

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA BREVE Y MANEJO DE LA  
ASERTIVIDAD DIRIGIDA A CUIDADORES DE PACIENTES  
CON DEMENCIA

## **INFORME DE PRÁCTICAS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:

**GRISELLE ELIZABETH SANTIESTEBAN SÁNCHEZ**

DIRECTORA: MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

MÉXICO, D.F.

JUNIO, 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

*Agradezco a:*

Dios, por llenarme de bendiciones principalmente darme la oportunidad de vivir, tener una familia maravillosa y dejarme ser feliz a su lado, por enseñarme a disfrutar cada día como su fuera el último y agradecer por todo lo que soy y todo lo que tengo, por mostrarme que todo lo que viene aunque parezca difícil trae consigo una enseñanza y que siempre va a haber algo mejor, por guiarme día a día por su camino y permitirme ser una mejor persona, en fin gracias por todo ya que si él nada sería posible.

La Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por permitirme ser una más de sus estudiantes, por compartir de diferente manera todos sus conocimientos y enseñarme a ser una mejor mujer y a su vez una profesionalista, aprender amar la Universidad y el gran orgullo de egresar de la misma.

Mis Papas, por ser tan importantes en mi vida, ser dos personas a las que amo con todo mi corazón, por ser un gran orgullo para mí mostrándome que para conseguir lo que se quiere hay que luchar por ello, que si bien la vida no es fácil siempre están para apoyarme. A mi mamá le agradezco su dulzura, toda su ternura y entrega, por ser la mejor mujer en mi vida y enseñarme a seguir su ejemplo, por entregar su vida a su familia, te amo con todo mi corazón gracias por todo tu apoyo y amor. A mi papá le agradezco todo su amor, todo su apoyo, el no dormir hasta que yo lo hiciera, todo su esfuerzo y dedicación para que nada me faltara, ser un gran hombre que amo con todo mi ser. Ahora me doy cuenta que no existen palabras para agradecer todo lo que han hecho en mi vida, GRACIAS A LOS DOS por entregarlo todo por sus hijos y su familia los amo.

Mis hermanos, por ser siempre confidentes, que aunque hubo peleas sabíamos que ahí estábamos los unos para los otros, los amo mucho. Sara, gracias por ser un ejemplo de vida y de lucha, por mostrar siempre una gran paciencia y que uno consigue lo que quiere, eres un milagro de vida no los has mostrado ya varias veces, gracias por no darte por vencida y luchar día a día, gracias por la confianza y por toda tu ayuda para que esto y muchos otros proyectos hayan salido adelante. Oscar que me enseñas a decir te quiero sin tener que hablar, no sabes cómo te agradezco que siempre estés ahí, saber que siempre puedo contar contigo y que desde niña me enseñaste a que tú me defenderías, siempre estuviste ahí para que yo fuera copiando tu ejemplo, siempre sobresaliendo ante las adversidades.

Cniny, el gran amor de mi vida, gracias por ser un gran apoyo, por estar conmigo en todo momento por ser mi amigo, mi novio y mi esposo, gracias por hacerme tan feliz, por estos seis años y los que nos faltan, por apresurarme e impulsarme a terminar este trabajo, por disfrutar cada momento de nuestras vidas, por ser como eres por ser una persona tan maravillosa y por tu gran corazón, Te Amo con todo lo que tengo y lo que soy, muchas gracias.

Familia Viguera Zúñiga, gracias por hacerme sentir uno más en su familia, por ayudarme a terminar este trabajo al compartir su tiempo y espacio conmigo. Les agradezco todos los buenos momentos, sus pláticas y su preocupación, gracias por todo su apoyo.

Mis tíos y primos, mi familia a todos ustedes que de una u otra forma siempre están ahí, compartiendo las alegrías y las tristezas, gracias por su apoyo y por compartir sus experiencias y ser una parte importante en mi vida, los quiero mucho.

Mis amigos, Claudia, Valeria, Las monkeys, Kuau, Daniela B, Daniela G, Paty C, Paty Q, Bety, Ale, Ana y a todos los que han estado conmigo desde la secundaria, prepa y carrera, todos han formado gran parte de mí, gracias por enseñarme el valor de una amistad, por todos esos buenos momentos, y mostrarme que la escuela es más divertida con ustedes, los quiero mucho a todos.

Maru, gracias por tu tiempo, paciencia y dedicación, por leer tantas veces este trabajo e impulsarme a terminarlo, gracias por tus conocimientos y lo que has hecho para que todo esto fuera posible.

La Fundación Alzheimer, por permitirme trabajar en este proyecto, por su tiempo y por su espacio, a Gabriel por todas sus aportaciones y por todos los que ahí trabajan por enseñarme lo importancia de su trabajo y porque están ahí, a los pacientes y a los participantes de este trabajo por hacerme una mejor persona al enseñarme y permitirme comprender más de la enfermedad y por esforzarse por estar mejor día a día.

Mis sinodales por dedicar una parte de su tiempo a leer y corregir este trabajo, por ser parte de este proyecto y brindarme parte de sus conocimientos.

Carla y a su familia, una dedicación especial, gracias por todos los buenos momentos, por todo lo que nos divertimos juntos, por enseñarme una lección de vida al tener una sonrisa hasta el último momento y estar bien aunque te sintieras mal, gracias por ser una gran amiga y porque lo prometí te ofrezco hoy, este triunfo más.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
Introducción	I
1. Antecedentes	1
1.1 <i>Envejecimiento normal</i>	1
1.2 <i>Demencia</i>	3
1.2.1 <i>Clasificación</i>	5
1.2.2 <i>Epidemiología</i>	8
1.2.3 <i>Etiología</i>	9
1.2.4 <i>Sintomatología</i>	14
1.3 <i>Demencia y familia</i>	24
1.3.1 <i>Familiares cuidadores</i>	25
1.3.2 <i>Primeras reacciones de los cuidadores</i>	26
1.3.3 <i>Cuidado en las diferentes etapas</i>	27
1.3.4 <i>Estrés en el cuidador</i>	28
1.3.5 <i>Síndrome del cuidador</i>	31
1.3.6 <i>Recursos para los cuidadores de pacientes con demencia</i>	33
1.4 <i>Terapia racional emotiva</i>	35
1.4.1 <i>Antecedentes de la terapia racional emotiva</i>	35
1.4.2 <i>Conceptos teóricos de la TRE</i>	36
1.4.3 <i>Salud y alteraciones psicológicas según la     terapia racional emotiva</i>	37
1.4.4 <i>El ABC de la terapia racional emotiva (TRE)</i>	39
1.4.5 <i>Metodología de la terapia racional emotiva</i>	41
1.4.6 <i>Técnicas de la terapia racional emotiva</i>	44

	<b>Página</b>
<i>1.5 Asertividad</i>	48
<i>1.5.1 Derechos de la persona asertiva</i>	50
<i>1.6 Terapia grupal</i>	51
<i>1.6.1 Preparación del contexto</i>	53
<i>1.6.2 Organización del grupo</i>	54
<i>1.6.3 Selección y composición de la terapia         de grupo</i>	56
2. Programa de intervención	58
2.1 Propósitos	58
2.2 Población	58
2.3 Espacio de trabajo	59
2.4 Fases	60
2.5 Actividades	62
2.6 Materiales e instrumentos	68
2.7 Estrategias de evaluación	69
3. Resultados	71
Conclusiones	91
Bibliografía	
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

Con los avances médicos y tecnológicos ha existido un incremento en la expectativa de vida, En México es de 78 a 85 años; esto a su vez ocasiona que existan más personas que llegan a la vejez. Actualmente en México las estadísticas señalan que existen aproximadamente más de 8 millones de personas mayores de 65 años (INEGI, 2005).

Este incremento en la expectativa de vida ha generado que sean más las personas que padecen o son susceptibles de padecer una demencia, siendo el principal factor de la enfermedad la edad, convirtiéndose esto en un problema de salud importante.

La demencia es un síndrome orgánico adquirido que causa un deterioro a nivel intelectual y emocional, trayendo consigo diferentes síntomas principalmente trastornos de memoria, lenguaje, del movimiento, alucinaciones, ideas delirantes, incontinencia, entre otros, siendo esto un severo problema para las personas que deciden cuidar de estos pacientes.

En México existen residencias geriátricas como la “Residencia de San Sebastián”, “La casa de mis abuelos” y “Nuevo horizonte, las carmelitas”, así como centros de día como la “Fundación Alzheimer” y “Alzheimer México”, los cuales cuentan con personal capacitado para cuidar a pacientes de este tipo; sin embargo son pocas las personas que recurren a las residencias geriátricas y los que ingresan en un centro de día, vuelven a sus casas en la tarde para ser cuidados la mayoría de las veces por sus familiares.

Los familiares que se encargan de los pacientes con demencia, ya sea medio día o el día completo poco a poco van perdiendo tiempo para realizar sus actividades, así como también van teniendo problemas económicos, laborales, sociales y sobre todo familiares, lo cual les va generando estrés y la mayoría de las veces un deterioro físico y psicológico, entre los que se pueden encontrar

diversos cambios cognitivos que llevan a pensamientos irracionales, que a su vez les generan sentimientos desagradables, así también es posible observar diversas conductas disfuncionales debido a la falta de un comportamiento asertivo.

Debido a los problemas que trae consigo el cuidar a un enfermo con demencia es conveniente que los familiares acudan a Asociaciones de familiares o grupos de apoyo, los cuales les proporcionarán herramientas para el cuidado de su paciente, pero se debe tomar en cuenta que éstos son tan sólo de tipo informativo y que se abordan temas muy generales, por ello es importante que los cuidadores ingresen a una intervención personalizada, donde se cubran sus propias necesidades y se resuelva su problemática particular.

Particularmente dentro de la “Fundación Alzheimer”, lugar donde se realizó la intervención, consta con un grupo de apoyo, pero no existe una intervención terapéutica para los cuidadores, por ello, es importante intervenir con un programa que permita a las personas cuidar de sí mismos.

Por lo anterior en el presente trabajo se realizó un programa de intervención terapéutica a familiares que cuidan de pacientes con algún tipo de demencia, debido a la importancia que tiene que los sujetos cuiden de su salud psicológica para estar bien físicamente y puedan cuidar a sus familiares enfermos.

Por ello los objetivos del presente trabajo fueron crear un espacio de intervención terapéutica donde los familiares o cuidadores de enfermos con demencia, perturbados por la enfermedad puedan expresar su problemática. Así como aplicar un programa de intervención psicoterapéutico breve con el enfoque teórico racional emotivo aplicado a la asertividad con la finalidad de modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales en familiares o cuidadores de pacientes con diferentes tipos de demencia.

# 1. ANTECEDENTES

## 1.1 *Envejecimiento normal*

Como seres humanos formamos parte de un proceso evolutivo, que va desde el momento en que nacemos hasta que morimos, a lo largo de nuestras vidas pasamos por diferentes etapas y entre éstas se encuentra la vejez.

Llegar a envejecer no indica detenerse, debido a que existen diversos cambios a diferentes niveles, como son: biológico, psicológico y social (Fernández, 1994). En esta etapa los cambios son graduales y lentos en las diferentes áreas del funcionamiento, normalmente son selectivos y no llegan a verse alteradas todas las funciones cognoscitivas. Ardila y Ostrosky (1991) mencionan que existen diversos cambios intelectuales que se pueden observar en un tiempo de reacción aumentado, lentificación en la toma de decisiones, dificultad para responder a situaciones que impliquen el paso rápido de una estrategia a otra, tienen problemas con los detalles y la evocación de nombres se le dificulta.

El envejecimiento se debe ver como un proceso continuo el cuál se vincula a cambios biológicos como pueden ser pérdida en los procesos sensoriales, disminución psicomotriz entre otros. Aunque el cerebro se modifica con la edad, los cambios varían considerablemente y en general son pocos, incluyen pérdida o reducción de células nerviosas y disminución general de las respuestas. La vejez puede ir acompañada de enfermedades crónicas, o puede verse afectada la nutrición, en algunas ocasiones hay depresión y muchas otras enfermedades en las que se puede ver incluida la demencia (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001).

Es frecuente la confusión entre cambios cognitivos específicos asociados a la edad con las primeras manifestaciones de condiciones patológicas. Así, como pueden ser las alteraciones en la memoria, signo común tanto en las primeras etapas de una demencia como en el envejecimiento.

Son diversas las funciones que se pierden o se disminuyen en el envejecimiento, como son: la velocidad de procesamiento, la disminución en la capacidad para mantener una adecuada atención selectiva o llevar a cabo tareas de atención dividida.

Especial mención requieren las funciones de memoria, ya que son de las que más se quejan los ancianos. Respecto a la memoria a corto plazo, principalmente aparece un deterioro de la memoria de trabajo, dentro de la memoria a largo plazo aparece un déficit mayor de la memoria declarativa durante el envejecimiento. A su vez, dentro de este subsistema declina más la memoria episódica, manteniéndose relativamente la semántica. Las funciones visoespaciales comienzan a disminuirse partir de los 80 años y las visoperceptivas lo hacen a partir de los 65 años. A su vez, las funciones visoconstructivas también sufren un deterioro. En relación al lenguaje, los únicos problemas que se han observado durante el envejecimiento están relacionados con el acceso a redes léxicas, la fluidez verbal, la comprensión de estructuras gramaticales complejas y con la descripción de objetos. Las capacidades para formar conceptos, resolver problemas, inhibir la conducta, razonar y planificar, englobadas bajo el término de funciones ejecutivas, parecen ser las que sufren un deterioro mayor durante el envejecimiento.

Así también existen sucesos que se pueden ver afectados a nivel familiar y social y esto se observa en el abandono del hogar por parte de los hijos, fallecimiento de gente cercana y querida, la jubilación y con esto más tiempo de ocio, entre otras (Sánchez, González, 2002).

Aunque todos estos cambios se producen durante el envejecimiento, no tienen por qué aparecer en un mismo sujeto, dando lugar a una estela de diferencias individuales dentro de la población de ancianos. En este sentido, y debido a esta gran diversidad, se hace necesaria una evaluación precisa de estos cambios con el fin de no confundirlos con aquellos que aparecen en los procesos

neurodegenerativos o asociados a enfermedades sistémicas, cuyos primeros síntomas pueden coincidir con los observados en el proceso de envejecimiento normal. A su vez, también es necesario tener un conocimiento preciso de estos cambios para poder dotar a los ancianos de las estrategias adecuadas con el fin de que puedan llevar a cabo sus actividades en la vida diaria (Lapuente y Sánchez 1998).

Con el avance médico y tecnológico, hoy en día el promedio de vida de un ser humano es más elevado, por lo tanto cada día incrementa la población que alcanza la vejez. Este incremento de la población envejecida ha ido en paralelo a la aparición de enfermedades ligadas a la edad, sobre todo aquellas que involucran pérdidas físicas y mentales. Dentro de las enfermedades ligadas a la edad, se puede encontrar a las demencias.

## *1.2 Demencia*

Para la Sociedad Española de Neurología (2003), la demencia es un síndrome de origen orgánico, adquirido, con diferentes etiologías que implica deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de razonar, es decir un deterioro intelectual con respecto a un nivel previo, sin alteración de la conciencia, por lo general es crónico, pero no implica que sea progresivo, la demencia puede ser o no reversible esto depende de la causa del daño y el tratamiento. Ardila y Ostrosky (1991) consideran a las demencias un síndrome a causa de la disfunción de los hemisferios cerebrales, lo cual produce una desintegración no solo de la conducta intelectual, sino también de la emocional, y esto altera el funcionamiento social y laboral. Adicionalmente se suelen sumar cambios de la personalidad así como de tipo neuropsiquiátrico como pueden ser delirios o trastornos perceptivos (Agüera 1998; Artaso, Goñi, Gómez 2004; Pateson, Managh, Grant 2000).

Cubero (2002), menciona que antes de diagnosticar una demencia es importante que se realice una buena evaluación contemplando cada uno de los siguientes criterios:

- Orgánico: el criterio de organicidad refleja la presencia de alteraciones estructurales en el cerebro de los pacientes, aunque éstas sólo son demostrables en la autopsia, se trata de un concepto operativo teórico. Sitúa a las demencias frente a las enfermedades de origen psíquico (depresión, manía, esquizofrenia), que en su desarrollo originan un deterioro cognitivo del individuo.
- Adquirido. Define la presentación del cuadro una vez que se ha completado el desarrollo intelectual del individuo. Enfrenta el concepto de pérdida de las capacidades adquiridas frente al déficit congénito. También se excluyen las enfermedades de la infancia o de la adolescencia que afectan al desarrollo psíquico del individuo.
- Persistente: En general las demencias propiamente dichas se confirmarán, mientras que el correcto diagnóstico y tratamiento de los cuadros de delirium o manifestaciones cognitivas de otras patologías pueden evitar el establecimiento de una verdadera demencia. La CIE-10 por su parte marca una duración de al menos 6 meses dentro de sus criterios diagnósticos.
- Afectación de múltiples funciones intelectuales. El diagnóstico se suele realizar en función de un deterioro de la memoria que se acompaña al menos de otra alteración cognitiva, siendo más seguro el diagnóstico cuanto más sean los síntomas.
- Sin alteración de la conciencia. Si las manifestaciones características de la demencia se presentan acompañadas de alteración de conciencia, con una

- aparición más o menos repentina, con una dificultad grave para mantener o centrar la atención, es más probable que se trate de delirium.
- En general, el paciente al que se le diagnostica demencia ha perdido una parte importante de sus habilidades de relación social, laboral o doméstica.

### 1.2.1 Clasificación

Para su estudio y entendimiento existen diversas clasificaciones dependiendo del autor, entre las principales se encuentran la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995). La cual se observa en la tabla 1

**Tabla 1. Clasificación de las Demencias.**

Demencia tipo Alzheimer de inicio precoz <ul style="list-style-type: none"> <li>• 290.10. Sin complicaciones</li> <li>• 290.11. Con delirio</li> <li>• 290.12. Con ideas delirante</li> <li>• 290.13. Con humor deprimido</li> </ul>
Demencia tipo Alzheimer de inicio tardío <ul style="list-style-type: none"> <li>• 290.0 Sin complicaciones</li> <li>• 290.3 Con delirio</li> <li>• 290.20. Con ideas delirante</li> <li>• 290.21. Con humor deprimido</li> </ul>
290.4x Demencia vascular (anteriormente demencia multiinfarto)
294.9 Demencia debida a infección por VIH
294.1 Demencia debida a la enfermedad de Huntington
290.10. Demencia debida a la enfermedad de Pick
290.10 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
294.1 Demencia debida a otras enfermedades generales

*Tabla 1. En esta tabla se puede observar los diferentes tipos de demencias clasificadas por el DSM-IV.*

Otra clasificación de las demencia nos la ofrecen Ardila y Ostrosky (1991) ellos mencionan que se pueden clasificar a la efectividad del tratamiento (tratables o intratables), el compromiso cerebral más importante al inicio de la enfermedad (corticales y subcorticales) y de acuerdo a la edad de inicio (preseniles y seniles);

Las demencias tratables son las susceptibles a un tratamiento médico o quirúrgico. Cummings (citado en Ardila y Ostrosky, 1991) propone tres grupos de demencias tratables (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Clasificación de demencias tratables**

Demencias producidas por condiciones intracraneales	Demencias metabólicas	Demencias tóxicas
Hematoma subdural	Anoxia por falla cardiaca o pulmonar	Drogas
Neoplasias intracraneales	Fallas renales crónicas	Metales
	Encefalopatía hepática crónica	Agentes industriales
	Trastornos endocrinos	
	Anormalidades electrolíticas	
	Deficiencias vitamínicas	
	Trastornos vasculares del colágeno	
	Infecciones del sistema nervioso central	

*Tabla 2. En la siguiente tabla podemos ver como existen ciertas demencias tratable, debiéndose esto al tratamiento de la enfermedad. (Tomada de Ardila y Ostrosky 1991).*

En la clasificación de demencias tratables y no tratables se debe establecer otro tipo de demencia al cual se le puede clasificar como demencias parcialmente tratables, en esta categoría se encontrarían las demencias que a base de un tratamiento oportuno podrían detener el proceso, aunque no revertirlo. Las demencias no tratables en cambio son aquellas debidas a la lesión cerebral irreversible y para las cuales no hay tratamiento conocido, las demencias que se encuentran en este tipo de clasificación se puede observar en la tabla 3.

**Tabla 3. Demencias parcialmente tratables y no tratables**

Demencias parcialmente tratables	Demencias no tratables
Hidrocefalia	Enfermedad de Alzheimer
Neurosífilis	Enfermedad de Pick
Enfermedad de Wilson	Enfermedad de Parkinson
Demencia por infartos múltiples	Corea de Huntington
	Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

*Tabla 3. En la siguiente tabla encontramos las demencias más comunes y observamos que estas en su mayoría no son tratables. (Tomada de Ardila y Ostrosky 1991).*

En la clasificación de Ardila y Ostrosky (1991) en cuanto a demencias corticales y subcorticales, vemos que estas últimas presentan una alteración del sistema motor con trastornos en la verbalización (hipofonia y disartria), la memoria es anormal debido a una evocación pobre, se conserva una buena capacidad de aprendizaje. Por otra parte las demencias corticales presentan trastornos neuropsicológicos focalizados como amnesias, agnosias, afasias y apraxias, un deterioro intelectual global el cual se encubre con un buen manejo postural, buenas relaciones sociales es decir una apariencia física sana.

Las demencias subcorticales ocurren en enfermedades que afectan principal pero no exclusivamente a las estructuras profundas de la sustancia gris, incluyendo tálamo, ganglios basales y núcleos del tronco cerebral.

Las principales demencias corticales son: Alzheimer, Pick, multiinfarto, Jacob-Creutzfeldt, Neurosífilis. Las principales demencias subcorticales son Huntington, Wilson, Parkinson, Hidrocefalia de presión normal y talámica.

Por otra parte para clasificar las demencias en preseniles el cuadro demencial debe ocurrir antes de los 65 años y después si se trata de una senil, en la tabla 4 se muestra la clasificación.

**Tabla 4. Clasificación de demencias por edad de inicio**

Demencias preseniles	Demencias seniles
Enfermedad de Alzheimer (en ocasiones se presenta después de los 65)	Demencia senil
Enfermedad de Pick	Demencia arterioesclerótica
Enfermedad de Parkinson	
Corea de Huntington	
Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob	
Hidrocefalia de presión normal	
Neurosífilis	

*Tabla 4. En la presente tabla se observa un mayor número de demencias que ocurren antes de los 65 años (Tomada de Ardila y Ostrosky 1991).*

### 1.2.2 Epidemiología

El incremento de las personas mayores de 65 años como un resultado de los avances tecnológicos y de salud pública ha ocasionado que cada vez sean más los sujetos susceptibles a padecer demencia. Desde un punto de vista estadístico, la expectativa de vida en un país en vías de desarrollo era de 43 años mientras que en un país desarrollado era de 71 años para hombres y 78 para mujeres. Actualmente se calcula que en México las cifras de expectativa de vida son de 78 a 80 años. En América Latina se espera un incremento de 6.4 a 10.8 por ciento de la población mayor de 60 años y para el año 2025 se estima existan aproximadamente 94 millones de gerontes (Corte, Ortiz y Ostrosky, 2001). Mientras que en México se calcula que existen aproximadamente 8 millones de mujeres y hombres de 65 años o más y se estima que esta cifra se duplicará en los próximos 15 años, llegando a los 42 millones de habitantes para el 2050 (Flores y Gómez, 2004, [www.sedesol.gob.mx](http://www.sedesol.gob.mx)).

La demencia en su conjunto afecta a cerca del 5% de las personas de 65 años (Agüera, 1998), incrementándose según avanza la edad, hasta alcanzar cifras alrededor de 38.6% entre los individuos de 90 a 94 años (Arango y Roger, 2003), la

forma más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que supone entre el 60 y el 70% (Agüera, 1998).

### 1.2.3 Etiología de las demencias

Existen diversas enfermedades que en algún momento de su evolución pueden causar una demencia, debido a que pueden afectar de forma difusa o multifocal los hemisferios cerebrales las cuales se pueden observar en la tabla 5

**Tabla 5. Principales enfermedades que determinan la demencia**

Enfermedad de Alzheimer	50%-80%
Demencia vascular y mixta	10%-20%
Otras enfermedades degenerativas	5%-10%
Alcoholismo y enfermedades carenciales	1%-10%
Tumores-hidrocefalia	1%-20%
Enfermedades infecciosas	1%-5%
Ingesta crónica de fármacos	1%-5%
Pseudodemencias, trastornos psiquiátricos	1%-5%
Enfermedades metabólicas	1%-2%

*Tabla 5. Enfermedades más comunes que causan la demencia, así como las frecuencias de aparición de las mismas (Fernández, 1998).*

En la tabla 5 se destaca que son la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular en sus diversas formas, las encontradas más frecuentemente. A continuación se describirán algunas de las demencias más comunes, según las principales enfermedades que las determinan.

- **Demencia de tipo Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer es una de las principales enfermedades cerebrales degenerativas. El inicio del trastorno se presenta en una edad avanzada, generalmente a partir de los setenta años o más, existen aunque poco comunes, casos de pacientes que inician la enfermedad apenas superados los cuarenta; es decir esta puede ser de inicio precoz, dependiendo el momento de aparición de los síntomas; En caso de inicio antes de los 65 a 70 años es posible que existan antecedentes familiares de alguna demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales. Por el contrario cuando se inicia más tarde, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Es de inicio insidioso y de progresión gradual pero con un declive constante, el periodo medio transcurrido entre el inicio de los síntomas y la muerte va alrededor de los 8 a los 10 años, en ocasiones existen periodos de estabilización pero en general reanuda la progresión al cabo del tiempo. El trastorno por lo regular se inicia con déficit en la memoria reciente, y continúa con afasia, apraxia y agnosia, la atención y la capacidad para recordar eventos remotos se van perdiendo con el tiempo (Geldmacher y Whitehouse, 1996). Existe déficit en la función ejecutiva al realizar tareas en las que se necesiten muchos pasos. Al inicio de la enfermedad se observan cambios en la personalidad o aumento en la irritabilidad, con el avance de la enfermedad pueden existir síntomas psicóticos, así también llega a haber incontinencia y problemas motores o con la marcha, para que al final de la enfermedad se pierda el lenguaje y la movilidad completamente (Guía clínica, 2001).

- **Demencia Vascolar.** (antes llamada demencia multiinfarto). Este tipo es a consecuencia de los infartos del tejido cerebral secundarios a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños y sus efectos son acumulativos. Una de sus características más importantes es la presencia de antecedentes de ictus transitorios, con breves trastornos de conciencia y paresias o pérdidas de visión fugaces (CIE-10). Es

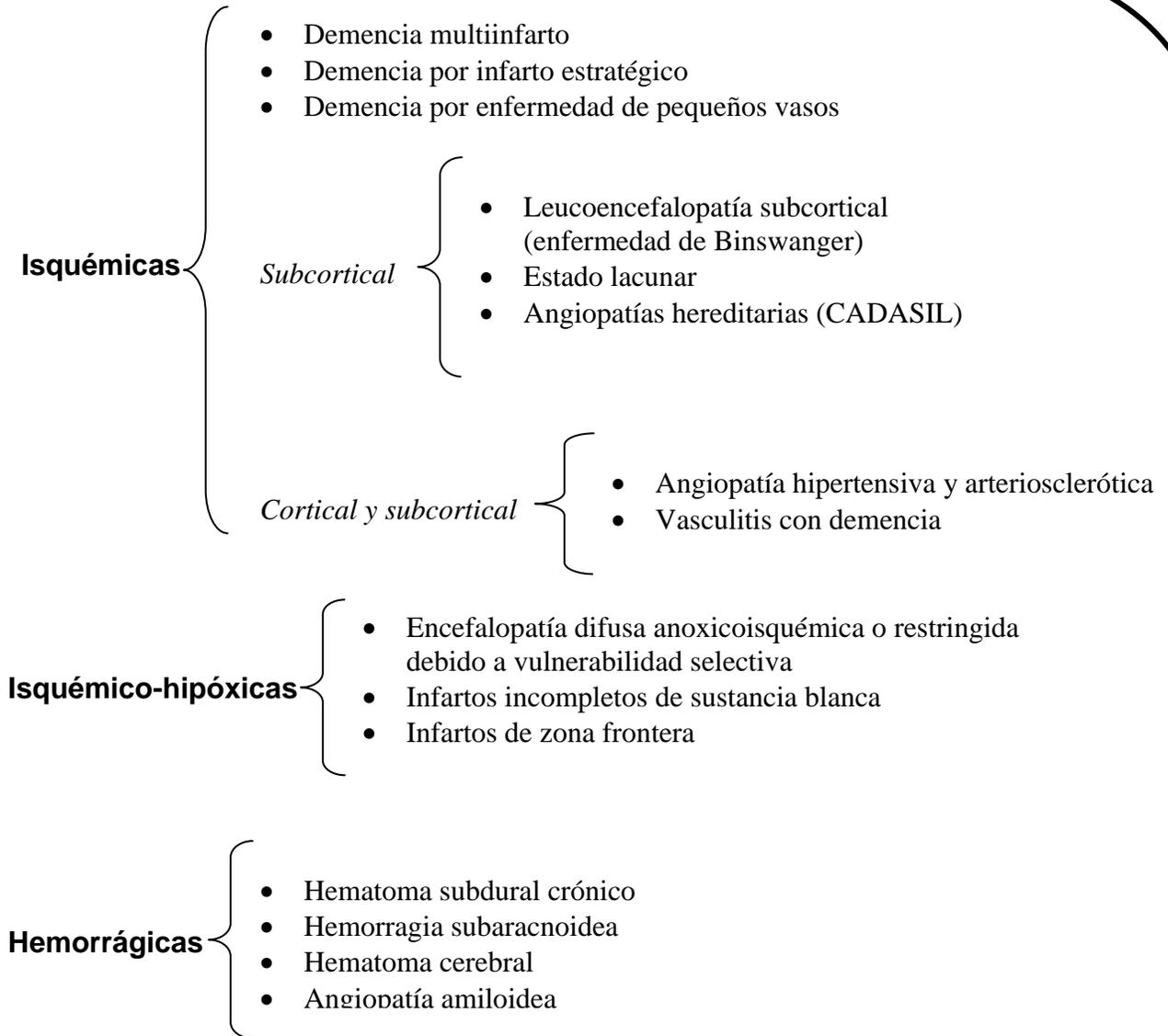
característico que presenten un inicio brusco y un curso escalonado. El patrón del déficit cognitivo es con frecuencia irregular, en función de las regiones del cerebro que hayan sido destruidas.

La aparición de esta demencia puede producirse en cualquier momento de la vida en individuos de edad, pero es menos frecuente después de los 75 años. Existe una relación entre la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular ya que ambas son frecuentes y es habitual que coexistan. (Guías clínicas, 2001).

El CIE-10 (1995) hace una clasificación de las demencias vasculares en *Demencia vascular de inicio agudo*, la cual se desarrolla generalmente de un modo rápido tras una serie de ictus debidos a trombosis vasculares, embolias o hemorragias y muy rara vez la causa es un solo infarto de gran tamaño. *Demencia multiinfarto*, esta inicia de una forma gradual, normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores que producen un número creciente de infartos del parénquima cerebral.

En la *Demencia vascular subcortical* el cuadro clínico puede parecerse mucho al de una demencia de la enfermedad de Alzheimer (cuando se presenta una desmielinización difusa de la sustancia blanca puede utilizarse el término de encefalopatía de Binswanger). Pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. La clasificación de este tipo de demencias está basada en sus diferentes patrones clínicos y en sus relaciones con el tipo y la localización de la lesión vascular, la sociedad española de neurología en el 2003 las clasifica de la siguiente forma (ver cuadro 1)

## Cuadro 1. Clasificación de las demencias vasculares



Cuadro 1. Clasificación de las demencias vasculares, según la sociedad española de neurología.

- Demencia en la enfermedad de Pick y otras demencias del lóbulo frontal. Normalmente inicia en la edad media (entre los 50 y 60 años de edad), es una demencia progresiva que se caracteriza por cambios precoces del carácter y de personalidad, así como disfunciones ejecutivas, deterioro de la capacidad social, desinhibición de la conducta y anomalías importantes. Las dificultades de memoria, la apraxia y otras enfermedades de la demencia suelen aparecer en una fase más avanzada, así como un deterioro de la inteligencia. Puede haber reflejos primitivos prominentes, a medida de que aumenta la demencia existe euforia y apatía (guías clínicas, 2001). El cuadro neuropatológico corresponde a una atrofia selectiva de los lóbulos frontales y/o temporales, con una relativa preservación de los lóbulos parietales y occipitales.

- Demencia en la enfermedad de Parkinson. Esta enfermedad es un trastorno neurológico lentamente progresivo, que se caracteriza por temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural; inicia en una fase media o avanzada de la vida y en un 20 a 60% de los casos se acompaña por demencia, aparece en especial en sus formas más graves. La demencia asociada a esta enfermedad tiene un inicio insidioso, una progresión lenta caracterizándose por un enlentecimiento cognitivo y motor, disfunción ejecutiva y un deterioro en la recuperación de los elementos memorizados (guías clínicas, 2001).

- Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Igual que en la enfermedad de Pick esta es una demencia progresiva, su inicio puede ser hacia la mitad o al final de la vida, pero de igual modo puede presentarse en cualquier momento de la vida adulta. El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno a dos años.

- Demencia en la enfermedad de Huntington. Tiene una degeneración masiva del tejido cerebral. La enfermedad de Huntington es transmitida por un único gen dominante. Los síntomas surgen por lo general hacia la tercera o cuarta década de la vida y la incidencia en ambos sexos es probablemente la misma. En algunos

casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados de cambios de la personalidad. La evolución es lentamente progresiva, llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años.

- Demencia en la infección por VIH. *Trastorno* caracterizado por déficit cognoscitivo, en ausencia de una enfermedad concomitante u otro trastorno que pudiera explicar los hallazgos distintos de una infección por VIH. Tiene fallos de memoria, enlentecimiento, déficits de concentración, dificultades para la lectura y la resolución de problemas. Son frecuentes la apatía, reducción de la espontaneidad y retraimiento social. En una minoría significativa de individuos afectados la enfermedad puede presentarse de forma atípica, como por ejemplo, trastorno del humor (afectivo), psicosis o convulsiones. En la exploración somática se observa a menudo temblor, dificultades para efectuar movimientos rápidos y repetitivos, falta de equilibrio, ataxia, hipertonía, hiperreflexia generalizada, signos positivos de liberación frontal, afectación de los movimientos oculares de seguimiento y movimientos oculares sacádicos. La demencia por VIH suele evolucionar de forma rápida, hacia una demencia global grave, estado de mutismo y la muerte (CIE-10, 1995).

#### 1.2.4 Sintomatología

Los trastornos en el paciente con demencia son muy prevalentes, muy angustiosos para el paciente y desconcertantes; además de una gran carga para los cuidadores. Los síntomas y signos son muy variables en cada enfermo a lo largo de la evolución de la demencia y en los distintos individuos entre sí.

Aunque no existe una relación uniforme entre la severidad de la demencia y los síntomas que aparecen, sí pueden señalarse unas pautas generales, que se pueden observar en la tabla 6

**Tabla 6 Fases de las demencias**

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>•El paciente tiene cierta confusión</li> <li>•Es torpe en algunas de sus actividades</li> <li>•Tiene olvidos ocasionales</li> <li>•Va perdiendo vocabulario</li> <li>•Tiene confusiones en cuanto tiempo y espacio</li> <li>•El paciente tiene dificultades para realizar actividades mecánicas</li> <li>•En ocasiones presenta agitación y nerviosismo</li> <li>•La depresión y la ansiedad son relativamente frecuentes</li> <li>•Existe retracción social y la falta de iniciativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Olvido de sucesos recientes</li> <li>•Apenas realiza actividades</li> <li>•El lenguaje es pobre ignorando gran parte del léxico</li> <li>•No comprende situaciones nuevas</li> <li>•No existe orientación en cuanto a lugar y tiempo</li> <li>•El caminar se vuelve cada vez más torpe</li> <li>•No se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria</li> <li>•Necesita atención Constante</li> <li>El paciente presenta irritabilidad,</li> <li>Existen ilusiones delirantes y</li> <li>agitación frecuentemente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No conoce ni reconoce</li> <li>•El lenguaje se empobrece más hasta llegar al mutismo</li> <li>•Hay inconsciencia la mayor parte del día</li> <li>•Inmovilidad, con alternancia de la cama a un sillón</li> <li>•Breves momentos de conciencia</li> <li>•Aparición de problemas respiratorios, alimenticios, dermatológicos</li> <li>•Desinhibición o comportamiento inapropiado</li> <li>•Repetición de acciones sin ningún objetivo</li> <li>•Agresividad o apatía muy marcada</li> </ul>

*Tabla 6. En la presente tabla es posible observar como transcurren algunos síntomas a lo largo de la demencia (Matilla y Hernández, 2005, Brañas y Serra, 2002).*

Los pacientes con demencia en general pueden llegar a estar desorientados y tener dificultades con tareas que se desarrollan en el espacio. En la demencia es frecuente que exista empobrecimiento del juicio y escasa perspicacia. Por lo general tienen conciencia de enfermedad, pueden llegar a hablar de forma no realista de sus auténticas capacidades y hacer planes que no

son en absoluto congruentes con su déficit cognitivo. Pueden también subestimar los riesgos de determinadas actividades, y en ocasiones molestar a otras personas al hacerse violentos. Pueden producirse también conductas suicidas, particularmente en estadios precoces cuando el individuo es capaz de desarrollar un plan de acción.

Como se observa la demencia afecta distintas áreas del sistema nervioso central, los síntomas son múltiples y afectan a los pacientes de diferentes formas (Ver tabla 7).

**Tabla 7. Síntomas de las demencias**

<b><i>Trastornos cognitivos</i></b>	<b><i>Trastornos del pensamiento</i></b>	<b><i>Trastornos no cognitivos</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amnesia</b></li> <li>• <b>Afasia</b></li> <li>• <b>Apraxia</b></li> <li>• <b>Agnosia</b></li> <li>• <b>Desorientación</b></li> <li>• <b>Acalculia</b></li> <li>• <b>Aprosexia</b></li> <li>• <b>Trastorno en las capacidades ejecutivas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alucinaciones</b> Visuales Gustativas Olfativas Cutáneas</li> <li>• <b>Ideas delirantes</b> Robo Persecución y exposición a peligros Infidelidad conyugal Extrañeza ante el hogar Abandono Síndrome de Capgras Síndrome de Clerambault Infección Vecino fantasma Espejo fotografía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trastornos afectivos</b></li> <li>• <b>Cambios de personalidad</b></li> <li>• <b>Incontinencia de esfínteres</b></li> <li>• <b>Vagabundeo o deambulación constante</b></li> <li>• <b>Trastorno de vigilia-sueño</b></li> <li>• <b>Conductas difíciles</b></li> </ul>

*Tabla 7. En la tabla se observan los síntomas más comunes que se presentan en a lo largo de la enfermedad demencial. (Adaptado de Martínez, 1996, Cubero, 2002).*

Todos estos síntomas en interacción producen en el paciente una alteración funcional, a continuación se explicaran algunos de estos

➤ *Síntomas cognitivos.* Estos pueden considerarse como la consecuencia directa de las alteraciones estructurales u orgánicas que presenta el cerebro del paciente con demencia, están en la base de las demencias y aparecen aunque no muy evidentes casi desde el inicio. Estos causan una mayor pérdida funcional y en consecuencia habilidades de la vida cotidiana. Los trastornos se explicaran a continuación:

- Amnesia. Se le conoce así a la pérdida de memoria, constituye el síntoma más característico y el motivo principal de consulta. Está presente en todos los pacientes, aunque en algunas formas de predominio frontal es menos notoria. El origen de la pérdida es inicialmente el daño de las zonas cerebrales y circuitos necesarios para su funcionamiento, pero posteriormente también se añade la falta de atención o concentración. En un inicio se ve más afectada la memoria a corto plazo y la capacidad de aprendizaje la cual se asocia a la capacidad de fijación de datos y hechos recientes, progresivamente se afecta la memoria remota y las demás áreas de la memoria, que se refleja en la dificultad para recordar hechos más antiguos como datos biográficos del propio paciente, preguntas repetidas o dificultad con tareas habituales, así como olvidos que son reconocidos por los familiares. El paciente por su parte se adapta evitando las actividades o refiere confabulaciones (Cubero,2002).

- Afasia. Se conoce así al trastorno de lenguaje, y en demencia hay diferentes formas de gravedad dependiendo la evolución. Se afecta tanto la comprensión como la expresión del lenguaje oral como del escrito. Al principio el paciente no es capaz de recordar ciertas palabras o no encuentra el nombre de los objetos, a lo cual se le denomina anomia, cambiando más adelante una palabra por otra. Poco a poco el lenguaje se va perdiendo y hay repeticiones involuntarias

de sílabas o de palabras o de repeticiones de eco o de lo último que dijo el interlocutor. En etapas más graves aparece el mutismo.

- Apraxias. Es la dificultad de realizar movimientos de forma fina y coordinada. La capacidad motora está intacta es decir hay ausencia de parálisis, así como hay ausencia de alteración sensorial o de comprensión. El paciente puede tener dificultad para escribir o dibujar. Un deterioro más severo traerá consigo incapacidad para las tareas habituales de la vida diaria (comer, vestirse, lavarse). Hasta llegar a la acinesia, es decir la inmovilidad total.

- Agnosias. Se conoce así a la dificultad para reconocer la información que llega a través de los sentidos, mientras no exista trastorno de los órganos receptores. El paciente muestra problemas para identificar objetos comunes o personas conocidas. Esta incapacidad para procesar adecuadamente la información sensorial se aplica también a la propiocepción de modo que el paciente confunde izquierda y derecha, así como las partes de su cuerpo y su situación en el espacio.

- Acalculia. El trastorno se manifiesta generalmente por problemas al realizar el cálculo mental sin el apoyo escrito, y esto se puede manifestar con dificultad para manejar dinero, y poco a poco se irá perdiendo la capacidad para realizar operaciones escritas. Esta función es sumamente necesaria en nuestros días, por lo tanto en un paciente con demencia con esto se ve afectado su desenvolvimiento normal.

- Desorientación espacial y temporal. El trastorno se refleja con la dificultad del paciente para situarse en su ambiente, la orientación temporal suele alterarse tempranamente, así también el paciente tiene confusión de fechas y lugares. Inicialmente suele manifestarse por el extravío del paciente en un ambiente extraño, como hospitales, mercados y lugares de recreo. Más adelante, el paciente se desorienta en lugares conocidos, como en la propia colonia.

Finalmente, el paciente pierde por completo la capacidad para situarse en cualquier espacio y comienza el vagabundeo dentro del propio domicilio.

- Aproxia. Se conoce así al trastorno de atención. Estos procesos atencionales son muy importantes para un adecuado funcionamiento cognitivo, en la demencia se pueden hallar afectados estos y a su vez la capacidad de concentración así como también se observa distractibilidad.

- Trastorno en las capacidades ejecutivas. Su afectación se relaciona con la incapacidad de ordenar la secuencia de actos que llevan a la ejecución material del pensamiento, así también se dificulta la capacidad de no ser interferido por elementos distractores y de poder realizar actos secuenciales. Los pacientes con un daño de este estilo son incapaces de ordenar la secuencia de actos necesaria, estas se relacionan principalmente con el lóbulo frontal

- Trastornos de pensamiento. Entre estos se encuentra afectada la capacidad de juicio, por ello los pacientes realizan actos insensatos o fuera de lugar, ya que se altera el curso y contenido del pensamiento, son incapaces de percibir la inadecuación de determinados comportamientos según el contexto de un momento dado, o sobresimplificar los hechos y situaciones, así también la capacidad de abstracción se disminuye no pudiendo extraer conclusiones generales y quedándose con la información concreta. Existe rechazo a situaciones desconocidas aunque sean banales, esto se debe a una capacidad disminuida de adaptación y aprendizaje. Entre los trastornos del pensamiento se encuentran los delirios, las alucinaciones y los falsos reconocimientos los cuales se explican a continuación.

- Delirios. Es un trastorno del contenido del pensamiento en el que se expresa una idea errónea o imposible, o una interpretación anómala de la realidad. Es banal una argumentación lógica. Aunque suelen ser característicos de estadios

más avanzados en ocasiones estos aparecen precozmente y puede ser el primer síntoma de la enfermedad siendo signo de una demencia que evolucionará más rápidamente, ya que hay cierta correspondencia entre delirio e intensidad de deterioro cognitivo. La temática delirante puede empezar desde algo simple hasta altos grados de elaboración. Las ideas delirantes más habituales incluyen la sospecha o certeza de robo y le seguirán delirios de sospecha de referencia (pensar que se refieren o le miran a uno) y la creencia de que hay otras personas en la casa (huésped fantasma), que no están en su propia casa, delirio de abandono, de infidelidad, creer que el cónyuge es un impostor o que ha sido suplantado por un doble (síndrome de Capgras) , puede haber una identificación errónea de sí mismo, por ejemplo en el espejo, al que se denomina signo de espejo, así también se puede creer que los seres queridos que han fallecidos están todavía vivos.

- Alucinaciones. Es una percepción relacionada con cualquiera de las vías sensoriales, sin que lo percibido exista o haya ocurrido realmente. Las alucinaciones visuales son las más frecuentes. Los pacientes con demencia refieren a menudo que hay niños o adultos pequeños que entran y salen corriendo de su casa o aviones volando sobre su cabeza. Con frecuencia los observan con fascinación, pero también se muestran a menudo alterados y molestos. Las alucinaciones son formas de organizar un entorno de otra manera incomprensible y con frecuencia son determinadas por deseos o necesidades personales. Las alucinaciones también tienen un componente fisiológico; pueden ser estimuladas por descargas eléctricas anormales del cerebro (Weiner y Lipton, 2005). La presencia de déficits sensoriales importantes como los visuales o auditivos pueden predisponer al desarrollo de las alucinaciones. Las alucinaciones pueden irse haciendo más frecuentes con el progreso de la enfermedad.

- Falsos reconocimientos e identificaciones. Estos son síntomas que están en la interface de diferentes capacidades cognitivas, como son agnosias y fenómenos delirantes, por lo que en su clasificación no existe un acuerdo completo. La prosopagnosia es la identificación errónea de personas familiares tomando un por

otro (confunden al marido con su padre). Existen quejas de presencia de extraños en la casa a lo cual se le denomina huésped fantasma. Es posible que el paciente llegue a interactuar con lo que está viendo en la televisión creyéndolo real (González, 2001).

➤ *Síntomas no cognitivos.* Estos se pueden considerar como secundarios en su presentación respecto a los cognitivos, pero para la familia y los cuidadores son con frecuencia los más importantes.

- **Trastornos afectivos** Por lo regular aparecen depresiones menores, y esto provoca un serio sufrimiento al paciente, que con frecuencia pasa desapercibido, debido a que el paciente no comunica esta tristeza o malestar, o lo hace en forma de síntomas más físicos que emocionales. La probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo es mayor en los estadios más precoces, y va descendiendo según progresa la enfermedad. La causa de la depresión en la demencia se puede relacionar por una parte debido a que la propia enfermedad produce déficit en la neurotransmisión, lo que sumado a la pérdida de neuronas en determinados lugares como el locus coeruleus, predispone al desarrollo de la patología depresiva y por otra a la reacción psicológica del paciente que se da cuenta de la pérdida de sus capacidades. También pueden desarrollarse síntomas de manía, caracterizados por excitabilidad, euforia o aumento del estado de ánimo, taquipsiquia y verborrea.

- **Cambios de personalidad.** Son fenómenos generalizados en la demencia, obedecen principalmente a esfuerzos adaptativos mal logrados. Estos cambios suelen adoptar una forma de exageración de rasgos previos o una rigidificación de los mismos. Con frecuencia son aquellos rasgos menos agradables (rudeza, celos, agresividad) los que se acentúan, en relación con una menor capacidad de control. Los rasgos alterados de personalidad que se observan con mayor frecuencia son dependencia, desinhibición, apatía y egocentrismo. En la mayoría de los pacientes hay apatía. Este es un signo importante, que al parecer no resulta

perjudicial para el entorno, sin embargo, la falta de iniciativa, comunicación y afecto mostrado por los pacientes es un síntoma que suele causar gran frustración en los familiares que cuidan del paciente y que pierden así la parte más humana de su familiar, con quien dejan de comunicarse al nivel adulto que solían hacerlo. En estadios medios o avanzados existe el temor a estar solos, los pacientes necesitan la presencia de alguien en casa, ya que poco a poco van perdiendo independencia por lo que requieren de un cuidador principal, estas ausencias a veces inevitables provocan en ocasiones verdaderas tempestades afectivas. Conforme avanza la enfermedad los hábitos higiénicos se deterioran y el paciente descuida su aspecto y su limpieza.

- Incontinencia de esfínteres. Prácticamente es una constante en la demencia, aunque no es común en estadios muy precoces, se vuelve evidente en la demencia avanzada. En primer lugar se presentan los problemas urinarios y a continuación fecales, causando más carga en los cuidadores. Al inicio conviene descartar una causa tratable, como infecciones de orina, cálculos, impactación fecal, la cual tendría solución médica sin embargo, en cualquier caso es recomendable mantener al paciente el mayor tiempo con control de esfínteres mediante la adecuación de horarios.

- Vagabundeo o deambulación constante. Existe en los pacientes una tendencia a caminar insistentemente, esto se acentúa en ocasiones durante la noche. En ocasiones se repiten patrones de conducta aceptables realizados años atrás. La deambulación inadecuada es un síntoma que provoca gran estrés en los cuidadores por temor a que se produzcan caídas.

- Trastorno de vigilia-sueño. Estos trastornos son frecuentes en personas con demencia llegando a ser difícil de tratar y de gran importancia para los cuidadores, pero se debe tomar en cuenta que las horas de sueño en el anciano por lo general son más reducidas y que el sueño es más ligero y fragmentado. Los trastornos más habituales son hipersomnia, insomnio y la inversión del ciclo vigilia-sueño.

Algunos de los fármacos como para el control de la agitación, para tratar el insomnio o los trastornos metabólicos pueden causar somnolencia en el paciente. Desde el punto de vista del entorno la causa principal para la somnolencia diurna es la falta de actividades entretenidas, es decir el dormir excesivamente es una forma de manejar el aburrimiento y el evitar el desafío de entender el entorno o iniciar una conducta, en ocasiones los cuidadores fomentan la somnolencia para aliviar la carga. El insomnio por su parte es de lo que más se quejan los cuidadores, ya que el sueño se interrumpe frecuentemente por la ansiedad, pero el síndrome psiquiátrico más habitual que conlleva a la falta de sueño es la depresión, teniendo dificultad para iniciar y mantener el sueño, generalmente se despiertan 3 o 4 horas antes de la hora habitual y temiendo al día que empieza, además, si hay poca actividad física diurna, hay poca demanda fisiológica para el descanso, lo cual se vuelve muy habitual en los pacientes con demencia. Por otra parte, las siestas durante el día y la vigilia nocturna puede conducir a la inversión del ciclo vigilia-sueño. Para los ancianos, conseguir dormir y mantenerse dormido puede resultar difícil, las apneas de sueño resultan frecuentes y por lo mismo interrumpen el sueño, así también la mayoría de las veces, la dificultad para dormir se produce o agrava por factores ambientales, como puede ser el acostarse muy temprano (Weiner y Lipton, 2005).

- Conductas difíciles. En estos se incluyen actividades conductuales perjudiciales para el paciente y su entorno. Estos tienden a aparecer en estadios medios o avanzados. Uno de los más frecuentes es la inquietud o agitación psicomotora, se manifiesta por la dificultad de permanecer quieto en un lugar durante un tiempo prolongado, la necesidad de moverse o el exceso franco de motilidad en el caso de la agitación psicomotriz, pueden estar asociadas al malestar interno, presencia de alguna enfermedad física que ha pasado inadvertida, dolor o ansiedad, la cual se experimenta con frecuencia en las primeras fases, pudiendo presentarse por la conciencia de enfermedad o el miedo de los pacientes a perder sus capacidades mentales y el sentimiento de impotencia para comprender y manejar el entorno. Es común encontrar también

agresividad verbal (hostilidad, gritos, insultos) y en ocasiones física. Pueden existir comportamientos repetitivos los cuales suelen ser muy molestos para el entorno. La sensación de inseguridad hace que algunos pacientes sigan al cuidador permanentemente, es frecuente que pregunten la misma cosa una y otra vez. Otros pacientes se ocupan sacando y metiendo objetos de los cajones o armarios, escondiendo o acumulando objetos, comida o dinero en lugares inapropiados. En estadios muy avanzados pueden aparecer una serie de comportamientos vocales anómalos en forma de lamentos o gritos que pueden ser indicativos de algún problema físico o dolor. Con menor frecuencia aparecen los trastornos de tipo sexual, como puede ser la práctica de actividades masturbatorias continuamente o en público, existe demanda sexual indiscriminada, tocamientos a sí mismo o a otros y en general la falta de pudor, más relacionados con problemas en lóbulo frontal. Con mayor frecuencia hay presencia de apatía sexual. En cuanto a los hábitos alimentarios, puede haber una pérdida de discriminación respecto a lo que se come, comida compulsiva e incontrolada o hábitos estereotipados como el sólo querer comer un determinado alimento. En el otro extremo también puede aparecer anorexia, incluso de forma marcada o la negativa a comer.

La sintomatología de la demencia trae consigo una incapacitación para realizar actividades cotidianas que acostumbraba hacer antes del inicio de la enfermedad, así como la limitación para desarrollar actividades alternativas o emprender otras nuevas. Es por esto que cuanto más avanza la enfermedad, el paciente va precisando ayuda para realizar tareas cada vez más simples y esto a su vez causa en los familiares o cuidadores mayor sobrecarga tanto física como emocional.

### *1.3 Demencia y Familia*

Entre los seres humanos, unirse para “coexistir” suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de

conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporcionan un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1993).

En el tratamiento de una demencia, la relación principal del médico se produce con la familia del paciente. Las familias soportan la carga de comprender y desenvolverse con el paciente y sus circunstancias. Por lo tanto, después de realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento médico adecuado, la cuestión más importante se dirige a la educación y el apoyo tanto físico como emocional a los familiares cuidadores (Martin-Cook en Weiner y Lipton, 2005).

El desarrollo de una demencia afecta a las familias y a sus componentes de manera diferente. Afecta al cónyuge, compañeros, hijos, nietos y en ocasiones como en el caso del VIH a los padres. Las familias experimentan rechazo, negación, ira, depresión y aceptación a lo largo de la enfermedad.

### *1.3.1 Familiares cuidadores*

Los síntomas de una demencia afectan tanto al paciente como a los familiares, como se observa estos son muy desgastantes y conllevan a una sobrecarga a los familiares que se encuentran a cargo de estos pacientes, así como conflictos entre los miembros e inclusive cambios en la dinámica familiar.

Durante la etapa en la que los pacientes presentan deterioro cognitivo leve, el desafío para los cuidadores consiste en ser conscientes de la enfermedad, para así poder obtener un diagnóstico, con el cual a menudo los cuidadores son ambivalentes debido a que se sienten reforzados cuando se les dice que algo va mal; pero les aterra enfrentarse a éste.

Conforme se deteriora la función cognitiva, el problema se centra en el cambio de papel. Es importante que el cuidador modifique el propio papel para adecuarse a las tareas necesarias (gestión de las finanzas, coordinador de las

actividades, ama de casa). Debido a que es el momento en el que se producen las mayores fluctuaciones de conducta, funcionamiento y capacidad, a menudo la tarea es el desenvolverse en la vida y ante las crisis como se hace habitualmente en las familias. El desafío personal en las fases avanzadas de la enfermedad es desconectar el papel de cónyuge o hijo adulto y asumir el papel de cuidador. El trabajo que implica esta etapa es el de alimentar, mantener la higiene y ayudar en la marcha. A menudo en esta etapa se hacen comentarios como “esta persona no es mi esposa” o “mi madre ya se ha ido” (Martin-Cook en Weiner y Lipton, 2005).

Poco a poco los cuidadores familiares tienen menos tiempo para sí mismos, menos diversiones, se encuentran preocupados constantemente por sus enfermos, encuentran dificultades para cumplir con responsabilidades de trabajo y del hogar, de igual modo aparece fatiga crónica, depresión, enojo, resentimiento, soledad, tristeza, llanto y sentimientos de culpa (Carvajal, 1997).

Según Arango y Rogers, (2003) en el caso de la enfermedad del Alzheimer, aproximadamente el 75% de los pacientes son cuidados por algún miembro de su familia, y el cuidador principal gasta una media de sesenta horas semanales en el cuidado de su paciente, y en cuanto más progresa la enfermedad mayor es la atención. Según Conde, (2002), la relación que existe entre un enfermo con demencia y un familiar que cuide de éste es de 87%. En relación con el sexo, aproximadamente el 80% son mujeres, esposas o hijas, mientras que tan sólo un 20% los que serían básicamente cónyuges. Brody citado en Martin-Cook, Svetlik, Weiner, 2005 menciona que esto se debe a que las mujeres tienen más esperanza de educar que los hombres, que con frecuencia están empleados de tiempo completo fuera de casa. Sin embargo esto puede cambiar cuando las mujeres entran en un mercado laboral.

### *1.3.2 Primeras reacciones de los cuidadores*

Por lo regular el inicio de las demencias es gradual y poco llamativo, suele comenzar con cambios cognitivos en la memoria reciente, atención concentración,

o fluidez verbal, los cuales pueden pasar desapercibidos tanto para el paciente como para la familia, debido a que se atribuyen dichos cambios al envejecimiento normal. En cuanto estos cambios empiezan a interferir en las actividades de la vida cotidiana es cuando se toma como indicador de algún problema más grave, a partir de esto el familiar se empieza a preocupar y es cuando lo llevan al médico y después de distintos exámenes neurológicos, neuropsicológicos y pruebas de laboratorio se diagnostica la demencia.

A raíz del diagnóstico los cuidadores necesitan y “desean” aprender acerca de los efectos cognitivos y conductuales de la demencia, la evolución esperada y las diversas consecuencias sociales y económicas de la enfermedad. Cada cuidador necesitara una información diferente, algunos afrontaran mejor la situación obteniendo todos los datos que puedan conseguir; otros se agobiaran pensando en el futuro (Martin-Cook en Weiner y Lipton, 2005).

A los familiares les surgen diferentes dudas como ¿qué es una demencia?, ¿qué sucederá? ¿es curable? ¿qué deben hacer?, las cuales crean sentimientos de ansiedad, tristeza, miedo, inquietud y desconcierto. Independientemente de esto los familiares tienen que tomar la decisión de cómo cuidaran al paciente, quién lo hará, como se distribuirán los gastos económicos que conlleva la enfermedad. Por lo regular la mayor parte de las familias elige un miembro de la misma el cuál se considera “cuidador principal”, quién se encarga la mayoría de las veces de la asistencia y el cuidado del enfermo, se debe enfrentar a todos los cambios que trae consigo la enfermedad y en general no está preparado para manejarlos (Arango y Roger, 2003).

### *1.3.3 Cuidado en las diferentes etapas*

Como ya se mencionó anteriormente, el enfermo con demencia pasa por diferentes fases y con ellas los cuidados por parte de los familiares se van incrementando.

En los estadios iniciales el cuidador se hace cargo de aquellas tareas que requieren un nivel de funcionamiento para el paciente como por ejemplo, conducir, hacerse cargo de las finanzas, y darle sus medicinas. Al progreso de la enfermedad el familiar se debe hacer cargo del cuidado personal del paciente como son bañarlo, vestirlo, darle de comer, así también empieza a atender la seguridad del paciente en su casa así como la prevención de accidentes, por ello es necesario que el cuidador arregle el ambiente en relación a la pérdida cognitiva de su paciente. Al final de la enfermedad estos problemas se agudizan e inclusive se desarrollan otros como la incontinencia, úlceras por presión, insomnio, desnutrición, alteraciones en la deglución e inmovilidad, y con todo esto se genera mayor atención por parte del cuidador ya que se percata de este declive cognitivo, emocional y conductual del ser querido, lo cual puede generar un colapso durante el cuidado de la enfermedad. Toda esto llega a generar diferentes problemas en la vida del cuidador y entre ellos el estrés.

#### *1.3.4 Estrés en el cuidador*

El estrés de una persona surge en la interacción con su entorno, en el cual se percibe una discrepancia ya sea real o no entre las demandas de una situación y los recursos que ésta tenga para hacerles frente. En el caso de un cuidador de una persona con demencia existe un gran estrés de carácter familiar, es una situación que tiene pocas posibilidades de control, que no va a cambiar por sí misma, y además es ambigua y recurrente, ya que cada día el cuidador se enfrenta a cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento en su familia así como el deterioro del mismo (Arango, Fernández y Ardila, 1994).

La situación en el cuidador puede incluir pérdidas económicas en cuanto al incremento en los gastos, el hecho de tener que abandonar el trabajo, entre otras y pérdidas sociales que se refleja en no tener tiempo para salir con amigos, así también muchas amenazas de daños o pérdidas que todavía no han sucedido

pero que se prevén como podrían ser el no ejecutar sus funciones lo suficientemente bien, el tener que renunciar al trabajo y el saber que el familiar no va a mejorar y se morirá.

Es importante que el cuidador evalúe además de las demandas de la situación, los recursos de afrontamiento que puede emplear para manejar dichas demandas. Estos posibles recursos se pueden clasificar en:

- Físicos/biológicos. Los elementos del entorno físico de la persona y su propio organismo, por ejemplo su salud, su energía y su resistencia.
- Psicológicos/psicosociales. Su autoestima, sentido de control, creencias para sostener la esperanza y habilidades para solucionar problemas.
- Sociales: la red social de la persona y los sistemas de apoyo social de los cuales se puede obtener información, asistencia y apoyo emocional.

Por lo tanto se puede decir que el estrés en el cuidador trae consigo unas demandas inherentes que lleva a evaluarlo como amenazante. El estrés que se sentirá depende de cómo éste evalúa estas demandas y sus habilidades para responder, si cree que no tiene las capacidades necesarias para manejar las demandas percibidas de la situación, a corto plazo se produce una respuesta de estrés que empieza con la activación fisiológica. Después se generan las respuestas emocionales, cognitivas y de comportamiento las cuales se pueden agrupar como las respuestas de afrontamiento al estrés de la siguiente forma (Ver cuadro 2), (Arango, et al. 1994).

## Cuadro 2. Respuestas de afrontamiento al estrés

### RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

- Taquicardia
- Diaforesis
- Tensión muscular
- Aumento en la presión sanguínea
- Aumento del ritmo respiratorio
- Depresión del sistema inmunitario
- Excreción de catecolaminas y corticosteroides

### RESPUESTAS COGNITIVAS

- Problemas de concentración
- Bloqueo mental
- Preocupaciones
- Aparición de pensamientos intrusivos/repetitivos
- Problemas de memoria y atención

### RESPUESTAS EMOCIONALES

- Miedo
- Ansiedad o angustia
- Excitación
- Ira
- Depresión
- Resignación
- Sentimientos de impotencia
- Agresividad
- Consumo de fármacos
- Cambios en la apariencia física
- Aislamiento
- Cambios en la forma de hablar
- Dejar de hacer actividades agradables
- Actos rutinarios repetitivos
- Buscar apoyo

*Cuadro 2. Clasificación de las respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales, por parte de los cuidadores.*

En el caso del cuidador de un paciente con demencia el afrontamiento a la demanda es recurrente, y en la mayoría de las ocasiones no desarrolla habilidades adecuadas de adaptación para restaurar su equilibrio, así que se encontrara en un espiral de estrés constante, que a largo plazo traerá como consecuencia el denominado síndrome del cuidador.

### *1.3.5 Síndrome del cuidador*

Esta consecuencia del estrés a largo plazo ocasiona una serie de problemas en diferentes áreas de la vida y la personalidad del cuidador como son:

- **Problemas físicos:** El hecho de concebir un estrés constante puede afectar el sistema inmunológico y llevar a que estas personas presenten enfermedades como gastritis, problemas cardiovasculares y afecciones respiratorias entre otras. Es probable que por la dificultad que se tiene en el movimiento de una persona de edad avanzada que en ocasiones tiene sobrepeso, el cuidador pueda presentar problemas musculares como hernias y dolores de espalda.

- **Problemas en las relaciones sociales:** El cuidar a un enfermo con demencia implica dedicar gran parte del tiempo en esto, por ello los cuidadores sacrifican aquellas oportunidades que pueden tener de disfrutar de tiempo libre para hacer lo que les guste, vacacionar, estar con amigos o con personas de su entorno más inmediato.

- **Problemas laborales:** Debido a que con frecuencia el cuidador se irrita con facilidad, se siente más tenso, tiene problemas para concentrarse, presenta mayor propensión en accidentarse, tiene un bajo rendimiento y un elevado ausentismo y por ello puede llegar a perder su trabajo (Arango, et al. 1994).

- **Problemas económicos:** El hecho de que el paciente con demencia vaya perdiendo sus capacidades hace a su vez que se haga más dependiente y con

esto los gastos económicos se eleven. En ocasiones la familia o el cuidador o la familia no pueden satisfacer las necesidades económicas que surgen para brindar un cuidado adecuado del enfermo.

- Problemas legales: Con el avance del proceso demencial el paciente se ve más incapacitado para manejar de forma autónoma todos aquellos derechos fundamentales que le otorga la constitución, por ello el cuidador debe realizar una serie de trámites legales, tales como la declaración de incapacidad y el nombramiento de un tutor, con el fin de poder hacerse cargo de las responsabilidades legales derivadas del cuidado del paciente, como son el manejo de las cuentas y de las propiedades.

- Problemas familiares: Quizás este sea uno de los principales problemas cuando se tiene un paciente con demencia, ya que la mayoría de las veces existe una falta de apoyo, comprensión y colaboración de los miembros del grupo familiar, dejando casi siempre a uno solo como el cuidador primario del paciente en quién se producen sentimientos de soledad, discusiones constantes, inclusive problemas conyugales, con los hijos y demás allegados.

- Problemas psicológicos: Entre los problemas psicológicos que pueden producirse por el cuidado con un paciente con demencia se incluyen sentimientos de ansiedad, aislamiento, culpabilidad e impotencia, problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, dependencia a los psicofármacos, temor a la enfermedad, reacción de duelo, aparición de ideas suicidas y baja autoestima, que pueden derivar en una depresión leve hasta llegar a severa (Arango, et al. 1994).

### *1.3.6 Recursos para los cuidadores de pacientes con demencia*

Hoy en día existen aunque pocos, diferentes recursos para aquellos familiares que tienen a su cuidado un paciente con demencia para así poder ayudar a afrontar y aliviar la sobrecarga que el cuidado de estos enfermos ocasiona (Arango, et al. 1994).

- Asociaciones de familiares. Estas son asociaciones que buscan a través de conferencias, seminarios, información telefónica, cursos de voluntariado y publicaciones periódicas de materiales, brindar información a los familiares en aspectos como: características de la enfermedad, el proceso diagnóstico y su tratamiento. También se encargan de realizar talleres para el control del estrés, control de emociones, relajación, entre otros, esto con el fin de capacitar a los cuidadores con herramientas necesarias para hacer frente a las dificultades que puedan aparecer en el cuidado de estos enfermos, además ofrecen una serie de servicios de ayuda y apoyo a la familia que incluyen: asistencia médica, jurídica, social y psicológica, así como ayuda a domicilio. En México la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades similares (AMAES), es de este tipo.

- Centros de día. Los centros de día para las personas con demencia son instituciones en las cuales la familia y el cuidador principal llevan al paciente, con el fin de que profesionales le brinden los cuidados y rehabilitación necesaria para que el enfermo tenga una mejor calidad de vida. Entre los servicios que prestan estas instituciones son atención médica, de enfermería, terapia ocupacional, asistencia social y psicológica, psicoestimulación cognitiva, psicomotricidad, terapia física entre otras. Esto permite a la familia y al cuidador principal poder disfrutar de unas horas de descanso o tiempo para realizar otro tipo de actividades diferentes al cuidado del paciente, lo cual resulta eficiente para aligerar la carga que tienen al cuidar a su paciente, en México existen asociaciones como “Fundación Alzheimer” y “Alzheimer México”.

- Residencias geriátricas. Con estas residencias se busca sustituir el hogar y el cuidado del enfermo en forma permanente. Los servicios que éstas presentan

pueden incluir servicios médicos, psicológicos, de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, entre otros. En México existe la “Reasidencia de San Sebastian”, “La casa de mis abuelos” y “Nuevo horizonte, Las carmelitas”.

- Grupos de autoayuda o de apoyo. Son reuniones de personas que cuidan de familiares o amigos que sufren demencia. El propósito es ofrecer a sus miembros apoyo para que de esta manera sobrelleven la situación disminuyendo el estrés familiar que genera la enfermedad y el cuidado del enfermo. Así también ofrece a los cuidadores la oportunidad de conocer a otras personas que se encuentran en la misma situación y comparten los mismos sentimientos y experiencias. Al cuidador le sirve como descanso y una oportunidad de salir de casa. Ayuda para que compartan ideas e información y dándoles apoyo. Fomentan en los cuidadores el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar tanto físico como psicológico, aprenden sobre la enfermedad, y los ayudan a entender que no están solos. En la Fundación “Alzheimer” se realizan todos los segundos jueves de mes de 18:30 a 20:00 hrs

- Terapia psicológica para el cuidador o la familia. Esta es otra alternativa de tipo emocional e instrumental al cuidador. Usualmente los cuidadores acuden a terapia en aquellos momentos en los cuales la sobrecarga que genera el cuidado del paciente empieza a interferir con su funcionamiento familiar, social y laboral. En un primer momento el psicólogo hace una evaluación individual con el fin de determinar los problemas específicos que presenta el cuidador y desarrolla un plan de tratamiento en los que se puede incluir: expresión de sentimientos, solución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento de asertividad, entre otros (Arango, et al. 1994).

Cabe señalar que esta última es una técnica poco utilizada debido a que los familiares están más interesados por la atención de su paciente que por ellos mismos.

## *1.4 Terapia Racional Emotiva*

Un modelo de intervención que se puede usar para este tipo de tratamiento es la Terapia Racional Emotiva, la cual busca un cambio de pensamientos, así como también un entrenamiento en la asertividad y proporciona a los pacientes un espacio en el que pueda expresarse.

### *1.4.1 Antecedentes de la Terapia Racional Emotiva*

La terapia racional emotiva (TRE) fue creada por Albert Ellis, quién inicio sus prácticas en el año de 1955. Pero fue hasta el 31 de Agosto de 1956 que fue formulada por primera vez por su Autor en el Congreso de American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos. Esta terapia se basa en la premisa de que el pensamiento y emociones de los individuos no son procesos diferentes, sino que se interrelacionan, es decir que no pueden separarse el uno del otro ya que para la terapia racional emotiva las emociones como las conductas son producto de las creencias, de su interpretación de la realidad (Ellis, citado en Yankura, 2000).

Una de las principales influencias fue la de los filósofos estoicos griegos y romanos, ya que la terapia racional emotiva se basa en la premisa “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones”. (Epiceto siglo I d. C. citado en Lega, 1997). Los estoicos mencionaban que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica y le restaban importancia a los factores psicoanalíticos y psicodinámicos. Así también hace hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas (Ellis y Dryden, 1989).

Este tipo de tratamiento se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas. A lo largo del tiempo ha utilizado métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas, también ha tenido varias modalidades

terapéuticas como son individual, de grupo, familiar, y con variedad de clientes como pueden ser niños, adultos, ancianos, es decir está abierta a muchas posibilidades de trabajo.

#### 1.4.2 Conceptos teóricos de la TRE

La terapia racional emotiva trata principalmente conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Su base es el hedonismo a largo y corto plazo, para que las personas disfruten el presente y del futuro y así conseguir la máxima libertad y disciplina. Otorga un gran interés a la capacidad de desear y de elegir en ciertas ocasiones, también acepta la posibilidad de que algunas conductas estén determinadas en parte por lo biológico, social y otras (Ellis y Dryden, 1989).

Como se menciona anteriormente Ellis se basa en la premisa “las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas” por ello la terapia racional sugiere que al modificar las ideas que se tiene con respecto a las cosas los sentimientos cambian, es decir los pensamientos negativos traen consigo emociones negativas. Por lo anterior este tipo de terapia clasifica los pensamientos en dos tipos de creencias o pensamientos: *creencias racionales* y *las creencias irracionales* (Ellis y Abrahams 1980; Ellis y Grieger, 1981 y Ellis y Dryden, 1989) las primeras son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, se expresan en forma de “me gustaría” “quisiera” “preferiría” y de esta forma los sentimientos de satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean y los sentimientos negativos cuando no es así. Por otra parte las Creencias Irracionales son absolutas o dogmáticas y se expresan en términos de “tengo que” “debo” “estoy obligado”. Estas creencias provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de las metas. (Ellis y Dryden, 1989). El simple hecho de convertir el “deseo” en “deber” u “obligación” implica que el incumplimiento de dicha meta, traerá desgracia, malestar, dolor y sufrimiento.

### 1.4.3 Salud y alteraciones psicológicas según la Terapia Racional Emotiva

Según la Terapia racional emotiva, en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre las experiencias de su vida, las cuales son consideradas irracionales, debido a que obstaculizan la realización de las metas, este tipo de creencias derivan de los “debo” y “tengo que”; por lo tanto; este tipo de derivaciones se consideran igualmente irracionales ya que también sabotean los propósitos y metas básicas de las personas.

Así también la teoría racional-emotiva postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo, estas ayudan a las personas a cumplir sus metas, o a crear nuevas si es que las antiguas no pueden realizarse y por ello se les consideran racionales, a continuación se muestran las derivaciones irracionales y enseguida la derivación racional.

La primera derivación irracional importante se le llama “*Tremendísimo*”. Esto sucede al percibir un suceso y se valora como malo más del 100%. Se trata de una conclusión exagerada que se manifiesta generalmente con frases como “es terrible” u “horrible”. Por su parte la derivación racional es la de “*evaluar o analizar lo negativo*”, en este caso las personas colocan el resultado de su evaluación en un punto continuo de mal que va del 0 al 100% y no más de este como 101 como es en el tremendísimo que inclusive podría llegar hasta el infinito y esto vendría siendo una valoración mágica (Ellis y Grieger, 1981).

La segunda derivación se le conoce como “*no soportantis*”, esto es, creer que no se puede tener felicidad nunca y bajo ninguna condición, cuando el acontecimiento que “debería” suceder no pasa o por el contrario, “no debería de suceder” ocurriera. Normalmente se expresa a través de frases como “no puedo soportar”. La alternativa racional a la derivación no – soportantis se le llama

“tolerancia”, en esta la persona reconoce que sucede o puede suceder un acontecimiento no deseado y cree que estaba dentro de las posibilidades el que no pasara, sitúa el acontecimiento en un punto del continuo mal, procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la realidad si no se le puede modificar y empieza a conseguir activamente otras metas.

La tercera derivación importante es la “condena”, esta es la tendencia de clasificarse uno mismo o a otro como “subhumano”, “inservible”, “fracasado” o “miserable” si uno mismo o el otro hace algo que no “debe” o no hace algo que “debería” hacer. Por su parte se conoce como “aceptación” a la alternativa racional de la condena. La persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, que se tienen limitaciones. Se aceptan las condiciones de vida tal y como son, es decir se debe entender que el mundo es complejo y que no se puede tener control sobre de él, el hecho de que la persona tenga aceptación no quiere decir que se deba de resignar (Ellis y Grieger, 1981).

Para Ellis y Dryden (1989) los seres humanos distorsionan la realidad cuando están alterados como puede ser: 1) generalizar en un todo o nada; 2) pensar directamente en conclusiones negativas; 3) adivinar el futuro sin bases reales; 4) fijar la atención en lo negativo; 5) descalificar lo positivo; 6) hablar del siempre y nunca; 7) minimizar la importancia o el valor de las cosas positivas; 8) etiquetar y sobregeneralizar cosas, personas, acontecimientos; 9) tomar todas las cosas demasiado personal y sentirse la víctima; 10) sentirse como una farsante cuando de pronto se siente mejor; y 11) ser demasiado perfeccionista.

Aunque las personas siempre van a sentir y a lo largo de toda su vida es imposible evitar que en algún momento se sientan mal, para la terapia racional emotiva una persona psicológicamente sana, es aquella que tiene una filosofía de relativismo o del deseo, con esta filosofía se reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, anhelos y preferencias. Con esto es posible que si se tienen emociones negativas, sean apropiadas por ejemplo, tristeza,

dolor, fastidio. Esto no significa que con la filosofía de deseo no se va a sufrir, más bien estas emociones serán menos destructivas.

#### 1.4.4 El ABC de la Terapia Racional Emotiva (TRE)

El ABC es utilizado en la TRE como un esquema en donde “**A**” simboliza los acontecimientos desencadenantes o activadores, “**B**” representa las creencias acerca del acontecimiento y “**C**” se considera como respuestas emocionales y conductuales o las consecuencias que derivan de las creencias en “**B**” (Ellis y Dryden 1989, Corey, 1995).

Los acontecimientos activadores (A) casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de B y C. A su vez las personas tienen innumerables creencias (B) sobre sus acontecimientos activadores; y éstas tienen una gran influencia en sus consecuencias (C) que pueden ser conductas, sentimientos, etc.

Las creencias (B) sobre los acontecimientos pueden tomar formas muy diferentes, ya que cada persona piensa diferente, pero como se mencionó anteriormente la TRE se ocupa de las “creencias racionales” y las “creencias irracionales”. Algunas creencias pueden ser:

*Observaciones No evaluativas.* Se trata de ideas que no van más allá de los datos que se disponen y no tienen relación con los objetivos que se quieren alcanzar. Un ejemplo sería “hace aire” (Ellis y Dryden, 1989).

*Inferencias No evaluativas.* Las inferencias son unas hipótesis que se extraen de las observaciones, y éstas pueden ser correctas e incorrectas. Estas inferencias no son evaluativas cuando no tiene relación con los objetivos, por tanto para que sean evaluativas deben tener relación con los mismos. Por ejemplo: “lloverá en la tarde”. Se vuelven evaluativas cuando tienen relación con los objetivos; como por ejemplo “lloverá en la tarde y habrá mucho tráfico”;

suponiendo que el individuo tiene que hacer un recorrido en auto seguramente se verá afectado si su inferencia es cierta. Por lo regular las inferencias van encadenadas, por ello es importante encontrar la inferencia más relevante de la cadena que es la que incluye las evaluaciones de “obligación”, estos aparecen en forma de “debo”, “tengo que” “debería”, etc.

*Evaluaciones preferenciales positivas/negativas.* Se denominan así porque son relativas y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo y negativo respectivamente. Para la terapia racional emotiva estas se clasifican como racionales ya que ayudan y favorecen el que una persona siga con sus objetivos y propósitos básicos. Un ejemplo de una evaluación preferencial positiva sería: “prefiero que mi familia venga a visitarme”, mientras que su versión negativa sería: “prefiero a mis familiares que no me abandonan”

*Evaluaciones de obligación positivas/negativas.* Estas son absolutistas y dogmáticas, van más allá de los datos disponibles y se refieren a lo que las personas evalúan como positivo y negativo respectivamente de forma devota, por lo tanto se consideran como irracionales, puesto que no ayudan a lograr las metas y objetivos básicos. Siguiendo con el ejemplo anterior, una evaluación de obligación positiva sería: “mis familiares *tienen* que venir a visitarme” y una evaluación de obligación negativa: “mis familiares no *deben* de abandonarme” (Ellis y Dryden, 1989).

Por otra parte la C (consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales) sigue de la interacción entre A y B. Normalmente C está influida y afectada por A, pero esto no quiere decir “causada”, ya que los seres humanos reaccionamos a los estímulos del medio (Ellis y Dryden, 1989).

#### 1.4.5 Metodología de la Terapia racional emotiva

Los principales objetivos de este tipo de tratamiento son: ayudar a los individuos a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, demostrándoles que esto se logra sólo cuando se aceptan total e incondicionalmente a sí mismos, tolerando condiciones de vida que resultan incómodas pero imposibles de cambiar. Por último, procura que obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura. La manera en que la Terapia racional emotiva trabaja para cumplir esos objetivos es la siguiente:

- 1) Entrena a las personas a detectar sus perturbaciones psicológicas y atribuirles a sus creencias irracionales.
- 2) Demuestra que no son esclavos de sus procesos de pensamientos irracionales con base biológica y que pueden trabajar para no perturbarse.
- 3) Trabaja activamente por medio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales, para cambiar sus creencias perturbadoras irracionales (Ellis y Dryden 1989).

Para que las personas puedan tener un cambio es importante reconocer las creencias irracionales, para ello se deben buscar los “debo y tengo que”. Se puede empezar observando cuáles son las necesidades o imperativos internos que se experimentan y que causan la perturbación. Cuando una persona no sabe que es lo que le perturba, es necesario empezar a analizar C, es decir, cómo se siente y después se debe examinar A, es decir, qué es lo que pasa que hace que la persona se sienta mal.

Una vez que se hayan identificado las creencias irracionales, se puede trabajar en la modificación. Para ello la terapia racional emotiva se basa en un proceso de discusión, el cual vendría siendo “D” en el A-B-C de la terapia racional emotiva. Dentro de este proceso se pretende *definir, distinguir y debatir* las creencias irracionales de las personas, es decir, primero se definen las creencias irracionales a discutir, a continuación se distingue las diferencias que hay entre lo

que la persona quiere, lo que necesita, sus deseos, sus demandas y sus ideas racionales e irracionales, esto es para que la persona reconozca lo que realmente es conveniente para su vida y cuales les perturban para después debatirlas o contraponerlas. Para Maultsby (1974) las creencias irracionales tienen cinco características y por ello se puede hacer un análisis y debatirse con las siguientes cuestiones: 1) ¿Este pensamiento es verdadero?; 2) ¿Me lleva este pensamiento a proteger mi vida?; 3) ¿Con este pensamiento consigo lo que quiero?; 4) ¿Este pensamiento evita que me sienta como quiero sentirme? 5) ¿Este pensamiento me evita problemas que no quiero?

A continuación se presentan algunas formas de discutir las principales conclusiones irracionales derivadas de los “debo y tengo que”, así como las que conforman la filosofía de obligaciones (Guerra, 2003).

Para el Tremendísimo, cuando los individuos consideran que algo es “horroroso”, lo que en realidad están pensando es que, es algo más que malo o infinitamente malo, es decir consideran lo que les pasa en un porcentaje de 101% hasta el infinito, siendo este un grado de maldad que no existe. En este caso se puede debatir con la pregunta ¿por qué le resulta tan horroroso?

Por otra parte en el no soportantis, las personas afirman que no pueden tolerar o que no pueden soportar algo, siendo que no hay nada que una persona no pueda soportar, ya que podrá haber muchas cosas que no le agraden, que le molesten, que le incomoden, que le entristezcan y que le duela tener que soportar, pero eso no implica que no pueda hacerlo. Una pregunta que se puede hacer para debatir este pensamiento sería “¿de qué manera no lo puede soportar?

Para la condena, la persona que se siente miserable por algo malo que hizo, de ninguna manera lo es, ya que todos cometemos errores, pero a pesar de esa equivocación, sigue teniendo muchas virtudes, otros éxitos y capacidades. De igual forma, cuando un individuo califica a otro como un ser despreciable, sólo

está generalizando alguna característica negativa y la está llevando a todos los aspectos de su vida. Se puede debatir con “¿qué es lo que lo hace un ser despreciable?”

En la filosofía de las obligaciones al convertir las personas sus preferencias en sus demandas, sus deseos en necesidades y sus propósitos en obligaciones, afirmándose a sí mismos, “debo, es necesario que y/o tengo que” tienden a desarrollar fuertes perturbaciones emocionales cuando no cumplen con ellas, por ello es importante debatir con un “¿por qué es necesario que las cosas sean de cierta forma?”

El último punto del A-B-C-D de la terapia racional emotiva lo constituye la nueva filosofía “E”, que permita a la persona pensar directamente sobre sí mismo, los demás y el mundo de una forma más conveniente en el futuro, es decir, cambiando sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación correcta. Por ello es necesario que se practique muchas veces el A-B-C y D-E, de forma emotiva y orientada a la acción, con el fin de que “E” se mantenga permanentemente.

Según Ellis y Dryden (1989) para poder efectuar un adecuado cambio filosófico es necesario que las personas 1) se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas; 2) reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones; 3) comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de creencias dogmáticas e irracionales; 4) detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales; 5) refuten estas creencias irracionales; 6) trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales; 7) continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de su vida.

En este último punto cabe mencionar que es posible que las creencias irracionales se encuentren muy arraigadas en las personas y es común que sus perturbaciones constituyan algo habitual en su vida, por lo que en algunas ocasiones, a la hora de realizar este cambio tan radical en su sistema de creencias, se perciban a sí mismos como farsantes, como si al ya no tener esas perturbaciones ya no fueran las mismas, y de hecho el miedo al cambio puede ser un gran obstáculo para alcanzar los fines terapéuticos. A este efecto se le conoce como *disonancia o desacuerdo cognitivo-emotivo* (Maultsby, citado en Ellis y Grieger, 1981), para eliminarlo, se debe convencer a las personas que lo ignore y que continúe practicando sus acciones y su forma de pensar racional.

#### 1.4.6 Técnicas de la terapia racional emotiva

Ellis y Dryden (1989) clasifica las principales técnicas de la terapia racional emotiva en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

##### a)- Técnicas cognitivas:

- **Detección:** Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación.
- **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿dónde está escrito que eso es así?", "¿por qué sería eso el fin del mundo?".
- **Discriminación:** El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan los autorregistros de eventos con guías de refutación. Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes y biblioterapia de la terapia racional emotiva.
- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta, por ejemplo, en vez de decir “debo de”, “me gustaría que”
- Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones.
- Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, (1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional. (2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

*b)- Técnicas emotivas:*

- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento.

- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello.

- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados.

- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

*c) Técnicas conductuales:*

- Tareas para casa

- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

- Entrenamiento en asertividad.

## 1.5 Asertividad

En la relación con los demás se pueden experimentar un cúmulo de satisfacciones variadas, profundas y enriquecedoras, así como también se puede llegar a la infelicidad, frustración y dolor. Por ello para el éxito de una relación humana es indispensable la comunicación adecuada, el saber expresar y recibir los mensajes que se transmiten ya que esto hace verdaderamente importante que lo que se dice sea un fiel reflejo de lo que realmente se siente.

La educación que normalmente se recibe no adiestra necesariamente a la comunicación positiva con los demás; por el contrario, se aprende a sentir inseguridad, ocultar, reprimir o tergiversar los mensajes o por el contrario se enseña un comportamiento agresivo, humillando y lastimando a los demás lo que lleva después a sentirse culpables (Aguilar, 1987).

Poder comunicarse de manera clara y abierta es una habilidad que puede ser aprendida a través de un entrenamiento. Uno de los componentes de la comunicación clara y abierta es la asertividad. La asertividad se refiere a defender los derechos, expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa, clara y en un momento oportuno (Pick, Aguilar y Rodríguez, 2000).

La conducta asertiva constituye un estilo de comportamiento que permite al individuo expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986, 1993). En este punto es importante señalar que la conducta asertiva en una situación no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Como se mencionó anteriormente un individuo puede tener un comportamiento pasivo, agresivo o asertivo. Por su parte la conducta pasiva se caracteriza por la violación de los derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, por consiguiente permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos, o bien por la expresión de los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza. El comportamiento pasivo muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. También muestra a veces una sutil falta de respeto hacia la capacidad de la otra persona para vérselas con las frustraciones, llevar alguna responsabilidad y manejar los propios problemas. El objetivo de la no aserción es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa. Incluso aunque la no aserción le cuesta a la gente su propia integridad, la consecuencia inmediata de permitir a los individuos evitar o escapar de los conflictos productores de ansiedad es muy reforzante.

La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no tenida en cuenta y manipulada. Igualmente puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritada hacia la otra persona, puede llegar a sentirse mal consigo mismo como resultado de ser incapaz de expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos. Esto puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima.

Por otra parte la conducta agresiva se caracteriza por la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesto, normalmente inapropiada y siempre viola los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y humillaciones. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones. El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer, forzando a la otra persona a perder. La conducta agresiva es influida más

fácilmente por las consecuencias inmediatas, y el logro de los objetivos deseados es probable que refuerce este tipo de respuesta, con la que el individuo seguirá comportándose de forma agresiva en el futuro, excepto que los sentimientos de culpa que puedan producirse sean excesivamente fuertes. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo una notable tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos por parte de ésta.

### *1.5.1 Derechos de la persona asertiva*

La falta de asertividad proviene, a menudo, de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales por exceso y por defecto, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncional, por ello es importante desarrollar una filosofía asertiva básica. La aserción (y no la manipulación, la sumisión o la hostilidad) enriquecen la vida y conducen a relaciones más satisfactorias con la gente (Lega y Caballo, 1997). Esta filosofía entrañan las siguientes creencias fundamentales.

Cuando defendemos nuestros derechos y nos manifestamos a los demás como somos, ganamos nuestro propio respeto y el respeto de los demás.

Es conveniente tratar de vivir la vida intentando no herir *nunca* a los demás bajo *ninguna* circunstancia, ya que al final se termina haciendo daño uno mismo y a los demás.

Si se sacrifica la integridad y se niegan los sentimientos, las relaciones se suelen dañar o se evita que se desarrollen. Igualmente, las relaciones también se deterioran cuando se trata de controlar a los demás por medio de la hostilidad, la intimidación o la culpa.

Las relaciones personales se vuelven más auténticas y satisfactorias cuando se comparten las reacciones sinceras con otras personas y no se impide que los demás compartan sus reacciones con uno mismo.

El no permitir que los demás conozcan lo que uno piensa y siente es tan poco considerado como el no escuchar lo que piensan y sienten los otros.

Cuando se sacrifican con frecuencia los propios derechos, se muestra a los demás que pueden aprovecharse de uno mismo.

Si se actúa de forma asertiva y se les hace ver a los demás cómo afecta su conducta, se les está dando una oportunidad de cambiar su comportamiento y se les está mostrando respeto por su derecho a saber en qué posición se encuentran ante uno mismo.

Por último se debe tener en cuenta que no existe una manera única de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto.

### *1.6 Terapia grupal*

El ser humano por naturaleza es un ente social, esto es, tiende a unirse en grupos, siendo su primera experiencia con su familia y dentro de ésta se encuentra la relación interpersonal más profunda que es con la madre, que a continuación se expande al padre y hermanos, lo que permite al humano incrementar su repertorio de conductas sociales que paulatinamente irán definiendo su forma de interrelaciones.

El ser humano tiene características biológicas y psicológicas que lo hacen único, sin embargo a través de su inserción a grupos sociales intra y extrafamiliares va desarrollando su personalidad y cultura social (Solís, 2004).

El surgimiento de la psicoterapia de grupo representa un avance para el manejo compartido de los conflictos internos de un individuo en su interacción con otros individuos que conforman su grupo terapéutico. Su práctica cada vez más frecuente es el resultado de su reconocida eficacia en beneficio tanto del paciente como del terapeuta (Cuevas, 1991).

La psicoterapia de grupo como vehículo para brindar ayuda a los pacientes, pretende la resolución de la conflictiva del individuo, su desarrollo interior en el aspecto individual y como consecuencia el incremento de sus recursos para que pueda adaptarse de una manera más sana a la sociedad en la que vive.

González Núñez y Monroy Kupferman (1978), afirman que “el grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfluyen con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado, aceptado o modificado”.

Para González, (1999) el grupo se define por las siguientes características: *interacción*, la cual implica una dimensión espacio-temporal donde se relacionan los miembros del grupo; *percepciones y conocimientos de los miembros del grupo*, en el cual los miembros se dan cuenta que existe el grupo al cual pertenecen que toda su conducta ejerce una influencia o una acción en el medio ambiente; de igual manera el ambiente influye a esa unidad grupal como tal; *motivación y necesidad de satisfacción*, generalmente los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito etc.; *metas de grupo*, están relacionadas con la motivación, ya que los miembros del grupo las consideran significativas. Estas pueden tratar de lograr metas de diferente índole como pueden ser escolares, laborales, sociales, individuales y familiares entre otros; *organización de grupo*, son las propiedades

estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como las normas, roles, estatus, estos pueden estar escritos o no, pactados de manera verbal o no; *interdependencia de los miembros del grupo*, los integrantes reconocen que poseen necesidades y que para satisfacerlas dependen de los demás miembros del grupo.

Por lo anterior se puede decir que un grupo es una relación de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e influyen entre sí, con diferentes metas.

#### *1.6.1 Preparación del contexto*

La psicoterapia de grupo cada día se utiliza más, debido a las ventajas que se tienen, en términos de las necesidades del paciente, como es su economía, el tiempo y dinero.

El método de grupo tiene muchas aplicaciones y puede ser utilizado para satisfacer las necesidades específicas de un marco particular. El método es aplicable a casi todas las edades y a distintos fines de tratamiento. Se debe señalar que la terapia de grupo es una experiencia socio-psicológica que puede fortalecer la confianza y reducir la angustia del paciente (Kadis, Krasner, Winick, Foulkes, 1986).

En el proceso de preparación el terapeuta abordará temas con los pacientes como son: llegar a un acuerdo con respecto a los objetivos del tratamiento, acordar el lugar, hora y duración de las sesiones y la duración de la terapia, despejando cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas, se debe señalar también la importancia de la puntualidad, regularidad de la asistencia, el terapeuta debe explicar a los miembros que pueden exponer en el grupo cualquier tema que deseen, de preferencia que esté relacionado con las motivaciones que lo llevaron a incluirse en él, así como aclarar que no debe existir

ningún tipo de agresión entre los integrantes del grupo ya sea física o verbal. Un punto que se debe tener muy claro son las normas de confidencialidad, donde el terapeuta se compromete a no divulgar información alguna sin el consentimiento de los pacientes, y se presupone que los miembros mantendrán su anonimato de los demás participantes, utilizando sólo sus nombres de pila, así también los pacientes deben comprometerse a la confidencialidad del grupo. (Salvendy, 1998)

### *1.6.2 Organización del grupo*

Según Budman, Demby, y Redondo, (1988). Para iniciar un tratamiento terapéutico grupal las instalaciones físicas constituyen de un espacio para la terapia y los asientos con el número correspondiente al número de integrantes del grupo contando terapeuta y co-terapeuta. La disposición de los asientos por lo regular es en círculo, debido a que tiene la ventaja de permitir a cada miembro del grupo ver a los demás miembros y al terapeuta.

En cuanto al lugar donde se desarrollará el proceso terapéutico, es importante que el lugar tenga una ventilación e iluminación adecuada, así como también se debe tener en cuenta que es preferible que el lugar se encuentre aislado del ruido tanto de la calle así como de los propios del lugar. En ocasiones habrá pacientes que querrán llorar, para éstos, se deberán colocar pañuelos desechables visibles y al alcance de todos.

En cuanto al tiempo generalmente varía de entre una o dos horas siendo la media 90 minutos. Más de dos horas supone una debilitación en las defensas de los miembros. Se considera que el tiempo mínimo para que un grupo se desenvuelva plenamente es de una hora, aún en los grupos que se reúnen varias veces a la semana, a pesar de que las reuniones por lo común son una vez por semana por motivos de comodidad.

El tamaño de los grupos puede variar entre 4 y 15 personas, considerándose 8 el número ideal de pacientes. Teniendo en cuenta la tasa probable de abandonos, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal, de forma que ni el terapeuta ni el grupo tengan que preocuparse por la disminución en el número a medida que los miembros se dan de baja.

Al hablar de tiempo y duración de las sesiones, es importante señalar, con fines prácticos del siguiente trabajo algunas características de la terapia de grupo breve, las cuales son iguales a las de las terapias de larga duración como son reglas, condiciones de espacio, las metas y objetivos que se deben fijar, como son: aliviar o reducir molestias sintomáticas y restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente. Es importante que los objetivos sean limitados, específicos y explícitos.

Aunque algunos autores sugieren que no es el número de sesiones o la duración del tratamiento en su conjunto lo que lo define a esta modalidad de terapia, sino más bien que el tratamiento sea parco, se utilice el tiempo previsto de la forma más eficaz posible y racionada (Budman, et al. 1988).

Típicamente, las sesiones varían desde una a más de 50, distribuidas a lo largo de un año, para la terapia breve de grupo las sesiones tienden a ser de entre 12 y 15 sesiones. La duración varía entre 45 y 90 minutos, con frecuencia semanal.

Klein, (citado en Kaplan, 1998) nos habla de tres recomendaciones para el encuadre temporal: 1) establecer el número de sesiones y la fecha de terminación al comienzo; 2) fijar la fecha de terminación pero dejar sin precisar el número de sesiones, de forma que el ritmo pueda variar; 3) dejar claro que la terapia será breve y se trabajará a buen ritmo, pero no fijar el número de sesiones, ni la fecha de terminación.

En cualquier tipo de terapia es ideal llevar un registro, con motivos de ayuda al terapeuta, donde es útil anotar las asistencias, así como un resumen de cada sesión grupal, esto facilita las desviaciones frecuentes de la norma, esto es retraso y sesiones perdidas.

### *1.6.3 Selección y Composición de la terapia de grupo*

Es importante que al iniciar un tratamiento terapéutico se realice una entrevista individual, y se apliquen las pruebas que se crean necesarias para ayudar al diagnóstico del paciente, esto permitirá al terapeuta tener un panorama previo de los integrantes del grupo.

La composición del grupo, surge de la búsqueda de la combinación de miembros para alcanzar los objetivos de la terapia y ésta puede ser heterogénea u homogénea. Los grupos heterogéneos son aquellos en que los individuos no comparten con los demás un síntoma o situación específicos; los pacientes difieren en problemática, edad, extracción socioeconómica y rasgos de la personalidad. Estos grupos promueven el descubrimiento de sí mismo y la puesta en común de afectos en un contexto interpersonal en que pueden discutirse y comprenderse los patrones de conducta de cada uno, así también tienden a trabajar a un nivel algo más profundo que los grupos homogéneos, pero también suelen tardar más en ponerse en marcha y evolucionar, además de proporcionar menos apoyo inmediato y menores posibilidades de identificación grupal; los grupos heterogéneos también presentan una mayor incidencia de abandonos.

Por otra parte los grupos homogéneos son aquellos en que los miembros comparten síntomas o conflictos específicos, siendo la mejoría de las mismos el objetivo fundamental del tratamiento. En los grupos homogéneos se comparte un sentimiento de comunidad que ofrece a sus miembros considerable apoyo y refuerza su autoestima. Suelen evitarse las interpretaciones profundas y tienden a

ser más sugerentes, proporcionando modelos de comportamiento e incluyendo, a veces, elementos didácticos en el tratamiento (Klein en Kaplan, 1998).

La terapia breve de grupo cada vez ha ido cobrando más auge y difusión. Este interés refleja el hecho de que la mayoría de los contactos psicoterapéuticos ambulatorios son breves, ya sea por planificación o por abandono prematuro, con menos de seis sesiones. Entre los factores que contribuyen al creciente interés por la terapia breve son el elevado costo de la terapia y la atención de la salud mental en general; la enorme demanda de servicio, la limitada oferta profesional; el aumento de la demanda de tratamientos cortos por reticencia y la incapacidad para comprometerse en un tratamiento a largo plazo.

Para finalizar es importante que la terapia breve de grupo se conceptualice como una modalidad específica, no como una versión abreviada de la terapia a largo plazo, ya que día a día se puede observar su eficacia en diferentes tratamientos.

## 2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### 2.1 Propósitos

Crear un espacio terapéutico donde los familiares o cuidadores de enfermos con demencia, perturbados por la enfermedad puedan expresar su problemática.

Bajo el enfoque teórico racional emotivo aplicado a la asertividad se diseñó y aplicó un programa de intervención psicoterapéutico con la finalidad de modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales en familiares o cuidadores de pacientes con diferentes tipos de demencia.

### 2.2 Población

Participaron 8 familiares o cuidadores primarios de pacientes con demencia.

#### *Criterios de inclusión*

- Participación voluntaria.
- Ser familiar o cuidador primario de paciente con demencia.
- A partir de la entrevista el participante debió reportar malestar en una o más áreas de su vida debido a la responsabilidad que representa cuidar al enfermo.

#### *Criterios de exclusión*

- *Padecer alguna enfermedad psiquiátrica*
- *Encontrarse bajo tratamiento farmacológico*
- *Estar bajo tratamiento psicológico*
- *Ser menor de edad*

### *2.3 Espacio de trabajo*

El lugar donde se llevó a cabo el programa de intervención fue dentro de las instalaciones de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” I.A.P, esta es una institución con un programa de atención diurna multidisciplinaria para los pacientes que padecen alguna demencia, para que así puedan integrarse a un grupo social, y a su vez los familiares de estos pacientes, los cuales se encuentran involucrados en esta enfermedad, puedan seguir con sus actividades acostumbradas.

La Fundación consta de dos plantas en las que existen diversos espacios para realizar las distintas actividades que se proporcionan a los pacientes con demencia, en la planta baja se encuentra la enfermería, donde los pacientes acuden diariamente al ingresar a la fundación para que les tomen los signos vitales, se encuentra un área libre que sirve para recreación y actividades lúdicas de los pacientes, en otro espacio se encuentra el área de psicología, donde se realizan las evaluaciones psicológicas a los pacientes y a los familiares, cabe mencionar que los horarios de la Fundación son de 8:00 a 17hrs, por lo que los pacientes toman algunos alimentos dentro de la Fundación y por ello existe un comedor y la cocina.

En la planta alta se encuentra el gimnasio equipado con bicicletas, poleas, una pequeña escalera especial para que los pacientes se ejerciten físicamente; el área de terapia ocupacional que consta de material didáctico para que los pacientes hagan actividades manuales, el área de terapia física donde a los pacientes se les proporcionan masajes, curaciones y rehabilitación. Constantemente la Fundación permite programas de servicio social, prácticas profesionales y el ingreso a diferentes escuelas para que se informen acerca de la enfermedad, por ello existe un área para impartir clases o cursos que la llaman “la biblioteca”, lugar específico donde se realizó la intervención.

Como se mencionó anteriormente la terapia se realizó en “la biblioteca” que se encuentra dentro de las instalaciones de la “Fundación Alzheimer” I.A.P. esta área cuenta con sillas acojinadas, una mesa y un pizarrón.

Con el fin de realizar la terapia en el lugar se colocaron 10 sillas, en forma circular en las que los asistentes se pudieron instalar cómodamente. El salón consta de una puerta corrediza que aísla los ruidos que existen dentro de la Fundación. Existen 5 pequeñas ventanas que no se abren y aíslan los ruidos de la calle, las ventanas permiten el paso de la luz del día, aunque cabe mencionar que el cuarto cuenta con iluminación adecuada y a pesar que la ventilación era buena, existía aire acondicionado por si era necesario.

#### *2.4 Fases*

El programa de intervención transcurrió por tres fases, las cuales fueron:

- Fase 1

Se realizó una entrevista individual con la finalidad de conocer la problemática particular en el cuidado del paciente con demencia. Así también se aplicó la “entrevista sobre la carga del cuidador de ZARIT” (1982).

Se dio una breve explicación sobre la terapia, se especificó el horario y los días de las sesiones, así como el compromiso que debían de tener en cuanto a la asistencia.

- Fase 2

Esta fase constó de 10 sesiones una por semana con duración de noventa minutos, al iniciar las sesiones se estableció un breve rapport con los participantes para después abordar la problemática de los familiares cuidadores de pacientes

con demencia, los participantes hablaban de sus experiencias con el enfermo y se trabajó con base en la identificación y modificación de pensamientos irracionales, así como también se entrenó a los participantes para tener un comportamiento asertivo, lo cual les permitió sentirse mejor y a su vez cuidar mejor de su paciente.

Al cierre de cada sesión se asignó una tarea con la finalidad de reforzar la elaboración y aplicación de las técnicas, así como la aclaración de dudas con respecto a la generalización de habilidades en la vida cotidiana.

- Fase 3

Al concluir la sesión diez, se realizó un cierre con los participantes, y se realizó un cuestionario en relación a la intervención.

Por último se agradeció su participación y se les pidió contestaran la entrevista sobre la carga del cuidador de "ZARIT", (1982)

A continuación se puede observar de una forma candelarizada las fases por las que discurrió el programa (ver tabla 8).

**Tabla 8. Fases del programa de intervención**

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				
	Semanas				Semanas				Semanas				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
ENTREVISTAS INICIALES													
SESIÓN 1													
SESIÓN 2													
SESIÓN 3													
SESIÓN 4													
SESIÓN 5													
SESIÓN 6													
SESIÓN 7													
SESIÓN 8													
SESIÓN 9													
SESIÓN 10													
ENTREVISTA FINAL													

*Tabla 8. En este diagrama de Gant podemos observar las tres fases por las que discurrió el programa de intervención, en amarillo la primera fase, en morado la fase dos y en rojo la tercera fase.*

### 2.5 Actividades

Las actividades que se realizaron se muestran en la siguiente carta descriptiva donde es posible observar la duración de las sesiones, los objetivos, las actividades realizadas, así como las tareas que se les pidió a los participantes que elaboraran (ver tabla 9).

**Tabla 9. Carta descriptiva**

<b>Fecha/ Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Duración</b>	<b>Tarea</b>
<p><b>Sesión 1</b> 27-09-06</p>	<p>Presentación del grupo.</p> <p>Conocer características del pensamiento</p>	<p>Presentación individual de los participantes y del practicante.</p> <p>Explicación por parte del practicante de forma escrita y oral de los pensamientos.</p> <p>Ejemplificación de pensamientos por medio de ilustraciones (Anexo 4)</p> <p>Exposición de pensamientos por parte de los participantes.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Identificación de los pensamientos a lo largo de una semana, ante los acontecimientos de la vida diaria; tratando de aplicarlo a situaciones cotidianas que se presenten en el cuidado del paciente con demencia.</p>
<p><b>Sesión 2</b> 04-10-06</p>	<p>Identificación de pensamientos</p>	<p>Revisión de tareas y trabajar sobre ellas</p> <p>Diferenciación de los pensamientos y sentimientos y la generación de los últimos</p> <p>Experiencias de situaciones cotidianas de los participantes con su familiar con demencia identificando pensamientos y sentimiento generado.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Identificación de pensamiento y sentimiento generado a lo largo de una semana, en cualquier situación en general y particularmente con relación al paciente con demencia</p>

<p><b>Sesión 3</b> 11-10-06</p>	<p>Conocer los tipos de pensamientos (racional e irracional) y diferenciarlos</p>	<p>Revisión de tareas y trabajar sobre ellas</p> <p>Explicación y diferenciación de pensamientos “racionales” e “irracionales”.</p> <p>Ejemplificación oral y escrita a base de ilustraciones de los tipos de pensamientos (Anexo 5).</p> <p>Experiencias de los participantes de su vida cotidiana, identificando pensamientos racionales e irracionales.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Identificación a lo largo de una semana de pensamientos irracionales, enfocados en el cuidado diario de su paciente con demencia.</p>
<p><b>Sesión 4</b> 18-10-06</p>	<p>Conocer las cinco características del pensamiento racional</p>	<p>Revisión de tareas y trabajar sobre ellas</p> <p>Revisión y Explicación de las cinco características de los pensamientos racionales.</p> <p>Ejemplificación escrita y con ilustraciones de las características de los pensamientos racionales (Anexo 6).</p> <p>Análisis de los pensamientos de los participantes a partir de sus experiencias relatadas</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Analizar los pensamientos que tuvieron en relación con sus pacientes con demencia a lo largo de una semana, hacerlo a partir de las cinco características de los pensamientos racionales, e identificar qué tipo de pensamiento es.</p>

<p><b>Sesión 5</b> 25-10-06</p>	<p>Conocer algunos de los pensamientos irracionales más comunes y Debatir los pensamientos irracionales de los participantes.</p>	<p>Revisión de tareas y trabajar con las mismas</p> <p>Confrontación de pensamientos irracionales</p> <p>Análisis de pensamientos irracionales más comunes, con ejemplos por parte de practicante, y participantes (Anexo 7)</p> <p>Explicación de los “debo y tengo que” absolutistas</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Analizar los pensamientos irracionales más comunes. Practicar análisis de pensamientos irracionales y tratar de cambiarlos a racionales.</p>
<p><b>Sesión 6</b> 01-11-06</p>	<p>Repaso de creencias absolutistas como parte de los pensamientos irracionales “debo, tengo y no soporto”</p>	<p>Revisión de tareas y trabajar sobre ellas</p> <p>Explicación de lo irracional de “tengo, debo y no soporto”, confrontación con experiencias de los participantes.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Trabajar el cuadro de autoanálisis (Anexo 8), desde el estímulo hasta el sentimiento, revisando las características de los pensamientos irracionales, así como los más comunes, observar si se está actuando de manera racional o irracional; identificar en su vida diaria el uso de “debo” “tengo” “no soporto” y llevarlo a la práctica imaginando la situación; intentar el cambio de pensamientos si estos son irracionales.</p>

<p><b>Sesión 7</b> 08-11-06</p>	<p>Introducción al tema de asertividad (conductas agresiva, pasiva y asertiva).</p>	<p>Revisión de tareas y confrontación de pensamientos irracionales</p> <p>Ejemplificación oral y escrita de diferentes situaciones para identificar los tipos de conducta: Agresiva, pasiva y asertiva (Anexo 9)</p> <p>Roll playing por parte de los participantes, para observar de manera vivencial los tipos de conducta en cada uno de ellos.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Identificar una o más situaciones importantes a lo largo de la semana</p>
<p><b>Sesión 8</b> 15-11-06</p>	<p>Identificación de comportamiento: agresivo, pasivo y asertivo</p>	<p>Revisión de tareas</p> <p>Trabajar sobre los casos presentados en las tareas y observar el tipo de conducta en los participantes.</p> <p>Explicar el tipo de conducta y observar las ventajas del comportamiento asertivo, así como las desventajas del pasivo y agresivo.</p> <p>Explicación oral y escrita de las características de la comunicación asertiva, pasiva y agresiva (Anexo 10).</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Identificar situaciones a lo largo de la semana y observar el tipo de conducta que se tiene; tratar de hacer un cambio de conductas pasivas o agresivas en asertivas.</p>

<p><b>Sesión 9</b> 22-11-06</p>	<p>Identificación de creencias irracionales en el comportamiento o no asertivo</p>	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Aclaración de dudas con respecto al comportamiento asertivo propio y el no asertivo de los demás.</p> <p>Debatir el pensamiento agresivo o pasivo para lograr el cambio al pensamiento asertivo.</p> <p>Ejemplificación escrita y oral por parte del practicante de creencias irracionales que traen consigo conductas no asertivas o viceversa (Anexo 11).</p> <p>Ejemplificación el tema de asertividad en situaciones con los participantes que involucren el cuidado del familiar con demencia. Específicamente el apoyo por parte de otros miembros de la familia. Aprender a comunicarse y pedir ayuda.</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Llevar a la práctica la conducta asertiva; específicamente en las situaciones que estén causando conflicto en el cuidado de su paciente.</p> <p>Escribir los derechos que creen tener como seres humanos.</p>
<p><b>Sesión 10</b> 29-11-06</p>	<p>Finalización, Expresión de mejoría por parte de los participantes debido al tratamiento</p>	<p>Comentar diversas situaciones en las que se ha podido tener un cambio asertivo y en cuáles no.</p> <p>Aclaración de dudas con respecto al cambio de comportamiento racional y asertivo con respecto a dificultades que se enfrentan en un mundo poco racional y asertivo.</p> <p>Revisión de los derechos que tienen como seres humanos (Anexo 12)</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Llevar a la práctica lo trabajado en las sesiones.</p>

Tabla 9. En la presente tabla se observa detalladamente las actividades realizadas durante la fase 2

## 2.6 Material e instrumentos

### **Material**

- 10 plumas
- 10 libretas
- Material de apoyo (anexo 4 - 12)

### **Instrumentos**

- Entrevista estructurada tomada del cuestionario de información biográfica empleado rutinariamente por los terapeutas del Instituto de Terapia Racional Emotiva en Nueva York (Ellis y Dryden,1989). El cual fue completado con preguntas de la entrevista que se aplica a los familiares que ingresan a sus pacientes en la “Fundación Alzheimer” (Anexo 1).
- Entrevista sobre la carga del cuidador de ZARIT, (1982) (Anexo 2). Instrumento autoadministrado que consta de 22 reactivos, con respuestas de tipo Lickert, donde 0=Nunca, 1=Rara vez, 2=Algunas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi siempre, al terminar se suman los puntos y se evalúa de 47 puntos o menos indican que no hay sobrecarga de 47-55 existe sobrecarga leve y un puntaje de 55 o más indica sobrecarga intensa.
- Cuestionario final, consta de preguntas tomadas de la primera entrevista, las cuales permiten observar los pensamientos y sentimientos de los participantes al finalizar la intervención, así como el manejo de la situación con el enfermo (Anexo 3).

## *2.7 Estrategias de evaluación*

Antes de iniciar la sesión grupal, los pacientes se evaluaron individualmente con la entrevista antes mencionada en el apartado de instrumentos, esta se hizo con el fin principal de obtener información previa acerca del paciente, su relación con el enfermo, la problemática personal, los pensamientos que tenía y emociones generadas, así como algunos puntos importantes del proceso demencial, con este encuentro se buscaba también informarles y aclarar dudas acerca de la terapia grupal, a continuación se realizó un pre-test con la entrevista sobre la carga del cuidador de "ZARIT" (1982), para evaluar cuánto y en qué área les estaba afectando a los pacientes el hecho de cuidar al enfermo con demencia

Durante las sesiones se evaluó a los participantes mediante una lista chequeo que incluía los siguientes aspectos:

- Asistencia: Que el participante se presente y permanezca en la sesión.
- Puntualidad: Que el participante se presente a la sesión a la hora indicada o dentro de los primeros 10 minutos.
- Tarea realizada: Que el participante cumpla en casa elaborando la tarea.
- Atención: Grado de vigilancia que el participante pone a lo largo del desarrollo de la sesión.
- Participación voluntaria: Que el participante haga comentarios referentes a la sesión sin que la practicante se los pida.
- Participación por petición: Que la participante haga comentarios referentes a la sesión sugeridos por el practicante.
- Comprensión: Que el participante demuestre haber entendido lo visto en la sesión y lo haga propio llevándolo a la práctica.

Estos aspectos se evaluarán con 1 punto si el participante lo realizó completamente, con 0.5 si su desempeño fue pobre y con cero si no realizó la actividad.

Al finalizar las sesiones a los participantes se les realizó el post-test de la entrevista sobre la carga del cuidador de "ZARIT", así como con el cuestionario mencionado en el apartado de instrumentos.



### 3. Resultados

A continuación se describirán los resultados obtenidos en la intervención; se comenzará con los datos obtenidos de la entrevista (ver tabla 10).

**Tabla 10. Resultados de Entrevista**

P A R T I C I P A N T E	Sexo	Edad	Escolaridad	Diagnóstico del paciente	Parentesco con el paciente con demencia	Área afectada debido al cuidado del enfermo			
						FAMILIAR	SOCIAL	LABORAL	PAREJA
1	Masculino	77	Segundo de primaria	Senil	Ninguno **	si	no	si	no
2	Femenino	54	Licenciatura trunca	Senil	Tía	si	si	no	No
3	Femenino	*	*	Senil	Tía abuela	*	*	*	*
4	Masculino	72	Secundaria	Alzheimer	Esposa	si	si	si	si

5	Femenino	52	odontopediatria	Senil	Madre	si	si	si	no
6	Femenino	*	*	*	Ninguno	*	*	*	*
7	Femenino	68	Licenciatura en contaduría	Alzheimer	Hermana	no	si	no	no
8	Femenino	53	Licenciatura con constante actualización y diplomados en difusión cultural.	Vascular	Madre	no	si	no	no

*Tabla 10. En la tabla se puede observar algunos datos obtenidos en la entrevista. Los participantes marcados con \* Participantes que ingresaron al grupo sin realizar las entrevistas iniciales. \*\* El participante está casado con el participante 2 desde hace 1 año y por ello decide ingresar al grupo para acompañarla.*

Como es posible observar en la tabla la población constó de 6 mujeres y 2 hombres, de los cuáles únicamente 2 no tenían ningún parentesco con el paciente, a pesar de esto a todos los participantes les afecta el cuidado de su paciente en algún área, se puede ver que a 4 les afecta en el área familiar, a 5 en la social, 3 en la laboral y tan sólo a uno en las relaciones de pareja, debiéndose esto a que es la esposa la que padece la demencia.

Otro dato importante que se obtuvo en la entrevista fueron los sentimientos que les generaba la enfermedad de su paciente a los participantes, entre los que se encontraron principalmente: enojo, tristeza e impotencia los cuales se derivaban de los pensamientos que estos tenían acerca de la enfermedad de su familiar.

Por otra parte los puntajes que se obtuvieron en el pre-test de la entrevista de "ZARIT" (ver tabla 11). En la tabla se puede observar que existe una tendencia de sobre carga leve por parte de los participantes.

**Tabla 11. Entrevista sobre la carga del cuidador de "ZARIT"**

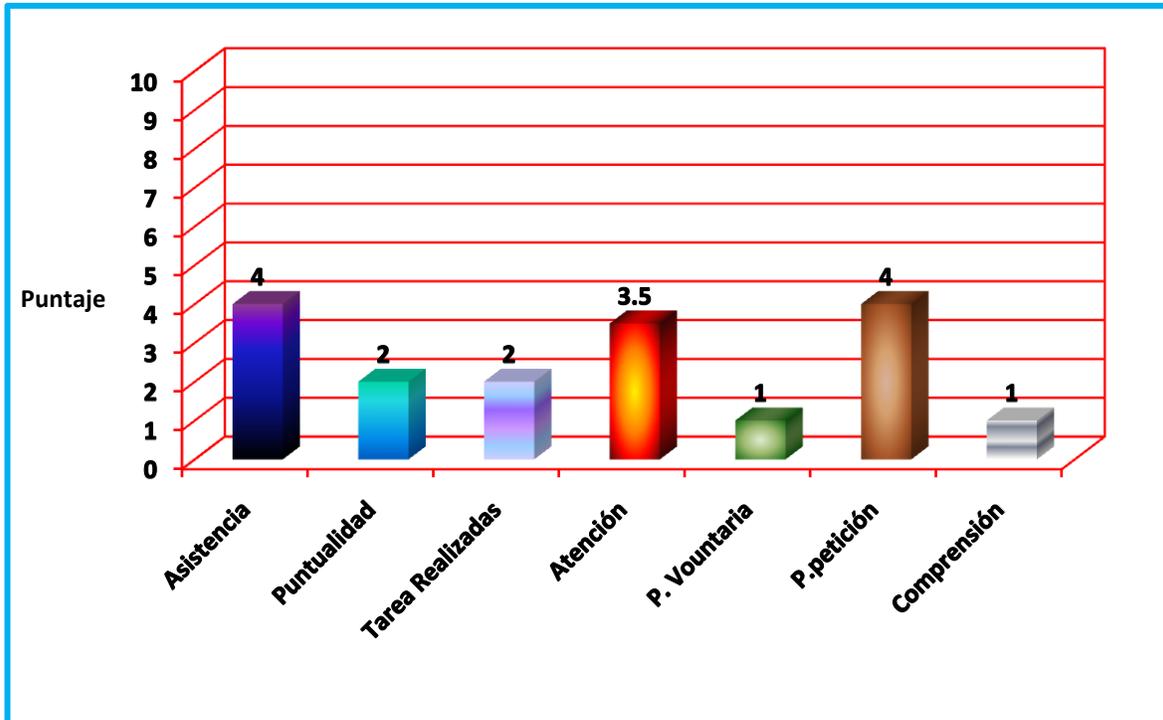
Participante	Primera Aplicación
1	23pts
2	53pts
3	*
4	59pts
5	52pts
6	*
7	45pts
8	53pts

*Tabla 11. La calificación de los puntajes va de 47 puntos o menos indican que no hay sobrecarga de 47-55 existe sobrecarga leve y un puntaje de 55 o más es sobrecarga intensa \* Participantes que no realizaron entrevista.*

A continuación se muestran los puntajes obtenidos por cada participante a lo largo de las sesiones, así como aspectos relevantes ocurridos durante la intervención.

En la gráfica 1 se observa los resultados obtenidos por el primer participante.

**Gráfica 1. Sujeto 1**



*Gráfica 1. Criterios observados durante las sesiones*

En la gráfica se muestra que el participante tuvo un asistencia irregular y llegó tarde a dos de ellas, tan sólo realizó las primeras tareas y a pesar de que atendía a las sesiones tenía poca iniciativa por participar, el participante mostraba poco interés en la intervención y por ello se puede observar una pobre comprensión.

En los resultados de este participante es importante aclarar que desde un inicio no mostraba interés por ingresar al grupo, sin embargo lo hizo por acompañar a su esposa, quien se encarga principalmente de la paciente.

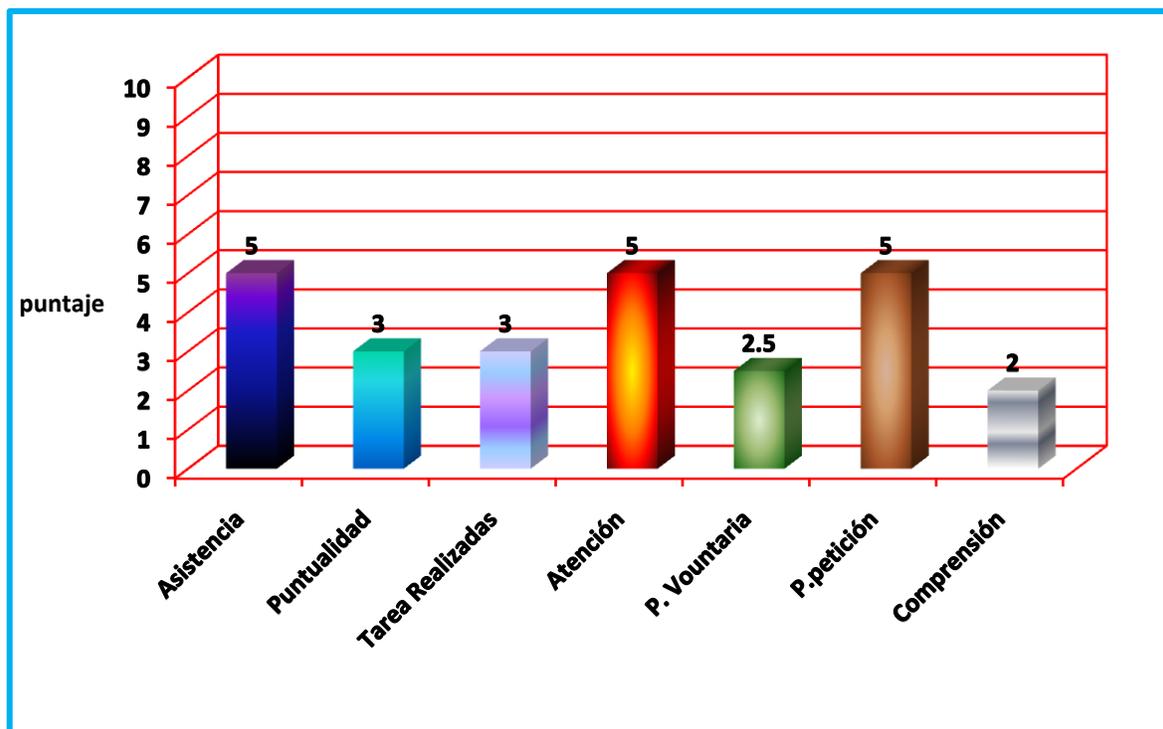
Al inicio de las sesiones se detectó en el participante sentimientos de enojo y molestia, esto se debía a que el participante tenía un pensamiento reiterativo e irracional que era que el paciente con demencia “no estaba enfermo”, así también refirió, “yo lo que tengo no es una esposa porque ella solo cuida de la tía”.

A lo largo de las sesiones el participante continuó afirmando que su paciente no estaba enferma y que tan solo era un “capricho y rebeldía, que su esposa sólo debería comportarse diferente con la paciente para que esta hiciera caso”, por ello se confrontó con él este pensamiento irracional y aunque pareció haber entendido que era parte de la enfermedad no se mostraba convencido.

Clínicamente se observó que dentro de la familia del participante existen diversos conflictos y un exceso de violencia, con esto se trató el tema de asertividad, pero no se detectó cambio debido a que el participante no asistió a las últimas dos sesiones, por este motivo el cuestionario final y la entrevista de “ZARIT” se realizaron telefónicamente, observándose que sus resultados fueron muy superficiales, no mostrando interés por contestarlo.

A continuación se muestran los resultados obtenidos durante las sesiones por la segunda participante (Ver gráfica 2).

**Gráfica 2. Sujeto 2**



*Gráfica .2. Criterios observados durante las sesiones*

La participante 2 asistió a una más de la mitad de las sesiones, llegó tarde a dos de estas y tan sólo realizó tres de las tareas. La participante durante las sesiones se mostraba atenta y participaba si la practicante se lo pedía, de no ser así permanecía más tiempo callada, al parecer todo esto provocó que hubiera una pobre comprensión.

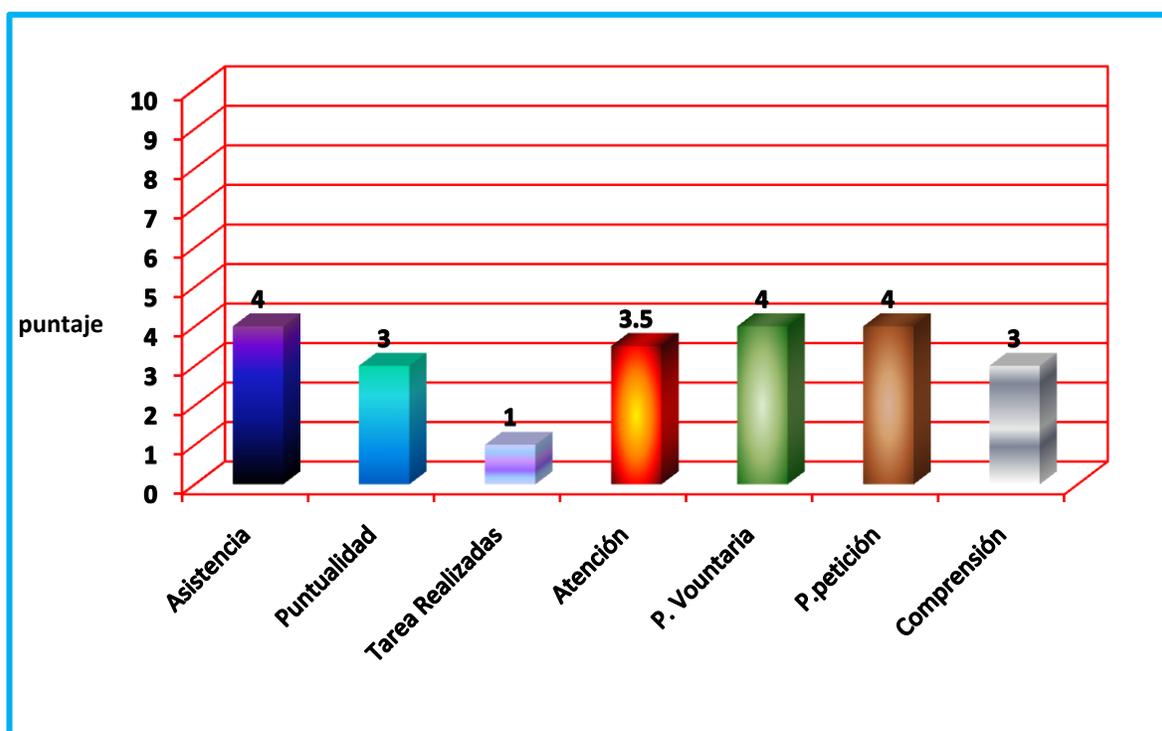
La participante se mostraba interesada por asistir a las sesiones y preocupada por su paciente, mencionaba dificultad con los temas tratados en las sesiones, a pesar de esto en una de sus tareas logró identificar sus pensamientos y solucionar el problema de alimentación de su paciente.

Con respecto a la asertividad se observó clínicamente que la participante es pasiva en la mayoría de sus conductas, es importante señalar la agresividad que menciona por parte de su hija y que esto la deprime constantemente, haciendo notar problemas de autoestima, lo cual no fue posible trabajar debido a que no formaba parte de los objetivos.

Al igual que el participante 1 el cuestionario final y la entrevista de "ZARIT" se realizaron vía telefónica, y aunque cooperó parecía presionada.

En la gráfica 3 es posible observar la evaluación de la tercera participante.

**Gráfica 3. Sujeto**



*Gráfica 3. Criterios observados durante las sesiones*

La participante asistió a las sesiones sin realizar la entrevista inicial, por ello parecía estar interesada en las mismas, a pesar de esto tan solo asistió a la mitad de las sesiones y aunque era, puntual, participativa y mostraba interés en las

mismas, su inconstancia no permitió que realizara todas las tareas y a su vez el no terminar la intervención, a pesar de esto pareció comprender lo que se veía en las sesiones.

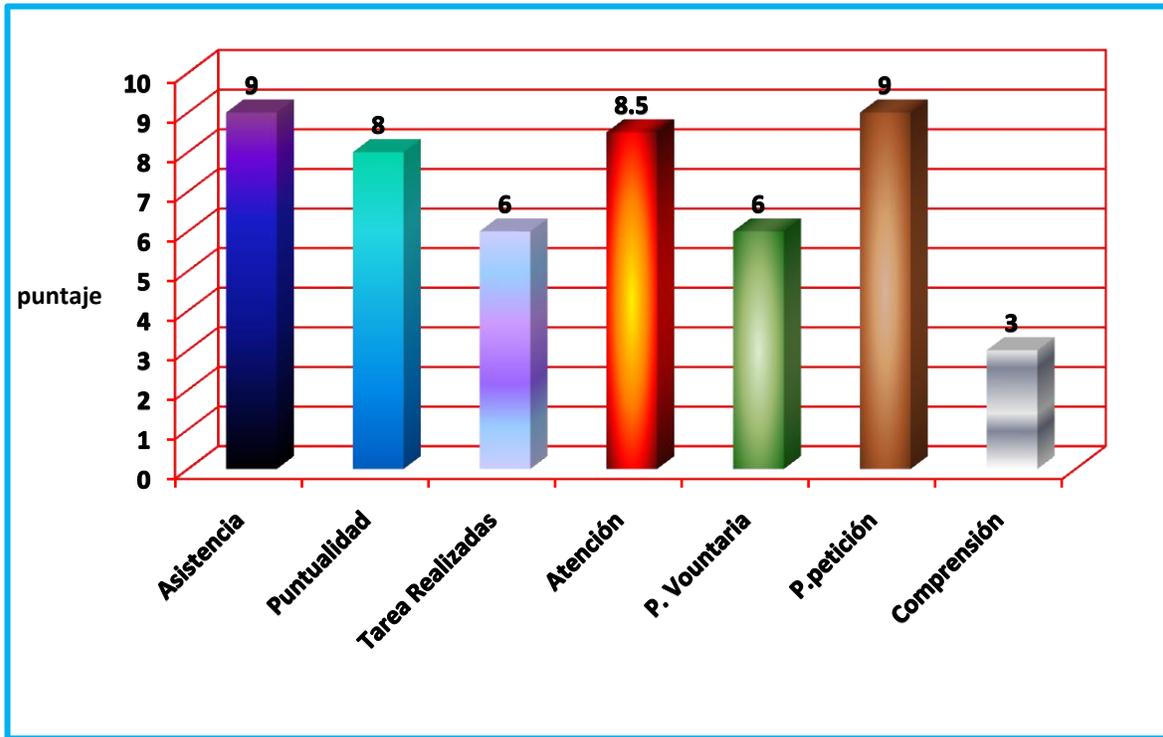
La participante a pesar de no realizar la entrevista inicial se mostraba interesada a lo largo de las sesiones, logrando comprender los temas que se trataban. Entre los pensamientos que tenía eran que su paciente es una “carga pues no la pueden dejar sola”, así como “es cansado repetirle las cosas pero debo asumir que decidí cuidarla y hago lo mejor que puedo, aunque siempre me exijo más”.

Debido a la poca asistencia por parte de la participante hacían que en los inicios de las sesiones se mantuviera callada, pero lograba entender los temas y participar, para la participante fue fácil encontrar sus pensamientos, sentimientos y pensamientos irracionales, así mismo en el tema de asertividad ella se clasifica como una persona agresiva, y esto se pudo observar con las vivencias relatadas por su mamá.

Es posible que la participante tuviera buena capacidad de insight, pero no se pudo notar un cambio verdadero por sus constantes faltas.

Los datos obtenidos por el cuarto participante se observan en la gráfica 4

**Gráfica 4. Sujeto 4**



*Gráfica 4. Criterios observados durante las sesiones*

Se observa en la gráfica que el participante 4 asistió a prácticamente todas las sesiones y fue puntual en su mayoría, a pesar de esto el participante no realizaba todas las tareas argumentando los escasos de tiempo por cuidar a su paciente. El participante se mostraba atento a lo largo de las sesiones pero con poca iniciativa al participar, y en el relato de sus experiencias se observaba una pobre comprensión.

Al inicio de las sesiones el participante parecía desesperado y agobiado por la situación por la que estaba pasando, se encontraron los siguientes pensamientos “me da pena salir con ella”, y constantemente habla de esta vergüenza, y refiere que “no sabe qué hacer con este problema”. A lo largo de las sesiones el

participante parece comprender poco y se le dificulta la identificación de pensamientos y sentimientos.

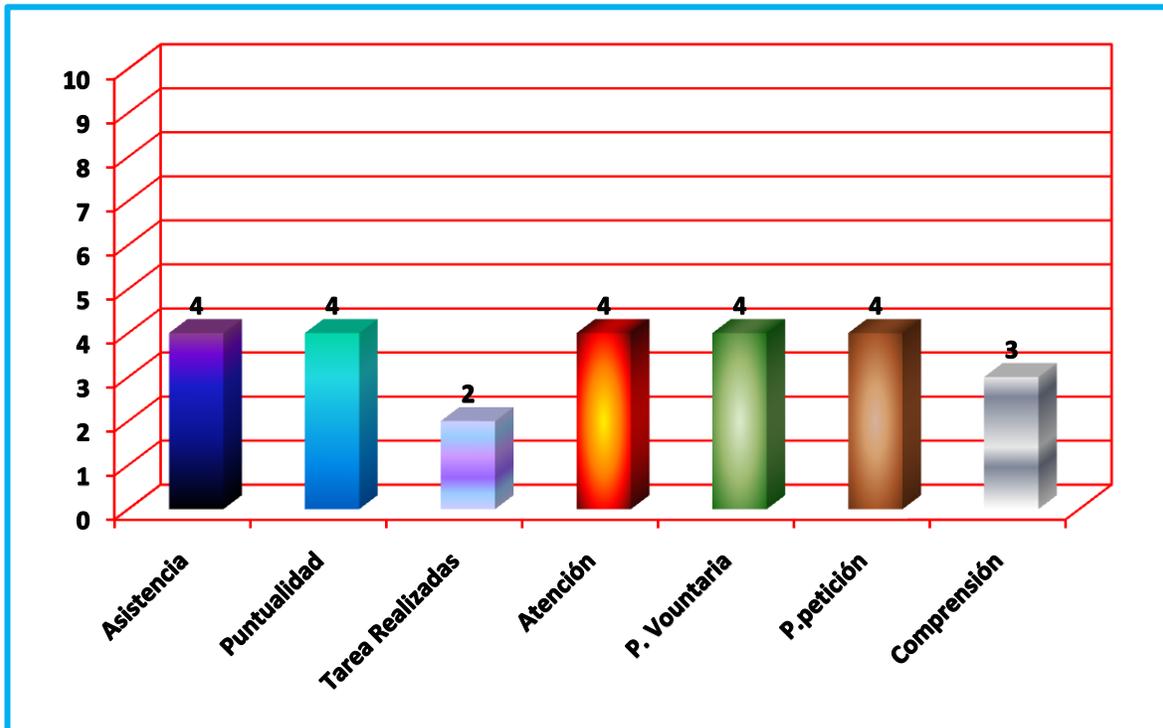
Otro de los problemas que se encontraron con el participante, era la cooperación por parte de sus hijos en el cuidado de su paciente, mencionando que tan sólo uno le ayuda, inclusive los cataloga como “ingratos que solo le dan el avión y que no le van a hacer caso”, lo cual le causa enojo, por ello se trabajó con él la asertividad y como poder comunicarse con ellos. El participante tomó en cuenta esta sugerencia y habló con ellos dando como resultado un espacio para poder hacer sus actividades.

Clínicamente se observó que el participante tuvo dificultad para el comportamiento asertivo, en sus vivencias parece autoritario, en particular en lo referente a sus hijos y el cuidado de su familiar con demencia, pero por otra parte se le señaló una conducta asertiva la cual le beneficiaría mucho y es el hecho de que su paciente ingrese a la Fundación.

A pesar de que el participante tuvo dificultad en los temas tratados durante la intervención, parece haberle servido como desahogo, pues la preocupación que tiene por su familiar no le permite ocuparse de otras actividades, en ocasiones ni por su propia salud.

En la gráfica 5 se observan los resultados obtenidos durante las sesiones por la quinta participante.

**Gráfica 5. Suieto 5**



*Gráfica 5. Criterios observados durante las sesiones*

La participante asistió a la mitad de las sesiones, a lo largo de éstas fue puntual y era muy participativa, se mostraba atenta durante las sesiones, siendo de los participantes que más intervenía, en el relato de sus vivencias parecía que iba comprendiendo lo tratado durante las sesiones, pero no fue posible observar más debido a que la participante abandonó la intervención.

La participante parecía interesada en las sesiones e ir comprendiendo los temas tratados, pero no se logró ver un progreso debido al abandono del grupo.

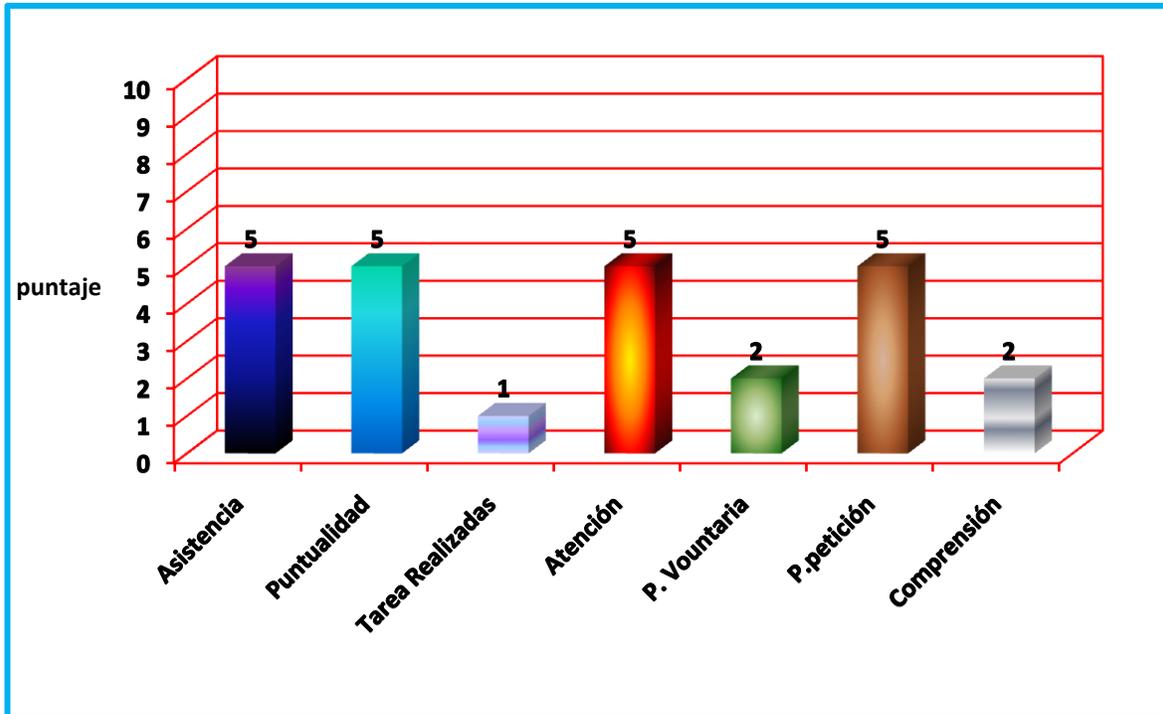
Clínicamente se observó que la participante estaba agobiada y buscando desahogarse, parecía muy preocupada con la situación en la que vivía, debido a que no cuenta con la ayuda de su hermana para el cuidado de su paciente.

Entre los pensamientos que ella identificó fueron que “su madre se está apagando poco a poco que ya no es la misma persona que era” lo cual le genera “mucho tristeza”.

Durante las sesiones refiere que comprende teóricamente lo de los pensamientos, pero que en la situación en la que se encuentra no es fácil llevarlo a la práctica, retomando constantemente el tema de la falta de cooperación de su hermana en el cuidado de su madre, inclusive refiere “mi hermana es la irracional”. Durante el relato de sus experiencias se pueden encontrar distintos pensamientos irracionales, los cuales fueron confrontados en una de las sesiones, en la que mostraba desesperación por conseguir un cambio instantáneo, por lo que se le explicó que era un proceso que requiere tiempo y disposición de cambio, a pesar de esto ella dijo que no podía y no veía resultado, todo esto sucedió cuando se trataban los pensamientos irracionales, por lo que se le pidió esperara al tema de asertividad, pero la paciente no asistió a las siguientes sesiones.

Los resultados de la sexta participante se observan en la tabla 6.

**Gráfica 6. Sujeto 6**



*Gráfica 6. Criterios observados durante las sesiones*

Es importante mencionar que a pesar de que la participante no realizó la entrevista inicial se tiene como dato a que es hermana religiosa, lo cual le genera diversos conflictos de culpa en los pensamientos identificados.

La participante asistió a cinco sesiones puntualmente, pero esta asistencia fue intermitente causando que la participante no realizara sus tareas. A lo largo de las sesiones la participante parecía atenta, pero era muy pasiva, participando la mayoría de las veces cuando la practicante se lo pedía, con el relato de sus vivencias se pudo observar una pobre comprensión por parte de la participante.

En la participante se pudieron encontrar tanto sentimientos de desesperación como de resignación, menciona que le molesta que su paciente sea dependiente

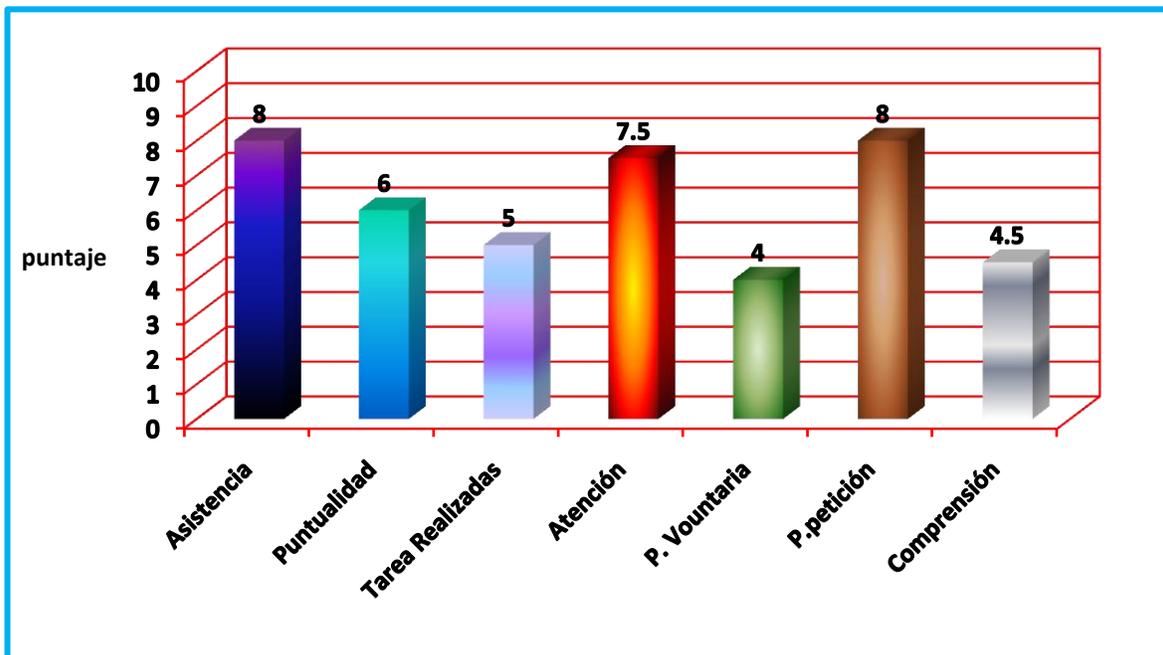
en actividades que cree aun puede realizar. Parece ser que le cansa el cuidado del paciente y busca momentos para despejarse.

La participante habla de sus pensamientos irracionales en referencia a la comunidad, aunque parece difícil para ella expresarse sobre esta problemática, menciona que le “enoja que crean que su trabajo es sencillo y que cuando le pide ayuda tengan inactiva a la paciente”

Al parecer la participante tiene algunas conductas asertivas, pero en su mayoría se observan más del tipo pasivo, lo cual a menudo parece provocarle sentimientos de culpa.

A continuación se observan los resultados de la participante 7 (ver tabla 7).

**Gráfica 7. Sujeto 7**



*Gráfica.7. Criterios observados durante las sesiones*

La participante asistió a prácticamente todas las sesiones, a pesar de que trataba de ser puntual en ocasiones se retiraba poco antes de terminar. Debido a que la participante faltó 2 ocasiones, no realizó estas tareas, en general se mostraba

atenta, y participaba ampliamente cuando la practicante se lo pedía. En el relato de las vivencias se observó que la participante iba comprendiendo los temas tratados durante las sesiones.

En la participante desde la entrevista inicial se observó que constantemente veía el reloj y mencionaba que tenía prisa, esto se siguió notando al principio de las sesiones siendo la mayoría de las veces la primera en retirarse e inclusive 5 minutos antes de terminar, durante las sesiones mencionaba necesitar “descanso por que estaba estresada”, pero ya en las últimas sesiones estos comentarios y el retirarse temprano fue desapareciendo y la participante se quedaba hasta terminar la sesión.

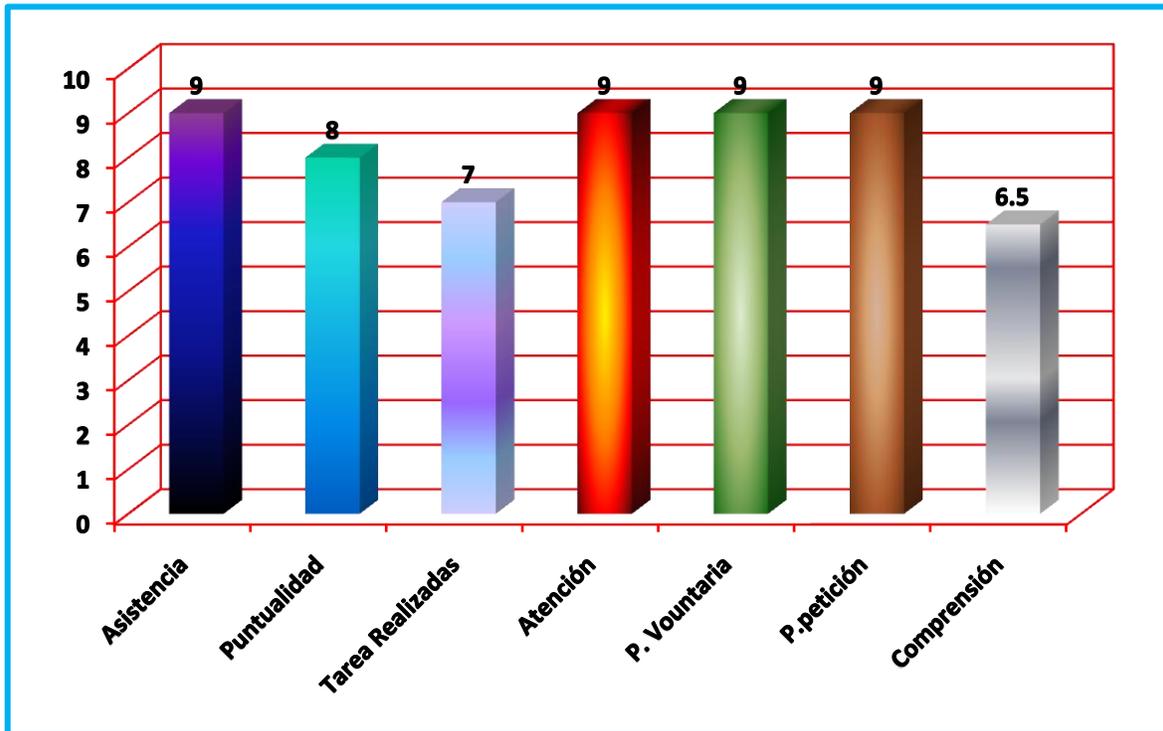
Entre los pensamientos encontrados en la participante se encontraron “como le hago para organizarme mejor, ya no sé como distraerme, necesito descansar, salir, pasear”

La identificación de pensamientos y sentimientos pareció difícil en un principio para la participante pero poco a poco los fue identificando e inclusive logrando distinguir si eran irracionales, sin embargo lograr hacer el cambio se le dificultó pues al parecer es una persona que le gusta controlar el ambiente y esto en ocasiones le causaba conflicto, a pesar de ello en el relato de sus vivencias se fue observando el cambio que intentaba hacer con sus pensamientos irracionales.

El tema de asertividad se le dificultó un poco, debido a no saber en qué momento al tratar de no ser irracional llegaba a ser pasiva, a la participante se le mostró donde se encontraba esta diferencia y al parecer fue comprendiendo un poco más el tema de asertividad, lo cual se demostró al poder tener menos problemas con su paciente con demencia y un mejor trato con sus familiares alrededor, logrando encargar a su paciente con demencia con una hermana y ella aprovechar el tiempo para realizar sus actividades.

En la gráfica 8 se observan los resultados obtenidos durante las sesiones por la octava participante

**Gráfica 8. Sujeto 8**



*Gráfica. 8. Criterios observados durante las sesiones*

En esta participante se observa una buena asistencia y desempeño a lo largo de las sesiones; siendo puntual, realizando las tareas y atendiendo durante las sesiones, era la participante más participativa en todos los aspectos y por ello logra una buena comprensión.

Un aspecto importante a destacar es que la participante parecía tener bien controlada la situación con su paciente con demencia, pues había buena cooperación por parte de la familia, entre los pensamientos que ella destaca son “en estos momentos me encuentro muy bien, debido a que mis padres a raíz de la enfermedad de Mamá se volvieron a unir”.

En un inicio con los pensamientos irracionales mencionaba no lograr identificar ninguno, pero poco a poco al ir realizando las tareas e ir avanzando en las sesiones menciona ir encontrando cada vez más y a la vez intentar hacer un cambio, lo cual era posible observar en el relato de sus experiencias.

A la participante se le dificultó la distinción entre no ser irracional y ser pasiva, especialmente refiere “si sé que las demás personas no tiene que ser como yo mejor me quedo callada” por ello se le señaló que el hecho de no tener los mismos pensamientos no era razón para dejarlos de expresar, que siempre era importante expresarlo, haciéndonos sentir mejor pero sin dañar a un tercero.

Clínicamente se observó en la participante una buena capacidad de insight, pero a pesar de que ella comprendía en qué momento era irracional o poco asertiva, se observó cómo le generaba conflicto en el momento de hacer el cambio, pues ella lograba ser racional o asertiva pero mencionaba que era difícil si en su ambiente no lo eran, sin embargo se le mencionó que esto era parte del proceso y que tenía que seguir trabajando en ello.

Al finalizar las sesiones se aplicó el post-test de “ZARIT” (1982), en la tabla 12 es posible observar los puntajes obtenidos por cada participante, cabe aclarar que esta entrevista no se realizó a los participantes que no la cubrieron en el pre-test, así como al que abandonó la intervención.

**Tabla 12. Entrevista sobre la carga del cuidador de “ZARIT”**

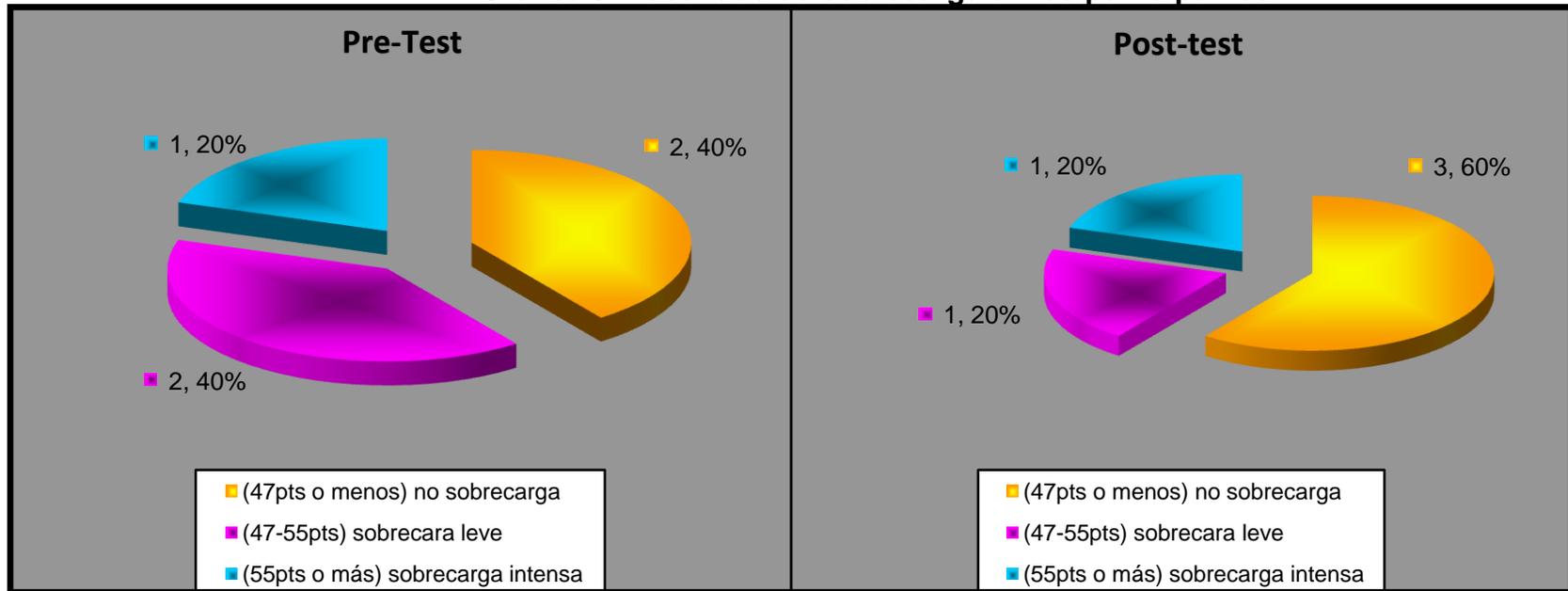
Participante	Primera Aplicación
1	11pts
2	55pts
3	*
4	60pts
5	**
6	*
7	45pts
8	20pts

*Tabla 12. La calificación de los puntajes va de 47 puntos o menos indican que no hay sobrecarga de 47-55 existe sobrecarga leve y un puntaje de 55 o más es sobrecarga intensa.\* Participantes que no realizaron entrevista inicial. \*\* Participante que abandono el grupo*

En la tabla se observa una tendencia de los puntajes a que no existe sobrecarga por parte de los sujetos al terminar la intervención.

En la gráfica 9 se puede observar si existió un cambio en los puntajes a raíz de la intervención.

**Gráfica 9. Resultado de sobrecarga en los participantes**



Gráfica 9. En la gráfica se puede ver el nivel de sobrecarga en el que se encuentran los participantes Al inicio y al final de la intervención, cabe señalar que los participantes que no se está tomando en cuenta a los participantes que no realizaron el pre-test ni el participante que abandonó la intervención para que esto no afecte a los resultados.

En la gráfica 9 se hace una comparación de estas dos aplicaciones observándose que en el pre-test existía un porcentaje igual entre los participantes con sobrecarga leve y los que no tenían sobrecarga, sin embargo en el post-test es se muestra una tendencia a que no existe sobrecarga en los participantes.

Los resultados del cuestionario final se observan en la tabla 13.

**Tabla 13. Resultados del cuestionario final**

<b>Participante</b>	<b>Se observó cambio de pensamientos y mejor control de la enfermedad</b>
1	No*
2	Sí
3	**
4	Sí***
5	**
6	No
7	Sí
8	Sí

*Tabla 13. \* El participante 1 contestó con poco interés el cuestionario, siendo sus respuestas muy pobres. \*\* Participante que no realizaron el cuestionario final, los participantes 3 y 6 debido a no presentar la entrevista inicial y el participante 5 por abandonar la intervención. \*\*\* En el participante 4 se observó poco cambio y que seguía teniendo pensamientos irracionales.*

En la tabla 13 se observa un mejor control de la enfermedad por parte de los participantes 2,7 y 8, así como también se nota un cambio en los pensamientos y sentimientos que se tenía en relación a la entrevista inicial, siendo estos más racionales.

## CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo en la fundación Alzheimer, se observó como hoy en día las demencias son un problema de salud importante, el hecho de que la esperanza de vida vaya aumentando, incrementa la posibilidad de padecer una demencia y como se explicó, éste no es un problema que tan sólo va deteriorando al paciente, sino también desgasta física y psicológicamente a la familia o a la persona que se encarga del enfermo.

Un dato a destacar en el programa de prácticas es el ingreso mayor de mujeres lo cual concuerda con los datos de Conde (2002) quien menciona que el 80% de estos cuidadores son mujeres y el 20% son hombres, siendo éstos por lo regular los cónyuges, lo que coincide con los participantes que ingresaron al grupo, donde la mayoría eran mujeres y uno de los dos hombres es esposo de la paciente con demencia. Cabe señalar que la mayor parte de los participantes tenían algún parentesco con los pacientes siendo esto similar a los datos de Arango y Rogers, (2003) quienes dicen que, aproximadamente el 75% de los pacientes con demencia de tipo Alzheimer son cuidados por algún miembro de su familia. Por su parte Conde (2002), cita diversos estudios en el que es posible comprobar que el 87% de los pacientes con demencia son cuidados por un familiar.

Según Carvajal (1997), poco a poco los familiares cuidadores van teniendo menos tiempo para ellos mismos y se encuentran preocupados constantemente por sus enfermos, reflejan dificultades para cumplir con responsabilidades de trabajo y del hogar, así como con su funcionamiento familiar, social y laboral, lo que según Arango (2003) es un determinante para que los participantes asistan a una terapia, esto se pudo comprobar con los participantes que ingresaron al grupo, los cuales en su mayoría refirieron estar siendo afectados en el área social, continuando con el área familiar y laboral; solamente el participante 4 estaba afectado en el área de las relaciones de pareja, debido a que su esposa es la que padece la enfermedad.

Al inicio de las sesiones se observó clínicamente en los participantes diferentes sentimientos y pensamientos, gran parte de ellos se encontraban agobiados, preocupados, tristes o enojados, lo cual se debía a los pensamientos que los participantes tenían acerca de la situación, lo cual coincide con lo que menciona Ellis y Dryden (1989), que son los pensamientos que tenemos acerca de los acontecimientos los que generan los sentimientos y no los acontecimientos propiamente. Al inicio de la intervención se observaron en los participantes diferentes tipos de pensamientos irracionales, entre éstos se ubicaban en los de la primera derivación irracional mencionada por Ellis y Dryden, (1989) “Tremendísimo”, donde los participantes evaluaban la enfermedad de su paciente como un problema mayor a un 100%, especialmente los participantes 4 y 7, a este último dichos pensamientos le causaban gran estrés que se reflejaba en enfermedades como gastritis o problemas de espalda, así también en todos los participantes se observó la segunda derivación irracional “no soportantis”, que fue reflejada en la forma de hablar de los participantes 5 y 8. De esta forma se observaron distintos pensamientos irracionales en los participantes, pero tan solo los participantes que lograron identificarlos y refutarlos, fueron en los que se notó un cambio como son los participantes 7 y 8. Debido a que estos dos participantes fueron los que mejor comprendieron el tema de pensamientos irracionales se notó una confusión entre asertividad y pensamientos irracionales, a pesar de ello, lograron comprender que el ser racional no implicaba ser pasivos y se pudo observar al finalizar las sesiones un cambio en ellos.

Durante las sesiones se observó la importancia de la asistencia, de la que hablan Salvendy (citado en Kaplan, 1998) debido a la continuidad de las sesiones, siendo los participantes 1, 2,3 y 6 los que menos asistieron y en los cuales se nota menor comprensión, posiblemente se debió a la inconstancia de los participantes, pues ya que con las faltas no entendían los temas, no participaban y no realizaban las tareas, siendo poco activos durante las sesiones; sin embargo, el participante 3 logró dominar algunos temas, como fueron la identificación de pensamientos y sentimientos. Por otra parte los participantes 7 y 8 que tuvieron una buena

asistencia y desempeño, comprendieron los temas tratados durante la intervención y realizaron un cambio, con lo que se puede decir que la intervención fue exitosa.

Al finalizar la intervención se observó que los participantes que no contaban con información acerca de la enfermedad se les dificultó más la comprensión de las sesiones, debido a que lo que ellos buscaban era obtener información, acerca de cómo resolver los problemas que se les enfrentaban, aunque en ocasiones dentro de las sesiones se explicaban ciertas características de la enfermedad esto no era el objetivo de la intervención, por lo que no lograron solucionar su problemática.

El hecho de que los familiares o cuidadores recibieran atención terapéutica disminuyó su nivel de sobrecarga, lo cual se observó en los resultados de la entrevista de "ZARIT", donde existía una tendencia de sobrecarga moderada, lo cual al terminar la terapia grupal cambio a una tendencia de sobrecarga leve, mostrando beneficio de la terapia en los cuidadores.

Al entender y resolver su problemática los participantes mejoran su relación con el paciente que tiene a su cargo, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente.

El poco tiempo con el que cuenta el cuidador, debido al cuidado de su paciente es un inconveniente para ingresar y continuar con un proceso terapéutico, por ello la terapia breve es una opción para que los participantes puedan asistir al tratamiento y en pocas sesiones adquieran herramientas para resolver los problemas más importantes.

Al término de este trabajo la practicante tuvo un acercamiento al tratamiento y manejo de la problemática de los familiares o cuidadores de pacientes con demencia de tal manera que se cubrieron los objetivos que se plantearon al inicio de este trabajo, siendo el primero, crear un espacio donde los participantes expresaran su problemática, y como se observa en los resultados, esto fue

posible, debido a que los participantes hablaron de sus experiencias y esto les permitía descargar lo que les estaba afectando en su vida diaria.

Por otra parte fue posible observar un cambio de pensamientos en algunos de los participantes que ingresaron a la intervención, esto se debió a que los participantes lograron identificar los pensamientos generados a raíz de sus experiencias con los pacientes y comprender que a raíz de dichos pensamientos se estaban generando los sentimientos desagradables. A su vez los participantes realizaron modificaciones en su comportamiento, debido al entrenamiento asertivo que hubo dentro de la intervención.

La experiencia obtenida se refiere a que la practicante enriqueció sus conocimientos sobre demencias, adquiriendo práctica en la identificación y manejo de algunos de los síntomas que pudieran presentar los pacientes, así como en ejercer el proceso terapéutico directamente con los familiares.

Así también las materias cursadas a lo largo de la carrera fueron de utilidad para un mejor desempeño en el campo laboral, el cual fue enriquecedor para la practicante, ya que tener los conocimientos teóricos y aplicarlos a la práctica ayudan a la formación de un mejor profesionalista.

Por lo anterior es necesario tomar en cuenta las limitaciones que surgieron en la aplicación de esta práctica tales como:

La falta de información de los participantes sobre la enfermedad, en el momento del diagnóstico y durante la enfermedad, propicia confusiones y mezclan información tratada en la terapia, no buscando un tratamiento si no aprender sobre el manejo de la enfermedad para solucionar problemas específicos.

La inconstancia por parte de los participantes fue otra limitación en la intervención, debido a que no se comprendían los temas tratados el día que faltaban y por ello no se observaron avances, ni cambios en los participantes en esas áreas

Por otra parte la poca tolerancia de los participantes al no observar un cambio inmediato provocaban faltas e inclusive el abandono del grupo por lo que a su vez no solucionaban la problemática.

De tal manera que para futuras prácticas o investigaciones se sugiere tomar en cuenta los siguientes puntos

Que al momento del diagnóstico del paciente se canalice a la familia para tomar un curso informativo sobre la enfermedad que le permita aclarar sus dudas.

Se sugiere que el cuidador acuda a terapia, con el personal experto en demencia y capacitado en el manejo terapéutico para que le ayude a resolver su situación personal.

En cuanto a la inasistencia se sugiere realizar un curso permanente en el que se repita en tiempo determinado los temas para que los participantes puedan cubrir lo visto en las sesiones.

Por último es importante que el cuidador se mantenga en constante vigilancia y pueda asistir a terapia de apoyo en un principio y continuar con un tratamiento más largo ya sea grupal o individual, que le permita manejar sus problemas y que pueda mejorar la calidad de vida tanto él como el paciente con demencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arango, J; Fernandez, S; Ardila, F. (2003). Las **demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento.** Ed. Manual Moderno. México.
- Arango, J; Roger, H. (2003). Signos y síntomas psicológicos y comportamentales más comunes en la enfermedad de Alzheimer. **Revista suma psicológica.** Vol. 9 (1): 35-53.
- Ardila, A; Ostrosky, F. (1991). **Diagnóstico del daño cerebral. Enfoque Neuropsicológico.** Ed. Trillas. México.
- Agüera, L. (1998). **Demencia. Una aproximación práctica.** Ed. Masson. Barcelona, España.
- Aguilar, E. (1987). **Asertividad. Se tu mismo sin sentirte culpable.** Ed. Pax. México.
- Artaso, B., Goñi, A., Gómez, A. (2004). **Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial.** Revista de neurología; Vol 38 (6): 506-510.
- Brañas, B; Serra, R. (2002). **Orientación y tratamiento del anciano con demencia.** Sistema Nacional de Salud. Vol. 26 (3).
- Budman, S; Demby, A; Redondo, J. (1988). **Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy.** Guilford. New York.
- Caballo, V.E. (1986). **Evaluación de las habilidades sociales.** En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobes Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones. EDD. Pirámide. Madrid, España.
- Caballo, V (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Ed. Siglo XXI. España.
- CIE – 10. (1995). **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.** Décima Revisión. OPS/OMS. Pub. Cient. No. 554. Washington DC.
- Conde, L (2002). **Familia y demencia. Intervenciones de apoyo y regulación.** En Alberca, R. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ed. Médica panamericana. Madrid, España.

- Corte, G; Ortiz, X; Ostrosky, F. (2001). **Detección de deterioro cognoscitivo y demencia leve en población mexicana utilizando la escala breve del estado mental, la escala de Blessed y Neuropsi.** Georgia.net.
- Corey, G. (1995). **Teoría y práctica de la terapia grupal.** Ed. Desclée Brouwer, Bilbao.
- Cubero, P. (2002). **Diagnóstico y tratamiento de las demencias em atención primaria.** Ed. Masson. Barcelona, España.
- Cuevas, S. (1991). **Psicoterapia Individual, Familiar y de Grupo.** Ed. Paidós. México.
- DSM-IV. (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.** Ed. Masson. Barcelona, España.
- Ellis, A; Abrahams, E., (1980). **Terapia racional emotiva.** Ed.itorial Pax. México.
- Ellis, A; Dryden, W. (1989) **Practica de la terapia racional emotiva.** Ed. Desclée Brouwer, Bilbao.
- Ellis, A; Grieger, R. (1981). **Manual de terapia racional-emotiva.** Ed. Desclée Brouwer, Bilbao.
- Fernández, F, (1998). **Demencias. Etiología. Manifestaciones clínicas.** Sección de Neurología. Hospital de León Vol.96 (7): 4450-4456.
- Fernández, R (1994). **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.** Ed. Pirámide. Madrid, España.
- Flores, S; Gómez, M. (2004). **Influencia del entrenamiento asertivo en la autoestima de adultos mayores.** Tesis, Lic. Facultad de psicología, UNAM.
- Geldmacher , D; Whitehouse, P. (1996). **Evaluation of dementia.** The New England Journal of Medicine. Vol. 335 (5): 330-335.
- González, J; Monroy, A; Kupferman, E. (1994). **Dinámica de grupos: Técnicas y tácticas.** Ed. Pax. México.
- González, N. (1999). **Psicoterapia de grupos.** Ed. Manual Moderno. México.
- González, R. (2001). **Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación.** Ed. Masson. Barcelona, España.

- Guerra, N. (2003). **El anciano frente a la muerte: propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia Racional Emotiva**. Tesis, Lic. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- **Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano**. (2001) psiquiatría editores. Barcelona, España.
- INEGI. (2005). **Censos de Población y Vivienda, 1950 a 2000**.
- Kadis, A; Krasner, J; Winick, C; Foulkes, S. (1986). **Manual de psicoterapia de grupo**. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Kaplan, H; Sadok, B. (1998). **Terapia de Grupo**. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España.
- Lapuente, F; Sánchez, J; (1998). **Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal**. Anales de psicología. 1998, vol. 14, nº 1, 27-43 Universidad de Murcia, España.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (1997). **Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual**. Madrid: Siglo XXI de España.
- Martin-Cook, K; Svetlik, D; Weiner, M. en Weiner, M; Lipton, A. (2005). **Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento**. Ed. Masson. Barcelona, España.
- Martínez, L; Martínez, L. (1996). **Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias**. En López-Pousa. Manual de Demencias. Ed. Prous Science. Barcelona, España.
- Matilla, M; Hernandez, C. (2005). **Conferencia: “Convivir con el Alzheimer”**.
- Minuchin, S; Fishman, H. (1993). **Técnicas de terapia familiar**. Ed. Paidós. México.
- Maultsby, M. Hendricks, A. (1974). **Tú y tus sentimientos**. Arrangement with rational Self-Help Aids.
- Papalia, D; Wendkos, S; Felman, R. (2001). **Desarrollo Humano**. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México.
- Paterson, J; Managh, M; Grant, H. (2000). **The effectiveness of the Hierarchic Dementia Scale in tailoring interventions to reduce problem behaviours in**

**people with Alzheimer's disease.** Australian Occupational Therapy Journal. Vol. 47: 134-140.

- Pick S, Aguilar J. A, Rodríguez G. (2000). **Planeando tu vida.** Grupo editorial planeta, México D.F.
- Salvendy, J. (1998). **Selección y preparación de pacientes. Organización del grupo.** En Kaplan, H. Terapia de Grupo. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España
- Sánchez, J., González, A. (2002). **Psicología y salud.** Editado por la facultad de Psicología, UNAM. México.
- Sociedad española de neurología “SEN” (2003). **Guías en demencias; conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia.** Ed. Masson. Barcelona, España.
- Solis, I. (2004). **La psicoterapia de grupo a través de los grupos de encuentro, como una alternativa en el manejo del niño enurético y sus padres, en una institución del sector salud.** Tesis, Lic. Facultad de psicología, UNAM.
- Weiner, M; Lipton, A. (2005). **Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento.** Ed. Masson. Barcelona, España.
- Yankura, J., D,W. (2000). **Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos.** Ed. Descleé de Brouwer. España
- [www.sedesol.gob.mx](http://www.sedesol.gob.mx), INAPAM, recuperado en julio del 2007

# ANEXO 1

## Entrevista

Fecha:

Nombre:

---

(Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre(s))

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F)

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado máximo  
\_\_\_\_\_ de estudios:

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Calle) (Número)  
(Colonia)

---

Delegación: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado civil:

¿Por qué decidió formar parte del grupo terapéutico?

### Área Familiar

a) Madre

Vive o falleció: \_\_\_\_\_ Si ha muerto ¿Qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

b) Padre

Vive o falleció: \_\_\_\_\_ Si ha muerto ¿Qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

Edad de: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Si sus padres están divorciados ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido la relación con sus padres? Explique brevemente

---

---

Si ha existido algo perturbador explique

---

---

C) Hermanos:

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Número de hermanas: \_\_\_\_\_

Número de hermanos vivos: \_\_\_\_\_ Número de hermanas vivas: \_\_\_\_\_

Edad de los hermanos: \_\_\_\_\_ Edad de las hermanas: \_\_\_\_\_

Yo soy el hijo(a) número: \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido la relación con sus hermanos(as)? Explique brevemente

---

---

Si ha existido algo perturbador explique

---

---

D) Hijos

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edad de los hijos: \_\_\_\_\_

Número de hijas: \_\_\_\_\_ Edad de los hijas: \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con sus hijos? Describa brevemente

---

---

Si hay algo perturbador explique brevemente

---

---

### Antecedentes de tratamientos

¿Ha tenido algún tratamiento para problemas emocionales?

Horas de terapia individual, durante \_\_\_\_\_ años, terminó hace \_\_\_\_\_ años

Horas de terapia de grupo, durante \_\_\_\_\_ años, terminó hace \_\_\_\_\_ años

Tratamiento psiquiátrico, durante \_\_\_\_\_ años, terminó hace \_\_\_\_\_ años

¿Actualmente sigue en tratamiento en algún otro sitio?    1) Si        2) No

Explique brevemente el tipo de tratamiento ( ej. Análisis de sueños, asociación libre, medicamentos)

### Relación cuidador-paciente

¿Cómo ha sido la convivencia con el paciente con demencia?

---

---

Si ha existido algo perturbador con este explique

---

---

Haga una breve lista de sus principales problemas, síntomas y quejas a partir del inicio de la enfermedad de su paciente

---

---

¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas?

---

---

¿Bajo qué circunstancias mejoran sus problemas?

---

---

¿Actualmente dónde se desempeña laboralmente y que labores tiene? Indique si a partir de la enfermedad de su paciente ha tenido alguna dificultad en este

---

---

¿Cómo considera sus relaciones sociales? Indique si se ha tenido alguna dificultad con estas a partir de la enfermedad de su familiar

---

---

¿Cómo considera sus relaciones de pareja? Indique si ha tenido alguna dificultad con estas a partir de la enfermedad de su familiar

---

---

### Expectativas

Haga una lista de las cosas que más le gusta hacer

---

---

Haga una lista de las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo

---

---

---

Haga una lista de sus principales metas en la vida

---

---

**\*Descripción de un día entre semana y un día de descanso\***

## Proceso demencial

Demencia diagnosticada: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente con demencia

Su paciente asiste a la fundación, indique desde cuándo?

Inicio de la enfermedad (aprox):

¿Marque en qué fase considera que se encuentra su paciente?

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• CIERTA CONFUSIÓN</li><li>• SE ENCUENTRA TORPE</li><li>• OLVIDOS OCASIONALES</li><li>• PÉRDIDA DE VOCABULARIO</li><li>• CONFUSIONES ESPACIO – TEMPORALES</li><li>• DIFICULTAD EN ACTIVIDADES MECÁNICAS</li><li>• A VECES, AGITACIÓN, NERVIOSISMO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OLVIDA SUCESOS RECIENTES</li><li>• APENAS REALIZA ACTIVIDADES</li><li>• IGNORAN GRAN PARTE DEL LÉXICO</li><li>• NO COMPRENDE SITUACIONES NUEVAS</li><li>• NO RECONOCE LUGARES Y TIEMPOS</li><li>• CADA VEZ CAMINA MÁS TORPEMENTE</li><li>• NO SE VALE POR SÍ MISMO PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</li><li>• NECESITA ATENCIÓN CONSTANTE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NO CONOCE NI RECONOCE</li><li>• NO HABLA</li><li>• INCONSCIENTE GRAN PARTE DEL DÍA</li><li>• INMÓVIL</li><li>• ALTERNA LA CAMA CON UN SILLÓN</li><li>• GRAN PARTE DEL TIEMPO DURMIENDO</li><li>• ALGUNOS BREVES MOMENTOS DE CONSCIENCIA</li><li>• APARICIÓN DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS, ALIMENTICIOS, DERMATOLÓGICOS</li></ul>

¿Cómo se dieron cuenta?

¿Qué hicieron?

¿Cuándo y cómo se atendió?

¿Cómo maneja la situación?

¿Quién(es) cuidan de él, y cómo se organizan?

¿Cuál ha sido el mayor problema debido a la demencia y cómo se ha resuelto?:

¿Cuenta con información sobre el padecimiento de su paciente?

¿Cómo obtuvo esta Información?

¿Recibe o ha recibido algún tipo de ayuda psicológica?

¿Ha tenido que abandonar alguna actividad para atender a su paciente?

¿Qué es lo que piensa en relación a la enfermedad de su paciente?

¿Qué es lo que siente en relación a la enfermedad de su paciente?

¿Algo más que desee agregar?

## ANEXO 2

### ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit, 1982)

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca      1=Rara vez      2=Algunas veces      3=Bastantes veces      4=Casi siempre

Preguntas	Respuesta
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0 1 2 3 4

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO FINAL

**Conteste las siguientes preguntas con respecto a su paciente con demencia**

¿Actualmente cómo maneja la situación?

¿Quién(es) cuidan de él, y cómo se organizan?

¿Cuál ha sido el mayor problema debido a la demencia y cómo se ha resuelto?:

¿Qué es lo que piensa en relación a la enfermedad de su paciente?

¿Qué es lo que siente en relación a la enfermedad de su paciente?

¿Algo más que desee agregar?

## ANEXO 4

### TUS PENSAMIENTOS

Los pensamientos están presente en todo momento, pero en ocasiones no nos percatamos de estos.

Cuando percibes algo (viendo, escuchando, sintiendo, etc.) Siempre se tiene un pensamiento acerca de lo percibido y esto nos lleva a experimentar sentimientos.

Ejemplos:



Juan **ve** el pastel y **PIENSA**: ¡Que rico pastel me gustaría comerlo.



Lorena **escucha** llorar a su hijo y **PIENSA**: ¡Seguramente le duele algo!

## ANEXO 5

### TUS PENSAMIENTOS (RACIONALES Ó IRRACIONALES)

Recordemos que los hechos no son los que ocasionan nuestros sentimientos, si no lo que se piensa y se cree de los hechos. Se pueden considerar dos tipos de pensamientos IRRACIONALES, los cuales no nos ayudan a lograr nuestros objetivos y RACIONALES que por su parte nos ayudan a conseguir nuestras metas

En este ejemplo observamos pensamientos IRRACIONALES.



Manuel ve a su hijo pintando la pared y piensa:



Manuel piensa irracionalmente que su hijo pinta la pared por molestarlo, y que no lo puede soportar, y esto lo hace tener sentimientos y conductas irracionales

Al sentirse con IRA, manuel puede no controlarse y gritar o golpear a su hijo

En este ejemplo podemos ver que Manuel al pensar y actuar irracionalmente, no lo llevará a tener una buena relación con su hijo.

A continuación vemos un ejemplo de pensamientos RACIONALES



Manuel ve a su hijo pintando la pared y piensa:



Manuel al pensar que lo que su hijo hizo una travesura y que puede arreglarlo, tiene un sentimiento de molestia, pero con este sentimiento más controlado es posible que Manuel hable con su hijo y le explique que lo que hizo estuvo mal

drybonesblog.com

Con este ejemplo observamos que al pensar racionalmente, Manuel puede controlar mejor sus sentimientos y así puede llevar una mejor relación con su hijo.

**Es natural que los seres humanos tengamos pensamientos "IRRACIONALES", debido a que es fácil convertir preferencias en exigencias, pero hay que tomar en cuenta que estas creencias no nos ayudan a lograr nuestras metas, tan solo nos hace sentir peor.**

## ANEXO 6

### ¿CÓMO SENTIRME MEJOR?

Hasta ahora has aprendido que tus sentimientos se forman de:

- A) Tus percepciones
- B) Tus pensamientos y creencias
- C) Tus emociones

Por eso puedes sentirte mejor si tu:

- 1.- Miras tus pensamientos
- 2.- Ves si tus pensamientos tienen sentido o no lo tienen
- 3.- Cambias tus pensamientos que no tienen sentido por pensamientos racionales

Los pensamientos racionales tienen 5 características

- Son verdaderos ( se basan en la realidad objetiva)



El pensamiento de Raquel no es verdadero, y por lo tanto es irracional, ya que puede ser que cometió un error, e inclusive cometa muchos errores, pero también hace cosas bien. Un pensamiento racional sería entonces: Cometí un error pero también he hecho cosas correctamente

- Te llevan a proteger tu vida



El pensamiento de Juan lo está llevando a lastimarse o a morir por lo tanto no es racional. El podría pensar que puede soportar la situación, y que no debería hacerse sentir mal, y de esta forma estaría pensando de una forma más racional

- Te llevan a conseguir lo que tú quieres



El pensamiento de Luis no lo lleva a conseguir su objetivo, por eso es irracional. El debería pensar: si quiero bajar de peso aunque se me antoja el pastel no me lo comeré, y este sería un pensamiento más racional

- Evitan que te sientas del modo que no quieres sentirte



El pensamiento de Paulina, la hace sentir mal y culpable, esto quiere decir que es un pensamiento irracional. Para que sea un pensamiento racional debería ser así: No soy una tonta, cometí un error, pero lo que paso fue un accidente, no me culpare por esto ni comencare a hacerme sentir mal.

- Te evitan los problemas que no quieres



Es posible que a Jaime lo vea el jefe y lo corra, ya que tiene un pensamiento irracional, creyendo que el jefe no lo va ver. Un pensamiento más racional sería, tengo mucho sueño pero la oficina no es lugar para dormir mejor acabaré pronto para poder irme a descansar

EL ABC DE UN AUTOANÁLISIS

<b>Sección A (hechos y acontecimientos)</b>	<b>Sección D<sub>A</sub> (confrontación con A)</b>

<b>Sección B (creencias y pensamientos)</b>	<b>Sección D<sub>B</sub> (confrontación con B)</b>

<b>Sección C (sentimientos)</b>	<b>Sección E (Lo que quiero sentir)</b>

- 1.- **¿ESTE PENSAMIENTO ES VERDADERO?**
- 2.- **¿ME LLEVA ESTE PENSAMIENTO A PROTEGER MI VIDA?**
- 3.- **¿CON ESTE PENSAMIENTO CONSIGO LO QUE QUIERO?**
- 4.- **¿ESTE PENSAMIENTO EVITA QUE ME SIENTA COMO QUIERO SENTIRME?**
- 5.- **¿ESTE PENSAMIENTO ME EVITA PROBLEMAS QUE NO QUIERO?**

## ANEXO 7

### CREENCIAS IRRACIONALES COMUNES

Desde niños nos han ido enseñando las creencias que hasta ahora tenemos, a esa edad no se tiene la capacidad de distinguir entre racionales e irracionales, y probablemente estas creencias no tienen sentido, pero, a causa de haberlas creído tanto tiempo, no nos damos tiempo para cuestionarlas, por ello es importante confrontar las creencias irracionales con las características del pensamiento racional.

A continuación verás creencias irracionales comunes y que son aprendidas desde la infancia, y a continuación la probable creencia racional.

***I.- TENGO QUE SENTIRME COMO ME SIENTO. ASÍ SON LAS COSAS. ASÍ SOY. YO NO TENGO ALTERNATIVA***

**R.- EN CUALQUIER SITUACIÓN PUEDO ESCOGER SENTIR COMO QUIERO HACERLO. TENGO ESA ALTERNATIVA.**

***I.- NO PUEDO ACEPTARME A MI MISMO SIN EL AMOR Y/O APROBACIÓN DE QUIENES QUIERO***

**R.- PUEDO ACEPTARME A MI MISMO SIN EL AMOR O APROBACIÓN DE ALGUIEN**

***I.- SI NO HAGO TODO PERFECTAMENTE O SI NO SOY EL PRIMERO ES PRUEBA DE QUE SOY UN VAGO SIN VALOR***

**R.- PUEDO ACEPTARME CALMADAMENTE AUNQUE NO ME COMPORTE EN LA FORMA QUE QUIERO**

***I.-GENTE O COSAS EXTERNAS A MI ME HACEN SENTIR LAS EMOCIONES QUE TENGO***

**R.- YO, Y SOLO YO, CAUSO TODOS MIS SENTIMIENTOS EMOCIONALES, ASÍ QUE YO ME HARE SENTIR TAN BIEN COMO YO QUIERA**

***I.- MI MODO ES EL ÚNICO CORRECTO O JUSTO DE HACER LAS COSAS***

**R.- MI MODO ES SOLO ESO – MI MODO-. OTRA GENTE TIENE SU MODO Y TIENE EL DERECHO DE TENERLO COMO YO**

***I.-DEBERÍA USAR TODAS MIS HABILIDADES Y LOGRAR TANTO COMO PUEDA, SI NO, DEBERÍA SENTIRME CULPABLE***

**R.-ESCOJO LIBREMENTE DESARROLLAR CUALQUIERA DE MIS HABILIDADES Y PERSEGUIR CUALQUIER META PERSONAL QUE PIENSE QUE ME PUEDA AGRADAR**

***I.- TENGO QUE SENTIRME MAL SI LA PERSONA QUE QUIERO ME DEJA O SE MUERE. MI DESEO DE SUFRIR PRUEBA CUANTO AME A ESA PERSONA. SI NO ME SIENTO MAL, ESO PRUEBA QUE NUNCA AME A ESA PERSONA***

**R.-MI ALTERACIÓN POR UN SER AMADO QUE ME DEJA O SE MUERE SOLO PRUEBA QUE ME HE ALTERADO A MI MISMO. MI ALTERACIÓN NO TIENE NADA QUE VER CON LO MUCHO O POCO QUE YO AMABA A ESA PERSONA**

***I.- TENGO QUE MOLESTARME SI LA GENTE (ESPECIALMENTE CERCANA A MI) NO SE COMPORTA COMO DEBIERA***

**R.- PUEDO ACEPTAR EL HECHO DE QUE CADA PERSONA DEBE SEGUIR SUS PROPIAS IDEAS, POR QUE ESO ES TODO LO QUE PUEDEN HACER. SI OTROS ESTÁN EN DESACUERDO CONMIGO, PUEDO TRATAR DE INFLUENCIARLOS PARA CAMBIAR SUS IDEAS Y HACER UN MEJOR TRABAJO INFLUYÉNDOLOS SI EVITO MOLESTARME, ENOJARME Y DEPRIMIRME. NO DEBO DE MOLESTARME SI LOS DEMÁS NO CAMBIAN SU MODO DE PENSAR**

**ANEXO 8****AUTOANÁLISIS**

<b>Sección A (hechos y acontecimientos)</b>

<b>Sección B (creencias y pensamientos)</b>	<b>Sección D<sub>B</sub> (confrontación con B)</b>

<b>Sección C (sentimientos)</b>	<b>Sección E (Lo que quiero sentir)</b>

## Características del pensamiento racional

- 1.- ¿ESTE PENSAMIENTO ES VERDADERO?
- 2.- ¿ME LLEVA ESTE PENSAMIENTO A PROTEGER MI VIDA?
- 3.- ¿CON ESTE PENSAMIENTO CONSIGO LO QUE QUIERO?
- 4.- ¿ESTE PENSAMIENTO EVITA QUE ME SIENTA COMO QUIERO SENTIRME?
- 5.- ¿ESTE PENSAMIENTO ME EVITA PROBLEMAS QUE NO QUIERO?

## Creencias Irracionales comunes

- ***TENGO QUE SENTIRME COMO ME SIENTO. ASÍ SON LAS COSAS. ASÍ SOY. YO NO TENGO ALTERNATIVA***
- ***NO PUEDO ACEPTARME A MI MISMO SIN EL AMOR Y/O APROBACIÓN DE QUIENES QUIERO***
- ***SI NO HAGO TODO PERFECTAMENTE O SI NO SOY EL PRIMERO ES PRUEBA DE QUE SOY UN VAGO SIN VALOR***
- ***GENTE O COSAS EXTERNAS A MI ME HACEN SENTIR LAS EMOCIONES QUE TENGO***
- ***MI MODO ES EL ÚNICO CORRECTO O JUSTO DE HACER LAS COSAS***
- ***DEBERÍA USAR TODAS MIS HABILIDADES Y LOGRAR TANTO COMO PUEDA, SI NO, DEBERÍA SENTIRME CULPABLE***
- ***TENGO QUE SENTIRME MAL SI LA PERSONA QUE QUIERO ME DEJA O SE MUERE. MI DESEO DE SUFRIR PRUEBA CUANTO AME A ESA PERSONA. SI NO ME SIENTO MAL, ESO PRUEBA QUE NUNCA AME A ESA PERSONA***
- ***TENGO QUE MOLESTARME SI LA GENTE (ESPECIALMENTE CERCANA A MI) NO SE COMPORTA COMO DEBIERA***

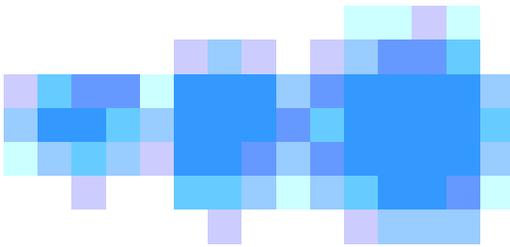
## ANEXO 9

### ASERTIVIDAD

#### Situación 1:

Su amigo acaba de llegar a cenar, justo una hora tarde. No le ha llamado para avisarle que se retrasaría. Cuando llega usted le dice

- Entra la cena está en la mesa. (pasiva)
- He estado esperando durante una hora. Me hubiera gustado que me hubieras avisado que llegabas tarde. (asertiva)

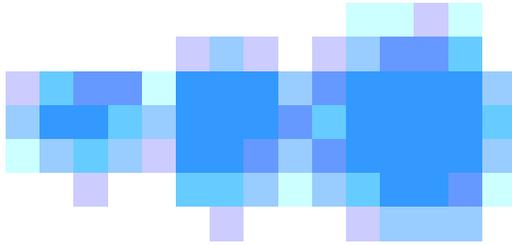


Me desespera que llegues tarde. Es la última vez que te invito. (agresiva)

#### Situación 2:

Una persona (o familia) desconocida se acaba de mudar al piso de al lado. Quieres conocerlas y lo que haces es:

- Sonríes al tiempo que tu vecino se acerca, pero no dices nada. (pasiva)
- Usted se acerca a la puerta de ellos y se presenta. (asertiva)



(agresiva)

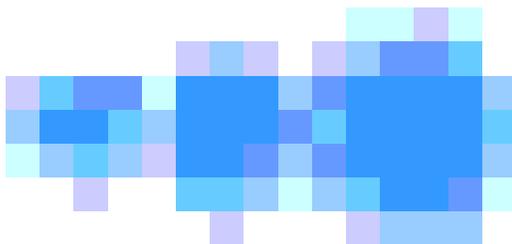
Usted mira a los vecinos por la ventana.

### Situación 3:

Su familiar constantemente le dice que no puede cuidar al enfermo. Usted quiere terminar con la situación. El día que a él le corresponde cuidarlo él le dice que no podrá hacerlo. Usted contesta

••• Hoy tenía planes y quería descansar pero si tú no puedes yo lo haré  
(pasiva)

••• Olvídalo. No lo voy a hacer. Me tratas como a un esclavo. Eres un  
desconsiderado (agresiva)



No, Pepe/Ana, Habíamos quedado que tu lo cuidarías. Sé que estas muy ocupado pero yo también. (asertiva)

Existen tres estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal:

### **Estilo agresivo.**

Ejemplos de este tipo de conducta son la pelea, la acusación y la amenaza, y en general todas aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos.

La ventaja de esta clase de conducta es que los demás no se meten con la persona agresiva; la desventaja es que no quieren tenerla cerca.

### **Estilo pasivo.**

Una persona tiene una conducta pasiva no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto.

La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se recibe un rechazo directo por parte de los demás; la desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.

### **Estilo asertivo.**

Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás.

La ventaja de ser asertivo es que puede obtenerse lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás. Siendo asertivo se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado por ello.

## **ANEXO 10**

### **ASERTIVIDAD**

#### **A) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA:**

##### **Conducta no verbal:**

Contacto ocular directo (pero no intimidatorio). Habla fluida, postura erguida. Respuestas directas a la situación, voz relajada, bien regulada y firme.

##### **Conducta verbal:**

Mensajes en primera persona del tipo, yo , a mi , etc. verbalizaciones positivas utilización de palabras como pienso que ....., quiero ..., me gustaría....., etc.

El tono de una respuesta asertiva es:

Sincero, positivo, no punitivo, justo, considerado, directo, no defensivo, sensible, constructivo.

#### **B) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN PASIVA:**

##### **Conducta no verbal:**

Ojos que miran hacia abajo, voz baja y vacilante, gestos desvalidos, postura hundida.

##### **Conducta verbal:**

No decir nunca no, poner excusas y/o mentir, utilización de palabras del tipo: quizás, supongo, realmente no es importante, etc.

#### **C) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN AGRESIVA:**

##### **Conducta no verbal:**

Tono de voz agresivo, mandón y exigente, mirada fija, habla fluida y rápida. Postura intimidatoria, gestos de amenaza.

##### **Conducta verbal:**

Mensajes interpersonales se utilizan palabras y frases como: ten cuidado, si no lo haces..., harías mejor en..., etc.

## ANEXO 11

### ASERTIVIDAD

El comportamiento no asertivo puede mantener una serie de creencias poco racionales, las cuales favorecen este tipo de comportamiento, a continuación se muestran ejemplos de este tipo de creencias y conductas.

**1.- No debo decir cosas que podrían lastimar los sentimientos de otras personas.** Esto es prácticamente imposible, sin embargo tampoco se debe ser brusco y decir las cosas sin tacto. Una forma de hacerlo es la “crítica en forma de sándwich, es decir se dice algo positivo antes y/o después de la expresión negativa, esto permitirá que a la persona que le digamos la cosas escuche lo negativo pero con una molestia mínima.

Las formas más racionales y asertivas podrían ser: Si es importante, decirlo, pero con tacto. Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice. Generalmente es mejor ser directo y directo que ir soltando indirectas.

**2.- Los(as) amigos(as) o familiares desconsiderados se merecen ser ignorados.** El apartarse de las personas a la que se quiere no soluciona nada. Cuando surge un problema con otras personas lo más útil es hablar claramente. Una forma de expresar los sentimientos negativos es con la siguiente secuencia:

1. DESCRIBIR la conducta de la otra persona objetivamente, describe momento, lugar, frecuencia, NO el motivo. Algunos comienzos pueden ser “cuando tu..” “Cuando yo..”

2. EXPRESA tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta o problema de forma positiva. Exprésalo con calma, centrándote en la conducta no en la persona. Puedes iniciar con “Me siento...” “Pienso.”

3. ESPECIFICA de forma concreta, el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona. Pide cada vez uno o dos cambios que no sean muy grandes. Pregúntale si está de acuerdo. Algunos comienzos pueden ser “preferiría.” “Quisiera.” “Me gustaría.”

4. Señala las CONSECUENCIAS positivas que proporcionarás (o que tendrán lugar) si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. Un inicio podría ser “ si haces..”

No siempre es necesario emplear los 4 pasos, pero si al menos algunos de ellos como son EXPRESAR y ESPECIFICAR.

**3.- La crítica es buena forma de corregir los errores de la gente.** La crítica hacia las personas, en vez de hacia el comportamiento, deteriora a menudo las relaciones. Lo más asertivo sería pedir un cambio en el comportamiento en vez de atacar a la persona misma. Lo que se puede hacer es: concentrarse en solucionar el problema, no en criticar errores pasados. Antes de corregir a alguien es mejor detenerse y pensar mejor la manera de hacerlo.

**4.- Es importante caerle bien a todo el mundo.** Racionalmente esto es prácticamente imposible, ya que ir por la vida intentando caerle bien a toda la gente, no molestando a nadie, asegura una existencia falsa, si uno se comporta como cree que los demás esperan que se comporte, nunca será uno mismo. Lo más asertivo sería: Es importante que le caiga bien a la gente pero sin dejar de ser como soy. Es normal que a otras personas no les agrade yo, mis ideas o mi comportamiento, lo importante es no lastimar o explotar a los otros.

**5.- Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito.** Las personas no deben esperar a que los demás sepan leer la mente. Es mejor comunicar de forma clara y manifiesta las necesidades, lo que nos agrada y los deseos. Es conveniente decir lo que se piensa, pensar lo que se dice y no esperar que nadie pueda leer la mente de nadie. Lo que se puede hacer es: Expresar tus deseos clara y abiertamente. Las expresiones claras, honestas y directas de los propios deseos y expectativas es la mejor forma de comunicarse.

## ANEXO 12

### DERECHOS ASERTIVO

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• A ser tratados con respeto y dignidad.</li><li>• A equivocarnos y ser responsables de nuestros errores.</li><li>• A tener nuestras propias opiniones y valores.</li><li>• A tener nuestras propias necesidades, y que sean tan importantes como las de los demás.</li><li>• A experimentar y expresar los propios sentimientos, así como a ser sus únicos jueces.</li><li>• A cambiar de opinión, idea o línea de acción.</li><li>• A protestar cuando se nos trata injustamente.</li><li>• A intentar cambiar lo que no nos satisface.</li><li>• A detenernos y pensar antes de actuar.</li><li>• A pedir lo que queremos.</li><li>• A hacer menos de lo que humanamente somos capaces de hacer.</li><li>• A ser independientes.</li><li>• A decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo, tiempo y propiedad.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• A sentir y expresar el dolor.</li><li>• A ignorar los consejos.</li><li>• A rechazar peticiones sin sentirnos culpables o egoístas.</li><li>• A estar solos aun cuando deseen nuestra compañía.</li><li>• A no justificarse ante los demás.</li><li>• A no responsabilizarse de los problemas de otros.</li><li>• A no anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.</li><li>• A no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.</li><li>• A elegir entre responder o no hacerlo.</li><li>• A hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos de cada uno no están del todo claros.</li><li>• A hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otra persona.</li><li>• A escoger no comportarte de forma asertiva o socialmente hábil.</li></ul> |
|--|---|