hace su fuerza en cualquier momento particular.

Vaillant igual que Jung reportó una disminución de las diferencias de género en la mitad de la vida, así como la tendencia masculina a convertirse en personas más cariñosas y expresivas. De igual manera, durante la mitad de la vida, los hombres de Levinson se

obsesionaban menos con el logro personal y se preocupaban más por las relaciones, además de demostrar generatividad mediante su conversión en mentores de personas más jóvenes.

La teoría de la selectividad socioemocional de Laura Carstensen ofrece una perspectiva del ciclo de vida de la manera en que la gente elige con quien pasa su tiempo. La interacción social tiene tres metas: 1. Es la fuente de información; 2. Ayuda a desarrollar y mantener un sentido de sí mismo y 3. Es una fuente de placer y confort o de bienestar emocional.

Para la mayoría de los adultos de mediana edad, las relaciones son la llave más importante del bienestar; y pueden ser una fuente importante de salud y satisfacción; sin embargo las relaciones también generan exigencias estresantes que suelen ser más pesadas para las mujeres.

Muchas personas experimentan y observan cambios de personalidad que ocurren en la mitad de la vida; los cuales se les puede atribuir a la crisis de la mitad de la vida; que también se conoce como segunda adolescencia; un periodo supuestamente muy estresante que es desencadenado por la revisión y la revaloración de la vida personal. Las personas se percatan que no podrán cumplir los sueños de su juventud o que alcanzarlos no les brindó la satisfacción que esperaban y saben que si quieren cambiar de dirección deben hacerlo con rapidez.

Sin embargo, el termino crisis de la mitad de la vida ahora se considera poco representativo de lo que la mayor parte de la gente experimenta en la mitad de la vida; hoy en día parece ser bastante inusual que ocurra ya que muchas personas de mediana edad pueden experimentar crisis o confusión, pero otras se sienten en la cúspide de sus capacidades.

Con frecuencia los puntos de revisión introspectiva y una revaloración de los valores y prioridades; lo que se conoce como revisión en la mitad de la vida; que puede ser un momento de inventario, que arroja nuevos conocimientos sobre el yo y estimula correcciones a mitad del recorrido sobre el diseño y trayectoria de nuestra vida.

Aunque Erickson definió la formación de la personalidad o identidad principal en la adolescencia, advirtió que la identidad continua desarrollándose. De hecho muchos científicos del desarrollo consideran al proceso de formación de la identidad como el problema principal de la adultez. La mayoría de los adultos de mediana edad tienen un sentido del yo bien desarrollado y pueden afrontar el cambio.

De acuerdo con la teoría de los procesos de identidad de Susan Krauss Whitbourne, la identidad está compuesta por la acumulación de percepciones del yo. Las características físicas, las capacidades cognoscitivas y los rasgos de personalidad percibidos, se incorporan en el esquema de identidad.

Las personas interpretan sus interacciones con el ambiente por medio de dos procesos, similares a los que Piaget describió para el desarrollo cognoscitivo de los niños: la asimilación de la identidad y la acomodación de la identidad. La asimilación de la identidad es un intento por mantener un sentido coherente del yo ante las nuevas experiencias que no concuerdan con un esquema existente. La acomodación de la identidad es el ajuste del esquema para dar cabida a nuevas experiencias.

Las personas que de manera constante asimilan son inflexibles y no aprenden de la experiencia y las que acomodan de manera continua son débiles y muy vulnerables a las críticas; su sentido de identidad puede socavarse con facilidad; por eso lo más saludable es el equilibrio de la identidad; que permite que una persona tenga un sentido estable del yo a

la vez que ajusta los esquemas del yo para incorporar nueva información, como los efectos del envejecimiento.

Como observó Erickson, la identidad está muy vinculada con los roles y compromisos sociales; los cambios que en la mitad de la vida afecten los roles y las relaciones sociales pueden afectar la identidad de género.

En muchos estudios que realizaron los hombres de mediana edad se mostraban más abiertos acerca de sus sentimientos, más interesados en las relaciones íntimas y más cariñosos; características que por tradición se consideran femeninas; que en las edades más tempranas; mientras que las mujeres de mediana edad mostraban mayor asertividad, mayor autoconfianza y mayor orientación al logro, características que tradicionalmente se etiquetan como masculinas.

Carl Ryff y sus colaboradores desarrollaron un modelo que incluye seis dimensiones del bienestar; estas seis dimensiones son: auto aceptación, relaciones positivas con los otros, autonomía, dominio del ambiente, propósito de vida y crecimiento personal. De acuerdo con Ryff, la gente psicológicamente sana tiene actitudes positivas hacia sí misma y hacia los demás, toma sus propias decisiones y regula su conducta, además de elegir o dar forma a ambientes compatibles con sus necesidades, tienen metas que dan significado a su vida y se esfuerzan por explorar y por desarrollarse con tanta plenitud como sea posible.

Desarrollo Emocional:

En la actualidad es difícil generalizar acerca del significado de las relaciones y emociones en la edad media. Dicho periodo no solo abarca un cuarto de siglo de desarrollo sino que también comprende una mayor multiplicidad de trayectorias de la vida que nunca antes. Sin embargo, para la mayoría de las personas de mediana edad, las relaciones con los demás son muy importantes, quizá de una manera diferente que antes.

La teoría de la selectividad socioemocional de Laura Carstensen ofrece una perspectiva del ciclo de vida de la manera en que la gente elige con quien pasa su tiempo. La interacción social tiene tres metas: 1. Es la fuente de información; 2. Ayuda a desarrollar y mantener un sentido de sí mismo y 3. Es una fuente de placer y confort o de bienestar emocional.

Para la mayoría de los adultos de mediana edad, las relaciones son la llave más importante del bienestar; y pueden ser una fuente importante de salud y satisfacción; sin embargo las relaciones también generan exigencias estresantes que suelen ser más pesadas para las mujeres.

En la mitad de la vida el matrimonio es muy distinto de lo que solía ser; la satisfacción marital por lo general toca fondo a principio de la edad media, cuando muchas parejas tienen hijos adolescentes y están muy ocupados con sus carreras. Por lo general, la satisfacción alcanza su punto más importante cuando los hijos crecieron; muchas personas están retiradas o empiezan su retiro y la acumulación de bienes de toda la vida ayuda a aliviar las preocupaciones financieras

Las amistades persisten y son una fuente importante de apoyo emocional y bienestar, en especial para las mujeres. Estas amistades suelen girar alrededor del trabajo y la crianza; otras se basan en los contactos en el vecindario o en asociación con organizaciones de voluntariado. La calidad de las amistades en la mitad de la vida a menudo compensa el escaso tiempo compartido. En especial durante una crisis, como un divorcio o un problema con un padre que envejece, los adultos recurren a los amigos para recibir apoyo emocional, orientación práctica, consuelo, compañía y conversación.

Con respecto a la crianza de los hijos incluso después de que han terminado los años de crianza activa y que algunos hayan dejado el hogar; los padres siguen siéndolo. El papel

en la mitad de la vida de un padre de adultos tempranos genera nuevos problemas y requiere nuevas actitudes y conductas de parte de ambas generaciones.

En la actualidad ser abuelos es diferente a como solía ser en el pasado. La mayoría de los abuelos tienen menos nietos que sus padres o sus abuelos. Debido al aumento de la incidencia del divorcio a la mitad de la vida, alrededor de uno de cada 5 abuelos son divorciados, viudos o separados, y muchos son abuelastros. Los abuelos de mediana edad suelen estar casados y tener una participación activa en sus comunidades y en el trabajo, por lo que están menos disponibles para ayudar en el cuidado de sus nietos.

Muchos abuelos son los principales o únicos cuidadores de sus nietos. La paternidad sustituta inesperada puede ser una carga física, emocional y financiera para los adultos de mediana edad o mayores. Es posible que tengan que dejar su trabajo, disminuir sus planes de retiro, reducir drásticamente sus actividades de tiempo libre y vida social, y poner en riesgo su salud. La mayoría de los abuelos no tienen tanta energía, paciencia o resistencia como antes y quizá no estén al corriente con las tendencias educativas y sociales.

Los abuelos pueden ser fuentes de orientación, compañeros de juego, vínculos con el pasado y símbolos de la continuidad familiar. Su dedicación a la vida de las futuras generaciones expresan generatividad y un vehemente deseo de trascender a la muerte. Los hombres y mujeres que no llegan a ser abuelos pueden satisfacer las necesidades generativas convirtiéndose en abuelos adoptivos o trabajando como voluntarios en escuelas u hospitales.

Crisis:

El divorcio es relativamente inusual en la mitad de la vida, aunque es más común que en el pasado; sin embargo; para las personas que se divorcian en la mitad de la vida, cuando suponían que su vida estaba resuelta, la ruptura puede ser traumática. Los

matrimonios de mucho tiempo son menos propensos a la ruptura que los más recientes porque como pareja que permanece junta construye un capital matrimonial; el cual es un beneficio financiero y emocional construido durante un matrimonio de mucho tiempo, que suele mantener junta a una pareja; los cuales resulta difícil renunciar.

Sin embargo la mayoría de las personas de mediana edad que se divorcian, a la larga se recuperan. Otra crisis que se experimenta en esta edad son las relaciones de personas homosexuales que ahora están en la edad media crecieron en una época en la que la homosexualidad se consideraba una enfermedad mental y quienes la practicaban eran aislados no solo de la comunidad mayor sino también entre sí. En la actualidad, esta generación pionera apenas empieza a explorar las oportunidades inherentes a la aceptación cada vez mayor de la homosexualidad.

Otro problema para los padres son los hijos adolescentes e irónicamente, las personas que se encuentran en los dos momentos de la vida vinculados con crisis emocionales “adolescencia y mitad de la vida” suelen vivir en la misma casa. Por lo regular, los adultos de mediana edad son los padres de hijos adolescentes. Al mismo tiempo que lidian con sus propias preocupaciones los padres tienen que enfrentarse cada día con jóvenes que están pasando por grandes cambios físicos, emocionales y sociales.

Teóricos de diversas perspectivas han descrito este periodo para ti de cuestionamientos, revaloraciones y disminución del bienestar para los padres. Para la mayoría de los padres, los cambios normativos de la adolescencia provocaba una mezcla de emociones positivas y negativas; este era así sobretodo en el caso de madres con hijas en la adolescencia temprana, cuya relaciones solían ser cercanas y llenas de conflicto.

Relacionado a los hijos tenemos también la crisis del nido vacío donde muchas investigaciones han puesto en tela de juicio las ideas populares acerca del nido vacío; que

es la fase de transición de la crianza que sigue a la partida del hogar del último hijo, una transición supuestamente difícil, en especial para las mujeres, que ocurre cuando el hijo más joven deja el hogar.

Los efectos del nido vacío en el matrimonio dependen de su calidad y duración. En un buen matrimonio, la partida de los hijos crecidos puede conducir a una segunda luna de miel y en otros casos puede ser más difícil para las parejas cuya identidad depende de su papel como padres o para las que ahora deben enfrentar problemas matrimoniales que antes habían hecho a un lado bajo la presión de las responsabilidades parentales.

Por lo general, las generaciones tienen una mejor relación mientras los padres disfrutan de salud y vigor. Cuando las personas mayores se vuelven enfermizas (en especial si sufren deterioro mental o cambios de personalidad) la carga de su cuidado puede ejercer demasiada presión en la relación.

Cuidar a una persona puede ser estresante. Muchos cuidadores encuentran que la tarea es una carga física, emocional y financiera, en especial si trabajan tiempo completo, sus recursos financieros son limitados o carecen de apoyo y ayuda. Para las mujeres que trabajan fuera de casa es difícil asumir el rol adicional de cuidadora, y reducir las horas de trabajo o renunciar a él para cumplir las obligaciones del cuidado puede aumentar la presión financiera. Los horarios laborales flexibles y los permisos familiares y médicos podrían ayudar a aligerar este problema.

Los padres ancianos pueden volverse dependientes en un momento en que los adultos de mediana edad necesitan ayudar a sus hijos a independizarse o bien a criarlos, si postergaron la maternidad o paternidad. Los miembros de esta generación en el medio llamados a veces la generación sándwich, pueden verse atrapados entre esas necesidades en competencia y sus limitados recursos de tiempo, dinero y energía.

Adulto Mayor

El ciclo vital de la vida adulta se ha dividido en tres periodos de edad: juventud o edad adulta temprana (de los veinte a los treinta), madurez o mediana edad (de los cuarenta a los cincuenta) y vejez o edad adulta tardía (de los sesenta en adelante). Sin embargo, Levinson y colegas describen la vejez como el tiempo que transcurre a partir de los 60 años (Levinson, Darrow, Klein, Levinson & Mckee, 1978). Siendo este último periodo el que se abordará a profundidad en este capítulo. En ocasiones tenemos varios interrogantes sobre el envejecimiento, hasta la fecha no hay respuesta absoluta, aunque hay varias teorías que complementan alguna de estas ideas. Unas de las grandes teorías sobre el envejecimiento son las biológicas pertenecientes a cuatro grandes grupos. La teoría de deterioro y desgaste propone que el cuerpo, igual que cualquier máquina, se deteriora gradualmente hasta que termina por desgastarse totalmente. Explica bastante bien algunas enfermedades como la osteoartritis.

Por largos años de uso de las articulaciones se desgasta el cartílago que más recubre ocasionando dolor y rigidez (Hayflick, 1998).

Un segundo grupo de la teoría es la celular, explica el envejecimiento concentrándose en los procesos que ocurren dentro de las células y que pueden hacer que se acumulen sustancias nocivas o que las células se deterioren con una larga vida, aunque hay poca evidencia que esto cause algunos aspectos generales del envejecimiento (Hayflick, 1998).

Otra teoría es la metabólica que se centran en algunos aspectos del metabolismo corporal para explicar el envejecimiento. Dos procesos importantes son la ingestión de calorías y estrés. Se sabe, quienes limitan las calorías que ingieren en una dieta bien

balanceada viven más largo tiempo y sufren menos enfermedades. Aun no se comprueba si es el tipo de dieta balanceada o baja en grasa. Según otra variante de esta teoría es el manejo del estrés siendo esto poco tolerantes en los adultos mayores (Whitbourne, 1999). Es posible que la muerte se deba a que el organismo ya no logra adaptarse a estos cambios (Hayflick, 1998).

Por último, las teorías de la muerte celular establecen que el envejecimiento es un proceso genéticamente programado. Es una posibilidad que va cobrando fuerza conforme la explosión del conocimiento de la genética humana. Aun cuando la muerte celular parezca aleatoria, hoy los investigadores creen que puede formar parte de un programa genético maestro. En el momento actual, desconocemos como se activa el programa autodestructor y su funcionamiento. Pese a ello, el conocimiento de la muerte celular programada es indispensable para entender como los genes y los procesos fisiológicos interactúan con los factores psicológicos y socioculturales para causar envejecimiento (Bergeman, 1997). Ya sustentadas las teorías del ciclo vital del adulto mayor, a continuación se explicaran los cambio del proceso de envejecimiento.

Cambios fisiológicos

Las teorías biológicas existentes sobre la vejez no sustentan una respuesta sólida sobre este periodo, a continuación se explicara los cambios fisiológicos inevitables como complemento de este proceso de envejecimiento. Algunos de estos cambios fisiológicos ocurren en las neuronas, sistema cardiovascular y respiratorio, el sistema motor y en los sistemas sensoriales. También a nivel general que afecten la salud como el sueño, la alimentación y el cáncer (Vinters, 2001).

Cambios en las neuronas

Los principales cambios normativos del envejecimiento son las alteraciones estructurales en las neuronas, las células básicas del cerebro y su comunicación

(Whitbourne, 1996). Dos estructuras son muy importantes para entender el envejecimiento: las dendritas, que recogen información proviene de otras neuronas, y el axón, que transmite información dentro de una neurona de las dendritas a las ramas terminales. Los cambios que analizamos merman la capacidad de transmitir información y esto termina afectando el funcionamiento de individuo (Vinters, 2001).

Las neuronas deben comunicarse a través de sustancias químicas llamadas neurotransmisores, pues no tiene contacto físico entre sí. Los niveles de los neurotransmisores disminuye con los años (Whitbourne, 1999). Se piensa que la reducción causa numerosos cambios conductuales relacionados con la edad: los de la memoria y el sueño y también padecimiento como la enfermedad de Párkinson. Estas alteraciones de las neuronas son parte normal de envejecimiento (Vinters, 2001). La enfermedad de Párkinson se conoce sobre todo por sus síntomas motores típicos: marcha demasiado lenta, dificultad para subir y bajar escaleras, ligero temblor de las manos. Son problemas ocasionados por el deterioro de las neuronas que producen el neurotransmisor dopamina. Los síntomas se tratan eficazmente con L-dopa, que eleva el nivel funcional de la dopamina en el cerebro. (Henkel, 1998).

Sistemas cardiovascular y respiratorio

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares, entre ellas los ataques cardíacos, el latido cardíaco irregular y la hipertensión aumenta drásticamente con la edad (Nacional Center for Health Statistics, 2001). La mortalidad global atribuible a esos problemas ha venido disminuyendo en los últimos años, principalmente porque menos adultos fuman cigarrillos y muchos han disminuido sus grasas en la dieta.

Cambios sensoriales

Un cambio importante en la vejez son los cambios estructurales de los sentidos. Encontramos como primer problema el sentido de la vista, disminuyendo la luz que pasa por él, de modo que necesita más luz para realizar la lectura. Una respuesta lógica a este cambio consistiría en aumentar los niveles de iluminación, pero siempre no es una muy buena solución, porque también nos volvemos más sensibles al resplandor (Whitbourne, 1999).

Las otras alteraciones estructurales se refieren al cristalino. Con la edad se torna más amarillo, disminuyendo la discriminación de colores en el extremo del espectro correspondiente a verde-azul-violeta; su capacidad de ajustarse y enfocar disminuye a medida que los músculo circundantes se endurecen (Fozard & Gordon- Salant, 2001).

Otra alteración en los cambios de la visión proviene de la retina. Esta recubre aproximadamente dos terceras partes del interior del ojo. En ella se encuentran los receptores especializados de la visión: conos y bastones. Alcanzan una gran densidad hacia la parte posterior y en especial en el punto focal de la visión, región denominada macula. En el centro de esta última se halla la fovea, donde se enfoca la luz para lograr la máxima agudeza visual, como sucede cuando se lee. Con los años aumentan la probabilidad de que la macula degenera (Fozard & Gordon- Salant, 2001).

Una segunda enfermedad retiniana relacionada con la edad es consecuencia de la diabetes. Esta se acompaña de un envejecimiento acelerado de las arterias, y la ceguera es unos de los efectos secundarios más graves. La retinopatía diabética, nombre con que se le conoce, puede consistir en retención de líquido en la macula, en desprendimiento de la retina, en hemorragia y en aneurisma (Fozar & Gordon – Salant, 2001)

El otro problema sobre las alteraciones de los sentidos es la pérdida del oído siendo un cambio normativo frecuente en la senectud (Whitbourne, 1991). Los efectos

acumulativos del ruido y los cambios normativos relacionados con la edad provocan el problema auditivo más común: reducción de la sensibilidad a tonos agudos, llamada presbicusis que sobreviene antes y que es más severa que la pérdida de sensibilidad a los tonos bajos. La presbicusis se debe a cuatro tipos de alteraciones en el oído interno. Sensoriales, que consiste en una atrofia y degeneración de las células receptoras; neuronales, que consisten en pérdida de neuronas de la vía auditiva del cerebro, metabólicas, que consiste en disminución del aporte de nutrientes a las células en el área de los receptores; mecánicas, que consiste en atrofia y endurecimiento de las estructuras vibratorias en el área de los receptores. (Fozar & Gordon – Salant, 2001). El sentido del gusto permanece intacto en su mayor parte durante la vejez, lo mismo que el tacto, la temperatura y la sensibilidad al dolor. (Whitbourne, 1991).

Las alteraciones o los cambios fisiológicos se presentan en la vejez limitando en sus actividades diarias, a la medida en que los adultos entran en la vejez se enfrentan con una serie de tareas del desarrollo. La tarea de mantenerse físicamente sano se hace más difícil conforme la gente envejece. (Speare, Avery & Lawton, 1991). La gente mayor teme a los problemas físicos que disminuyan su movilidad, los sentidos y su capacidad de cuidar de sí misma (Longino, Jackson, Zimmerman & Bradsher, 1991), siendo esta problemática la que más afecta a nivel general al adulto mayor.

Condiciones Psicológicas

Las condiciones psicológicas como construcción personal se basa en el desarrollo psicológico de cada individuo, el cual posee la capacidad para interactuar en forma armoniosa con su entorno. Según Ryff citado por Ortiz, J (2009) formula un modelo multidimensional del desarrollo personal donde especifica seis dimensiones:

Dimensiones del Desarrollo Personal

Auto aceptación es uno de los criterios centrales del bienestar y se relaciona con experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada.

Relaciones positivas con otros: se define como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza y empatía.

Autonomía: necesaria para poder mantener su propia individualidad y autonomía personal, relacionada con la autodeterminación, las personas con autonomía saben enfrentar de mejor manera la presión social.

Dominio del entorno: capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.

Propósito en la vida: las personas necesitan marcarse metas, definir sus objetivos, que le permitan dotar a su vida de un cierto sentido.

Crecimiento personal: se relaciona con el desarrollo de las potencialidades, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus potencialidades.

Otros elemento importante a la hora de obtener condiciones psicológicas es la autoestima y autoeficacia. Radicando la autoestima como un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de ajuste. Según Ortiz, J (2009) Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás.

La autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, la que actuaría por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental su mantención y promoción para mantener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud.

La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas.

La importancia de los fenómenos psicológicos y socioculturales, afirmando que la duración no sólo depende de los aspectos biológicos, sino que intervienen características psicológicas del individuo, así como factores ambientales, tanto físicos como sociales, por eso la importancia de controlar el estrés y desarrollar estilos de afrontamiento que permita a la persona estabilidad.

Según Rowe (1999) citado por Feldberg, C (2006), las diferentes formas de envejecer que posee consenso en el ámbito de la Gerontología se refiere a la vejez normal, sin enfermedades físicas o psicológicas habilitantes: la vejez patológica, con diferentes enfermedades a nivel orgánico y/o psíquico que provocan la discapacidad; y la vejez competente o exitosa, con el desempeño de roles significativos en actividades que dan al adulto mayor satisfacción y sentido de su vida.

En este capítulo se abordó las etapas de adultez intermedia y adultez tardía, debido a que son las etapas del ciclo vital en las cuales las personas están mayormente predispuestos a presentar la EP. se indago sobre cambios físicos, psicológicos y sociales que presenta el individuo en las diferentes etapas de la adultez y así se pudo realizar como estos procesos se pueden ver afectados por una enfermedad neurodegenerativa como lo es el Parkinson, debido a que la persona que la padece, por lo general sufre fuertes cambios en cuanto a su estado físico, su sociabilidad disminuye, su motivación disminuye y por ende diversas áreas de la vida se ven altamente afectadas debido a este síndrome.

Capítulo III- Estimulación y Rehabilitación Cognitiva

En este capítulo abordaremos las generalidades de la estimulación cognitiva y su papel en la rehabilitación de procesos psicológicos en pacientes con enfermedad de Párkinson.

Introducción al Deterioro Cognitivo

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (memoria, juicio, razonamiento, concentración, atención, praxias) es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de las personas afectadas.

Las personas en la etapa de adultez tardía principalmente tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Pascual, Barlés, Laborda & Loren, 1998). He aquí la importancia de la estimulación Cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial entre otras.

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, proporcionándole mecanismos y estrategias compensatorias que le ayuden a mantener su competencia social.

La Estimulación Cognitiva y la Importancia que Puede Tener ésta en la Intervención Con Personas Adultas Mayores

La gran prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como lo es el Párkinson ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad.

“El aumento de la esperanza de vida supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobre todo en los casos de incapacidad y dependencia” (López, Serra, Lozano, Tron, Vilalta, Garre, Camps, Hernández, Mariscot, Llinas & Pujol, 2000). La necesidad de una intervención interdisciplinaria y no solamente farmacológica o médica Menciona Berjano (2002) que la intervención al grupo poblacional de adultos mayores desde el campo de la salud se debe realizar no solamente a nivel farmacológico o médico, sino a nivel interdisciplinario, ya que la atención exclusiva de una sola área sería escasa y poco efectiva.

López y et.al. (2000) consideran que el tratamiento farmacológico tiene un beneficio a corto plazo, ya que éste se centra en la parte bioquímica de la persona, excluyendo otras áreas que integran al ser humano, tales como la psicológica, la social y la familiar. Berjano (2002) menciona que todas aquellas acciones dirigidas a preservar la salud en el adulto mayor deben estar dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal, aspecto que proporcionaría una mayor satisfacción en personas de edad avanzada.

Señalan López, López y Ariño (2002), que la vejez no es sinónimo de enfermedad, pero el aumento de expectativa de vida conlleva, en muchos casos, la aparición de pluripatología que, asociada a las patologías propias de cada persona, disminuyen en mayor

o menor medida la funcionalidad y la cognición en las personas de edad avanzada. Dentro de esta misma línea, García (2002) señala que es necesario no sólo conocer los grandes síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir la mayor independencia.

Rehabilitación Cognitiva

En cuanto al área cognitiva, argumentan López, López & Ariño (2002), que la rehabilitación es un proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión, trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad, para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Martínez (2002) menciona que en las últimas décadas se han desarrollado intervenciones no farmacológicas que reconocen la necesidad de ofrecer un abordaje integral a las personas con estado cognitivo afectado (persona, cuidadores, ambiente), de las dimensiones fundamentales objeto de la intervención (cognitiva, funcional, psicoafectiva o relacional) e incluso del contexto donde se realizan (domicilio, centro de día, residencia).

La estimulación cognitiva consiste, según López, López y Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva.

La definición de lo qué es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser

humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral.

Se vienen desarrollando un amplio espectro de intervenciones, las cuales pueden variar dependiendo el envejecimiento cognitivo. Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias.

Actualmente se ambiciona comprender qué procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida. La psicología del envejecimiento y del desarrollo busca ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana, estos estudios permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas, si se utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas, entre otros tipos de valoración. En cualquier caso, el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente, independientemente de que los decrementos se puedan producir en todos los sujetos.

Por ello es de considerar que el ser humano es un ser integral, por ello requiere de estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros). Menciona Pascual y et. al. (1998), que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad.

El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, *“hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos”* (Arriola e Inza, 1999:84). Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos. Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud frágil, escasa educación, la presencia de algún tipo de patología, la falta de motivación y sentido de vida entre otras, puede ser razón de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales. Pero no sólo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva (Puig, 2000:146).

Este hecho abre una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo. Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

Arriola e Inza (1999) mencionan que el cerebro humano es una máquina de una capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero que a su vez mantiene un buen funcionamiento en un delicadísimo equilibrio. Hay una gran cantidad de factores que a lo largo de la vida pueden alterar ese funcionamiento, pero la vejez es con diferencia y motivos obvios, la etapa de mayor fragilidad y vulnerabilidad en este sentido. El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore

(Arriola e Inza, 1999). Señalan que los resultados del trabajo en el campo de la rehabilitación cognitiva, no pueden ser medidos en términos de curación, sino de mejora en una primera fase (es decir, una instalación en su nivel real de deterioro) y de mantenimiento y disminución del deterioro.

Áreas básicas que se deben reforzar en terapias cognitivas

Orientación y atención: funciones fundamentales para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas, no obstante definir sus características específicas resulta ciertamente dificultoso. En casos de alteración de la atención aparece falta de persistencia, facilidad de distracción, gran vulnerabilidad a la interferencia y dificultad para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas. En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

Memoria: Existen diferentes modelos teóricos sobre la memoria, desde los que afirman que la memoria consta de diferentes procesos, hasta los que opinan que la memoria está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.

Funciones ejecutivas frontales: Son las funciones que se le atribuyen al lóbulo frontal también conocidas como funciones frontales, se podrían denominar como ejecutivas o conducta adaptativa, es decir, una conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas impulsivas disruptivas. Estas conductas deben controlar los cambios en el ambiente y, si es posible, prevenirlos. También está ligada al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de autocuidado, de ahí que las personas con deterioro de esta área cerebral (por ejemplo, demencias) sufran un importante deterioro en este tipo de

conductas y que en muchos casos es uno de los deterioros fácilmente observables, especialmente en personas que tenían muy desarrolladas las habilidades y capacidad de autocuidado.

Lenguaje: Se va a entender lenguaje no solamente al hablado, sino al habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.

Cálculo: Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.

“La estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el período de autonomía del paciente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad” (pág. 19). Señalan López, López y Ariño (2002) que la mejoría del estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma. Alfaro y Castro (2002) señalan que el paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida. Pretendiéndose que la estimulación cognitiva estimule las áreas en las que presentan déficit, favoreciendo a que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada.

Tipos de estimulación cognitiva

En la actualidad existe una gran gama de tipos de estimulación cognitiva utilizables en personas adultas mayores, tales como:

Terapia de Reminiscencia: la reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona. Es una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento (Laborda, 2002). Lo que se busca alcanzar a través de la técnica de reminiscencia es favorecer y dar oportunidad de expresión de vivencias pasadas con el fin de potenciar la identidad de la persona. Por lo que se tiene que realizar sesiones grupales con personas de edad similar y afinidades parecidas, es decir, sean lo más homogéneas posibles. Utilizándose ciertos recursos prácticos como libros de historia de vida (se trata de realizar un libro donde se recogen los datos biográficos (escritos o fotográficos) de la persona, como la infancia, trabajo, matrimonio, hijos, nietos).

Grupos de buenos días: Es una actividad ampliamente difundida dentro de programas generales de funcionamiento de las Residencias Geriátricas en países desarrollados (Arriola e Inza, 1999), donde deben acudir al grupo todos los(as) usuarios(as) que estén cognitivamente sanos, junto a una menor proporción de ancianos con demencia senil leve o moderada. El primer grupo estará informado de que una de sus funciones será la de estimular y dinamizar a este segundo grupo haciéndoles hablar, preguntándoles (¿Cómo se encuentran, qué realizaron durante el día anterior). Mencionan Arriola e Inza (1999) que las funciones terapéuticas del grupo son las siguientes:

Mantenimiento de la atención. Estimulación a la verbalización. Refuerzo de la autoestima. Ejercitación de las habilidades sociales. Integración en la colectividad (sentimiento de grupo). Orientación general.

Arriola e Inza (1999) señalan que los temas a tratar en este grupo serían las siguientes:

Saludo es importante interesarse por el estado de los miembros del grupo. Orientación tempo-espacial. Se trabaja a través de un calendario móvil. Lectura y comentario de los titulares más importantes o llamativos del periódico.

Grupo de orientación a la realidad: la orientación a la realidad es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan con personas con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y

provisión estructurada de información acerca de sí mismo y de su entorno (Leturia y Yanguas, 1999). Mencionan Leturia y Yanguas (1999) que las metas principales a alcanzar a través de los grupos de orientación a la realidad son:

Proporcionar información sistematizada y repetitiva básica a personas desorientadas o confusas, respecto a orientación en el tiempo (temporal), en el espacio y respecto a las personas. Conseguir una mejora de las conjuntas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en casos de demencia. Estimular la comunicación y la interacción, como complemento de la modificación de conductas no apropiadas derivadas del tratamiento cognitivo.

Leturia y Yanguas (1999) señalan que en la dinámica de los Grupos de Orientación a la Realidad se producen las interacciones personales se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos: Prevenir el aislamiento social. Inducir comunicación y participación de todo el grupo. Atender y utilizar el lenguaje no verbal.

Los Grupos de orientación a la realidad pueden seguir el siguiente esquema de trabajo: Como bien, se puede percibir el grupo de buenos días y el de orientación a la realidad guardan una estrecha relación dentro de su desarrollo de trabajo, lo que los podría hacer compatibles en su abordaje, realizándose una integración al trabajarse con éstos.

La implantación de programas de entrenamiento cognitivo, en una institución del tipo que sea (centro de día, residencia, club social, centro sanitario), requiere pocos recursos y tiene considerables efectos beneficiosos. No se trata tanto de entretener a los mayores como de generar un punto de vista positivo y activo en ellos(as) y en los que les rodean. Se trata de establecer una disciplina (un programa exige estar pendiente unos días a una hora, para hacer algo) e incitar al esfuerzo con distintos objetivos: prestar atención, hacer trabajar la mente y revisar el fruto del esfuerzo. Se requiere, además, que la persona tenga que desplazarse, estar en grupo y comunicarse con otros. Todo esto es ya un entrenamiento cognitivo. El objetivo debe ser entrenar las funciones que se pierden, no las que se tienen. No se trata, pues, de un taller sino el entrenamiento de las habilidades que sabemos que están en riesgo en un grupo o persona en particular (Calero, 2003).

Recursos y materiales

Si bien lo más definitorio de la Estimulación Cognitiva no son los materiales y recursos con los que cuenta, sino la forma de sistematizada y estratégica en que son utilizados, vamos a dedicar este apartado a describir cuáles son los que se usan con mayor frecuencia, y los que mejor definen o describen lo que es nuestro campo de actuación. Los materiales que podemos utilizar para estimular las funciones cognitivas son muchos y variados: desde objetos de la vida cotidiana, pasando por juegos y juguetes psicoeducativos y de estrategia, cuadernos de pasatiempos, etc., hasta material más especializado como láminas de imágenes, cuadernos de ejercicios y programas de estimulación cognitiva.

Asimismo, el soporte y el formato de presentación puede ser muy diverso: materiales visuales que codifican sus mensajes a través de representaciones icónicas, materiales auditivos que emplean el sonido como la modalidad de codificación predominante, materiales verbales que se basan en el uso del lenguaje (dígitos, letras, palabras, historias), etc.

Contar con esta diversidad de materiales es importante en nuestra disciplina por una doble razón. En primer lugar, porque disminuye la monotonía, y por lo tanto aumenta la motivación del sujeto y su posible rendimiento cuando el sujeto tiene que realizar durante una misma sesión varias actividades consecutivas; y en segundo lugar, porque hay veces en que es incluso necesario utilizar una modalidad de materiales y no otro. Este fenómeno de especificidad en la presentación y formato de los materiales se produce, por ejemplo, en pacientes con daño en la región temporal izquierda, que tienen problemas para recordar material verbal, pero no viso espacial. Por lo tanto, es importante tener en cuenta en qué formato vamos a presentar el material. A continuación vamos a describir algunos de los recursos y materiales más utilizados.

Láminas y tarjetas de estimulación

Las láminas y tarjetas de estimulación son un tipo de material que consiste en presentar imágenes o escenas, normalmente dibujos o fotografías, a partir de las cuales se exige al sujeto realizar algún tipo de actividad. Algunas de las más frecuentemente utilizadas son:

a) Láminas que presentan un objeto único. En estos casos, la actividad cognitiva más prototípica suele ser de reconocimiento perceptivo, pidiéndole al sujeto que informe de que objeto se trata. En otras ocasiones, se estimulan los procesos de categorización y de la memoria semántica pidiéndole que diga para qué sirve dicho objeto, a qué categoría semántica pertenece, que informe de otros objetos relacionados, etc.

b) Escenas completas, con elementos y detalles más o menos complejos. Las actividades mentales más prototípicas con este tipo de láminas consiste en pedir al sujeto que localice un elemento concreto en la escena, que encuentre un elemento que es absurdo, que se fije bien en los detalles porque posteriormente ha de evocar lo que ha visto en la imagen, que cuente una historia en torno a lo que ve, etc.

c) Láminas en las que aparecen escenas –dibujos fotografías, etc.- semejantes, pero no idénticas, y el sujeto debe encontrar las diferencias entre ellas.

Fichas de trabajo

Las fichas de trabajo, como el propio nombre indica, son ejercicios de naturaleza esencialmente mental y de relativa complejidad que se presentan en forma de lápiz y papel. Actualmente contamos en el mercado con un material diverso que puede ser conceptualizado como fichas de trabajo, desde los cada vez más prolíficos libros de pasatiempos infantiles, hasta los cuadernos de ejercicios y fichas de trabajo especializados. El trabajo en hoja de papel tiene la gran ventaja de que podemos tener las fichas debidamente programadas y secuenciadas en función de los objetivos que nos hemos planteado a la hora de elaborar un programa de estimulación cognitiva. No obstante, hay

que tener en cuenta que este método de trabajo sólo puede ser utilizado cuando el sujeto posee las destrezas manual y de coordinación visomotora suficientemente desarrolladas o intactas como para sostener el lápiz o bolígrafo. Las fichas de trabajo se organizan, sobre todo en el mercado, en los denominados

Cuadernos de ejercicios o programas de estimulación cognitiva. Estos se clasifican siguiendo los siguientes criterios:

- a) los que han sido diseñados para desarrollar habilidades muy específicas: discriminación perceptiva, orientación espacial, ejercicios temporales, atención, procesos de razonamiento, etc.
- b) los que están pensados, de una manera más global, para intervenir en una determinada población: Alzheimer, TDA-H, dislexia, etc. En estos casos no se estimula una única capacidad, sino que se incluye actividades de todos aquellos componentes cognitivos que se considera necesario estimular en función de los déficits o alteraciones que tiene la población a la que va destinada el cuaderno o programa.

Materiales manipulativos

Finalmente, como el propio nombre indica, los materiales manipulativos son los que estimulan las funciones cognitivas del sujeto mediante la manipulación de los mismos. Los más utilizados son:

Objetos y recursos reales: materiales del entorno (un cenicero, un jarrón, una cuchara, una fotografía, alimentos, etc.), materiales para la psicomotricidad (aros, pelotas, cuerdas, etc.) o materiales de deshecho (vasos, cuencos, cajas, etc.). Por ejemplo, los cestos, cuencos, botes, cazuelas o cajas sirven sobre todo para actividades como meter o para poner encima; las huchas y cajas con huecos de formas variadas son útiles para meter por ellos diferentes objetos; etc.

Objetos manipulativos simbólicos: bloques lógicos, regletas, figuras geométricas, cubos, cilindros, aros y figuras geométricas diversas, generalmente de plástico o de madera, de formas y colores diversos. Este tipo de material sirve para realizar actividades muy variadas: desde agrupar las diversas figuras en función de sus propiedades físicas (por su color, por su forma, por su tamaño...), hasta encajarlos unos dentro de otros (cubos encajables), apilarlos haciendo torres (bloques lógicos y de construcción), etc.

Tableros y juegos de encaje: Son tableros con zonas perforadas o hundidas, que van acompañados de figuras o piezas que se adaptan, que se encajan a dichos huecos. Su nivel de dificultad es variado en función del número de huecos que lo forman, la complejidad y similitud de las piezas que se deben encajar, y la distancia que existe entre los huecos. En cualquier caso, el usuario debe prestar especial atención a las siluetas de las distintas piezas que componen el juego, lo que implica una especial capacidad de concentración y de observación. Además, se estimulan las capacidades viso constructivas.

Lotos

Consisten en un tablero, cartulina o lámina con distintas imágenes dibujos o fotografías impresas, acompañado de maderas, cartulinas o láminas individuales e idénticas a cada una de las casillas del tablero. Normalmente, la tarea del sujeto consiste en colocar éstas sobre cada casilla siguiendo una consigna u orden que el adulto le ha indicado previamente. El nivel de dificultad de este juego, que ejercita muy especialmente la atención y las capacidades viso-constructivas del sujeto, viene dado por el número de imágenes que el niño tiene que trabajar y, por supuesto, por el tipo de consigna que se le da al niño.

Este método es similar al de encajamiento, pero añade un nivel de dificultad mayor ya que, mientras que en el método de encajamiento, el sujeto puede realizar la tarea de manera eficaz mediante la actividad práctica de “encajar” la pieza en el tablero, en el método de lotos, es la percepción la única que le ofrecerá la validez o no de su conducta.

Este tipo de ejercicios perceptivos es la base para posteriores actividades de clasificación, seriación, y una buena introducción al campo numérico y a la escritura.

Tarjetas o fichas de secuencias temporales: En este caso se presentan varias tarjetas, mezcladas y desorganizadas, de modo que el niño tiene que ordenarlas y formar una historia. Normalmente se comienza con dos o tres tarjetas y, gradualmente, se va incrementando el número de tarjetas presentadas. Para facilitar esta tarea en ocasiones se le cuenta previamente la secuencia de acciones al sujeto, y posteriormente éste las ordena. En otras ocasiones, el sujeto debe elaborar la historia él mismo y, en consecuencia, ordenar las tarjetas en función de la historia inventada. Este tipo de actividad ayuda, además de entrenar la capacidad de concentración, a estimular la orientación temporal y las funciones ejecutivas.

Recursos informales

La música, el canto y el baile: Entender la música como una forma de estimulación sensorial y cognitiva, el canto como un medio para desarrollar la capacidad lingüística en su doble vertiente –comprensiva y expresiva-, y el baile como una manera de estimulación psicomotriz es importante, por lo que este tipo de actividades deben ser consideradas como un recurso más con las que cuenta nuestra disciplina. En concreto, la música: Por ejemplo, se le puede pedir que las coloque siguiendo el principio de identidad (imágenes idénticas), de color (colores idénticos), o siguiendo el principio de analogía (imágenes que no son idénticas, pero que tienen alguna cualidad común).

- a) es un estímulo muy adecuado para afianzar el sentido del oído.
- b) aumenta la capacidad perceptiva de reconocer y discriminar estímulos auditivos. Posteriormente, se logra una organización e interpretación de los mismos.
- c) estimula la capacidad de escucha atenta al focalizar la atención en el contenido y ritmo de las canciones para ser aprendidas.

d) permite mediante el aprendizaje de las letras de las canciones estimular, su recuerdo (estimulación de la memoria a largo plazo) y potenciar el uso del lenguaje) se estimula, a través del ritmo, habilidades motrices tales como la coordinación, el equilibrio y la movilidad. Diversos investigadores consideran que la facilitación del desarrollo rítmico es un eje fundamental en las etapas de desarrollo cognitivo sensorio-motriz y pre operacionales desde un punto de vista evolutivo.

Libros y cuentos.

Leer cuentos o historias puede ser un pasatiempo muy placentero para cualquier individuo. Pero, además de ser estimulante por sí misma, esta actividad fomenta capacidades tales como observar e interpretar imágenes, concentrarse en el argumento de la historia, mantener la atención o enriquecer el vocabulario. En el caso concreto de los niños, el uso de cuentos ilustrativos y de libros con imágenes es especialmente importante hasta que no sabe leer, puesto que su nivel de desarrollo simbólico no le permite integrar la información a través de los códigos lingüísticos y se hace necesario el apoyo icónico, que precisa de un nivel de abstracción inferior. Hay, pues, que empezar, usando libros que tengan ilustraciones claras, simples, coloridas, y de gran tamaño (solamente una o dos ilustraciones por página. Finalmente, indicar que los cuentos no sólo son un material de estimulación visual y auditivo, sino que también sirven para orientar la atención al pedirle que señale ciertas imágenes, o que preste especial atención a los detalles de las láminas del cuento/libro para encontrar o localizar el estímulo (objeto, personaje, color...) que se le pide.

Pasatiempos.

Muchas de las actividades que se presentan en los pasatiempos son útiles para nuestra disciplina. Algunas de las más utilizadas son: diferencias entre dibujos, sopa de

letras, laberintos, encontrar errores, anagramas, sustituciones, etc. los cuales requieren alto grado de atención, concentración entre otros procesos psicológicos.

Capítulo IV Enfoque Sistémico

Este capítulo tiene el propósito de conocer la teoría sobre el enfoque sistémico y su relación con la intervención y estimulación del paciente con Párkinson en un contexto familiar.

Generalidades

Conceptos Básicos

El concepto básico es el concepto de sistema.

La TGS surgió en los 40 para abarcar fenómenos que los planteamientos reduccionistas no podían explicar. Este planteamiento tuvo gran repercusión en las ciencias naturales, pero también en las sociales: Bertalanffy fue nombrado en 1967 miembro de honor del APA.

Sistema: Conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.

Definición de Familia : La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior, Minuchin, (1986).

En la TGS se distingue entre:

Supra sistema: medio en el que el sistema se desenvuelve.

Subsistemas: Componentes del sistema.

Sistemas cerrados: Sus componentes no intercambian información, materia, energía con el medio externo.

Sistemas abiertos: Sus elementos intercambian información, materia, energía, con su medio externo y muestran la capacidad de adaptarse al medio.

Los sistemas tienen la propiedad de autorregularse a través de mecanismos de feedback y feedforward (antero-retroalimentación), que mantiene sus parámetros básicos en funcionamiento.

Conceptualización de la familia como un sistema abierto, con sus propiedades sistémicas:

Totalidad: El cambio en un miembro afecta a los otros.

Límites: Entre los subsistemas con permeabilidad variable (difusos, claros, rígidos).

Jerarquía.

Retroalimentación: La conducta de cada uno influye sobre los demás mediante feedback

Positivo (favorecedor) o negativo (corrector).

Equifinalidad: Se puede llegar a una misma pauta de interacción a través de caminos

Diversos.

Tendencia a estados constantes: La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.

Los Conceptos Comunicacionales

Los principios teóricos básicos de los modelos sistémicos en psicoterapia, se formularon en el marco de una teoría clínica de la comunicación humana, obra de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) (Escuela de Palo Alto).

4 principios básicos:

1. Es imposible no comunicar: No puede haber una situación de no comunicación. Incluso el silencio es comunicación (comunica un "no quiero entrar en interacción").

Pueden existir situaciones en las que se intente evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Estas situaciones pueden dar lugar a la utilización de un amplio rango de técnicas de descalificación y a la utilización del denominado "el síntoma como comunicación".

2. En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y aspectos relacionales (nivel analógico). Los aspectos de contenido se expresan por medio de un código lingüístico, abstracto y capaz de transmitir información de forma muy precisa, similar a los códigos digitales de los ordenadores.

Los aspectos relacionales obedecen a un código, mucho más antiguo filogenéticamente, y mucho más impreciso, similar a los códigos analógicos del lenguaje computacional. Casi siempre, es a través del lenguaje no-verbal o paraverbal, como se define la relación, veces, es la propia situación en la que se da el mensaje, la que define de antemano la relación (médico/enfermo).

La definición de la relación se puede hacer también verbalmente: Se considera que la capacidad de meta comunicarse adecuadamente (hablar acerca de la relación), constituye una condición para la comunicación eficaz, y ésta íntimamente relacionada, con el problema de la percepción de sí mismo (toda definición de una relación lleva consigo una definición de sí mismo (es como si estuviera diciendo "así es como me veo en relación con usted").

3. La incongruencia entre los dos niveles de la comunicación da lugar a mensajes paradójicos. Bateson, aplicó la teoría de los tipos lógicos (Whitehead y Russell) al análisis de la comunicación, y sugirieron que, el nivel de relación (clase) supone un orden superior al nivel de contenido (miembro).

Cuando un miembro de una clase asevera algo acerca de la clase, se produce una paradoja de autorreferencia: Incongruencia entre el nivel lógico de la clase (sentencias) y el de los miembros (una sentencia concreta).

Estas paradojas, se diferencian de las simples contradicciones, del tipo "A y no A" en que representan incongruencias al mismo nivel lógico. Además las contradicciones simples, son fácilmente detectables, y no generan confusión ni conflictos de autorreferencia.

Cualquier contenido digital incongruente con la definición de la relación que transmite el nivel analógico/contextual, constituye una paradoja pragmática (una madre dice "te quiero" a un niño, pero lo abraza con rudeza y frialdad).

Es una incongruencia entre el contenido verbal y el no-verbal.

Estas paradojas están en la base de la teoría del doble vínculo puesto que la confusión que generan, se hipotetiza como generadora de trastornos esquizofrénicos. (Actualmente no se sostiene como hipótesis).

4. La definición de una interacción está condicionada por las puntuaciones que introduce el participante. Para los participantes en la interacción, la secuencia tiene un principio y un final. Se denomina "puntuación" a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada.

La falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar los hechos, es la causa de numerosos conflictos en las relaciones.

Los casos más frecuentes de puntuación discrepante suelen estar centrados en intentar decidir cuál es la causa y cuál es el efecto. Sin embargo, ninguno de éstos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción (no tiene un principio y un final, sino que constituye un proceso recurrente).

Noción De Causalidad Circular.

Desde el punto de vista clínico se distinguen 2 formas de relación interpersonal diádica:

Relaciones simétricas: Se caracterizan por la igualdad en la conducta recíproca. Este tipo de relaciones, tienden a ser competitivas.

Relaciones complementarias: Se da un máximo de diferencia en la conducta recíproca (padres e hijos, maestro y alumno). Uno siempre está en una posición superior respecto del otro.

Desde el punto de vista clínico, muchos conflictos relacionales tienen su origen en el hecho de que un participante no acepta la propuesta de definición de relación que hace el otro. Las relaciones no son rígidas sino cambiantes, en función de los contextos y de la evolución personal.

Principales Escuelas Sistémicas

Escuela Internacional del MRI (Mental Research Institute) (Palo Alto)

- Su orientación y su propuesta sistematizada de terapia breve, están recogida en "Cambio" de Watzlawick, Weakland y Fisch. El cambio terapéutico no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en su evolución.

Máxima: "La solución es el problema".

Los problemas que llegan a la consulta, son el resultado de una dificultad y la aplicación de su supuesta solución, que no ha servido para resolverlo, pero que ha obstaculizado el proceso normal de transformaciones de la persona.

- Su intervención se dirige a investigar la funcionalidad de la conducta problema, para cortocircuitar el proceso cibernético de feedback del que forma parte (se intenta neutralizar la solución aplicada, por parte de la familia).

Tipos de cambios

- *Los cambios I*, son los cambios que no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su funcionamiento. Son las soluciones aplicadas por la familia. Frecuentemente, adoptan la forma de intentar hacer lo contrario de aquello en lo que consiste el síntoma (se rigen por el sentido común).

- *Los cambios II*, son aquellos que afectan a los parámetros del sistema y suponen una resolución.

Para lograrlos, los terapeutas emplean intervenciones paradójicas que contradicen el sentido común, pero los producen en periodos breves de tiempo.

El MRI, resalta la necesidad de proponer éste tipo de prescripciones con una racionalidad definida: "La táctica elegida ha de traducirse al propio lenguaje de la persona". Esto supone una reestructuración cognitiva que a veces acompaña a la prescripción paradójica (la intervención semántica se incluye como acompañamiento necesario para el cumplimiento de una tarea, más que como eje de intervención en sí mismo).

- La escuela MRI se conoce dentro del campo de las terapias breves, por plantearse su trabajo en 10 sesiones, con cierta independencia del tipo de trastorno.

Escuela Estructural/Estratégica (triada social)

- Agrupa las aportaciones de Jay Haley y Salvador Minuchin.

- Consideran la dinámica interaccional que se da en los sistemas triádicos (3 o más miembros).

- Postulan que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones.

La alianza supone la proximidad de 2 o más miembros. Cuando ésta proximidad se constituye en contra de un tercero, se considera coalición.

Haley habla de triángulos perversos para referirse a coaliciones entre miembros de distinta generación (padre e hijo contra madre), lo que dificulta el crecimiento del hijo.

Las coaliciones, por ser negadas, son más difíciles de detectar que las alianzas.

- Para Minuchin, los subsistemas familiares tienen límites interiores, y a su vez la familia tiene sus fronteras con el exterior (pueden ser difusos, rígidos o claros).

Las familias aglutinadas tienen límites muy difusos y fronteras más bien rígidas. Es difícil mantener la individualidad dentro de la familia y difícil comprometerse con el exterior.

Las familias desligadas tienen límites y fronteras rígidas. Existe excesiva individualidad y, a veces, algunas necesidades afectivas quedan sin satisfacer. Minuchin dibuja los mapas estructurales de la familia, que delimitan los límites de los miembros, dibujándose las alianzas y las coaliciones.

Técnicas utilizadas:

En una primera fase hay que conseguir "entrar" en el sistema mediante la unión y la acomodación: Procedimientos de rastreo (recogida de información interaccional) mantenimiento (respeto de las reglas actuales del sistema) y mimetismo (potenciación de algunos elementos de similitud entre el terapeuta y la familia).

Una vez que el terapeuta ha entrado, puede utilizar técnicas de reestructuración:

Redefinición positiva del síntoma: Intenta proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, que ponga en duda las estructuras del sistema (Ej: niño de 3 años que empieza a llorar durante la sesión).

Prescripción de tareas conjuntas para varios miembros de la familia: Promueva alianzas alternativas a las existentes (reelaboración de límites).

Desequilibración: requiere que el terapeuta forme una alianza intensa con un subsistema de la familia para obligar a una reestructuración de límites.

Haley y Madanes añaden las intervenciones paradójicas.

- Aplicación del enfoque estratégico de Haley con los trastornos de la adolescencia (esquizofrenia incipiente, delincuencia y drogadicción).

- La escuela estructural es efectiva en el campo de los trastornos infantiles en general, y en los psicósomáticos en particular.

Escuela De Milán (Escuela Sistémica):

- Mara Selvini-Palazoli, "Paradoja y contraparadoja".

- Su punto de partida son los trabajos de Bateson, y el grupo de Palo Alto, con su enfoque comunicacional cibernético P Familia como un sistema cibernético autorregulado, en el que todos sus elementos están interconectados y donde el problema que se presenta cumple una determinada función, dentro de la lógica interna del sistema.

- Este equipo, se ha definido más como un centro de investigación del proceso terapéutico (caso único), que como un centro terapéutico.

- La principal característica de ésta escuela es su adecuación para el tratamiento de familias con organización muy rígida ("transacción psicótica").

La aplicación de sus tratamientos se ha dado sobre todo en 2 trastornos: la anorexia y los trastornos psicóticos.

Terapia:

Desde el mismo contacto para la petición de consulta, se comienza a recoger información para elaborar una hipótesis circular, que contiene información de la función, que para cada miembro de la familia, cumple el síntoma del paciente. Esta hipótesis inicial se revisa en el transcurso de la sesión: las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmar o refutar la hipótesis inicial. El uso del espejo unidireccional permite asegurar la neutralidad del terapeuta respecto de la familia, además de suponer el mantenimiento de

una "metaposición" con respecto a la familia (posición de experto). Una de las intervenciones que siguen a la pausa de la sesión es la de la connotación positiva del síntoma y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad. Esta intervención sienta las bases para la prescripción paradójica:

Si lo que está pasando en la actualidad tiene un valor positivo, mejor no cambiar y persistir con los síntomas.

Puesto que la familia se siente mal con el síntoma, se encuentra con el dilema de confirmar la visión del terapeuta y no cambiar, o descalificarlo cambiando.

Esta modalidad de terapia trabaja con un contrato de 10 sesiones, con un intervalo mensual, para dar tiempo a la familia a digerir el input provocativo del equipo.

- Este equipo, posteriormente, experimentó con la prescripción invariable (un programa de tratamiento aplicado de forma estandarizada para todos los casos de transacción rígida): los resultados permitieron un análisis de la reacción característica que provoca en cada uno de los miembros de la familia, conocimientos que permitieron la formulación de los juegos psicóticos (Selvini-Palazzoli).

Aunque éstas 3 escuelas han desarrollado modelos de actuación diferentes, se han producido trasvases de un modelo a otro. La escuela de Milán, parece haber funcionado como una especie de "centro espiritual", por inspirar nuevas ideas y mirar hacia los desarrollos americanos.

Las intervenciones sistémicas, no pretenden modificar directamente las conductas problemáticas, sino los parámetros de los cuales, la conducta disfuncional es parte integrante, por lo que, la evaluación de éstos parámetros es crucial.

La evaluación parte del supuesto de que la conducta disfuncional es una expresión de patrones de interacción interpersonal disfuncionales.

Para conocer éstos patrones, confían más en la formulación de hipótesis iniciales y su puesta a prueba en el transcurso de la intervención terapéutica, que en la utilización de los instrumentos tradicionales de evaluación psicológica. Por varias razones de no utilizar los instrumentos tradicionales de evaluación psicológica:

- La propia búsqueda de un diagnóstico formal suele ser una forma en la que la familia intenta confirmar el carácter desviado del paciente identificado, legitimando oficialmente su desviación (Los terapeutas sistémicos nunca preguntan "Cuando se convirtió Pepa en anoréxica", sino "Cuando decidió Pepa comenzar su huelga de hambre": Es una forma de no contribuir a la reificación de entidades).

- La suposición de que las relaciones se manifiestan en el aquí y ahora: La relación que hay entre A y B la van a poder ver en la realidad, en el transcurso de la sesión. Por ésta razón, los terapeutas familiares han creado procedimientos de evaluación in situ.

Los terapeutas familiares han introducido el uso del espejo unidireccional: Uno o dos terapeutas entrevistan a la familia y, en la sala contigua, tras el espejo, se halla un equipo, que puede hablar con el terapeuta a través del intercomunicador. Este formato permite que el equipo alcance una distancia suficiente respecto a la familia, que el terapeuta se mantenga en su rol de experto, y la revisión in situ de las hipótesis circulares.

En general, estos tratamientos suelen tener un número reducido y limitado de sesiones: no suelen ser más de 20 y su frecuencia es variable. La duración global del tratamiento no suele exceder los 2 años.

Los problemas clásicos de la relación terapéutica (ej: relaciones transferenciales), si se producen, se plantean de una forma diferente al darse en el contexto de la familia.

Desde que Bertalanffy citado por Gimeno, A (2008), formuló en 1968 la Teoría General de Sistemas (TGS), ésta teoría ha sido ampliamente divulgada. Surgió con la finalidad de dar explicación a los principios sobre la organización de muchos fenómenos naturales y en la actualidad es aplicada al conocimiento de muchas otras realidades, tanto naturales como ecológicas, medioambientales, sociales, pedagógicas, psicológicas o tecnológicas, habiéndose convertido en el modelo predominante en los estudios de familia. La población de estudio en el modelo sistémico, no queda sólo reducida al estudio de pacientes y familias con problemas graves, sino que explica el comportamiento y la evolución de familias normativas y normalizadas, sirviendo de base a programas de formación y prevención (Millán Ventura, 1990; Rodrigo & Palacios, 1998).

Los trabajos mencionados consideran a la familia un sistema, al que le son aplicables los principios propios de los Sistemas Generales, y también otras características relevantes, que facilitan su comprensión y que son específicas de los sistemas familiares. La terapia sistémica tiene su origen en el momento en que varios terapeutas, dentro de su trabajo individual, debe iniciar intervenciones como un grupo familiar cuyo fin es obtener mayor cantidad de información del miembro sintomático, dedicándose a observar la dinámica familiar como agentes influyentes en la patología presente, las variables relacionables entre la sintomatología y la familia, en el cual intervienen algunas personas del núcleo familiar, pero que al finalizar toda la familia estará inmersa en la problemática. (Ochoa, 1995).

Bowen citado por Ochoa (1995), realizaba un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, en el cual trabaja con niños con enfermedades mentales y sus madres, en el cual pretendía probar una “hipótesis simbiótica”, en la cual la patología del hijo está estrechamente relacionado con un posible trastorno de la madre, son embargo en

el transcurso de la investigación Bowen evidenció que la relación entre madre e hijo era un trozo de unidad familiar más amplia y que como lo requiere la terapia sistémica, la patología solo es el síntoma de una problemática mayor de la familia o una alteración en su estructura.

La terapia familiar sistémica está compuesta por el concepto de los sistemas, en el sistema familiar se pueden evidenciar algunos de los siguientes:

Bronfenbrenner (1987), quien la ha aplicado al sistema familiar, considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Dado que para este autor el entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo, adoptó la terminología de “modelo ecológico” que se concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en las siguientes.

Microsistema

Este sistema es concebido como el conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato, según Bronfenbrenner, (1986), la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años. Las relaciones que se dan en el interior del microsistema a su vez reciben la influencia del exterior, aunque no se participe de manera directa y activamente en ellas; no obstante, delimitan lo que tiene lugar en el ambiente más próximo, esto es el exosistema.

Mesosistema

El mesosistema familiar, como conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, es una dimensión importante en los informes de valoración familiar. En cada etapa de ciclo familiar, suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes, que todo informe de valoración debe considerar: la escuela, la pandilla, el club deportivo, el partido político o la asociación de vecinos.

Macrosistema

El Macrosistema entendido como el conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las instituciones sociales. En nuestro caso, la cultura predominante en el entorno familiar es también una dimensión a comparar con la cultura de origen de cada familia. En los casos en que la divergencia entre ambas sea alta, como en el caso de familias musulmanas que emigran a un país católico, las demandas de cambio que derivan del entorno constituyen una fuente de presión nada fácil de asimilar.

Definición de Familia

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, Minuchin, (1986). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Tipos de Familias

La familia nuclear.

Se considera así al subsistema social que consta de dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados. Es una unidad económica que la sociedad y la cultura reconocen.

La familia extensa.

Es aquella constituida por una agrupación numerosa de miembros, caracterizada por tres generaciones en adelante. Además de padres e hijos, incluye abuelos, tíos y primos, y comparten vivienda y economía. Este tipo de familia puede albergar a sus miembros en épocas de crisis, tales como reciente madre-solterísimo, separaciones conyugales o abandono.

La familia simultánea.

Conformada por parejas que tuvieron uniones que concluyeron en ruptura (divorcio, abandono o muerte). A este tipo de familia el cónyuge aporta hijos de uniones anteriores, las funciones económicas se expanden y se reparte la autoridad. A esta familia también se le denomina recompuesta, reconstituida de nupcialidad reincidente y superpuesta.

La familia monoparental.

Integrada por un solo cónyuge y sus hijos, surge como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges por fallecimiento, divorcio y madresolterismo o padresolterismo.

La familia reconstruida.

Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia.

La definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella se extrae las características del sistema -conjunto, estructura, personas, interacción- y otras atribuibles a los sistemas sociales -abierto, propositivo, complejo-, además de las características específicas del sistema familiar -intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros. A continuación se explicará los conceptos de cada uno de estos términos.

Conjunto

En tanto que conjunto, la familia es una totalidad, una Gestalt que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente.

Estructurado

Lo mismo que cualquier sistema, la familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar (Parson & Bales, 1955 citado por Gimeno, A 2008).

Personas

Desde la perspectiva sistémica se ha olvidado a menudo al sujeto psicológico en aras de la relevancia concedida a la interacción. No obstante, la psicología familiar y la psicología del desarrollo han retomado su papel dentro de la familia como sujeto activo con capacidad de modificar el sistema y de cambiar las metas y los procedimientos internos, sin

que el sujeto quede reducido a un mero producto de la globalidad (Parson & Bales, 1955 citado por Gimeno, A 2008).

Propositivo

Desde esta concepción más ecológica, se puede hablar de sistema evolutivo como otra característica del sistema familiar, que en la terminología empleada en psicología es análogo a “sistema propositivo”, es decir, orientado a la consecución de determinadas metas. Las metas del sistema familiar son en principio asignadas socialmente, y luego interiorizadas; y son básicamente la protección y educación de los hijos y su integración en la comunidad como miembros activos.

Auto organizado

La familia plantea sus metas y los medios para lograrlas, de ahí que hablemos de un sistema auto organizado. La familia es pues agente de su propio desarrollo, de sus propios cambios a través de estrategias, normas, recursos y procedimientos aportados por todos sus miembros, que van asimilando del mismo entorno en el que la familia se desenvuelve o bien de su particular historia familiar. Además la auto organización se une a la capacidad de retroalimentación, es decir, de recabar información sobre el proceso de desarrollo familiar, sobre los niveles de logro de las metas y sobre la eficacia de las reglas y de las estrategias activadas a tal efecto.

Interacción

Los miembros de la familia permanecen en contacto entre sí a partir de una serie continua de intercambios que suponen una mutua influencia y no una mera causalidad lineal, sino bidireccional o circular, que tiende a mantenerse estable.

Abierto

Desde el punto de vista termodinámico y de la organización, los sistemas se clasifican en abiertos o cerrados, según se intercambie, o no, energía, materia o información con el exterior del mismo. Los sistemas vivos, como los organismos o los ecosistemas, se consideran sistemas abiertos, y también la familia se puede considerar como sistema abierto (Musitu 1994), en tanto que presenta unos límites permeables a la influencia de otros sistemas, como pueden ser la escuela o el barrio.

La familia, como sistema abierto, significa que está en continua interacción con otros sistemas. Existe, por lo tanto, una vinculación dialéctica respecto a las relaciones que tienen lugar en el interior de la familia y el conjunto de relaciones sociales; aquellas están condicionadas por los valores y normas de la sociedad de la cual la familia forma parte.

En este capítulo se conceptualizó el enfoque sistémico, sus principales concepciones, escuelas y técnicas de intervención, para dar cumplimiento a los objetivos de este proyecto investigativo se decidió realizar un abordaje teniendo como guía las bases de la Escuela Estructural/Estratégica (triada social), debido a que consideran que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones y consideramos que es la forma más apropiada de intervenir a un paciente con Parkinson en su contexto familiar, teniendo en cuenta que pueden presentar aspectos positivos, como negativos y con esto buscaremos, reforzar esos aspectos positivos y fortalecer las relaciones, y los aspectos negativos cambiarlos por alianzas que permitan una mejoría tanto a nivel físico como emocional y social. Como técnicas inicialmente realizaremos una Redefinición positiva del síntoma Intentando que el paciente y sus cuidadores, tengan una visión diferente del problema y así traten de verlo de una forma distinta un poco más positiva. Además, se hará una serie de Prescripciones de tareas conjuntas para varios miembros de la familia y/o cuidadores, tareas que permitan ayudar a fortalecer las relaciones entre sus miembros y definir espacios y tiempo de cada uno con el paciente, para que no sea visto este tiempo como una obligación sino como una oportunidad de compartir con la persona afectada.

MARCO CONCEPTUAL

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

Apoyo instrumental: Acceso a elementos, medios y mecanismos que garanticen el bienestar del dependiente permanente y permitan cumplir la función de cuidador.

Apoyo emocional: Acceso a programas que garanticen la estabilidad psicológica y el entendimiento de su situación y la de la persona a quien cuida y el enfrentamiento de retos, temores y duelos, asociados con la función de cuidador.

Apoyo social: Acceso a planes de recreación, socialización y esparcimiento.

Atención Integral. Se entiende como Atención Integral al Adulto Mayor al conjunto de servicios que se ofrecen al Adulto Mayor, en el Centro Vida, orientados a garantizarle la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, recreación y actividades productivas.

Atención Primaria al Adulto Mayor. Conjunto de protocolos y servicios que se ofrecen al adulto mayor, en un Centro Vida, para garantizar la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y su remisión oportuna a los servicios de salud para su atención temprana y rehabilitación, cuando sea el caso. El proyecto de atención primaria hará parte de los servicios que ofrece el Centro Vida, sin perjuicio de que estas personas puedan tener acceso a los programas de este tipo que ofrezcan los aseguradores del sistema de salud vigente en Colombia.

Calidad de Vida: Características específicas de la aptitud de vida que se posee, es decir un calificativo que define si la vida de un individuo es buena o mala.

Células Dopaminérgicas: Estas células nerviosas producen una sustancia química natural llamada dopamina (se llaman neuronas dopaminérgicas). La falta de dopamina hace que los pacientes con la enfermedad de Parkinson tengan dificultad para moverse libremente, mantener una postura, hablar y escribir.

Dendritas. El concepto de dendrita se utiliza para dar nombre a una extensión protoplásmica con ramificaciones que forma parte de una célula nerviosa y le permite a ésta

recibir estimulación del ámbito exterior. Las dendritas, por lo tanto, son ramificaciones terminales presentes en las neuronas que garantizan la recepción de los impulsos nerviosos que llegan desde un axón correspondiente a otra neurona.

Estimulación: Incitación o excitación de algo para acelerar un proceso o avivar una actividad.

Enfermedad neuro degenerativa: Tipo de enfermedades que agrupa a un género de desórdenes cognitivos, tales como, Problemas de atención, memoria, percepción etc. Los cuales se deben a un aumento en los procesos de muerte celular, reduciendo el número de neuronas y generando cambios en la conducta.

Estimulación cognitiva: La estimulación cognitiva engloba todas aquellas actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas son, entre otros procesos mentales, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas de estimulación cognitiva.

Geriatría. Especialidad médica que se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y de la enfermedad de los ancianos.

Gerontólogo. Profesional de la salud, titulado de instituciones de Educación Superior debidamente acreditadas para esta área específica del conocimiento, que interviene en el proceso de envejecimiento y vejez del ser humano como individuo y como colectividad, desde una perspectiva integral, con el objetivo de humanizar y dignificar la calidad de vida de la población adulta mayor.

Gerontología. Ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales).

Hipercinéticos. Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

MARCO LEGAL

LEY 1276 DE 2009 – Derecho del adulto Mayor

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Artículo 6. Beneficiarios. Serán beneficiarios de los Centros Vida, los adultos mayores de niveles I y II de Sisbén o quienes según evaluación socioeconómica, realizada por el profesional experto, requieran de este servicio para mitigar condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social.

Parágrafo. Los Centros Vida tendrán la obligación de prestar servicios de atención gratuita a los ancianos indigentes, que no pernocten necesariamente en los centros, a través de los cuales se garantiza el soporte nutricional, actividades educativas, recreativas, culturales y ocupacionales y los demás servicios mínimos establecidos en la presente ley.

Parágrafo 1. A través de una amplia convocatoria, las Alcaldías establecerán la población beneficiaria, de acuerdo con los parámetros anteriormente establecidos, conformando la base de datos inicial para la planeación del Centro Vida.

Parágrafo 2. De acuerdo con los recursos disponibles y necesidades propias de la entidad territorial, podrán establecerse varios Centros Vida, estratégicamente ubicados en el perímetro municipal, que operando a nivel de red, podrán funcionar de manera eficiente, llegando a la población objetivo con un mínimo de desplazamientos.

Artículo 11. Modifícase el artículo 6o de la Ley 687 de 2001, el cual quedará así. Servicios mínimos que ofrecerá el Centro Vida. Sin perjuicio de que la entidad pueda mejorar esta canasta mínima de servicios, los Centros Vida ofrecerán al adulto mayor los siguientes:

Orientación Psicosocial. Prestada de manera preventiva a toda la población objetivo, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la

tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología y trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.

3) Atención Primaria en Salud. La cual abarcará la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes.

4) Aseguramiento en Salud. Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a los adultos mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado.

5) Capacitación en actividades productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria.

6) Deporte, cultura y recreación, suministrado por personas capacitadas.

7) Encuentros intergeneracionales, en convenio con las instituciones educativas oficiales.

8) Promoción del trabajo asociativo de los adultos mayores para la consecución de ingresos, cuando ello sea posible.

9) Promoción de la constitución de redes para el apoyo permanente de los Adultos Mayores.

10) Uso de Internet, con el apoyo de los servicios que ofrece comparte, como organismo de la conectividad nacional.

11) Auxilio exequial mínimo de 1 salario mínimo mensual vigente, de acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial.

Parágrafo 1. Con el propósito de racionalizar los costos y mejorar la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos, los Centros Vida podrán firmar convenios con las universidades que posean carreras de ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología, nutrición, trabajo social, psicología, terapias, entre otras); carreras como educación física, artística; con el Sena y otros centros de capacitación que se requieran.

Artículo 12. Organización. La entidad territorial organizará los Centros Vida, de tal manera que se asegure su funcionalidad y un trabajo interdisciplinario en función de las necesidades de los Adultos Mayores; contará como mínimo con el talento humano necesario para atender la dirección general y las áreas de Alimentación, Salud, Deportes y Recreación y Ocio Productivo, garantizando el personal que hará parte de estas áreas para asegurar una atención de alta calidad y pertinencia a los Adultos Mayores beneficiados, de acuerdo con (os requisitos que establece para, el talento humano de este tipo de centros, el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. La atención en los Centros Vida, para la población de Niveles I y II de Sisbén, será gratuita; el Centro podrá gestionar ayuda y cooperación internacional en apoyo a la tercera edad y fijar tarifas mínimas cuando la situación socioeconómica del Adulto

Mayor, de niveles socioeconómicos más altos, así lo permita, de acuerdo con la evaluación practicada por el profesional de Trabajo Social. Estos recursos solo podrán destinarse, al fortalecimiento de los Centros Vida de la entidad territorial.

Artículo 14. La presente ley hará parte integral de las políticas, planes, programas o proyectos que se elaboren en apoyo a los adultos mayores de Colombia.

Proyecto de Ley 33 de 2009 Senado

Por la cual se reconoce al Cuidador Familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reconocer la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a personas que están a cargo de familiares que por su situación física, mental, intelectual o sensorial dependen de otro para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la presente ley se entenderá como:

Cuidador Familiar. El cuidador familiar a que se refiere esta ley será la persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil con la misma, demuestre que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que por su labor de cuidador se ve impedido de desempeñarse laboralmente.

Parágrafo. Para efectos de la protección derivada de la presente ley no se podrá reconocer más de un cuidador por persona dependiente.

Dependiente Permanente Total. Persona que por su condición física, mental, intelectual o sensorial, o por razones de edad, se encuentre limitada en su autonomía o independencia de manera permanente, generando la necesidad de atención de parte de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

Parágrafo. La dependencia permanente total será calificada por la Junta de Invalidez que corresponda, de conformidad con el Decreto 2463 de 2001.

Actividades de la vida diaria. Para efectos de la presente ley se entenderán como actividades de la vida diaria aquellas indispensables para llevar una vida digna y en las cuales la persona con dependencia requiere asistencia permanente, tales como bañarse, preparar alimentos, alimentarse, vestirse, trasladarse, acceder a los servicios de salud o hacer las necesidades fisiológicas, así como actividades instrumentales como desplazamiento y ayuda para realizar trámites tendientes a satisfacer las necesidades básicas.

Artículo 4°. Derechos del cuidador familiar. El sistema de salud en el cual se encuentre inscrito el dependiente permanente total, garantizará a su cuidador familiar debidamente registrado como tal, acceso a políticas de apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo social.

Para efecto del presente artículo se entenderá lo siguiente:

Apoyo instrumental: Acceso a elementos, medios y mecanismos que garanticen el bienestar del dependiente permanente y permitan cumplir la función de cuidador.

Apoyo emocional: Acceso a programas que garanticen la estabilidad psicológica y el entendimiento de su situación y la de la persona a quien cuida y el enfrentamiento de retos, temores y duelos, asociados con la función de cuidador.

Apoyo social: Acceso a planes de recreación, socialización y esparcimiento.

Artículo 5°. Capacitación de los cuidadores familiares. Además de los apoyos mencionados en el artículo anterior, el Sistema de Salud al cual se encuentre afiliado el dependiente permanente total, debe garantizar una capacitación permanente a los cuidadores familiares en casa sobre la enfermedad o padecimiento de la persona a su cuidado, así como en técnicas de cuidar en el hogar, primeros auxilios y manejo de medicamentos.

Artículo 7°. Beneficios pensionales. El cuidador familiar, debidamente registrado y acreditado como tal, en el evento de no ser pensionado ni tener ingresos que lo obliguen a cotizar al Sistema General de Pensiones, tendrá derecho a ser beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional en la Subcuenta de Solidaridad, acreditando los requisitos exigidos para ser beneficiario.

Sin embargo, en los casos en que por razón de la edad el cuidador manifieste la imposibilidad de participar como cotizante a través de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional, podrá ser beneficiario en el mismo fondo a través de la subcuenta de subsistencia, acreditando únicamente el requisito de edad exigido para este beneficio.

Artículo 8°. Prelación en servicios sociales prestados por el Estado. Cuando el cuidador familiar no tenga ingresos propios ni acceso a los Sistemas de Seguridad Social, se garantizará la prelación de estos para ser inscritos en los planes de alimentación, educación, vivienda y recreación ofrecidos por el Estado.

Artículo 9°. Fuerza Pública. Extiéndanse los beneficios de la presente ley a las personas que de acuerdo con el artículo 2° de la presente, sean denominados como cuidadores familiares de personal de la Fuerza Pública.

Artículo 10. Ampliación de los planes obligatorios en tareas de cuidadores. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, o quien haga sus veces, incluirá tanto en el sistema contributivo como en el sistema subsidiado, los insumos y elementos de carácter clínico, que faciliten la actividad de los cuidadores familiares, respecto al apoyo que deben prestar a las personas con dependencia permanente total en los cuidados de la vida diaria. El Consejo Nacional de Discapacidad velará por esta incorporación y hará seguimiento de la misma.

Artículo 11. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Las anteriores leyes dan soporte a la investigación realizada puesto que las brindan protección al adulto mayor y al cuidador, generando condiciones psicológicas favorables en las diferentes áreas de ajustes tales como la personal, familiar y social. Brinda protección a nivel general que repercute en el bienestar de los pacientes que se traduce en calidad de vida.

La ley del adulto mayor tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad, brindando atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, la presente investigación tiene como objetivo brindar estrategias para el mejoramiento de las condiciones psicológicas, necesitando de este servicio para disminuir condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social.

La segunda ley respalda al cuidador generando bienestar en los participantes, soportando deberes y derechos para que de esta manera se disminuya la sobrecarga y la frustración.

MARCO CONTEXTUAL

El siguiente proyecto de investigación se llevará a cabo con dos pacientes de Párkinson residentes en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander.

El primer sujeto tiene 70 años, casado hace 50 años con su esposa de edad 70 años, el nivel de escolaridad es básica primaria incompleta, trabajó en diferentes ocupaciones como maestro de construcción entre otras, y desde hace 12 años fue diagnosticado con la enfermedad de párkinson y actualmente consume medicamentos como la levodopa y calvidopa. Los síntomas que presenta de la enfermedad son, temblores, movimientos bruscos de cabeza, lengua y manos.; Actualmente reside con su esposa quien es su cuidadora principal, hijos e hijos y nietos, con los que conserva una buena relación. La dirección del hogar es carrera 2da N. 5-48 de estrato socioeconómico 3.

El segundo sujeto tiene 76 años, casado hace 16 años con su esposa de edad 71 años. El nivel de escolaridad es de básica primaria, trabajó en una ladrillera antes de ser diagnosticado con la enfermedad de párkinson hace ocho años, actualmente consume medicamentos como la levodopa. Los síntomas que presenta de la enfermedad son temblores, inestabilidad postural, movimientos bruscos en la lengua; En la actualidad vive con su esposa quien es su cuidadora principal, hijas y nietos con quien lleva una relación de respeto y comprensión. La dirección del hogar es calle 7 N. 7-77 de estrato socioeconómico 1.

METODOLOGÍA

Se planteó este estudio con el propósito de diseñar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar, identificando las condiciones psicológicas que presenta el paciente con Párkinson, para que de esta manera se faciliten herramientas didácticas de estimulación cognitiva a través de las técnicas de información y comunicación que repercutan en el progreso de sus condiciones psicológicas.

Tipo de investigación

La investigación se encuadra dentro de un corte cualitativo, metodología que permite comprender y profundizar el fenómeno objeto de estudio, desde la perspectiva de los participantes y en su contexto, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significaciones (Hernández, Collado & Baptista, 2010).

Diseño

Siendo una investigación cualitativa, se define un diseño de Investigación-Acción, su propósito es resolver problemas cotidianos e inmediatos, y mejorar prácticas concretas. Su intención fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos, Según Stringer (1999) las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son:

Observar (construir un bosquejo del problema y recolectar datos)

Pensar (analizar e interpretar)

Proceder (resolver problemas e implementar mejoras)

Las cuales se dan de una manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente (Citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Población

Adultos mayores de 70 años en adelante que padecen la enfermedad de Párkinson residentes en la Ciudad de Pamplona.

Muestra

Dos adultos mayores de 70 y 76 años respectivamente. Los pacientes padecen la enfermedad de Párkinson, encontrándose en el estadio II, donde presentan inestabilidad postural y reducción en la autonomía.

Categorías

Las siguientes categorías y subcategorías se analizarán

CATEGORÍAS	
Desarrollo de la enfermedad	Estimulación cognitiva
SUBCATEGORÍAS	
Conocimiento de la enfermedad	Atención
Cambios ocurridos en el desarrollo de la enfermedad	Memoria
Beneficios de intervención	Lenguaje
	Funciones ejecutivas
	Percepción

Tabla 1: Categorías del análisis.

Procedimiento

Continuando con la tesis titulada “Manejo Y Cuidado Del Paciente Con Parkinson En Un Contexto Familiar” (Reuto Arias L, Bravo Pinzón V, 2014) Se realizó un análisis de los datos arrojados con el propósito de identificar la principales problemáticas que afectan al paciente con Párkinson. Se realizó un acercamiento a la muestra, por medio de técnicas de entrevistas semiestructuradas, por medio de las cuales se buscó extraer información relevante en cuanto a problemas en los procesos cognitivos ocurridos a través del proceso del síndrome y evolución y así elaborar las estrategias pertinentes para la estimulación cognitiva.

Fase cumplimiento y ejecución de estrategias

Para cumplir los objetivos implementados se establecieron diversas estrategias para la eficacia y validez. En continuidad se proporcionará una breve descripción de cada uno de los instrumentos que se utilizaron para la realización de este propósito de investigación.

Técnicas de recolección de información

Tomando como referencia la tesis titulada “Manejo y cuidado del paciente con párkinson en un contexto familiar” (Reuto Arias L., Bravo Pinzón v, 2014), se realizó un análisis de los datos arrojados por los pacientes en ese proyecto investigativo.

La primera técnica empleada fue el pre test validado “EIPEPP” (Entrevista Inicial Para el Paciente con Párkinson) con el objeto de tener un acercamiento a los pacientes y tener conocimiento inicial sobre el estado cognitivo actual de los pacientes.

Como segunda técnica se realizó la recolección de datos sociodemográficos para así recolectar datos e información personal del sujeto con Párkinson.

La tercera técnica fue aplicación del manual de estimulación cognitiva para el paciente con párkinson en el contexto familiar.

Como cuarta y última técnica empleada fue el post test validado “EPPEP” (Entrevista Posterior Para el Paciente con Párkinson) con el objeto de identificar cambios y rehabilitación de procesos cognitivos estimulados.

Análisis de resultados

Recolección de datos sociodemográficos, la entrevista inicial para los pacientes. El análisis y presentación de los resultados obtenidos se realizó a partir del análisis de matrices de los instrumentos de pre test, post test y el Manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar. Se realizó para ello la transcripción de las respuestas de la entrevista semiestructurada del paciente, obteniendo interpretaciones de acuerdo a las respuestas afines y particulares que relatan los participantes para plantear una matriz señalando los componentes que corresponden a las categorías y subcategorías propuestas. Finalmente se contrastó con la teoría para generar las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

Aspectos Éticos

Los aspectos éticos que se tuvieron presentes en este estudio, están basados en el código ético del psicólogo en Colombia, desde la reglamentación para el desarrollo de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, consignado en el capítulo 7 (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009). Los profesionales de la psicología

dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Las leyes y los códigos éticos deben respetarse, en esta medida es el investigador el verdadero juez de su propia conducta y sobre el recae toda responsabilidad de la investigación. La honestidad corresponde a plasmar y describir los resultados tal cual son, es decir plasmar los hallazgos científicos tal como se encontraron. Evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos, y ocultar información científica que contradiga los resultados. Se debe reconocer la fuente y el origen de las ideas, por lo tanto cualquier autor debe ser consignado en el documento.

Al trabajar con seres humanos es preciso informar sobre los diferentes aspectos de la investigación, del propósito y la función de la misma, se debe respetar la privacidad. Los participantes deben ser protegidos de daños físicos, psicológicos, por lo tanto deben ser tratados con respeto y dignidad; el participante humano debe elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento sin recibir ninguna consecuencia negativa por no participar o retirarse. Los participantes tienen derecho al anonimato cuando se reporten los resultados y a que estos se protejan.

Se debe diligenciar el consentimiento informado, este debe ser firmado por los participantes de la investigación, se les debe indicar en qué consiste la investigación, las razones por las cuales fue seleccionado para el estudio, cuánto tiempo y esfuerzo requerirá su participación. Los datos originales se deben conservar por lo menos durante dos años.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la aplicación la entrevista inicial EIPEPP y la entrevista posterior EPPEP, aplicada a los participantes de la investigación.

Tabulación y Análisis Cualitativo de los Instrumentos Aplicados

TABLA DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Adultos Mayores						
Entrevista	Edad	Sexo	Escolaridad	Trabaja		Estado civil
				Si	No	
Sujeto 1	76	M	Secundaria	x		Casado
Sujeto 2		M	Primaria		X	Casado

Tabla 2: Datos sociodemográficos del paciente.

La muestra tomada para realizar la investigación fue de 2 personas escogidas de forma aleatoria, entre los cuales se destaca una igualdad, la muestra está conformada por 2 personas del género masculino que padecen la enfermedad de Párkinson.

A la población se le aplicó una entrevista semiestructurada inicial EIPEPP y la entrevista posterior EPPEP, referente al tema de la enfermedad de Párkinson, con el objetivo de indagar sobre las condiciones actuales que ellos manifiestan y arrojando así resultados provechosos para avance de la investigación.

Análisis del Pre test “EIPPEP”

A continuación se hace una descripción de unos de los reactivos implementados en la aplicación de la entrevista inicial utilizada que tienen gran relevancia como instrumento dentro del proceso de investigación.

Categorías	Sub-Categorías	Pregunta	Descripción	Análisis
Desarrollo de la	Conocimiento de la enfermedad	¿Ha adquirido nuevo conocimientos frente a la enfermedad de Párkinson?	S1: “sí, internet, leo mucho y hablando con mis amigos parkinsonianos”. S2: “es una enfermedad que me hace temblar mucho”.	El sujeto 1 manifiesta tener conocimiento sobre la enfermedad de Párkinson, sabe que es una enfermedad progresiva neurodegenerativa y que en la actualidad no existe cura, relata que los medicamentos contrarrestan los síntomas para que la enfermedad sea más tolerable. El sujeto 2 tiene conocimiento sobre lo que es la enfermedad de Párkinson, y como esta afecta su vida a nivel ocupacional tiene presente sus síntomas principales, el temblor y que en ocasiones altera su equilibrio.

enfermedad

Cambios ocurridos	<p>¿Han ocurrido cambios a nivel cognitivo durante el desarrollo de la enfermedad de Párkinson?</p>	<p>S1: “ha cambiado los movimientos son más frecuentes en la boca brazos, a veces se me olvidan las cosas y cuando me hablan a veces me distraigo. Empecé una nueva droga para mejorar algunas cosas que se han alterado, algunos medicamentos me generan alucinaciones” cuando me acostaba a dormir me caía de la cama, porque me parecía que estaba jugando futbol”.</p>	<p>S2: “si a veces se me olvidan algunas cosas, y cuando hablo no me entienden mucho, me ha afectado bastante y cuando camino a veces siento que me voy a caer” y a veces no pongo cuidado de lo que me están hablando.</p>	<p>S1: El sujeto manifestó que se han presentado varios cambios cognitivos durante el desarrollo de la enfermedad de Párkinson, principalmente en cuanto a la percepción ya que refiere que anteriormente presentó alucinaciones hipnagógicas debido al consumo diario de medicamentos los cuales suspendió por las razones mencionadas, además describe el síntoma característico del Párkinson, temblor en diferentes partes de su cuerpo, distractibilidad, compromiso leve a nivel de memoria.</p> <p>S2: se evidencia un compromiso a nivel de memoria ya que el sujeto refiere que en ocasiones se le dificulta evocar información, además manifiesta problemas posturales como consecuencia del temblor y rigidez de su cuerpo, se muestra distractil y evidencia compromiso en el lenguaje.</p>
	<p>¿Ha recuperado la capacidad de realizar alguna actividad que anteriormente había perdido?</p>	<p>S1:” He tratado de ayudarme yo mismo trabajando y haciendo cosas, sobretodo la movilidad, es muy difícil cuando me levanto es un reto, trato de caminar, esto es irreversible, en la noche me gusta escuchar música”.</p>	<p>S2: “No, he, no yo pues, se me ha dificultado mas todo por la enfermedad”.</p>	<p>S1: expresa que le gusta mantenerse activo, realizar diferentes actividades como trabajar, escuchar música y leer por lo tanto refiere que no ha presentado recuperación en alguna capacidad afectada.</p> <p>S2: Refiere no haber recuperado capacidades afectadas por la enfermedad.</p>
	<p>¿Ha sentido que la relación con su familia ha cambiado de alguna forma?</p>	<p>S1: “He sido demasiado lento y a ellos no les gusta, se quejan por la lentitud”.</p>	<p>S2: “No, pues ellos me tienen mucha paciencia”.</p>	<p>S1: El sujeto 1 manifiesta que en su familia se han presentado cambios debido al desarrollo de su enfermedad.</p> <p>S2: El sujeto 2 refiere que no se han presentado cambios en su familia y se evidencia tolerancia y paciencia por parte</p>

				de su familia.
	¿Qué procesos psicológicos considera usted, se han visto afectado por la enfermedad de Párkinson?	S1: “principalmente la movilidad y pues cuando me dicen algo a veces me distraigo y aveces por causa de los medicamentos he alucinado y eso me causa problemas y muy pocas veces se me olvidan las cosas”.	S2: “se me olvidan algunas cosas y no entiendo bien algunas cosas, tienen que repetirme y casi no me entienden cuando hablo”.	S1: El sujeto 1 refiere cambios a nivel atencional, debido a que se distrae de forma ocasional además refiere presentar dificultades a nivel de percepción y memoria. S2: Se evidencia afectación a nivel de memoria, debido a que se le dificulta en ocasiones evocar información reciente, además se ve un compromiso a nivel atencional, ya que el paciente se muestra distractil y lenguaje.
Beneficios de Intervención	¿Considera usted que participar en este proyecto investigativo traerá beneficios a nivel de psicología para usted y otros pacientes?	S1: “Ojalá que haya algo bueno para usted y para mí”.	S2: “si, yo creo que de pronto me ayude, estoy interesado”.	S1: se muestra gran expectativa frente a los cambios y beneficios que pueden generarse después de la aplicación del manual de estimulación cognitiva. S2: se refleja receptividad e interés frente al proceso planteado por las psicólogas en formación en la presente investigación.

Tabla 3: Matriz 1 Pre test Entrevista semiestructurada EIPEPP

Análisis inicial de la aplicación del manual de estimulación cognitiva

Categoría	Subcategoría	Análisis	
		Sujeto 1	Sujeto 2
Estimulación Cognitiva	Atención	S1: se evidencia cierto grado de compromiso a nivel atencional, distractibilidad leve.	S2: se evidencia compromiso a nivel atencional, ya que en ocasiones el paciente se muestra distractil.
	Memoria	Se evidencia afectación leve de la memoria inmediata debido a que se le dificulta recordar todos los aspectos de una imagen vista con anterioridad.	Se evidencia afectación debido a que se le dificulta en ocasiones evocar información reciente, a nivel de memoria.
	Lenguaje	Se manifiesta una leve afectación, discurso lentificado, bradilalia.	Se ve compromiso de lenguaje, debido a que el principal movimiento se evidencia en la zona de la mandíbula lo cual dificulta su habla. En cuanto al lenguaje como proceso cognitivo de igual forma se evidencia afectación, presenta musitación, y bradilalia.
	Percepción	Refiere compromiso a nivel perceptivo, alucinaciones Hipnagógicas principalmente en forma temprana al sueño.	No se evidencia afectación.
	Funciones Ejecutivas	No se evidencia compromiso, conducta apropiada y adaptativa.	No se evidencia compromiso, conducta apropiada y adaptativa.

Tabla 4: Matriz 2 Análisis inicial Manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson

Post test Análisis posterior “EPPEP”

Categorías	Sub-Categorías	Pregunta	Descripción		Análisis
	Conocimiento de la enfermedad	¿Adquirió nuevos conocimientos frente a la enfermedad de Párkinson?	S1: “sí, leyendo mucho y pues con ustedes, aprendí mucho sobre los ejercicios”.	S2: “sí, por que yo no sabía que uno puede cuidar la mente haciendo ejercicios”.	Tanto el sujeto 1 como el “relatan haber adquirido conocimiento después de la participación en la presente investigación, ya que enfatizan en conocer la importancia de la estimulación cognitiva como medio para fortalecer y mantener capacidades intelectuales.
Desarrollo de la enfermedad		¿Considera usted que ocurrieron cambios cognitivos debido a la estimulación cognitiva realizada?	S1: “sí, porque pues de cierta forma ahora me esfuerzo más por recordar cosas y prestar atención, concentración, entonces la mente está trabajando y eso me ayudó”.	S2: “sí, por que cuando hago los ejercicios me concentro mucho y entonces me esfuerzo por estar atento y mi mente también recordando los dibujos y eso me ha ayudado”.	S1: se evidencia que el sujeto es consciente de la importancia de la estimulación como fuente de fortalecimiento cognitivo, menciona que se han presentado cambios a nivel atencional y de memorial principalmente. S2: Relata que sintió un fortalecimiento en procesos cognitivos tales como concentración, atención y memoria, en los cuales inicialmente se evidenciaba un grado de afectación.

Cambios ocurridos	<p>¿Considera que recuperó la capacidad de realizar alguna actividad que anteriormente había perdido?</p>	<p>S1: “pues ahora ya no tienen que repetirme tanto para hacer las cosas y pues hay cosas que ya no se me olvidan como antes que me decían algo y aveces se me olvidaba”.</p>	<p>S2: “Ahora me concentro más y ya entiendo más fácil las cosas, aunque he estado malito”.</p>	<p>S1: expresa de forma clara que ha sentido cambios a nivel atencional y en cuanto a la memoria evidencia cambios referentes a evocar recuerdos instantáneos.</p> <p>S2: El sujeto 2 relata que ha sentido cambios a nivel atencional, además de concentración por lo cual refiere comprender con mayor facilidad lo que las demás personas le expresan.</p>
	<p>¿Ha sentido que la relación con su familia ha cambiado de alguna forma?</p>	<p>S1: “pues, más que todo con mi esposa, aunque la relación siempre ha sido buena, ella es muy tolerante conmigo”.</p>	<p>S2: “Ellos siempre me han tenido mucha paciencia y me quieren”.</p>	<p>S1: El sujeto 1 manifiesta que se han presentado cambios en cuanto a la relación con su esposa quien es su cuidador principal, ya que refiere que se ha mostrado más tolerante con él.</p> <p>S2: El sujeto 2 relata que no se han presentado cambios en su familia ya que refiere siempre haber tenido una relación de amor y tolerancia.</p>
	<p>¿Considera que las estrategias de estimulación implementadas por las psicólogas en formación fueron óptimas?</p>	<p>S1: “Si, claro por qué fueron muy coloridas, llaman la atención y pues los ejercicios eran claros y me gustaba realizarlos”.</p>	<p>S2: “si, fueron muy buenas y bonitas me gusta hacer los ejercicios, los que más me gustaban eran los de atención”.</p>	<p>S1: El sujeto 1 manifiesta satisfacción frente a la estimulación realizada, fue de su agrado los ejercicios realizados y refiere que la didáctica empleada llamó su atención de forma positiva.</p> <p>S2: El sujeto 2 manifiesta un alto grado de satisfacción frente a la investigación y estimulación aplicada, relata que realizar los ejercicios de estimulación para él es muy placentero, principalmente los ejercicios de atención.</p>
Beneficios de Intervención	<p>¿Considera usted que participar en este proyecto investigativo generó beneficios a nivel de psicología para usted y otros pacientes?</p>	<p>S1: “si, muchos sería bueno seguir contando con este tipo de ayudas y podría formarse un grupo de Parkinsonianos aquí en pamploña”.</p>	<p>S2: “si, muchas gracias, porque yo no sabía que uno mismo puede ayudarse haciendo ejercicios en casa, sin necesidad de ir al médico”.</p>	<p>S1: se evidencia un alto grado de satisfacción frente a las expectativas iniciales de la investigación, el paciente muestra interés en seguir participando en este tipo de investigaciones y refiere que será propicio formar un grupo de Parkinsonianos en esta ciudad.</p> <p>S2: Manifiesta un valioso agradecimiento frente al proceso realizado, considerando de gran</p>

importancia la estimulación hecha en domicilio como herramienta de autoayuda.

Tabla 5: Matriz 3 Post test Entrevista semiestructurada EPPEP

Análisis posterior de la aplicación del manual de estimulación cognitiva

Categoría	Subcategoría	Análisis	
		Sujeto 1	Sujeto 2
Estimulación Cognitiva	Atención	S1: Se evidencia fortalecimiento a nivel atencional, el paciente realiza ejercicios de forma adecuada tal como han sido solicitados inicialmente.	S2: Se evidencia cambios a nivel atencional, el paciente es atento frente a las indicaciones de la psicóloga en formación, realiza ejercicios de forma adecuada tal como han sido solicitados inicialmente.
	Memoria	Se evidencia mejora a nivel de memoria en relación al estado inicial del paciente ya que en la realización de ejercicios evoca y recuerda una mayor cantidad de información.	Se evidencia mejora a nivel de memoria en relación al estado inicial del paciente ya que en la realización de ejercicios evoca y recuerda una mayor cantidad de información.
	Lenguaje	Se evidencia conservación del lenguaje respecto al estado inicial del paciente.	Se evidencia conservación del lenguaje respecto al estado inicial del paciente.
	Percepción	Se manifiesta una conservación en la capacidad perceptiva, el paciente realiza ejercicios claros y siguiendo los parámetros solicitados.	Se evidencia mejora en la capacidad perceptiva el paciente toma en cuenta las indicaciones y las peticiones de las psicólogas en formación en el momento de realizar los ejercicios.
	Funciones Ejecutivas	El sujeto muestra un alto grado de adaptabilidad en sus funciones ejecutivas frontales,	El sujeto evidencia conservación de las funciones ejecutivas frontales, realiza ejercicios de forma adecuada

	ya que en la realización de ejercicios refiere la conducta apropiada y adaptativa para cada uno de ellos.	y adaptativa.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Tabla 6: Matriz 4 Análisis posterior manual de estimulación cognitiva

Análisis de Matrices

En el siguiente apartado se analizará a partir de las técnicas empleadas y los resultados obtenidos en las diferentes matrices.

Categoría: Desarrollo de la enfermedad

Conocimiento sobre la enfermedad.

Los pacientes con Párkinson tienen poco conocimiento sobre la enfermedad de párkinson, uno de ellos tiene clara la definición e identifica sus síntomas, el otro participante tiene una vaga idea sobre la enfermedad.

Cambios ocurridos

Los pacientes con Párkinson presenta síntomas tales como inestabilidad postural, temblor, rigidez, tono de voz bajo y movimiento bruscos, dolor muscular y de articulaciones, también dificultades en algunas actividades diarias lo que confirman que se encuentran en el estadio o fase II. Su nivel de autonomía o funcionamiento no se ha deteriorado totalmente, aunque en ocasiones necesitan de ayuda por parte de los cuidadores, a nivel cognitivo denotan cambios en las áreas de atención, memoria y lenguaje.

Beneficios de Intervención

Los pacientes manifiestan inicialmente grandes expectativas frente a la intervención a realizar por las psicólogas en formación, denotando así su interés por participar y recibir los beneficios de la misma. Posteriormente es posible evidenciar que el proceso desarrollado con los participantes, sobrepasó sus expectativas y generó satisfacción por lo cual ellos expresan su plena disposición para continuar realizando este tipo de procesos investigativos.

Análisis del manual de estimulación cognitiva

Categoría: Estimulación Cognitiva

Subcategorías

Atención

Pretest

Se evidencio levemente comprometido en los pacientes, en el sujeto 2 en mayor grado que en el sujeto 1.

Se les solicito de forma clara y concisa realizar una actividad que requería de su total atención y su realización no fue completa ni pertinente, lo que permite evidenciar cierto grado de compromiso de la atención.

Post test

Finalizando el proceso los pacientes realizaban las actividades de forma completa tal y como se les indicaba inicialmente, lo cual demuestra recuperación a nivel atencional posteriormente de la aplicación de los talleres de estimulación cognitiva.

Lenguaje

Pretest

Se evidencio levemente comprometido en los pacientes, en el sujeto 2 en mayor grado que en el sujeto 1 principalmente en articulación, siendo esta una de las consecuencias del movimiento involuntario en la parte de la mandíbula inferior.

Se evidencio bajos niveles de afectación a nivel cognitivo, Se les solicito conjugar y formar oraciones, para lo cual debían tenerse en cuenta diferentes aspectos del lenguaje, actividad que en la cual se vio un desempeño superior en el sujeto 1 a diferencia del sujeto 2 a quien se le dificulto en mayor grado la realización de dicha actividad.

Post test

Finalizando el proceso los pacientes realizaron actividades de lenguaje de mayor complejidad permitiendo evidenciar un avance en el área de lenguaje posteriormente a la aplicación de los talleres de estimulación cognitiva.

Percepción

Pretest

Se denoto compromiso, siendo esta una de las consecuencias del medicamento, administrados para los pacientes.

Inicialmente realizaron diferentes actividades de percepción evidenciando dificultades mínimas en su realización.

Post test

Finalizando el proceso los pacientes realizaron actividades de percepción en las cuales iba aumentando su complejidad lo cual permitió evidenciar un avance ya que lo hicieron de forma correcta y sin mayor dificultad.

Funciones Ejecutivas

Pretest

No se evidenció compromiso, conducta apropiada y adaptativa, lo cual se pudo evaluar mediante la aplicación de ejercicios iniciando con baja complejidad y aumentando el nivel a medida se realizaban los ejercicios, los cuales fueron resueltos de manera adecuada.

Post test

Finalizando el proceso los pacientes realizaron actividades complejas en las cuales conforme avanzaba la estimulación aumentaba su complejidad lo cual permitió demostrar un avance en cuanto a las áreas estimuladas, demostrando así beneficios para los participantes principalmente a nivel cognitivo el cual es el objetivo de estimulación del presente manual.

DISCUSIÓN

En el proceso de la presente investigación se emplearon cuatro técnicas de recolección de información de tipo cualitativos, que permitieron obtener información sobre la enfermedad de Párkinson y sus alteraciones a nivel cognitivo en los pacientes; atendiendo a las categorías principales, encontramos como primera desarrollo de la enfermedad de la cual se derivan tres subcategorías: conocimiento de la enfermedad, cambios ocurridos en el desarrollo de la enfermedad y beneficios de intervención; como segunda categoría se ubica Estimulación cognitiva donde se sitúan cinco subcategorías: atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y percepción, siendo estas las áreas de estimulación del presente manual.

La información que se obtuvo procede de los conocimientos que posee cada uno de los participantes acerca de la enfermedad de Párkinson, desde sus relatos se construye la categorización de lo que está ocurriendo a nivel físico y psicológico del paciente. Desde el estudio teórico el Párkinson hoy en día es una enfermedad que se genera de manera esporádica en muchas personas en la etapa de adultez mayor principalmente, siendo esta una enfermedad neurodegenerativa más frecuente. Según Ganong (2003), “con el

envejecimiento se observa una pérdida continua de neuronas dopaminérgicas y receptores para la dopamina en los ganglios basales de personas normales y al parecer la aceleración de este proceso es lo que causa el Parkinson.

En este orden de ideas se entiende para efectos de este estudio que la estimulación de los diferentes procesos psicológicos abarca desde los cambios físicos tales como las manifestaciones sintomatológicas del paciente y las condiciones psicológicas presentada en las áreas de ajuste personal, familiar y social y principalmente las afecciones cognitivas que vienen como consecuencia del desarrollo de la enfermedad entre otros. Es de notar que los pacientes participantes de esta investigación, se encuentran en el estadio II donde estas condiciones físicas y psicológicas tienen un grado de vulnerabilidad por los cambios que suceden a nivel social, psicológico y biológico por la evolución de la enfermedad.

Al momento del análisis de los resultados, se señala que la enfermedad de Párkinson se encuentra condicionado en algunos aspectos por la estimulación e intervención recibida para promover el fortalecimiento de procesos cognitivos, lo cual permite que tanto el paciente como el cuidador tengan las herramientas necesarias para afrontar situaciones particulares de la enfermedad como deterioro cognitivo y de funciones psicológicas básicas.

El deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que compromete implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de las personas afectadas, como se pudo evidenciar en la presente investigación, en la cual los pacientes denotan ciertos cambios en las capacidades mentales principalmente a nivel atencional, de memoria y lenguaje, debido al desarrollo de la enfermedad de Párkinson.

Según Muela, J. (2001), asociado con algunos resultados encontrados en estudios de Párkinson, refiere que entre mayor psicoeducación tenga una persona, confiere mayor asertividad, mejores estrategias de afrontamiento y de intervención dentro del hogar para el

paciente. Lo anterior se refleja en las condiciones psicológicas en cuanto a procesos psicológicos básicos se refiere, las cuales son manifestadas a través de procesos y actividades de percepción, lenguaje, memoria, atención y funciones ejecutivas. Este proyecto investigativo permitió la aplicación de ejercicios prácticos dentro del hogar, lo cual generó resultados positivos en los pacientes quienes permitieron evidenciar lo que anteriormente menciona el autor, ya que a mayor estimulación se evidenció mejor desempeño de sus capacidades mentales en cada una de las actividades realizadas.

El conocimiento frente a la enfermedad también tiene gran relevancia puesto que de ello depende en gran parte el bienestar del paciente, ya que tanto paciente como cuidador pueden emplear herramientas de intervención y elegir el mejor tratamiento en cuanto a las afecciones que el paciente este presentando. En cuanto a las consecuencias del párkinson, Según Downie (2001) la depleción de la dopamina cerebral características de este trastorno provoca un incremento reactivo en la producción de acetilcolina en los ganglios basales. Por ello es fundamental mantenerse informado y tomar un tratamiento que esté diseñado, en consecuencia para reponer la dopamina administrando su precursor levodopa que es el neurotransmisor encargado de controlar los movimientos involuntarios, contrastando esta información con lo hallado en el proceso investigativo es de notar que algunos medicamentos no son tan favorables en algunos pacientes por ello es fundamenta elegir el mejor tratamiento y con el cual el paciente sienta mayor bienestar, ya que se evidenció que ciertos medicamentos causaron en los sujetos alucinaciones y alteraciones a nivel perceptivo , por lo que suspendieron su uso y cambiaron de medicamento.

En cuanto a la categoría estimulación cognitiva, dentro de las afecciones por deficiencias cognitivas (pérdida de memoria, falta de atención, dificultades para leer y escribir, incapacidad para razonar y hacer asociaciones, etc.) se emplearon diversas estrategias de estimulación para personas adultas mayores las cuales consisten en una serie de estímulos los cuales pretendían incrementar las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y funciones ejecutivas, entre otros.) Está concebido tomando como premisa la flexibilidad y plasticidad cerebral y el demostrado efecto positivo de la actividad intelectual como obstáculo del deterioro cognitivo, y

tomando como base de trabajo los sistemas pedagógicos (educativos) (Arriola e Inza, 1999) que lo aplicado fue de gran utilidad y mientras se sigan empleado esta serie de herramientas dentro del hogar seguirá siendo una valiosa estrategia de estimulación y cuidado de los procesos mentales de los pacientes con la enfermedad de Párkinson.

Según lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, el cual es diseñar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar, se realizó un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. se demuestra su cumplimiento a partir de los instrumentos de evaluación y los resultados obtenidos, dentro de la cual la muestra destaca una igualdad por parte de la misma ya que está conformada por dos sujetos que padecen la enfermedad de Párkinson en estadio II.

Se identificó la condición inicial de los pacientes en cuanto a alteraciones cognitivas mediante la aplicación de un pre test "EIPEP" lo cual permitió dar cumplimiento al segundo y tercer objetivo, en la elaboración de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Parkinson realizando la aplicación de las técnicas de estimulación cognitiva en los dos pacientes, proporcionando de esta forma estrategias de auto estimulación en el hogar.

A cada una de las familias se le entrego un manual de estimulación cognitiva con 75 ejercicios, 15 de cada área estimulada (atención, memoria, lenguaje, percepción y funciones ejecutivas), un juego didáctico de memoria y 7 fichas de estimulación perceptiva, esto con el fin de brindarle herramientas para que puedan darle continuidad al proceso de estimulación posteriormente de la finalización del presente proyecto investigativo.

Por último se dio cumplimiento del cuarto objetivo planteado inicialmente de evaluar el impacto generado, mediante la aplicación de un post test "EPPEP" el cual mediante el análisis de su aplicación permitió dar cuenta de cambios cognitivo-emocionales presentados por el paciente después de la aplicación del manual de estimulación cognitiva.

Esta investigación evidencia que la estimulación realizada a los pacientes con enfermedad de Párkinson influyen en las condiciones psicológicas del paciente en su contexto familiar y que están relacionados con el conocimiento o información sobre la enfermedad, deterioro físico (estadio), el tratamiento y tipo de familia, donde se pueden emplear diferentes estrategias para el mejoramientos de las condiciones psicológicas que se presentan a raíz de la enfermedad de Párkinson.

CONCLUSIONES

Con el este proyecto de investigación se dio cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.

Se Identificó la condición inicial de los dos pacientes en cuanto a alteraciones cognitivas mediante la aplicación del pre test EIPEPP, encontrando que las principales áreas cognitivas a fortalecer en ellos fueron atención y memoria.

Se logró la elaboración de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson de aplicación en su contexto familiar, proporcionando así estrategias psicopedagógicas de fortalecimiento de los procesos mentales básicos contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

La evaluación del impacto generado, se realizó mediante la aplicación del post test EPPEP, justificando cambios y respuestas favorables, lo que permite evidenciar la utilidad de la herramienta de estimulación cognitiva implementada por las psicólogas en formación.

Para la psicología aporta de gran manera realizar este tipo de investigaciones ya que conlleva al enriquecimiento teórico e investigativo para la comprensión de enfermedades neurodegenerativas.

La estimulación cognitiva es una herramienta de fácil aplicación y valiosa utilidad debido a que mediante este tipo de estrategias el paciente fortalece y conserva de cierta forma sus procesos psicológicos básicos lo cual se califica en calidad de vida y autonomía para el paciente.

Es de gran importancia el papel que cumple la revisión documental a lo largo de un proyecto de investigación, durante este proceso se identificó las diferentes teorías sobre la enfermedad de Párkinson, el proceso de envejecimiento, el manejo y cuidado del paciente y la importancia de la familia en el afrontamiento de una enfermedad médica, teoría general de los sistemas y programas de estimulación cognitiva.

Para las investigadoras principales, el desarrollo de este proyecto investigativo, constituyó un enriquecimiento conceptual y teórico práctico ya que pudieron conocer a grandes rasgos esta problemática y enfrentarse a realidades y experiencia vividas de sujetos reales que se corroboran con la teoría dando resultados confiables y validos que explican la conducta y el comportamiento humano con respecto a las enfermedades médicas.

RECOMENDACIONES

Es de vital importancia dar continuidad a esta investigación dado que a los pacientes se les ofreció asistencia continúa y adecuada en estimulación cognitiva, por lo cual es oportuno seguir el hilo conductor del proceso realizado, para de esta forma poder evidenciar progreso en la salud cognitiva de los pacientes.

Es fundamental que se realicen campañas de información sobre la enfermedad de Párkinson ya que se evidencia un leve desconocimiento a nivel conceptual sobre la enfermedad como tal, cuidados y estrategias de estimulación cognitiva, siendo esta la segunda enfermedad incapacitante a nivel mundial por lo tanto merece reconocimiento para contribuir de esta forma a que disminuya la exclusión social por parte del ser humano hacia las personas que la padecen.

Se recomienda crear grupos de apoyo psicológico para personas con EP, cuidadores y familiares, para que de esta manera cuenten con información y orientación profesional

para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y afrontamiento de la enfermedad.

Se recomienda a nuestros compañeros psicólogos en formación realizar este tipo de metodología investigación-acción, ya que consideramos de vital importancia para nuestra formación académica, la intervención a la hora de investigar, ya que con ello no solo abordamos una temática si no también nos es posible aportar desde nuestra formación profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldunate J. (1994) Gerontología Social y Universidad". UMCE, Santiago Chile, Pág.26.

Alfaro G., Castro V. (2002), Grupo de estimulación cognitiva para el adulto mayor. San José, Universidad de Iberoamérica: Práctica Hospitalaria II, Maestría en Psicología Clínica.

Arriola Manchola, E., Inza Iraola (1999), B. Protocolos de atención en residencias para personas mayores. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales, edit. Barberena, Ángeles.

Anaut, S. & Méndez J (2011). El entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Párkinson. Universidad Pública de Navarra. España.

Berjano Peirats, E. (2002), Impacto social de la rehabilitación en los mayores. Percepción de los mayores ante sus problemas de salud. *Revista Geriátrica*, 18(4): 12.

Bustos, C. (2001) Introducción a la Gerontología Social, en Apuntes Diplomado en Geriatria y Gerontología, INTA y Universidad de Chile, Santiago Chile, Pág. 55

Calero, M. D. (2003) La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. pag.38 (6): 305-307. *Revista Geriatrica*.

Chapinal Jiménez, A. (1999), Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional. Barcelona, España: Editorial Masson.

Cepal (2004) Población Envejecimiento y Desarrollo.

Chávez, E. (2013). La enfermedad de Parkinson: neurología para psiquiatras. Vol. 36. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia. Recuperado el 4 de Mayo de 2013, de [infopsicologica.com:http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf](http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf).

Deus, J. (2006). Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo. *Informaciones Psiquiátricas*, 184, 119-152.

Downie (2001). Parkinson-clínica. Neurología para fisioterapeutas. Editorial medica Panamericana.

Dueñas, Martínez, Morales, B. Muñoz, C. Viáfara, A. Herrera, J. (2006) Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb Med. Bogotá. Colombia.

Espinoza Henao (2001) en Aranibar Paula: Calidad de Vida y Vejez. Pág. 1

Fernández Ballesteros, R. (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona.

Fernández, N. (1999), El coste de la dependencia. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.

Folstein Marshal F., Folstein S., Mchugh P., Fanjiang G. (20102), Examen Cognoscitivo Mental (MMSE). Madrid, España: Editorial TEA.

Franco Martín, M., Criado del Valle C. (2002), Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Ganong. (2003). Parkinson-clínica. Neurología para fisioterapeutas. Editorial medica Panamericana.

García Martín, S. (2002). Problemas de salud prevalentes en personas mayores. *Revista Geriatrica* 18(4): 13.

Guinarte A (2002) Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos.

Godwin, R. (2001). *Parkinsonismo. Neurología para Fisioterapeutas*. Editorial Médica Panamericana.

González Aragón, J. (1994) *Aprendamos a envejecer sanos*. México: Editorial Costa-Amic.

Hernández, Collado & Baptista, (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, México. Recuperado de: https://docs.google.com/document/d/1KT8Lg1RaZbj_YWT_5Ojs7W8YQ-0c4VAjd6JB8OoQGY/edit?pli=1

Hayflick, (1998). *El contexto personal de la vejez. Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. Pag 549. Tercera Edición.

Laborda, Soriano, A.A. (2002), *Terapia ocupacional en una Unidad de Demencias Avanzadas (UDA)*. *Revista Geriatrica*, 18(3): 40-49.

Las Tendencias Demográficas y el Desarrollo. Tomado de: http://www.ladb.unm.edu/econ/content/obsereco/1996/_august/demografica.html.

Leturia Arrazola F.J. Yanguas Lezaun J.J. (1999), *Las personas mayores dependientes y la complementación sociosanitaria: Un reto de futuro. Las personas mayores*

y el reto de la dependencia en el siglo XXI. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.

Leturia Arrazola F. J. Yanguas Lezaun J.J. Arriola Manchola E.Uriarte Méndez A. (2001), La valoración de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para estimular. Madrid, España: Editorial Caritas.

López García A., López Bueno L., Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. Revista Geriatrica, 2002; 18(4): 18-21.

López Pousa S., Serra Mestres J., Lozano Gallego, M., Tron Estrada, A., Vilalta Franch, J., Garre Olmo, J., Camps Rovira, G., Hernández Ferrándiz, M., Mariscot Bas, C. Llinas Regla, J., Pujol Gómez, C. (2000.) Programa integral de atención Psicogeriátrico. (On Line) Disponible: <http://www.revneurolog.org/web/3012/i121181.pdf>.

Martínez Rodríguez, T. Las intervenciones no farmacológicas en las demencias. IX Reunión de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Castilla y León. (2002), Revista Geriatrica, 18(7): 20-21.

Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar, Barcelona, Gedisa.

Montorio, I. (1999) Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.

Muñoz, E, Blazquez A, Galparsoro N, Gonzales B, Lubrini G, Periañez J, Ríos Sánchez I, Tirapu J, Zulaica A, (2009) Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Primera edición. edit. UOC

Macías, Y (2006). Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de párkinson. Universidad complutense de Madrid.

Martínez, I (2004). Libro Blanco de la Dependencia. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, familiares y discapacidad. Diciembre 2004

Martín M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe Mj et al (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y estrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. Actas Esp Psiquiatría. España

Micheli, F. (2000). Enfermedad de párkinson. Neurología. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar, Barcelona, Gedisa.

Pascual G., Barlés G., Laborda Soriano A.A., Loren Torres L. (2000), Cognición-ocupación: Un binomio unido en la vejez. Revista Geriatrica, 1998; 14(3): 57-60. Puig Alemán, A. Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). (On Line) Disponible: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_3/g-10-3-002.pdf.

Reuto L, Bravo V. (2014) Manejo y cuidado del párkinson en un contexto familiar, Universidad de Pamplona.

Rodríguez J. (1994) Envejecimiento y Familia, España, Pág. 1

Rodríguez A. (1999) Dimensiones Psicosociales de la vejez, en Buendía
Envejecimiento y psicología de la Salud, Pág. 58

Salvarezza, L. (2005) Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Ed. Paidós, Buenos Aires. Pág. 22.

Thomson Levinson, Darrow, Klein y Mkee. (1978). El contexto personal de la vejez. Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital. Pag 462. Tercera Edición. Thomson.

Yanguas J.J., Leturia F.J., Leturia M., Uriarte A. (1998), Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico. Madrid, España: Editorial Caritas, 1998.

RAI

FECHA: Diciembre de 2015

TÍTULO: Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar

POBLACIÓN: 2 adulto mayores que padecen la enfermedad de Párkinson

AUTOR: Majersy Katherine Pinzón Durán y Gina Andrea Contreras Betancur

DIRECTOR: PhD. Rúber Simón Vélez Larrota

FASE: 2 de 2

PALABRAS CLAVES: Parkinson, Estimulación, cognición, envejecimiento.

FUENTES: Se consultaron 47 fuentes: 10 libros sobre párkinson, psicología del desarrollo y enfoque sistémico, 25 artículos, 1 libro de metodología de la investigación, 7 tesis y 4 direcciones electrónicas.

Descripción

El presente estudio titulado “Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar”, realizado en la ciudad de Pamplona, (Norte de Santander), tiene como objetivo diseñar un manual de estimulación cognitiva realizando un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. , mediante un estudio cualitativo como proyecto de investigación, que brindará estrategias para el mejoramiento de las condiciones psicológicas del paciente. La parte teórica está constituida por cuatro capítulos que hacen referencia al Párkinson, el adulto mayor, Estimulación Cognitiva y enfoque sistémico.

Los instrumentos utilizados fueron os datos sociodemográficos, instrumentos validados los cuales fueron Pre test entrevista semiestructurada “EIPPEP” Manual de estimulación cognitiva y post test entrevista semiestructurada “ESEPPEP” los cuales se emplearon para la recolección de datos. Los instrumentos se analizaron mediante matrices, permitiendo corroborar en términos generales cambios cognitivos en el paciente posteriormente de la aplicación del manual de estimulación cognitiva, evidenciando la importancia y utilidad de programas de estimulación cognitiva dentro del hogar.

Metodología

Se plantea este estudio con la intención de diseñar un manual de estimulación cognitiva realizando un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. , mediante un estudio cualitativo como proyecto de investigación, con objetivos específicos de identificar la condición actual del paciente en cuanto a alteraciones cognitivas mediante la aplicación de un pre test “EIPPEP” a cuidadores y pacientes. Elaborar un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Parkinson en su contexto familiar. Aplicar técnicas de estimulación cognitiva en dos pacientes con síndrome de Párkinson. Evaluar el impacto generado, mediante la aplicación

de un post test “ESEPPEP” y así dar cuenta de cambios cognitivo-emocionales presentados por el paciente después de la aplicación del manual de estimulación cognitiva.

Este proyecto investigativo busca facilitar herramientas didácticas a los pacientes a través de las técnicas de información y comunicación que percutan en el mejoramiento de sus condiciones psicológicas. La investigación es de tipo cualitativo, metodología que permite comprender y profundizar el fenómeno objeto de estudio, desde la perspectiva de los participantes y en su contexto, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significaciones (Hernández, Collado & Baptista, 2010).

Siendo una investigación cualitativa, se define un diseño de Investigación-Acción, el cual tiene como propósito es resolver problemas cotidianos e inmediatos, y mejorar prácticas concretas. Su intención fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos, Según Stringer (1999) las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son:

Observar (construir un bosquejo del problema y recolectar datos)

Pensar (analizar e interpretar)

Proceder (resolver problemas e implementar mejoras)

Las cuales se dan de una manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente (Citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

La población a investigar son adultos mayores de 70 años en adelante que padecen la enfermedad de Párkinson residentes en la Ciudad de Pamplona encontrándose en el estadio II donde presentan inestabilidad postural y reducción en la autonomía, residentes de la Ciudad de Pamplona.

Conclusiones

Del presente proyecto de investigación se pudo concluir que:

Con el este proyecto de investigación se dio cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.

Se Identificó las condiciones actuales de los pacientes en cuanto a alteraciones cognitivas mediante la aplicación del pre test EIPEPP, encontrando que las principales áreas cognitivas a fortalecer en estos dos pacientes fueron atención y memoria.

Se logró la elaboración de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con Párkinson de aplicación en su contexto familiar, proporcionando así estrategias psicopedagógicas de fortalecimiento de los procesos mentales básicos y contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

La evaluación del impacto generado, se realizó mediante la aplicación del post test EPPEP, justificando cambios y respuestas favorables, lo que permite evidenciar la utilidad de la herramienta de estimulación cognitiva implementada por las psicólogas en formación.

La idea central de la investigación se relaciona con la Psicología porque desde esta profesión se puede trabajar de manera individual las condiciones en el que se encuentran los pacientes con Párkinson, realizando un abordaje psicológico con la finalidad de contribuir y mediar sus necesidades.

Se concluye que la estimulación cognitiva es una herramienta de fácil aplicación y valiosa utilidad debido a que mediante este tipo de estrategias el paciente fortalece y conserva de cierta forma sus procesos psicológicos básicos lo cual se califica en calidad de vida y autonomía para el paciente.

Se concluye que los cuidados suministrados por familiares tienen mayor impacto en la vida de los enfermos ya que por el vínculo afectivo que existe permite que el cuidador principal sea más tolerante y comprensivo con los cambios que se van presentando a través de la enfermedad, generando bienestar emocional en el paciente.

Es de gran importancia el papel que cumple la revisión documental a lo largo de un proyecto de investigación, durante este proceso se identificó las diferentes teorías sobre la enfermedad de Párkinson, el proceso de envejecimiento, el manejo y cuidado del paciente y la importancia de la familia en el afrontamiento de una enfermedad médica, teoría general de los sistemas y programas de estimulación cognitiva.

Anexos

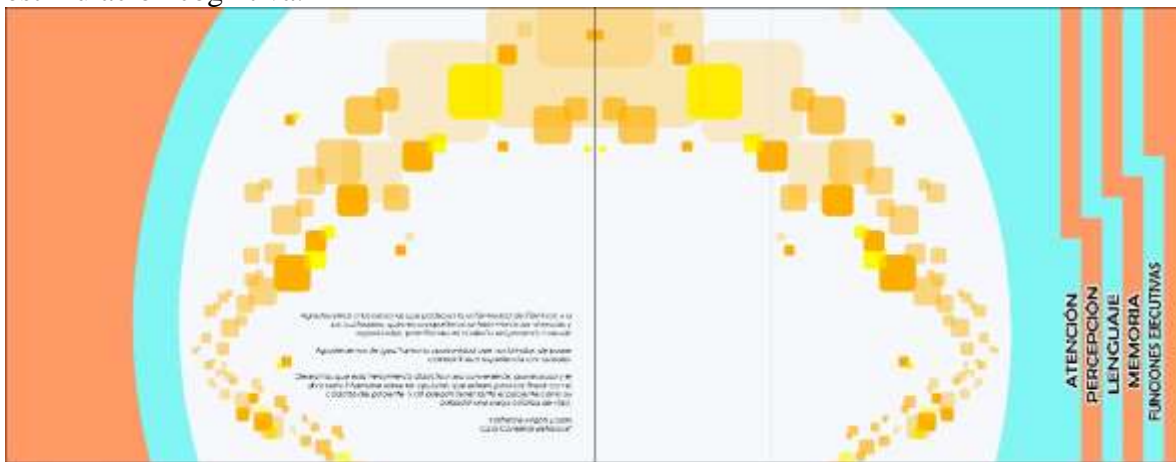
Se encuentra 9 anexos entre los que se destaca Manual de Estimulación Cognitiva para el paciente con Párkinson en su contexto familiar, Juego didáctico de memoria, láminas de percepción, entrevista semiestructurada EIPEPP, al ESEPPEP, Manual de estimulación cognitiva, consentimiento informado, formato de datos sociodemográficos y cartas de validación de instrumentos.

Manual de Estimulación Cognitiva para el Paciente con Párkinson en su Contexto Familiar.

Portada (cara Externa)



Portada (cara interna). A la derecha se encuentran las carpetas de los diferentes talleres de estimulación cognitiva.



Primera Página: Introducción

INTRODUCCIÓN

El manual de estimulación cognitiva que le presentamos a continuación, es un cuaderno de trabajo para el hogar. En él encontrará sugerencias que le permitirán tanto a cuidador como a paciente tener un mejor afrontamiento al padecimiento, además hallará ejercicios dirigidos al paciente con EP para que ejercite y fortalezca sus capacidades cognitivas tales como atención, percepción, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas.

Este manual ha sido elaborado por las psicólogas en formación de la Universidad de Pamplona Majersy Katherine Pinzón Duran y Gina Andrea Contreras Betancur, bajo la dirección del Ph.D. Rúber Simón Vélez Larrota.

Confiamos que este manual sea una herramienta de apoyo y ayuda para el fortalecimiento de sus procesos cognitivos y en el afrontamiento de su enfermedad.

Segunda y tercera página: Sugerencias para cuidador y paciente

<p style="text-align: center;">SUGERENCIAS QUE LE AYUDARÁN A AFRONTAR LOS CAMBIOS COGNITIVO-EMOCIONALES QUE PUEDEN PRESENTARSE DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON.</p> <p>Sugerencias para el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambie su atención en el aquí y el ahora, no piense en "cómo era su vida antes de la enfermedad" o en "cómo será en el futuro". • Identifique los momentos del día en los que se encuentra mejor, y concéntrese en "las cosas que le van bien" y realícelas más a menudo. • Realice actividades que requieran de algún tipo de estudio físico, y meréalo como caminar o leer una sopa de letras (ver ejercicios anexados al final del manual). • Evite el aislamiento. Realice actividades grupales y comparta sus experiencias y sentimientos. • Prevenga el estrés siguiendo un estilo de vida saludable: mantenga una dieta adecuada, descanse lo suficiente, realice ejercicio físico regular y no abuse de sustancias tóxicas (alcohol, cocaína). • Acepte la ayuda emocional que le puedan proporcionar sus familiares, amigos o profesionales. 	<p>Sugerencias para el cuidador y/o familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que la familia tiene un papel importante en la evolución de la enfermedad, trate de ser paciente y comprensivo, si es difícil para usted piense en cuánto puede serlo para él. • Motívelo a involucrarse en actividades que sean de su agrado. • Fortalice la autonomía. Si observa que le es difícil la realización de alguna actividad pregúntele si necesita ayuda, sugiriéndole cómo hacerla. Todo ello le ayudará a mantener elevado su autoestima. • Si observa cambios en el estado de ánimo en el paciente, no se sienta culpable, probablemente es fruto de una combinación de factores (personales y ambientales), bríndele su apoyo y demuéstrele su comprensión. • En situaciones de estrés compártelas ante él, con naturalidad, enfatice sobre protegerle o presionarle, mostrándole afecto, atención, apoyo y afrontando cada situación nueva que pueda surgir.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuarta página: Instrucciones

A continuación usted encontrará ejercicios para ejercitar sus capacidades cognitivas.

Este manual incluye talleres de:

**ATENCIÓN
PERCEPCIÓN
LENGUAJE
MEMORIA
FUNCIONES EJECUTIVAS**

Le sugerimos completar todos los ejercicios del cuaderno bajo la supervisión de su cuidador o persona a cargo si lo considera pertinente. Tómese el tiempo necesario y realícelos con atención.

Recuerde:

"Todo lo que se ejercita se fortalece; todo lo que no se ejercita se pierde!"



Juego Didactico de memoria:

INSTRUCCIONES

Juego de memoria que consiste en recordar y formar la mayor cantidad de parejas posibles, se puede jugar de manera grupal (gana quien mas parejas encuentre) o individual.

1. Voltee todas las fichas con la cara de las frutas hacia abajo, voltee dos fichas y obsérvelas atentamente intentando memorizar la fruta y su posición.
2. Si son iguales déjelas cara arriba, si son diferentes Vuévalas a voltear con la cara de las frutas hacia abajo.
3. Voltee una ficha diferente a las dos primeras e intente.
4. recordar es la pareja de alguna de las dos primeras que volteo. Si no es pareja de las que ya volteo, volteo otra diferente.
5. Y así sucesivamente hasta encontrar todas las parejas.
6. Las parejas que se van hallando se dejan cara arriba hasta encontrar todas las parejas.



Láminas de percepción:



Pre test: EIPPEP

Entrevista semiestructurada para aplicar a la persona que padece Párkinson (EIPPEP)	
A continuación encontrará una serie de preguntas, por favor respóndalas teniendo en cuenta como se ha sentido durante este año:	
Nombres y apellidos:	
Estado civil: Soltero() Casado () Unión Libre ()	Sexo: Femenino() Masculino ()
Edad:	Religión:
1. ¿Ha adquirido nuevos conocimientos frente a la enfermedad de Párkinson?	
2. ¿Han ocurrido cambios en el desarrollo de la enfermedad de Párkinson?	
3. ¿Ha recuperado la capacidad de realizar alguna actividad que anteriormente había perdido?	
5. ¿Ha perdido la capacidad de realizar alguna actividad que anteriormente realizaba?	
6. Que procesos psicológicos considera usted se han visto afectados por la enfermedad de Párkinson? (Atención, memoria, percepción... etc.)	
7. ¿Ha sentido que la relación con su familia ha cambiado de alguna forma?	
8. ¿Actualmente toma algún tratamiento para la enfermedad de Párkinson?	
9. ¿Considera usted que el haber participado en la investigación “Manejo y cuidado del paciente con párkinson el contexto familiar” le generó beneficios? ¿Cuáles?	
10. ¿considera usted que el participar en la investigación Diseño de un manual de estimulación cognitiva en su contexto familiar traerá beneficios a nivel de psicología para usted y otros pacientes?	
11. ¿Tiene alguna sugerencia para que este proyecto investigativo avance de forma óptima?	

Post test: EPPEP

Entrevista semiestructurada para aplicar a la persona que padece Párkinson (EPPEP)	
A continuación encontrará una serie de preguntas, por favor respóndalas teniendo en cuenta cómo se siente después de haber participado en la presente investigación:	
Nombres y apellidos:	
Estado civil: Soltero() Casado () Unión Libre ()	Sexo: Femenino() Masculino ()
Edad:	Religión:
1. ¿Considera usted que adquirió nuevos conocimientos frente a la enfermedad de párkinson?	
2. ¿Considera que ocurrieron cambios nuevos en el desarrollo de la enfermedad de párkinson?	
3. ¿Considera que recuperó la capacidad de realizar alguna actividad que anteriormente realizaba?	
6. ¿Considera que las estrategias de estimulación implementadas por las psicólogas en formación fueron óptimas?	
6. ¿Considera usted que el haber participado en la investigación, Diseño de un manual de estimulación cognitiva para el paciente con parkinson en su contexto familiar, le generó beneficios ¿Cuáles?	
7. ¿Le gustaría seguir participando en este tipo de investigaciones? ¿Por qué?	
8. ¿Cómo califica usted la presente investigación?	
Buena () Muy Buena () Regular () Mala ()	
<i>Observaciones:</i>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Título del proyecto:

“Diseño de un manual de estimulación Cognitiva para el paciente con Párkinson en el contexto familiar”.

Nombre del Investigador Principal: Majersy Katherine Pinzón Durán, Gina Andrea Contreras Betancur.

Nombre del participante:

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Los investigadores principales son estudiantes del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona. Este proyecto lo realizan con la intención de obtener su título de pregrado en Psicología. Se pretende mediante el presente estudio implementar estrategias que permitan al adulto mayor con párkinson y a sus cuidadores principales, tener herramientas de estimulación cognitiva adecuadas en el domicilio.

¿QUÉ SE HARÁ?

Por parte del:

Paciente con Párkinson: Deberá responder a una serie de preguntas personales que le será realizada por parte de las psicólogas en formación mediante una entrevista

semiestructurada, además recibirá estimulación cognitiva, de lunes a viernes, por ello convendrá manifestar disposición y receptividad para el éxito de la investigación.

Cuidador Principal: Deberá llenar una hoja con datos generales suyos y de la persona a la que usted cuida; se le realizará entrevistas con preguntas abiertas y se elaborará la historia clínica del paciente, además recibirá un Manual de estimulación cognitiva para el paciente con párkinson en el contexto familiar, el cual será una herramienta provechosa y útil para la estimulación cognitiva del paciente.

B. RIESGOS:

Los riesgos a los que usted pudiera estar expuesto a la hora de participar en el estudio son mínimos, pero siempre usted debe considerarlos, por ejemplo, pudiera sentirse incómodo o ansioso por las respuestas que tenga que dar a la hora de contestar los cuestionarios, pensando incluso que el investigador está teniendo acceso a sus sentimientos privados.

Si esto sucediera, o si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, el Investigador realizará una referencia al profesional apropiado, para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

C. BENEFICIOS:

Recibirá atención y estimulación cognitiva por parte de las psicólogas en formación de la universidad de Pamplona.

Usted recibirá una copia de este documento firmado para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, y además he comprendido, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto (Paciente Con Parkinson) fecha.

Nombre, cédula y firma del sujeto (Cuidador) fecha.

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha.

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha.

RECOLECCIÓN DE DATOS – PACIENTES

Datos sociodemográficos

Nombre: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Dirección: _____

Edad: _____ Género: Masculino ____ Femenino ____

Estado civil actual es:

- a. soltero(a) ____ b. casado(a) ____ c. divorciado(a) ____ d. separado(a) ____ e. viudo(a) ____
f. unión libre ____



Su grado de escolaridad actual es:

- a. primaria incompleta ____ b. primaria completa ____ c. secundaria incompleta ____
d. secundaria completa ____ e. universitaria incompleta ____ f. universitaria completa ____

El número de personas que viven en la casa aparte de usted y el paciente a su cargo.

- a. uno ____ b. dos ____ c. tres ____ d. cuatro ____ e. cinco ____ f. seis o más

Carta validación de los instrumentos

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685334 - 5685325 - Fax: 5682730 - www.unpamplona.edu.co


UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Como requisito de Pregrado, estamos realizando la tesis de investigación-acción titulada **DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MANUAL PARA LA INTERVENCIÓN Y ESTIMULACIÓN DEL PACIENTE CON PÁRKINSON EN UN CONTEXTO FAMILIAR**, cuyo objetivo es el diseño y validación del manual, realizando un proceso de seguimiento e investigación con los pacientes, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su cuidador principal.

. La presente carta tiene como finalidad solicitar ante usted la posibilidad de validar los siguientes instrumentos:

Un protocolo de cuatro entrevistas semiestructuradas, la cuales serán aplicadas a dos pacientes con párkinson y sus cuidadores. Inicialmente se aplicará una entrevista como pre test con el fin de establecer una línea de base de la condición actual de pacientes y cuidadores y así contrastar con los resultados después de la investigación con el pos test.

El segundo instrumento es el manual elaborado por las psicólogas en formación para la intervención y estimulación del paciente con Párkinson, el cual será aplicado a los pacientes participantes de la presente investigación.




Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral

VALIDACION PS. ESP YURANNY MOGOLLON VALDERRAMA



INSTRUCCIONES

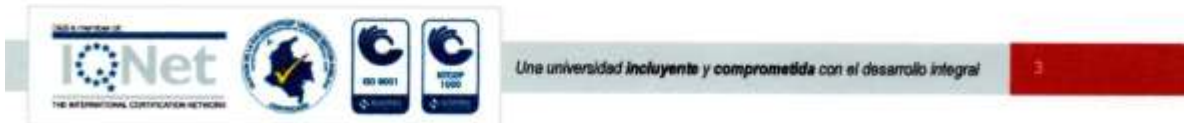
Por favor, lea detenidamente cada uno de los enunciados y de respuesta de cada ítem, utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que se presenta, marcando con una X en el espacio correspondiente según la siguiente escala:

- 3. Bueno
- 2. Regular
- 1. Deficiente

Si desea plantear alguna sugerencia para enriquecer el instrumento, utilice el espacio correspondiente a observaciones.

A continuación encontrará el cuadro de validación para cada instrumento:

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los ítems	X		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		





ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los ítems	X		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los ítems	X		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los ítems	X		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

MANUAL DE INTERVENCIÓN Y ESTIMULACIÓN PARA EL PACIENTE CON



Una universidad *incluyente* y *comprometida* con el desarrollo integral





PARKINSON EN UN CONTEXTO FAMILIAR			
CRITERIOS	APRECIACION CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción	X		
Pertinencia del manual	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

Nombre y Apellido: Xianny Bailey Mogollón Valdivia Fecha: 24 Sep 2015

Sugerencias _____

Xianny Bailey Mogollón Valdivia
 Firma

PRE TEST



VALIDACION PS. ESP NUBIA RIVERA MOGOLLON



INSTRUCCIONES

Por favor, lea detenidamente cada uno de los enunciados y de respuesta de cada ítem, utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que se presenta, marcando con una X en el espacio correspondiente según la siguiente escala:

- 3. Bueno
- 2. Regular
- 1. Deficiente

Si desea plantear alguna sugerencia para enriquecer el instrumento, utilice el espacio correspondiente a observaciones.

A continuación encontrará el cuadro de validación para cada instrumento:

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	✓		
Claridad en la redacción de los ítems	✓		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	✓		
Relevancia del contenido	✓		
Factibilidad de la aplicación	✓		



Una universidad *incluyente* y *comprometida* con el desarrollo integral



Universidad de Pamplona
 Pamplona - Norte de Santander - Colombia
 Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	✓		
Claridad en la redacción de los ítems	✓		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	✓		
Relevancia del contenido	✓		
Factibilidad de la aplicación	✓		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	✓		
Claridad en la redacción de los ítems	✓		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	✓		
Relevancia del contenido	✓		
Factibilidad de la aplicación	✓		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	✓		
Claridad en la redacción de los ítems	✓		
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	✓		
Relevancia del contenido	✓		
Factibilidad de la aplicación	✓		



Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral



MANUAL DE INTERVENCIÓN Y ESTIMULACIÓN PARA EL PACIENTE CON PÁRKINSON EN UN CONTEXTO FAMILIAR			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	✓		
Claridad en la redacción	✓		
Pertinencia del manual	✓		
Relevancia del contenido	✓		
Factibilidad de la aplicación	✓		

Nombre y Apellido: ^{Dra} Nubia E. Rivera M.
 Nubia Esther Rivera Magallán Fecha: 24-Septiembre 2015

Sugerencias _____

^{Dra}
 Nubia E. Rivera M.
 Nubia Esther Rivera Magallán

Firma



Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral

VALIDACION PS.ESP ADRIANA ESCALANTE



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.urpamplona.edu.co

INSTRUCCIONES

Por favor, lea detenidamente cada uno de los enunciados y de respuesta de cada ítem, utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que se presenta, marcando con una X en el espacio correspondiente según la siguiente escala:

- 3. Bueno
- 2. Regular
- 1. Deficiente

Si desea plantear alguna sugerencia para enriquecer el instrumento, utilice el espacio correspondiente a observaciones.

A continuación encontrará el cuadro de validación para cada instrumento:

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los ítems		X	
Pertinencia de la pregunta con los objetivos		X	
Relevancia del contenido		X	
Factibilidad de la aplicación	X		



Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (PRE TEST)			
CRITERIOS	APRECIACION CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los items		X	
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACION CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los items		X	
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR (POST TEST)			
CRITERIOS	APRECIACION CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción de los items		X	
Pertinencia de la pregunta con los objetivos	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

MANUAL DE INTERVENCION Y ESTIMULACION PARA EL PACIENTE CON



Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral



Universidad de Pamplona
 Pamplona - Norte de Santander - Colombia
 Tele: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

PARKINSON EN UN CONTEXTO FAMILIAR			
CRITERIOS	APRECIACION CUALITATIVA		
	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	X		
Claridad en la redacción	X		
Pertinencia del manual	X		
Relevancia del contenido	X		
Factibilidad de la aplicación	X		

Nombre y Apellido:

Adriana Patricia Escalante Fecha: Septiembre 24 de 2015

Sugerencias En el Pretest de PG, el ítem 3 no se entiende, el 6 tampoco pues no se ha aplicado y mejorar redacción del 7. Agregar explicación de la pregunta. Mirar observaciones hechas en los ítems. Agregar en otros personales "ocupación" y en los ítems, la relación de esta con la enfermedad (ítems relacionados con esto).

Adriana P. Escalante

Firma

PRE TEST



Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral