



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Modificación de conducta aplicada a una persona con  
demencia de tipo vascular**

**T E S I S   E M P Í R I C A**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N  
**López Rosales Delia Laura**  
**Nolasco Hernández Ricardo**

Directora: Mtra. **María Cristina Bravo González**

Dictaminadores: Lic. **José Esteban Vaquero Cázares**

Lic. **Edy Ávila Ramos**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



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.

*“Me mira y sabe que la amo,  
me conoce pero no sabe ponerme un nombre,  
pero cuando necesita ayuda  
me busca porque sabe que siempre estaré ahí”.*

*A mi madre, que día a día me enseña el significado de las palabras paciencia y amor.*

*A mi padre, por su apoyo, comprensión y por todo su amor ¡Te amo papi!*

*Sin duda a mis hermanos Juan y Blanca, por alentarme a seguir adelante.*

*Mi hermano de la vida Mishael Vargas ¡Sí se pudo amigo! Te quiero muchísimo.*

*Anita, Giovanna, Bere, Anabel, Viri, Nalle, Carlos, Edgar, Vivi, Ale, Rodrigo,  
Cheo: Mi trayectoria académica no hubiera sido tan genial sin su amistad,  
compañía, apoyo y empujones ¡Los Quiero Mucho!*

*Cris, Vaquero y Edy muchas gracias, no hubiera sido lo mismo sin su guía... pero la historia aún no termina. Los respeto y admiro.*

*A Ricardo, gracias por ser mi motivación y mi inspiración... Un logro más juntos.  
¡Te amo!*

**Delia.**

*Son únicos los momentos que se comparten con la familia, gracias por darme tantos.*

**Ricardo.**

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	6
<b>Introducción</b>	7
<b>Capítulo 1: Psicología de la Salud</b>	17
1.1 Antecedentes históricos	17
1.2 Definición y objetivo de la psicología de la salud	21
1.3 Modelos en psicología de la salud	24
1.3.1 Modelo Biomédico	26
1.3.2 Modelo Conductual	26
1.3.3 Modelo Biopsicosocial	27
1.4 Áreas de la psicología de la salud	29
1.5 Técnicas de intervención utilizadas en psicología de la salud	32
1.6 Instrumentos de evaluación utilizados en psicología de la salud	35
<b>Capítulo 2: Aspectos Psicológicos de la Demencia Vascular</b>	45
2.1 Definición de Demencia	47
2.2 Tipos de Demencia	48
2.3 Demencia de tipo Vascular	53
2.4 Tratamientos para Demencia de tipo Vascular	56
2.4.1 Tratamiento Médico	57
2.4.2 Tratamiento Psicológico	59
2.4.2.1 Tratamientos Conductuales	59
2.4.2.2 Tratamientos Cognitivos	62
2.4.2.3 Tratamientos Psicológicos para familiares o cuidadores	63
2.5 Consecuencias de la Demencia de tipo Vascular	67
<b>Capítulo 3: Programa de Intervención en Modificación de Conducta en una Persona con Demencia de tipo Vascular</b>	71
3.1 Historia y Desarrollo del caso	71
3.1.1 Episodios	72
3.1.2 Valoraciones previas, tratamientos y medicación actual	73
3.1.3 Tratamientos Psicológicos	74
3.1.4 Problema actual	74
3.1.5 Conductas problema	76
3.2 Método	78
3.2.1 Diseño	78
3.2.2 Objetivo general	78
3.2.3 Objetivos particulares	78

<b>3.3</b>	<b>Procedimiento</b>	79
<b>3.3.1</b>	<b>Control de Estímulos</b>	79
<b>3.3.2</b>	<b>Coste de Respuesta</b>	80
<b>3.3.3</b>	<b>Economía de Fichas</b>	81
<b>3.4</b>	<b>Materiales</b>	81
<b>3.5</b>	<b>Resultados</b>	82
	<b>Conclusiones</b>	89
	<b>Bibliografía</b>	94

## RESUMEN

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos, mientras que salud es definida como un completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades. El objetivo principal de este estudio fue crear y mantener un hábito de seguimiento de instrucciones generalizado en una persona que padece demencia de tipo vascular, esta se caracteriza por ser un síndrome que cursa con afección global de las funciones intelectuales causado por lesiones cerebrales secundarias a afectación vascular considerando el deterioro intelectual a consecuencia de infartos cerebrales múltiples. Se llevó a cabo un diseño de caso (N=1) en una persona que fue diagnosticada con demencia de tipo vascular sometida a una serie de observaciones controladas a lo largo de nueve semanas, utilizando técnicas de modificación de conducta (Economía de Fichas y Coste de Respuesta) para incrementar conductas favorables y decrementar conductas indeseables con el fin de mejorar su calidad de vida tanto de la paciente como de los cuidadores. Se observaron los distintos cambios a lo largo del tratamiento, destacando la cooperación de la paciente, teniendo un avance significativo y constante, es notable la pérdida de peso, el estado de alerta y disminución de posibilidad de padecer hipertensión y/o diabetes.

**Palabras Clave:** Psicología de la Salud, Demencia de Tipo Vascular, Modificación de Conducta, Economía de Fichas, Coste de Respuesta.

# INTRODUCCIÓN

Los antecedentes más próximos a la psicología de la salud, se ubican en la denominada “Psicología comportamental”, este término lo propuso el psiquiatra Lee Birk en 1973, más tarde en la década de los 70’s las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área de análisis experimental del comportamiento. No obstante, la medicina comportamental, se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, lo cual necesariamente resulta limitado, la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud, adicionalmente a los procesos básicos del aprendizaje (Floréz, 2004).

Las personas se enferman y es posible estudiar factores relacionados con la producción de morbilidad y mortalidad, relacionados con el ambiente natural, social o con modos de vida diferentes culturalmente (Oblitas, 2006).

La psicología de la salud fue definida originalmente por Matarazzo en 1980 como el agregado de contribuciones educativas científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud (Reynoso y Seligson, 2005).

La psicología de la salud es definida como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. La prevención es el objetivo principal de la psicología de la salud, en este sentido, la modificación de los patrones de comportamiento y estilo de vida inadecuada para la salud de las personas son esenciales (Oblitas y Becoña, 2000).

La salud es entendida como un estado integral de bienestar que va más allá de la ausencia de enfermedad. La salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como con las relaciones con el entorno social y ambiental. La salud depende de una relación de equilibrio



entre tres factores: organismo, conducta y ambiente tanto físico como social (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Los diagnósticos y tratamientos, se enfocan solamente en aspectos físicos o biológicos descuidando los aspectos psicosociales que de forma inevitable ocurren en cualquier problema de salud. Por lo tanto, la enfermedad y la asistencia sanitaria, entendida esta última como punto de vista de la provisión de servicios para el cuidado y curación del paciente, son los ejes centrales de este paradigma, a cuyo amparo se han desarrollado los actuales sistemas de atención sanitaria (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Así, las concepciones sobre salud, nuestros comportamientos respecto al sistema sanitario y nuestro estilo de vida son elementos independientes de un sistema de creencias que se manifiestan en determinadas motivaciones, actitudes y comportamientos relacionados con la salud. El reconocimiento del estilo de vida como un factor casual de la salud supondrá llevar a cabo un diseño e implementación de programas preventivos que se focalizarán más sobre las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud o estilo de vida saludable, que en resaltar los posibles riesgos asociados con el mantenimiento de conductas patológicas. Se trata de considerar la salud como un valor positivo, a nivel individual y comunitario, y de que el sujeto disponga de actitudes positivas que guíen su comportamiento (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Los fundamentos de la modificación de conducta pueden remontarse fácilmente a los modelos de aprendizaje específicos y a principios metodológicos con los que dichos modelos estaban asociados. Permanece el fuerte énfasis en la investigación empírica. Sin embargo, los lazos con modelos de aprendizaje específicos se han vuelto forzados. Posteriormente, la fortaleza de los enfoques conductuales se ha obtenido a partir de la investigación acumulada, que se vale por sí misma. De este modo, los modelos del aprendizaje en los que se apoyaba el enfoque conductual, son contemplados con menos frecuencia, como aspectos centrales (Caballo, 2008).

Con el empleo de los principios básicos de la teoría del aprendizaje, las técnicas de modificación de conducta han demostrado ser útiles en diversas situaciones. De igual forma, en los años 80's se ve fundado el Análisis Conductual Aplicado (ACA), el cual surge dentro de un marco conductista, teniendo sus bases en los principios de condicionamiento operante de Skinner, centrándose en la definición y medición precisa de conductas observables directamente, estas conductas estarían controladas por el ambiente, tanto por sus antecedentes como por las consecuencias que se dan. El análisis conductual aplicado se ha utilizado para el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas, problemas reforzados inadecuadamente que mantienen conductas desadaptativas (ansiedad, problemas de pareja, dolor crónico, etc.) o modificación de ambientes sociales entre otros (Vargas-Mendoza, 2006).

Las técnicas de modificación de conducta, se emplean (en el caso de la psicología de la salud) con el fin de reducir aquellas alteraciones y estilo de vida inadecuado de las personas. También ayuda a incrementar aquellas conductas que son adecuadas o positivas.

Según Arango, Fernández y Ardila (2003), las técnicas de modificación de conducta se han aplicado a diferentes enfermedades mentales. En la actualidad, el uso de técnicas de modificación de conducta, se ha hecho cada vez más frecuente con personas con daño cerebral y demencias, con el fin de eliminar o reducir las conductas inapropiadas e incrementar aquellas conductas que son adecuadas. Entre los métodos más empleados se encuentran los programas de economía de fichas, reforzamiento diferencial, reforzamiento positivo contingente, técnica de "tiempo fuera", extinción, control de estímulos, programas de entrenamiento de habilidades sociales, modelamiento, encadenamiento hacia atrás y relajación guiada por la imaginación. La aplicación de las técnicas ha producido resultados positivos en aspectos tan diversos como: autonomía para alimentarse, autocuidado, movilidad, interacción social y verbal, participación en actividades, control de la incontinencia, estereotipos verbales, vagar, agitación, agresión, depresión, enfado y violencia física. Es importante señalar que en algunos casos puede mejorar en la eficacia de dichas técnicas con la aplicación conjunta de éstas y el uso de las técnicas de control estimular del entorno de la persona con algún daño cerebral o demencia.

Para las personas que sufren de demencia, uno de los métodos empleados para su tratamiento es la terapia ocupacional y Hernández (2004) explica, que este método, comienza con una rigurosa valoración que recorre la historia ocupacional del paciente, sus niveles funcionales, cognitivos, sociales, afectivos, previos y actuales, y los factores ambientales que le rodean. Así mismo, Caballero y Romaguera (2005) puntualizan que la intervención de la terapia ocupacional, se dirige a mantener en lo posible las diferentes áreas ocupacionales mediante diversas técnicas que se irán adaptando a la evolución de la demencia y al grado de deterioro que el paciente vaya presentando a cada momento. Todas las técnicas se complementan entre sí y son utilizadas por el terapeuta ocupacional para abordar los déficit funcionales y hacer terapéutica la ocupación/actividad empleada.

Ahora bien, la pérdida de memoria es, sin duda, el más importante de los síntomas asociados a la demencia. Constituye también una de las principales causas de consulta en la atención primaria y un motivo de angustia para los pacientes a medida que las informaciones sobre las demencias en general son difundidas en los medios de comunicación y discernir entre una pérdida de memoria leve (u olvido normal), desembocará en una pérdida grave es la principal interrogante (Cubero, 2002).

Berrios y Hodges (2003), citan a Aristóteles quién define a la memoria como objeto del pensamiento que implica una imagen mental. Por tanto, podría parecer que pertenece de forma incidental al pensamiento, aunque sea esencialmente una facultad de los sentidos. Por ello la memoria no se encuentra solo en el hombre y en los seres capaces de opinión y pensamiento sino también en algunos animales. El recuerdo, por otra parte, sólo puede ser una actividad humana, porque requiere conciencia y pensamiento lógico.

Lehr (2003) indica que las funciones mnésicas sobreviven por causas biológicas (cambios o pérdidas de células cerebrales), así como un bajo de nivel intelectual y/o factores psicosociales (como la falta de hábito de recordar, escasa motivación etc.)

De acuerdo con Goldman (2001), una persona puede recordar que ha olvidado algo, es decir que sabe que tenía un conocimiento que ya no está allí, por lo tanto los recuerdos olvidados no desaparecen.

La demencia supone un grupo de patologías de un gran impacto social. En primer lugar porque es una enfermedad degenerativa asociada a la edad y, por tanto, el envejecimiento de la población conlleva necesariamente un incremento de su prevalencia; en segundo lugar por los costos sanitarios que comporta y finalmente, porque la demencia no solo entraña dolor y sufrimiento individual por un largo tiempo, sino que impacta a la familia de forma tal que la persona que sufre de demencia no solo es el individuo que la padece sino que lo es el núcleo mismo de la sociedad en cuyo seno surge: la familia. En otras palabras, la víctima de la demencia no es el individuo mismo sino la familia, y por tanto, conocer las características de este sujeto silencioso de la enfermedad tiene una importancia prioritaria (Bermejo, 2004).

El término demencia expresa un síndrome y no una enfermedad y se refiere a un declive cognitivo adquirido debido a algún proceso orgánico que afecta al cerebro. La demencia se caracteriza por un trastorno cognitivo global que incluye pérdida de memoria y otras funciones superiores en comparación con el nivel funcional previo del paciente. Además, tal declive debe ser lo suficientemente severo como para interferir con las actividades sociales habituales de la persona, por lo tanto, la demencia siempre incluye una dimensión social (Alberca y López-Pousa, 1998).

Debido a que en todos los casos de cuadros demenciales se puede ofrecer una intervención psicosocial, el diagnóstico preciso debe ser esencial para determinar el tratamiento apropiado para aportar información acerca del pronóstico, posibles riesgos genéticos y planear el cuidado de salud para el paciente así como para la familia. Aún más, la identificación temprana y el diagnóstico de un cuadro demencial son de gran importancia para el desarrollo de cualquier terapia potencial que intente prevenir, retrasar o alterar el progreso de la enfermedad. Es necesario que la terapia potencial, se ofrezca durante las etapas tempranas del proceso demencial, debido a que es durante éstas que el tratamiento

podría tener algún beneficio. Para llevar a cabo una evaluación precisa acerca de la efectividad de los efectos terapéuticos es necesario contar con medidas neuropsicológicas confiables y sensibles de la conducta que se desea rehabilitar (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

Aunque la mayoría de las demencias del adulto obedecen a procesos de tipo degenerativo, deben descartarse las causas reversibles de demencia en las que pueda realizarse un tratamiento eficaz. No hay que olvidar que la edad avanzada no excluye la posibilidad de tratamiento y no debería desecharse la valoración de un paciente únicamente por su avanzada edad (Bermejo y Del Ser, 1993).

Existen varios tipos de demencias y cada una tiene una causa patológica distinta. Entre los más comunes se encuentran: La enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia Vascular (DV), Demencia de cuerpos de Lewy (DCL); pero también hay algunos menos comunes como: Enfermedad de Pick (EP), Enfermedad de Binswanger (EB), Enfermedad de Parkinson con Demencia (EPD) , Demencia relacionada al consumo de alcohol (DCA); a continuación se presenta una breve descripción de los tipos de demencias:

- La enfermedad de Alzheimer es la demencia más importante por su frecuencia y porque es la que ha suscitado mayor interés entre los científicos y el público en general. Sus causas son aún desconocidas, pero se han identificado lesiones características en la corteza cerebral y una disminución de ciertos neurotransmisores. Consiste en una progresiva pérdida de memoria, estas dificultades de memoria hacen que la persona aquejada de esta enfermedad se vea progresivamente impedida de desarrollar su vida con la misma independencia y soltura que solía hacerlo. Además de los trastornos de la memoria y otras capacidades intelectuales, se presentan diversos trastornos de comportamiento a lo largo de la enfermedad, tales como disminución de la capacidad de tomar iniciativa, sintomatología depresiva, irritabilidad y agresividad, alucinaciones y creencias falsas (Slachevsky, Fuentes, Javet y Alegría, 2007).

- La Demencia de cuerpos de Lewy, es una causa no muy frecuente de parkinsonismo y, sin embargo, constituye la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer. Consiste en fluctuaciones en capacidad cognitiva y nivel de alerta y atención, alucinaciones visuales y Parkinson espontáneo. Apoyan el diagnóstico la presencia de: caídas repetidas, desmayos, pérdida de conciencia transitorias, sensibilidad a neurolépticos, delirios somatizados, alucinaciones de otras modalidades. No se debe confundir con: enfermedad cerebrovascular (focalidad y neuroimagen) y evidencia de otras causas de demencia (López del Val y Linazasoro, 2002).
  
- La Enfermedad de Pick se distingue de la de Alzheimer, por la aparición precoz de un cambio de personalidad y su persistencia prolongada en ausencia de amnesia u otros déficits cognitivos. La demencia frontotemporal puede ser difícil de diferenciar en base a la clínica, sin embargo puede ser útil la RM (Resonancia Magnética), ya que la atrofia de la demencia frontotemporal, raras veces asume el aspecto “en filo de cuchillo” observado en la enfermedad de Pick clásica (More y Jefferson, 2005).
  
- La Enfermedad de Binswanger es una manifestación de la hipertensión que ocasiona cambios degenerativos en las arterias penetrantes. Así, se ha comprobado que el 94% de los sujetos con enfermedad de Binswanger eran hipertensos. Sin embargo, también son factores de riesgo otras enfermedades vasculares degenerativas como la diabetes, trombocitosis e hiperlipidemia. Se ha encontrado angiopatía amiloide cerebral, con depósitos de sustancia amiloide en las capas media y adventicia de las arterias cerebrales de pequeño y mediano calibre. También algunos autores asocian el CADASIL (por sus nombre en ingles *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*.) a la enfermedad de Binswanger dado que los hallazgos por imágenes son muy similares en los dos casos (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

- En la Enfermedad de Parkinson con Demencia, el deterioro cognitivo es un hecho frecuente ya que puede afectar hasta un 40 % de los enfermos parkinsonianos. La demencia de la enfermedad de Parkinson se caracteriza por un trastorno de memoria y disfunción ejecutiva fundamentalmente, lo que sugiere una predominante afectación subcortical, con importante afectación funcional de los lóbulos frontales (More y Jefferson, 2005).
  
- El riesgo de Demencia relacionado con el consumo de Alcohol se modificó con la presencia del alelo e4 de apolipoproteína. Entre los portadores del alelo, el mayor consumo de alcohol aumenta el riesgo de demencia. Leve a moderado consumo de alcohol durante la mitad de la vida tiene un efecto protector sobre la disfunción cognitiva moderada comparado con el alto consumo o el no consumo (Bermejo y Del Ser, 1993).
  
- Las Demencias Vasculares constituyen el segundo grupo etiológico más frecuente después de las demencias degenerativas primarias. Su clasificación está basada en los diferentes patrones clínicos y en sus relaciones con el tipo y la localización de la lesión vascular (Sociedad Española De Neurología, 2002). La demencia vascular es reconocida como una causa de frecuente de deterioro cognitivo en ancianos y, en general, se considera que en los países industrializados constituye la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer. Aunque la incidencia real de demencia no se conoce con exactitud, algunos estiman que entre el 25-50 % de los pacientes que sufren un accidente vascular cerebral pueden desarrollar demencia vascular (Alberca y López-Pousa, 1998). La demencia vascular puede en raras ocasiones ser consecuencia de un infarto único estratégico, incluso relativamente pequeño, pero localizado en un área especialmente crítica para el funcionamiento cognitivo. La hipoperfusión cerebral crónica, producida por estenosis importante de grandes vasos y/o fenómenos de robo, y la anoxia o la isquemia cerebral global prolongada (complicaciones de cirugía con circulación extracorpórea, parada cardiorrespiratoria, etcétera.) pueden excepcionalmente ocasionar un trastorno

cognitivo de grado variable (incluso demencia), a veces con escasa correlación en la neuroimagen (Sociedad Española De Neurología, 2002).

Ahora bien, el tratamiento deberá ser aplicado de forma progresiva desde las áreas en que la persona con demencia muestra problemas para las actividades de la vida diaria hasta las menos afectadas, además de ser recomendable iniciar la psicoestimulación sobre las funciones que intervienen en los procesos de memoria (Tarraga, 2000). Así mismo Sanders y Sanders (1998, en Artaso, Goñi y Gómez, (2003) han visto que tras el entrenamiento en funciones cognitivas se produce una extensión de la ganancia a funciones no entrenadas, lo cual está en la línea de la propuesta que posteriormente ha hecho López-Pousa (1996) sobre el principio de transferencia del aprendizaje. Por ejemplo, Karp (s.f) menciona que por medio del entrenamiento y ayudas a la memoria suficientes hay una mejoría significativa tanto del aprendizaje como del recuerdo y memoria, todo esto, lleva a una mejoría de la memoria episódica. De este modo se pretende fomentar autoestima y facilitar la interacción que ocasionará una generalización de la mejoría de la persona con demencia.

Aparte de fomentar la mejora de las funciones cognitivas, se debe de cuidar el sobre peso y la falta de actividad física, así como el abuso de alimentos denominados “chatarra”, estos son los principales eslabones que deben utilizarse como medida de protección de salud, es por esto que el que una persona con Demencia abuse al ingerir alimentos “chatarra” y que no haga ninguna actividad física conlleva a que sufra de sobrepeso desencadenando otras enfermedades tales como hipertensión, diabetes, colesterol alto entre otras tantas.

Es de suma importancia tratar la demencia de manera oportuna, ya que si bien, no es posible detenerla, sí aplazar su progresión; es decir, a manera de estimular las funciones que aún se tienen conservadas y tarden un poco más de tiempo en deteriorarse.

Dado a lo anterior, es importante y de gran relevancia hacer énfasis en la modificación de conducta con este tipo de población, ya que si bien, se le ha dado la



importancia pertinente de manera médica, por el lado psicológico es poco tratada, y las pocas intervenciones realizadas son de corte cognitivo, dejando a un lado las conductas, cuando consideramos que es primordial hacer propuestas conductuales, como el caso de la presente investigación, donde las conductas alteradas por este padecimiento es la negativa a realizar actividad física y abuso de la ingesta de alimento que conlleva a padecer obesidad, y al tener este tipo de conductas repercute en la salud física y social de la persona.

Por lo tanto, se considera crear de nueva cuenta un hábito que estaba presente, pero poco reforzado por la parte familiar, al no saber cómo tratar este tipo de conductas alteradas, por medio de situaciones que a la persona son agradables y accesibles para las personas cuidadoras.

Para ello este trabajo estará dividido en tres capítulos, en el primero se presentará de forma resumida los antecedentes históricos de la psicología de la salud y sus aspectos más importantes de ésta, en el segundo capítulo se describirán de manera puntual y enfática los aspectos de la DV y sus diferente tipos y finalmente, en el tercer capítulo se presentará el caso clínico, al análisis del caso, el programa de intervención y los resultados del mismo.

# **CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos, para lo cual recurre al método científico para estudiar las variables que influyen en la conducta de las personas a nivel cognitivo, emocional y motor (Oblitas, 2005).

La salud, por su parte es conceptualizada como el completo estado de bienestar biopsicosocial autopercibido y se refiere al adecuado funcionamiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo (Oblitas, 2005).

Definir la salud es difícil. Como la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de salud presenta enormes dificultades en cuanto a su definición. Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra sociedad es que “la salud es la ausencia de enfermedad”. Históricamente hablando, en 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. El problema de dicha definición radica en explicar qué es el bienestar de un individuo (Oblitas, 2008).

## **1.1 Antecedentes Históricos**

Hipócrates creía que la salud era un estado de armonía y equilibrio relacionado con el respeto a leyes naturales y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo, debido a que el equilibrio de los cuatro humores vitales era fundamental para mantener la salud (Locke y Colligan, 1991, en Oblitas, 2004).

Los griegos, concebidos como cultura antigua, identificaron el rol del funcionamiento corporal dentro de la salud y la enfermedad, en lugar de adjudicar la enfermedad a los espíritus malignos, desarrollaron una teoría “humoral” de los padecimientos que fue propuesta por Hipócrates (460 a. C – 377 a. C) y más tarde ampliada

por Galeno (129 d. C – 199 d. C). De acuerdo con esta teoría las enfermedades surgen cuando los cuatro fluidos circulantes del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas) se encuentran en desequilibrio. La función del tratamiento es la de restaurar el balance de dichos humores, ya que se creía que existían tipos específicos de personalidad y que estos se encontraban en relación directa con los temperamentos corporales en los cuales uno de los cuatro humores predominaba. En esencia, los griegos adjudicaban los procedimientos y enfermedades a factores corporales, sin embargo, creían que dichos factores podían tener a su vez, impacto sobre la mente (Taylor, 2003).

Galeno desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates. Los griegos afirmaron que las emociones o las pasiones no solo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino que también podían provocar enfermedades (Oblitas, 2004).

Siguiendo con esta línea de pensamiento, desde una perspectiva histórica, el concepto de *salud mental* remite al dualismo clásico de Descartes: una diferenciación fundamental entre *mente* y *cuerpo* como dos ámbitos ontológicos diferentes. A partir de este planteamiento irán apareciendo conceptualizaciones que intentarán establecer algún tipo de relación entre dos conceptos, o aceptarlos como distintos aspectos del mismo fenómeno (Oblitas, 2006).

El reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano establecen que todo problema de salud tiene un origen; y que el cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente la una respecto de la otra, la mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y los sentimientos, e incapaz de influir sobre el cuerpo. De esta manera, los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; lo biológico puede condicionar lo psicológico pero el camino inverso es imposible, para esto el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, únicamente es la víctima de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo, por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unicasales; se entiende que un síntoma es originado por un único tipo de causa consistente en el

trastorno biológico que se expresa a través de este (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Por su parte, el modelo histórico de salud considera a la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Desde el siglo XVII la aproximación médica a la enfermedad consistía en entender y tratar la enfermedad; algunas de las razones del crecimiento de la psicología clínica de la salud a partir del decenio de 1980 – 1989 fueron: la insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud-enfermedad y el importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico degenerativas, como principales causas de mortalidad, lo cual dio la pauta para avocarse a la atención en los estilos de vida saludables y el incremento en investigación aplicada sobre estos problemas (Reynoso y Seligson, 2005).

La organización mundial de la salud (OMS) en 1948 definió a la salud como “El estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos”. Esta definición da lugar a la salud no como la ausencia de enfermedad, sino que ésta se reconoce como un logro el cual engloba un balance entre el bienestar físico, mental y social (Taylor, 2003).

Desde el marco biomédico, la salud se define como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. La enfermedad no es sólo la expresión de un trastorno biológico, sino también el resultado de influencias socioculturales. Enfermar no solo significa quiebra de la salud, causada por la alteración y descomposición interior del cuerpo, sino también, el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual, cayendo en

una situación de dependencia, que se caracteriza desde un punto de vista social (León, et. al, 2004).

Los psicólogos siempre han estado interesados en cuestiones de salud. Sin embargo, hasta la década de 1960, no existió un enfoque dentro de la psicología que se pudiese denominar psicología de la salud y fue hasta 1978 que se constituyó formalmente cuando un grupo de psicólogos de diferentes áreas (clínica, experimental, social, etc.) interesados en cuestiones relacionadas con la salud forman una división de psicología de la salud de la American Psychological Association (APA). Desde entonces la psicología de la salud ha tenido un crecimiento y desarrollo asombroso, lo cual se ha traducido en un mayor conocimiento de la influencia de las variables psicológicas de la salud (Oblitas y Becoña, 2000).

Según Luzoro (1992) fue hasta finales de la década de los setentas cuando Ribes describe como antecedente fundamental de esta nueva área disciplinaria la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus aplicaciones.

Oblitas (2006) explica que no es posible hablar de *salud absoluta*; no existe psicológica, biológica ni socialmente tal expresión, entraría en contradicción con la capacidad inherente a todo sistema de desequilibrarse y cambiar. Por tanto, se debería hablar de proceso salud-enfermedad que lleve a la idea de acción ante el conflicto de transformación ante la realidad.

En este sentido, Oblitas (2006) puntualiza que un ser humano que nunca experimenta un problema emocional sería todos menos humano. Todos tenemos conflictos emocionales dentro de nosotros. Es así como la *salud mental* se nos presenta como una disciplina de intersección de las distintas ciencias del hombre, que se ha ido constituyendo como un espacio de reflexión gracias a la contribución de distintas esferas de la actividad científica: Psicología, Sociología, Antropología, Neurología y Ecología.

Los factores de mayor importancia para que surgiera la psicología de la salud han sido los cambios que han ocurrido en los patrones de enfermedad, las mayores causas de enfermedad y muerte eran enfermedades agudas (tuberculosis, neumonía, y otras enfermedades infecciosas), actualmente en contraposición las enfermedades crónicas (padecimientos del corazón, cáncer y diabetes), son los principales contribuyentes de incapacidad y muerte, especialmente en países industrializados (Taylor, 2003).

La forma en la que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad; qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; cómo se puede convivir con una enfermedad crónica o con un enfermo crónico; cómo aprender adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de la vida; cómo afrontar el envejecimiento biológico, etc., estos son temas propios a tratar de la psicología de la salud (Oblitas, 2004).

Por todas estas razones y una vez desarrollada la perspectiva de los problemas de salud, en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó como una más de sus divisiones, la 38 concretamente, la Health psychology (división de psicología de la salud), que al año siguiente, en 1979 publicó su primer manual: Health Psychology. A Handbook. En 1982 también aparece la revista de esta división de la APA con el título Health Psychology (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

## **1.2 Definición y Objetivo de la Psicología de la Salud**

El origen de la psicología de la salud, radica en el cambio experimentado por el concepto de salud y el interés por el papel que acompañan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad corre al parejo del análisis de la crisis de los sistemas sanitarios; crisis es más conceptual que práctica (León, et. al, 2004).

La psicología de la salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se

enferman; además promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades (Taylor, 2003).

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La psicología de la salud, también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. Haciendo referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital; los psicólogos de la salud se enfocan en la promoción y mantenimiento de la salud, la cual incluye aspectos como qué hacer para que los niños desarrollen buenos hábitos de salud y promoción de prácticas y campañas publicitarias para mejorar la salud de las personas, también se enfocan en la prevención y tratamiento de enfermedades, enseñando a las personas a manejar de forma productiva y efectiva las situaciones de su vida cotidiana con el fin de evitar efectos adversos en su salud o ayudando a hacer ajustes de forma más funcional a un padecimiento, de igual manera se enfocan en la etiología y las correlaciones entre enfermedad, padecimiento y disfuncionalidad. Etiología se refiere a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos se interesan en los componentes conductuales y sociales que contribuyen a la salud, enfermedad o disfuncionalidad. Finalmente los psicólogos de la salud analizan y tratan de mejorar el sistema de salud y sus políticas, estudiando el impacto de las instituciones y los profesionales de la salud en el comportamiento de las personas, desarrollando recomendaciones para desarrollar el cuidado de la salud (Taylor, 2003).

La salud entendida como el bienestar físico, psicológico y social no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo; salud, es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio. La salud es un estado y al mismo tiempo un proceso dinámico cambiante, continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestro esquema interno (Oblitas, 2004).

Reynoso y Seligson, (2005) mencionan que en México aún no se logra el completo reconocimiento de la labor del psicólogo en el campo de la salud por lo que el trabajo es arduo y deberá enfocarse hacia el cumplimiento de las siguientes premisas básicas de la función del psicólogo en el campo de la salud:

1. Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la posibilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
2. La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
3. Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Por otro lado, Piña y Rivera (2006), enfatizan que desde su óptica, la psicología de la salud, al menos tal y como es concebida en algunos lugares de México y España, cumple con un modelo psicológico de salud biológica, cuyos antecedentes se encuentran en una teoría de la conducta y una teoría de la personalidad.

A razón de lo anterior, se conocen tres razones por las cuales suelen plantearse como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. La primera es un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas (que hoy se encuentran, en general, bastante bien controladas a través de los antibióticos) hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas, producto de



hábitos poco saludables o insanos que actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de enfermedades. La segunda se deriva de enfermedades crónicas que suelen conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas por ejemplo, mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos y por último; bajo el modelo médico, estarían las enfermedades en términos de un desorden biológico o desbalances químicos, que en definitiva asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que estas dos son entidades separadas; pero que estas perspectivas son insuficientes para entender y tratar los problemas de salud crónicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Finalmente, se atribuye como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. En definitiva, se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los personales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, entre ellos: **a)** el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, **b)** el coste elevado de los cuidados de salud, y **c)** un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2008).

### **1.3 Modelos en Psicología de la Salud**

Con relación a las conductas de salud varios autores han propuesto modelos generales que sirven como marco de referencia tanto para dirigir las investigaciones como para integrar sus resultados.

Como mencionan Reynoso y Seligson (2005), algunos autores diferencian entre las conductas de salud y las reductoras de riesgo. Las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general (hacer ejercicio, seguir una dieta), en tanto que las conductas reductoras de riesgo son las que contribuyen a disminuir la probabilidad de aparición de un problema asociado con alguna enfermedad (lavarse las manos, dejar de fumar o usar el cinturón de seguridad).

Así mismo, en otro aspecto importante relacionado con las conductas de salud es su inestabilidad en el tiempo; para Reynoso y Seligson (2005) algunas de las razones de esto son:

- a) Las diferentes conductas están bajo el control de factores distintos en la misma persona.
- b) Una misma conducta de salud puede estar bajo el control de varios factores en diferentes personas.
- c) Los factores que controlan una conducta de salud quizá cambien a lo largo del desarrollo de la misma.
- d) Los factores que controlan una conducta de salud tal vez cambien a lo largo de la vida de una persona.

Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas, debidos a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidos por agentes patógenos específicos (Oblitas, 2008).

### 1.3.1 Modelo Biomédico

Oblitas (2004), explica la fusión de dos ideas básicas que sustentan este modelo:

1. El dualismo mente cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual, cada uno contribuye una dimensión diferente y separada.
2. El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual, los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él.

Este modelo científico permitió desarrollar una serie de descubrimientos: la insulina, las sulfas y los antibióticos, entre otros, lo cual demostró que esta teoría simplista y unidimensional era útil y operativa, las enfermedades infecciosas, que tantas muertes ocasionaban quedaron aparentemente vencidas (Taylor, 2003).

Como Oblitas (2004) menciona, este modelo toma medidas psicológicas y conductuales, las que equilibran las evaluaciones biológicas. La psiquiatría biológica representa otro ejemplo de reduccionismo, pues se basa en la premisa de que las alteraciones emocionales están originadas en alteraciones de neurotransmisores y pretende manejarlas solo en términos bioquímicos, sin considerar las interacciones consigo mismo y con los demás, lo cual implica el rechazo de una visión holística e integrada.

### 1.3.2 Modelo Conductual

Se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, enseña que las personas progresan de una manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo sugiere

que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El comportamiento del individuo constituye el objeto de estudio de la psicología, pero no entendiéndolo como la manifestación externa o el producto de supuestos procesos que acaecen dentro del organismo, como es frecuente encontrar en las definiciones propuestas por los autores antes mencionados y que son trasladadas a la psicología de la salud sin un riguroso examen de sus implicaciones (Piña y Rivera, 2006).

El modelo evalúa la etapa en la que se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento (Oblitas y Becoña, 2000).

Dicho en otras palabras, no basta con justificar una psicología de la salud basada en el modelo conductual, sobre todo si no se reconoce que el comportamiento, como interacción del organismo y el ambiente, se construye históricamente, y que su organización funcional, tanto en lo que se refiere a los procesos compartidos como a las diferencias individuales, exige la postulación de un conjunto de categorías analíticas y de conceptos que justamente permitan dar cuenta de los distintos niveles en los que opera lo psicológico (Piña y Rivera, 2006).

### **1.3.3 Modelo Biopsicosocial**

La formulación del modelo biopsicosocial constituyó un catalizador que aceleró la investigación sobre los factores psicosociales asociados a la enfermedad, contribuyendo así a la emergencia de nuevas disciplinas como la psicología de la salud. Pero sobre todo, este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud, (León, et. al., 2004).

Taylor (2003), asume que la salud y la enfermedad son consecuencias de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este modelo tanto los procesos de macro nivel (como la existencia de apoyo social, la presencia de depresión, etc.) y los procesos de micro nivel (como son desórdenes celulares o los desbalances químicos) interactúan para producir un estado de salud o enfermedad.

León, et. al., (2004) explican que en el modelo biopsicosocial existen tres puntos fundamentales los cuales son a) tener por objetivo central que las personas se mantengan en salud; b) alcanzar un compromiso para el cambio de modo de vida del individuo, del sistema social y sanitario; c) crear una cultura de la salud o conciencia de que ésta debe ser promovida y salvaguardada por parte de todos los actores sociales.

En fin, León, et. al, (2004) puntualizan que desmedicalizar la salud provocaría que:

- La salud deja de ser sinónimo de ausencia de enfermedad y de sistema sanitario eficaz, para ser promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables; se enfatiza un concepto positivo, relacional y procesual de la salud.
- La enfermedad deja de concebirse como alteración de un sistema biológico y psíquico en equilibrio, para ser entendida como una relación desequilibrada entre las demandas del medio y las capacidades o posibilidades de hacerles frente; se acentúa el análisis de los determinantes sociales de la salud buscando integrar los aspectos biológicos y psicológicos con aquellos otros económicos, sociales y culturales.
- Las medidas para mejorar la salud y las de carácter terapéutico no solo se plantean como respuestas correctoras para lograr la adaptación a las demandas estresantes o desequilibradoras del sistema social sino también como modificación activa de este.

Se debe tomar en cuenta como una tarea fundamental de contar con un modelo teórico en el que se defina con precisión qué es lo psicológico y cómo es que interactúa con lo biológico y lo social. Se requiere, asimismo, disponer de los recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes.

El psicólogo de la salud, cada vez está más interesado por variables molares tales como los conocimientos de la salud-enfermedad las creencias sobre génesis de la enfermedad o la satisfacción con los servicios de salud o calidad de vida. Es, pues, un interés conceptual el que lleva al experto a utilizar tales procedimientos de recogida de información. Sin embargo, utiliza tales técnicas, ya que estas son de menor costo y mayor facilidad de aplicación (Calluso, 1996).

#### **1.4 Áreas de la Psicología de la Salud**

La psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual de profesionales de la salud y de la organización sanitaria; estos tipos de intervenciones están dirigidas a modificar actitudes, modificar procesos fisiológicos, implementar campañas de educación y mejorar el sistema sanitario (Oblitas, 2004).

La prevención y el manejo de las enfermedades crónico degenerativas representan un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina.

Desde el punto de vista de la psicología clínica de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental; actualmente existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo, y para las cuales es factible establecer programas preventivos (Reynoso y Seligson, 2005).

Oblitas (2004) afirma que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien, para generar la enfermedad. La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. Para esta definición se destacan cuatro aspectos:

- Promoción y mantenimiento.
- Prevención y tratamiento.
- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedades y disfunciones.
- Estudios del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Asimismo, Reynoso y Seligson (2005), afirman que la prevención ha sido dividida tradicionalmente por los médicos en tres niveles; sin embargo, vale la pena considerar cuatro categorías que son las siguientes:

- **Prevención Primaria.** consiste en intervenciones para prevenir enfermedades (vacunas, cambios conductuales y medio ambientales).
- **Prevención Secundaria.** intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad (programas de detección de enfermedades).
- **Prevención Terciaria.** intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica (una dieta adecuada e insulina para pacientes con diabetes, que ayuda a prevenir el daño orgánico).
- **Prevención Cuaternaria.** esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (como las terapias físicas o del lenguaje).

Todas estas campañas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud se destacan en la promoción y el mantenimiento de la salud destinadas a promover hábitos saludables.

Otra línea de trabajo la constituyen la prevención y el tratamiento de la enfermedad, los psicólogos de la salud enfatizan la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes

que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

De igual forma, la concepción del estilo de vida retomada por León, et. al., (2004) como un comportamiento individual obvia la evidencia sobre los determinantes de los comportamientos de salud de origen social. Considerando que para definir el estilo de vida se entendería como “un conjunto de comportamientos adquiridos que comparten los miembros de una categoría social y que tienden a persistir en el tiempo”. Entre esto se puede citar:

- La socialización. Es innegable que algunos comportamientos de salud estén determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculados al contexto familiar.
- Los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Se trata de cierto tipo de normas más o menos explícitas, que incluyen desde los valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.
- La influencia grupal. Es manejada como la presión del grupo de iguales para la adquisición de hábitos significativos.
- Modelo y tipo de asistencia sanitaria. El individuo puede acceder a participar en diversas campañas que él desee.

En las enfermedades crónicas los factores psicológicos y sociales están relacionados como las causas. Como consecuencia, la psicología de la salud ha evolucionado en parte para explorar las causas y el desarrollo de intervenciones para modificar dichas causas, ya que los aspectos emocionales emergen provocando que las personas puedan vivir por varios años. Gracias a esto se han desarrollado regímenes de tratamiento, en los cuales se involucra el autocuidado; las enfermedades crónicas afectan el funcionamiento de una familia, por lo tanto en estos tratamientos se incluye la relación de pareja y con los hijos intentando ayudar en los problemas que puedan surgir para el funcionamiento familiar (Taylor, 2003).



Se observa que en las áreas de la psicología de la salud, la atención se enfoca en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Además estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

El psicólogo de la salud debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos que pueden afectar potencialmente la salud o que coadyuven a su recuperación una vez que se ha perdido (Piña y Rivera, 2006).

### **1.5 Técnicas de Intervención Utilizadas en Psicología de la Salud**

Las técnicas de intervención psicológica comprenden un conjunto heterogéneo de métodos y sistemas estructurados. Su finalidad es conseguir los objetivos marcados en el tratamiento y como fin último la superación del problema. El presente estudio está enfocado en el modelo conductual, por ende se explicarán las principales técnicas de este modelo.

La aplicación de los instrumentos de evaluación se realizan en el contexto de un programa de intervención predeterminado; por lo general se utilizan al inicio de un programa de tratamiento y al término del mismo, lo cual permitirá demostrar la efectividad del tratamiento en términos de la reducción de síntomas, o el cambio de percepción de los mismos o de las cosas (de negativo a positivo). De este modo los instrumentos funcionan como indicadores objetivos de las áreas problema o de los problemas del paciente (Reynoso y Seligson, 2005).

El modelo conductual tiene una amplia gama de técnicas de modificación de conducta, dichas técnicas se pueden observar en la Tabla 1.

<b>Tabla 1. Técnicas de Intervención en Psicología de la Salud propuestas por Caballo (1991) y Labrador, Cruzado y Muñoz (1999).</b>		
<b>Técnicas de terapia o de modificación de conducta</b>	Técnicas de exposición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desensibilización sistemática</li> <li>• Inundación</li> <li>• Implosión</li> <li>• Exposición guiada</li> <li>• Autoexposición</li> </ul>
	Técnicas basadas en condicionamiento operante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzamiento positivo y negativo</li> <li>• Control estimular, Extinción operante</li> <li>• Tiempo fuera de reforzamiento</li> <li>• Costo de Respuesta</li> <li>• Saciación</li> <li>• Sobrecorrección</li> <li>• Refuerzo diferencial de otras conductas</li> </ul>
	Técnicas basadas en condicionamiento operante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de Economía de Fichas y contratos conductuales.</li> </ul>
	Técnicas aversivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Castigo</li> <li>• Procedimientos de escape y evitación.</li> <li>• Condicionamiento clásico con estímulos aversivos.</li> </ul>

<b>Tabla 1. Técnicas de Intervención en Psicología de la Salud propuestas por Caballo (1991) y Labrador, Cruzado y Muñoz (1999). Continuación.</b>		
<b>Técnicas de terapia o de modificación de conducta</b>	Técnicas de condicionamiento encubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización Encubierta</li> <li>• Modelado Encubierto y otras</li> </ul>
	Técnicas de autocontrol	
	Técnicas de adquisición de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego de Roles</li> <li>• Modelado</li> <li>• Ensayo de conducta</li> </ul>
	Técnicas de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muscular progresiva de Jacobson</li> <li>• Frases Autógenas de Schultz</li> <li>• Respiración Diafragmática</li> </ul>
<b>Técnicas de terapia cognitivo-conductuales</b>	Técnicas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Racional Emotiva</li> <li>• Terapia Cognitiva de Beck</li> <li>• Reestructuración Cognitiva y otras</li> </ul>
	Técnicas de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inoculación de Estrés</li> <li>• Solución de Problemas y otras</li> </ul>

Dadas las características del comportamiento humano, parece muy conveniente el uso de instrucciones y de especificaciones verbales de las contingencias negativas y positivas a facilitar el aprendizaje y la generalización de lo aprendido. También conviene

insistir en la aplicación de las contingencias en el medio habitual del sujeto, recordando que se deben establecer reforzadores para controlar las conductas de estas personas implicadas en dicho medio aunque pueden aplicarse para conseguir un control externo de la conducta de una persona, en la mayor parte de los casos se han de utilizar como un paso para dotar al sujeto de competencias para alcanzar el autocontrol y autorregulación en la medida en que sea posible.

## **1.6 Instrumentos de Evaluación Utilizados en Psicología de la Salud**

A lo largo de la historia de la psicología se han tratado de presentar las teorías psicológicas por medio de esquematizaciones y/o simbolizaciones en las que aparecen los distintos grupos de variables implicadas (biología, personalidad, ambiente, conducta, etc.) y su modo de relación. Se observa en primer lugar que algunos de los más importantes modelos que sirven como antecedentes en evaluación conductual, para después examinar aquellos surgidos como marco de la propia evaluación (Fernández-Ballesteros, 1994).

El psicólogo de la salud ha reducido sus procedimientos de medida, ya que solo se relatan aquellos relacionados con autoinformes y escalas de apreciación (allegados o expertos); mostrando que el amplio listado tecnológico se reduce a dos de sus ítems, los auto informes y las escalas de apreciación de otros (Ávila, Jiménez, Ortíz, y Rodríguez, 1992).

Evaluación es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se incorpora la aplicación de una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación (Buela-Casal y Sierra, 1997).

Desde el propio nacimiento de la evaluación conductual, ésta ha sido considerada una respuesta a las necesidades evaluativas de la terapia y modificación de conducta. La evaluación, no es una necesidad y un requisito antes de proceder al tratamiento, así como una vía de justificación de la efectividad de éste (Fernández-Ballesteros, 1994).

Un programa de modificación conductual no se inicia simplemente eligiendo una técnica particular y probándola en un paciente; el éxito depende no sólo de las técnicas específicas empleadas, sino también de las formas en que se miden las conductas y se evalúan los programas de intervención (Kazdin, 1994).

Cuando se ha definido la conducta en términos precisos puede comenzar la evaluación, ésta es esencial, cuando menos por dos razones: primera, la evaluación determina el grado en el que la conducta blanco se ejecuta. La evaluación refleja la frecuencia de ocurrencia de la conducta blanco antes del programa; la tasa de la conducta previa a éste se conoce como línea base o tasa operante. Segunda, se requiere la evaluación para reflejar el cambio conductual después que se ha iniciado el programa, debido a que su propósito preponderante es cambiar la conducta, ésta debe compararse con la conducta durante la línea base. La evaluación cuidándose a través del programa es esencial (Kazdin, 1994).

Según Fernández-Ballesteros (1994), la modificación y terapia de conducta se lleva a cabo mediante cinco fases fundamentales:

1. Evaluación del problema.
2. Selección de las conductas-clave que requieren la modificación.
3. Selección de técnicas de intervención pertinentes.
4. Aplicación del tratamiento.
5. Valoración de los resultados.

La primera fase del proceso de modificación de conducta es propiamente evaluativa y conlleva el análisis de la demanda, la estimación de ciertos parámetros relevantes al problema (ocurrencia, frecuencia, intensidad, duración, etc.) así como el análisis de las potenciales condiciones (ambientales, personales o biológicas) que pueden estar manteniendo, controlando o explicándolo funcionalmente (Fernández-Ballesteros, 1994).

Por otra parte, Kazdin (1994) menciona que el mantenimiento de respuesta ha recibido atención especial dentro de la modificación conductual por tres razones, por la prioridad obvia del tratamiento que desarrolla formas de cambio conductual, después que se han desarrollado los procedimientos efectivos para este cambio tiene significado suscitar preguntas sobre el mantenimiento de respuesta. Las evaluaciones de las técnicas conductuales sugieren que el mantenimiento de dichas conductas pueden no presentarse después del tratamiento formando una pérdida de conducta. Los programas de modificación conductual requieren por lo general, el empleo de reforzamiento y otras contingencias que difieren de las contingencias disponibles en la vida diaria, ya que se involucran en conductas extravagantes que pueden crear dichos cambios conductuales, formulando la pregunta ¿qué pasará cuando una persona regrese a un escenario común sin contingencias favorables?

Las estrategias de evaluación de la conducta resultan críticas para el programa conductual, comprender las condiciones relacionadas con la ejecución de la conducta, aplicación de la intervención para las ocurrencias de la conducta y la evaluación del impacto del programa, dependen de la definición y evaluación cuidadosa de la conducta. En la mayoría de los programas de modificación conductual, las conductas se evalúan sobre la base de ocurrencias discretas de la respuesta o sobre la cantidad de tiempo que se presenta la conducta. Sin embargo, para Kazdin (1994) se encuentran disponibles diversas variaciones y tipos de medida entre ellas son:

- Las medidas de frecuencia: Se basan en contabilizar el número de veces que una conducta ocurre dentro de un periodo determinado.
- La categorización discreta: Solamente se requiere enlistar un número de conductas y revisar su desempeño, éstas pueden consistir de varios pasos, todos ellos relacionados a completar tareas como vestirse o asearse.
- El número de personas: Esta medida se utiliza en situaciones grupales, con el propósito de incrementar la ejecución general de una conducta; una vez que se ha definido la conducta deseada, se registra cuántos participantes en el grupo han llevado a cabo la conducta.
- El registro de intervalo: En este registro se observa la conducta en un periodo de tiempo, el periodo de tiempo es dividido en series de pequeños periodos de tiempo y durante cada periodo se califica si la conducta ocurre o no.
- La duración: Es la cantidad de tiempo en que una respuesta se efectúa, útil para respuestas en progreso que son continuas a diferencia de las respuestas de duración muy corta.
- Latencia: Se denomina al tiempo que tarda en comenzar la respuesta o la cantidad de tiempo que transcurre entre una señal y la respuesta.

A la psicología le interesa la conducta de los organismos, definida como eventos conductuales discretos, que pueden observarse mediante el uso de instrumentos, ya sea de forma directa o indirecta, pues, desde el punto de vista psicológico, la conducta no está limitada a las manifestaciones externas observables, representadas por la modalidad motora sino que existen comportamientos internos de tipo fisiológico y cognoscitivo no accesible directamente a la observación, por esto, algunos de ellos pueden medirse solo con aparatos especiales, como los registros fisiológicos y por medio de métodos indirectos como autoinformes y autoreportes (Silva, 2002).

A pesar de los muchos problemas que aún existen en la teoría de la medida en la ciencias sociales y de la conducta, el uso de las escalas especialmente en psicología social y psicología de la personalidad está muy difundido, este hecho puede ser consecuencia de que las medidas escalares ofrecen un conocimiento válido en las ciencias del comportamiento (Buela-Casal y Sierra, 1997).

Un instrumento de evaluación funcional es aquel cuyo contenido, interés central y producto son apropiados y determinados por sus aplicaciones clínicas. La evaluación conductual es única entre los sistemas de evaluación psicológica, en el grado en que su contenido, interés y datos obtenidos son afectados por las decisiones clínicas integrantes de proceso terapéutico. Su carácter funcional refuerza la importancia relativa de la utilidad clínica y de la validez de contenido como dimensiones evaluativas y pone énfasis en la evaluación de variables de bajo nivel de inferencia. La utilidad y las cualidades psicométricas de una evaluación no son supuestamente generalizables a través de sus aplicaciones clínicas (Fernández-Ballesteros, 1994).

Para la evaluación existen diferentes métodos para recabar información como la entrevista; ésta es una interacción entre, al menos, dos personas, en la que se contribuye al proceso y cada uno influye en las respuestas del otro. Esta caracterización no define por completo al proceso. La interacción de la entrevista se diseña para lograr un propósito seleccionado a nivel consciente, haciéndola diferente a una conversación (Phares y Trull, 1999).

Dentro del ámbito clínico, la entrevista es una importante fuente de información debido a las limitaciones del psicólogo clínico dentro del consultorio, se afirma, que la entrevista representa un papel primordial en la evaluación. Es durante la entrevista que se conoce al paciente, así como sus datos generales, su problema principal y por qué es causado dicho problema (Vargas e Ibáñez, 1998). En la tabla 2 se presentan los tipos de entrevista que proponen Phares y Trull (1999):



**Tabla 2. Tipos de entrevista propuesta por Phares y Trull (1999)**

<b>Tipo de Entrevista</b>	<b>Descripción</b>
Entrevista de admisión	Consiste en informarle al paciente acerca de las funciones, horarios, políticas, procedimientos y personal de la clínica. Todos estos detalles influirán en su motivación para la terapia y disipar dudas y mitos que tenga la persona respecto de la misma.
Entrevista de Historia Clínica	En este tipo de entrevista se obtienen datos antecedentes personales y sociales, hay interés en hechos, fechas y eventos concretos así como en los sentimientos del paciente acerca de ellos.
Entrevista del estado mental	Este tipo se realiza para evaluar la presencia de la conducta normal. Una de las limitaciones de esta entrevista es la falta de confiabilidad dado que, con frecuencia tienen una ejecución sumamente desestructurada. Para la solución de este problema se han diseñado las entrevistas estructuradas con preguntas específicas para evaluar la conducta en diversas áreas.
Entrevista Pre-prueba y Post-prueba.	<p><i>Pre-prueba.</i> Tiene dos propósitos; establecer un rapport básico que ayudará a facilitar el proceso de prueba, tiene el fin de comunicarle al paciente la naturaleza de los procedimientos de prueba, es necesario enfatizar la confidencialidad de los resultados.</p> <p><i>Post-prueba.</i> Representa la oportunidad para corroborar hipótesis generales del curso de la prueba. La meta consistiría en producir datos que aumenten la calidad de los resultados de la prueba. Durante el periodo postprueba pueden aminorarse los temores o al menos confrontarlos.</p>
Entrevista en crisis.	Son útiles para la atención directa al público y estaciones telefónicas especializadas en dar consejo o apoyo en varias situaciones. El propósito consiste en enfrentarse a los problemas a medida que ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Este tipo de entrevista requiere entrenamiento, sensibilidad y capacidad de juicio.

<b>Tabla 2. Tipos de entrevista propuesta por Phares y Trull (1999). Continuación.</b>	
<b>Tipo de Entrevista</b>	<b>Descripción</b>
Entrevista pre-terapia	Hay tres razones para utilizar las entrevistas pretratamiento: la primera consiste en explicar las bases para la recomendación del tratamiento; ¿cuáles son los problemas del paciente? y ¿por qué la terapia ofrece la oportunidad de ayuda?. La segunda consiste en explicar lo que implica el curso de la acción recomendando si se ha de institucionalizar al paciente y las implicaciones que esto tendría. El tercer propósito consiste en fomentar la motivación del paciente.

La entrevista hace de la identificación de la conducta problema su principal objetivo, no se deben desechar otros aspectos propios, como la información al cliente de las claves que le permitirán comprender lo que supone el proceso terapéutico, favoreciendo así la motivación y la confianza, o aspectos de análisis de mayor perspectiva o de mayor moralidad que el análisis funcional de una determinada conducta (Phares y Trull, 1999).

Posterior a la entrevista, es conveniente aplicar al cliente una batería psicométrica, ya que de ésta se puede complementar la información obtenida en la entrevista por los datos cuantitativos y cualitativos que se obtengan.

Buela-Casal y Sierra (1997) explican que para hacer una selección de pruebas psicométricas que se adecuen a cada situación específica dependerá principalmente del cliente y del objetivo de la exploración (entrevista). No existe “la batería ideal” que abarque y evalúe sin error todas las funciones mentales superiores, de manera que la creatividad y la experiencia del examinador entran constantemente en juego al rediseñarla en cada caso. Las baterías neuropsicológicas (aplicadas al caso de psicología de la salud) pueden ser de tres tipos:

- Baterías Generales.

- Baterías neuropsicológicas de Halstead-Reitan
  - a) Batería Healstead
  - b) Escala de inteligencia de Wechsler (WAIS)
  - c) Prueba de detección de afacias
  - d) Inventario multifásico de la personalidad (MMPI)
  - e) Prueba de Reitan-Klove
  - f) Exploración de la dominancia lateral
- Escala de inteligencia de Wechsler y su versión neuropsicológica.
- La metodología neuropsicológica de Luria.
- Programa integrado de exploración neuropsicológica-Test Barcelona.
- Baterías modal-uniformes (intramodales): Estas baterías se utilizan para evaluar una modalidad determinada de los procesos neuropsicológicos como auditivos, psicomotores, visuales, etc.
- Test y baterías categorial-uniformes (intercategoriales): Se emplea para evaluar determinadas categorías de procesos (memoria, percepción, lenguaje, etc.). Asimismo, se pueden diseñar para evaluar procesos patológicos específicos, tales como demencias, hidrocefalias, síndrome frontal, etc. Estos dos últimos tipos de baterías, sirven para evaluar aspectos de las funciones mentales superiores y han de elegirse de acuerdo a cada caso en particular, por ejemplo, si el paciente presenta un problema en lenguaje escrito se aplicaría una batería específica para evaluar escritura, sin embargo, antes de llegar a este punto se deben haber aplicado baterías neuropsicológicas generales.

La evaluación tradicionalmente ha utilizado comparaciones del cliente con un criterio, más que comparaciones normativas. Sin embargo, todos los datos de la evaluación

deben ser interpretados dentro de un contexto. Además, es esencial que las inferencias clínicas acerca de las relaciones funcionales y el resultado del tratamiento y las decisiones sobre la estrategia de intervención estén basados en datos válidos, fiables y exactos. Con la evaluación funcional, la exactitud de las medidas obtenidas asume una gran importancia (Fernández-Ballesteros, 1994).

Finalmente, el hecho de que se haya insistido en la necesidad de contar con un modelo teórico que guíe el quehacer de los psicólogos en el multicitado campo, no significa que éstos, de manera directa, deban intervenir profesionalmente sobre los problemas que aquejan a la población, apoyados en una diversidad de técnicas, estrategias y procedimientos, se requiere entender qué psicología es la que se va a ‘aplicar’, es decir, qué elementos teóricos y metodológicos servirán como sustento para la transferencia del conocimiento psicológico a ámbitos no psicológicos y se hace referencia a la transferencia del conocimiento, toda vez que no corresponde a los profesionales de la psicología la aplicación directa del conocimiento psicológico sobre los usuarios de los servicios, en virtud de que la psicología, a diferencia de la medicina, por ejemplo, no posee un encargo social determinado (Ribes, 2005).

En resumen, los orígenes de la psicología de la salud datan desde la antigua Grecia con la teoría de Hipócrates quien creía que la salud era un estado de armonía y equilibrio; hoy en día hay innumerables estudios dedicados a investigar la atención a los estilos de vida saludables de las personas, que van desde prevención y detección temprana de enfermedades hasta hacer un ajuste más funcional de un padecimiento, enfocados en los modelos biopsicosocial, biomédico y conductual principalmente; esta ideología a lo largo de la historia, no deja de lado que la psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas en psicología como disciplina. Cada modelo explicativo en psicología de la salud posee una serie de técnicas de intervención específicas, tal es el caso de la modificación de conducta, entre las que se incluyen economía de fichas, moldeamiento, encadenamiento, costo de respuestas, extinción, entre otras; antes del proceso de intervención se debe llevar a cabo una evaluación, ésta se desarrolla de diversas maneras como diversos tipos de entrevistas y aplicación de baterías o

test; sin embargo, todos los datos de cualquier evaluación deben ser interpretados dentro de un contexto y es esencial que las deducciones clínicas acerca de las relaciones funcionales, el resultado del tratamiento y las decisiones sobre la estrategia de intervención estén basados en datos válidos, fiables y exactos. Con el paso del tiempo los investigadores especialistas en psicología de la salud han realizado programas preventivos y de intervención en diferentes padecimientos, sin dejar a un lado a las enfermedades crónico degenerativas y sumándose a equipos multidisciplinarios para intervenir en el caso de las demencias, ha demostrado que es uno de los grandes problemas a los que la sociedad se enfrenta en este siglo. Las demencias tienen un gran impacto en la vida de las personas que las padecen y también en la de sus familiares pudiendo interferir en la vida social, laboral, familiar y personal, este tema se puntualizará en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA DEMENCIA VASCULAR

Por medio del análisis conductual, se pretende mejorar el comportamiento o alteraciones que se presentan en la memoria, es por esto que actualmente, investigadores de distintos ramos del área de la salud se han enfocado en este tipo de problemáticas. Pero antes de conocer este tipo de alteraciones es necesario comenzar por definir los procesos llamados memoria y olvido.

En primera instancia, los profesionales de la salud mental como los psicólogos, consideran a la memoria como el proceso por medio del cual modificamos, almacenamos y recuperamos información, así mismo consideran que existen tres tipos de sistemas de almacenamiento de memoria que varían de acuerdo a sus funciones y cantidad de tiempo que retienen la información, las cuales Feldman (2002) las define como:

- 1) *Memoria primaria, a corto plazo o de trabajo*: es aquella que realiza el registro de la información en su forma original (cifras, palabras, etc.), así como el realizar operaciones mentales complejas como el cálculo, el razonamiento y la comprensión del lenguaje.
- 2) *Memoria secundaria o a largo plazo*: Se considera que es un sistema virtual con capacidad de almacenamiento limitada y permanente.
- 3) *Memoria terciaria o de recuerdos lejanos*: Es aquella donde se quedan registrados los acontecimientos y hechos pasados, ya que se encarga de conservar el material tratado por la memoria secundaria o a mediano plazo.

Por otro lado, Goldman (2001), describe el olvido como una acción involuntaria que consiste en dejar de recordar, o de guardar en la memoria, información adquirida; una persona puede recordar que ha olvidado algo, es decir, que sabe que tenía un conocimiento

que ya no está ahí, por lo tanto los recuerdos no desaparecen; y según este mismo autor existen cuatro tipos de olvido:

- 1) El olvido normal: Se remite la definición antes descrita
- 2) Olvido traumático: Se denomina de esta manera, ya que su causa, principal es por golpes en la cabeza.
- 3) Olvido psicológico: Es causado por una alteración del funcionamiento psíquico normal, por ejemplo, una persona que padece de esquizofrenia o una persona que no recuerda lo sucedido durante una sesión de hipnosis.
- 4) Olvido fisiológico: Es causado por problemas en el desarrollo de ciertas partes del cerebro o sistema nervioso, ejemplo: una formación incompleta del sistema límbico causando que una persona no tenga recuerdos claros de su infancia.

Por otra parte Arango, Fernández y Ardila (2003), el *delirium* o estado confusional agudo, se caracteriza por una alteración en la conciencia y en el estado de alerta. Denota una incapacidad del paciente para pensar con rapidez, claridad y coherencia acostumbradas. Los síntomas incluyen desorientación, atención y concentración disminuida, alucinaciones visuales y auditivas, incapacidad para registrar de manera adecuada cualquier información y después recordarla. En general debe considerarse como cualquier cuadro que se manifiesta con reducción en el estado de alerta y con la actividad psicomotora. El *delirium* o estado disfuncional puede coexistir con un síndrome demencial además de los datos de confusión, el *delirium* se caracteriza por una atención prominente en la percepción, con alucinaciones y sueños vividos, fantasías e ilusiones absurdas incapacidad para dormir e intensas variaciones emocionales. Además en el *delirium* puede haber un aumento en el estado de alerta con respuestas hiperactivas a cualquier tipo de estímulo, así como una hiperactividad marcada en la función psicomotora o del sistema nervioso autónomo. Es importante reconocer este estado porque usualmente representa un problema médico agudo más que una condición psiquiátrica. Desequilibrios metabólicos, reacciones tóxicas, a fármacos o drogas, incremento en la presión intracraneana o síndrome de abstinencia a fármacos, drogas, o ambos, son las causas más comunes del *delirium*.

## 2.1 Definición de Demencia:

En las últimas décadas, la sociedad comenzó a dimensionar el problema médico, social y económico representado por las demencias. La magnitud del mismo ha hecho que algunos autores se hayan referido como una epidemia que se aproxima y también como un diluvio (Arizaga, 1998).

Por demencia se entiende todo deterioro adquirido en diversas áreas cognitivas, que supera el esperado para la edad del sujeto, en un paciente con un nivel de consciencia y alerta normal y que interfiere con las actividades de la vida diaria. El diagnóstico de demencia exige la realización de pruebas específicas, que permiten cuantificar el déficit y valorar la evolución del proceso (Castillo, Álvarez, Martí, Martínez y Matías, 1999).

Mace (2004) explica que la demencia es un proceso degenerativo de las células del cerebro y su nombre se debe a que viene de dos palabras latinas que significan alejarse y mente, la cual no significa locura, sino, la demencia describe un problema del tipo orgánico, es decir, un problema físico, que significa una pérdida o alteración de las funciones mentales como el pensar, razonar o aprender; en otras palabras, la demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores como el lenguaje, praxias o movimientos coordinados, gnosias o reconocimiento de personas, objetos y/o lugares, el juicio entre otras, en donde la conciencia permanece clara, pero generalmente suelen darse cambios en el estado emocional de la persona afectada que obstaculiza el desempeño en las actividades cotidianas, tanto personales, laborales y sociales.

Arango, Fernández y Ardila (2003), definen a la demencia como un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos. El trastorno cognoscitivo debe representar un decremento significativo de un nivel previo de funcionamiento y no debe presentarse exclusivamente durante el curso de un *delirium*.



Si bien la demencia puede estar presente en jóvenes, el factor de riesgo más importante es la edad. En términos demográficos, Latinoamérica, tiene una connotación de población joven pero nadie puede ignorar el gran incremento en la expectativa de vida que está sucediendo en grandes áreas de esta región porque así como en la economía y la educación mejoran en estos países, se incrementa también el estado de salud y su población determinando mayor sobrevivencia. El envejecimiento poblacional de los últimos decenios se produce como consecuencias de cohortes con tasa de fecundidad mayores que las actuales, con mayor sobre vida e inmigración de sujetos en edad activa (Mangone, Arizaga Allegri y Ollari, 2000).

## **2.2 Tipos de Demencia**

El estudio de un paciente con sospecha de demencia es complejo. Existe un gran número de enfermedades que pueden cursar con la sintomatología propia del síndrome y se pueden realizar múltiples estudios de laboratorio, neurofisiológicos y de neuroimagen, por lo que es preciso utilizar una metodología que permita caracterizar los síntomas y realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo (Bermejo y Del Ser, 1993).

Ante la existencia de un declive intelectual detectado en la evaluación cognitiva, se debe comprobar que éste corresponde a un síndrome demencial y excluir otros cuadros neurológicos y/o psiquiátricos que también cursan con deterioro cognitivo. Con la finalidad de que tanto los clínicos como los investigadores diagnostiquen homogéneamente los casos de demencia, desde la década de los 80's se han elaborado criterios diagnósticos estandarizados que delimitan tanto el tipo como la extensión del deterioro cognitivo propio de ésta (Bermejo y Del Ser, 1993).

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta a la terapia. Con base en las características clínicas dependerá la clasificación, todo esto de acuerdo con Arango, Fernández y Ardila (2003) quienes explican los tipos de demencia en la Tabla 3.

**Tabla 3. Tipos de Demencia de acuerdo con Arango, Fernández y Ardila (2003)**

<b>Tipo de Demencia</b>	<b>Descripción</b>	<b>Causa</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Tratamiento</b>
<i>Alzheimer</i>	La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias, constituye el 60% de todos los casos de demencia. La manifestación clínica más importante es la pérdida de la memoria y tiene un inicio insidioso, con deterioro progresivo.	Puede ser hereditaria. Las pruebas más utilizadas para la determinación de la EA permiten la exclusión de causas reversibles y la detección de parámetros de neuroimágenes compatibles con los diferentes estadios clínicos de la enfermedad.	Alteración mnésica, referida sobre todo a fallos en la memoria a corto plazo, cambios en la personalidad. Suelen tener desinterés por actividades cotidianas así como trastornos afectivos, generalmente depresión	Asistencia a consultas con equipo de salud mental. Provisión de
<i>Demencia de cuerpos de Lewy</i>	Afecta al 20% de los pacientes con demencia. Se diagnostica cuando el deterioro cognitivo es fluctuante y hay alucinaciones visuales y síntomas extrapiramidales.	Los hallazgos histopatológicos más importantes son los corpúsculos de Lewi inclusiones intracitoplasmáticas eosinofílicas hialinas que se encuentran en la corteza cerebral y tronco encefálico, placas seniles y, con menor frecuencia, ovillos neurofibrilares.	El cuadro de demencia tiene inicio rápido y el deterioro es progresivo, con déficit importantes en la función ejecutiva, en la resolución de problemas, en la fluidez verbal y el desempeño audiovisual.	medicación. Asistencia de día.

**Tabla 3. Tipos de Demencia de acuerdo con Arango, Fernández y Ardila (2003)**

Tipo de Demencia	Descripción	Causa	Consecuencia	Tratamiento
<i>Enfermedad de Pick</i>	Los que la padecen tienen sustancias anormales (llamadas cuerpos de Pick) dentro de las neuronas en las áreas dañadas del cerebro.	La causa exacta de la forma anormal de la proteína se desconoce. Se ha encontrado que muchos genes anormales diferentes pueden causar esta enfermedad. Es hereditaria.	Cambios en el comportamiento, cambios emocionales, cambios en el lenguaje, problemas neurológicos e incontinencia urinaria.	Asistencia a consultas con equipo de salud mental.
<i>Enfermedad de Binswanger</i>	Es una enfermedad neurológica rara, lentamente progresiva caracterizada por la degeneración de la materia blanca del cerebro, que se inicia en la sexta o séptima década de la vida asociada a crisis convulsivas y accidentes cerebro vasculares.	Hipertensión arterial, arteriosclerosis (engrosamiento anormal de las paredes arteriales, resultado de su inflamación crónica, con tendencia a la obstrucción del vaso) cerebral.	Pérdida progresiva de los movimientos, parálisis de un lado del cuerpo, crisis epilépticas son incapaces de tomar decisiones. Además, pueden presentar dificultad para articular palabras, dificultad para tragar alimentos e incontinencia urinaria.	Provisión de medicación. Asistencia de día.

**Tabla 3. Tipos de Demencia de acuerdo con Arango, Fernández y Ardila (2003). Continuación.**

Tipo de Demencia	Descripción	Causa	Consecuencia	Tratamiento
<i>Enfermedad de Parkinson</i>	Es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central cuya principal característica es la muerte progresiva de neuronas en una parte del cerebro denominada sustancia negra pars compacta.	No se conoce la causa de esta enfermedad, la mayoría de los pacientes no presentan factores genéticos claramente identificados. Determinados agentes tóxicos son capaces de provocar cuadros clínicos similares a la enfermedad de Parkinson, pero se trata de casos puntuales que no permiten esgrimir una hipótesis tóxica como principal causa de la enfermedad.	Pérdida neuronal es una marcada disminución en la disponibilidad cerebral de dopamina, principal sustancia sintetizada por estas neuronas, originándose una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento.	Asistencia a consultas con equipo de salud mental. Provisión de medicación. Asistencia de día

**Tabla 3. Tipos de Demencia de acuerdo con Arango, Fernández y Ardila (2003). Continuación.**

<b>Tipos de Demencia</b>	<b>Descripción</b>	<b>Causas</b>	<b>Consecuencias</b>	<b>Tratamiento</b>
<i>Demencia Mixta</i>	Asociación de la Enfermedad Alzheimer con infartos o lesiones de pequeño vaso, como causa del daño cerebral	Lesiones degenerativas y vasculares	Alteración mnésica, trastornos afectivos, depresión, desinterés por actividades cotidianas, deterioro intelectual, presencia de riesgo vascular, alteración en la marcha y habla.	Asistencia a consultas con equipo de salud mental. Provisión de medicación.
<i>Demencia Vascolar</i>	Es la demencia secundaria a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebrovascular.	Infartos cerebrovasculares, traumas extra e intracraneales, migrañas frecuentes, vida sedentaria, abuso en el consumo de alcohol y drogas, hipertensión y diabetes.	Deterioro intelectual después de un accidente cerebro vascular con constante evolución, alteración en la marcha y presencia de riesgo vascular.	Asistencia de día

Como hemos observado, la demencia es un concepto clínico que implica la desintegración progresiva de las funciones intelectuales, especialmente mnésicas, visoespaciales y de abstracción. Aun cuando se ha sugerido que puede considerarse como un envejecimiento temprano, la celeridad del proceso demencial, así como la incidencia restringida en la población senil, han llevado a cabo a considerar la demencia como un proceso patológico del envejecimiento (Ardila y Ostrosky-Solís, 2002).

### **2.3 Demencia de Tipo Vascular**

Es útil tener una perspectiva histórica de la demencia vascular. Durante la primera mitad del siglo XX se considera que la demencia de inicio tardío era una consecuencia inevitable del envejecimiento y debido a que la aterosclerosis era el sustrato popular del envejecimiento, se creía que la mayoría de las demencias era de origen vascular. Los estudios anatomopatológicos de las décadas 1960-1970 demostraron la importancia de la enfermedad de Alzheimer, la cual se consideraba que era una demencia presenil. Sin embargo, también era evidente que una proporción importante de demencias no Alzheimer se asociaban con infartos cerebrales múltiples y como consecuencia de ello surgió un segundo diagnóstico de demencia multi infarto que más tarde fue incluida en la categoría de demencia vascular (Jacoby y Oppenheimer, 2005).

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia, en los adultos mayores tras la enfermedad de Alzheimer y representa 10-20% de los casos de demencia (Arizaga, 1998).

Se define demencia vascular a todo síndrome que cursa con afección global de las funciones intelectuales causado por lesiones cerebrales secundarias a afectación vascular. El origen ha sido considerado de forma diferente a lo largo de la historia y aún hoy en día no existe un criterio unánime sobre su fisiopatología. Se puede considerar a la demencia vascular como demencia multi infarto, ya que se considera que el deterioro intelectual era consecuencia de infartos cerebrales múltiples (Castillo, Álvarez, Martí, Martínez y Matías, 1999).

La demencia vascular se origina a través de infartos corticales o corticosubcorticales de origen trombótico, embólico o hemodinámico. Son infartos en territorios de arterias de mediano o gran calibre y se encuentran déficits en el área del lenguaje, de la praxis, del cálculo, de las funciones visuoespaciales y de la memoria. Se añaden alteraciones de la conducta o psicológicas y en el curso clínico suele ser escalonado (De la Vega y Zambrano, 2007).

La demencia vascular surge a partir de una afección de pequeños vasos por hipertensión arterial (HTA), diabetes, angiopatía, amiloide, angiopatías hereditarias, etc., su curso clínico puede ser insidioso sin evidencia de *ictus*<sup>1</sup> en su evolución planteando dificultades diagnósticas con otras demencias de origen degenerativo como el Alzheimer. La asociación con alteraciones de la marcha y del control de esfínteres ayudan al diagnóstico diferencial, y la neuroimagen muestra infartos lacunares en los ganglios basales o en la sustancia blanca y leucoaraiosis (De la Vega y Zambrano, 2007).

La Sociedad Española de Neurología (2002) numera dos tipos de demencia vascular, la cortical y la subcortical, estos tipos de demencia se explican en la Tabla 4.

<b>Tabla 4. Tipos de Demencia Vascular propuesta por La Sociedad Española de Neurología (2007).</b>		
<b>Rasgo Clínico</b>	<b>Cortical</b>	<b>Subcortical</b>
Ictus	Territoriales	Lacunares y lesiones de sustancia blanca

---

<sup>1</sup> ICTUS: Es la pérdida de funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.

<b>Tabla 4. Tipos de Demencia Vascolar propuesta por La Sociedad Española de Neurología (2007); Continuación.</b>		
<b>Rasgo Clínico</b>	<b>Cortical</b>	<b>Subcortical</b>
Defecto cognitivo-conductual	Múltiples	Bradifrenia apatía, depresión, labilidad emocional.
Signos	Focales: neurológicos y neuropsicológicos	Seudobulbares y frontales, trastorno de la marcha, hiposinécia, urgencia e incontinencia urinaria.
Inicio	Abrupto	Subagudo e insidioso
Evolución	Escalonadas	Progresiva
Lesiones	Vasos gruesos, infartos territoriales, hemorragias	Vasos finos territoriales, leucoencefalopatía isquémica, infartos lacunares.

De la Vega y Zambrano (2007), consideran que es importante categorizar los tipos de demencia vascular para implementar un tratamiento a partir de un diagnóstico certero, pero, la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos crea dificultad a la hora de determinar si la presencia de la enfermedad vascular cerebral en un paciente con demencias es la causa de la misma, o un factor agravante o solo un hallazgo concurrente; por ello es importante determinar un diagnóstico eficaz; explicando los criterios más utilizados para poder diagnosticar a la demencia vascular:

- Los criterios de diagnóstico de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) y los del *National Institute of Neurologic Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l’Enseignement en Neurosciences* (NINDS-AIREN).
- La *Escala de Isquemia de Hachinski* para el diagnóstico de la demencia multiinfarto.
- Los criterios de la décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD-10).



No hay una cura para la demencia vascular, pero existen varios medicamentos disponibles para ayudar con el tratamiento de los síntomas de la demencia. Algunos medicamentos intentan mejorar la función del cerebro y hacer que la evolución de los síntomas sea más lenta. Otros se pueden recetar para controlar el humor, la psicosis o los problemas de dormir (Jacoby y Oppenheimer, 2005).

Los médicos basan la elección del medicamento en las necesidades del paciente, consideran factores tales como los efectos secundarios del medicamento, la facilidad de uso y el precio. Algunas investigaciones han mostrado que ciertos medicamentos son más efectivos durante las etapas tempranas o avanzadas de la demencia. Sin embargo, una revisión reciente de la literatura concluyó que, hasta ahora, no hay evidencia fehaciente para determinar que un medicamento es más eficaz que otro (Jacoby y Oppenheimer, 2005).

#### **2.4. Tratamientos para la Demencia de Tipo Vascular**

En pacientes que han sufrido un accidente isquémico cerebrovascular, la corrección de los factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia y cardiopatías embolígenas supone el primer nivel de tratamiento preventivo frente al desarrollo de demencia vascular al disminuir la posibilidad de nuevos eventos isquémicos. Una vez que se ha establecido la demencia vascular, el objetivo del tratamiento se centra en controlar los síntomas y tratar de enlentecer la progresión del cuadro (Muñoz, 2002).

El tratamiento de los síntomas cognitivos se centra en el uso de agentes farmacológicos que potencien la transmisión colinérgica en las áreas en donde ésta resulta deficitaria. Los inhibidores de la colinesterasa que han demostrado su eficacia en la enfermedad de Alzheimer son objeto de numerosos estudios que parecen también refrendar su uso en la demencia vascular.

### 2.4.1 Tratamiento Médico

Los médicos consideran que el tratamiento más eficaz para la demencia vascular, en la actualidad y probablemente en el futuro, es el preventivo; la importancia del control de la tensión arterial es de vital importancia, ya que nos concierne el tratamiento de la demencia vascular. Los tratamientos pueden clasificarse en tres grupos, a partir de las consideraciones de Muñoz (2002):

1. Los que actúan sobre elementos celulares o plasmáticos en la sangre relacionados con la coagulación.
2. Los de acción predominante sobre los vasos.
3. Los que activan la neurotransmisión específicamente la colinérgica.

En la Tabla 5 se describe los principales fármacos utilizados para prever el deterioro de los pacientes con demencia de tipo vascular, propuesto por Muñoz (2002) y Clinical Tools (2011):

<b>Tabla 5. Fármacos para prevención en el deterioro de la Demencia Vascular propuesto por Muñoz (2002) y Clinical Tools (2011)</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>Efectos</b>
<i>Ácido Acetilsalicílico</i>	Prevención del ictus isquémico con modesta reducción relativa del riesgo.
<i>Pentoxifilina</i>	Es un compuesto vasodilatador, inhibe la agregación plaquetaria, la síntesis de tromboxano A2 y la generación de radicales libres.
<i>Propentofilina</i>	Su uso se extiende a la reducción de la actividad microglial tras un infarto cerebral.

<b>Tabla 5. Fármacos para prevención en el deterioro de la Demencia Vascular propuesto por Muñoz (2002) y Clinical Tools (2011); Continuación.</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>Efecto</b>
<i>Antitrombinas</i>	Evita la activación del sistema de coagulación sanguínea, provocando una mejoría en los parámetros cognitivos y en la marcha en pacientes con enfermedad de Binswanger.
<i>Heparina</i>	Anticoagulante, biológicamente cofactor de la antitrombinaIII que es el inhibidor natural de la trombina.
<i>Nimodipino</i>	Afecta de forma selectiva los vasos cerebrales para reducir los vasoespasmos tras las hemorragias subaracnoidea.
<i>Nicergolina</i>	Sus funciones son la vasodilatación y la antiagregación plaquetaria.
<i>Antidepresivos</i>	Ayuda a reducir la fatiga, la falta de motivación y el poco interés en actividades cotidianas, además mejora el humor del paciente (nortriptyline, citalopram, venlafaxine, paroxetine, flouxetine, sertraline).
<i>Ansiolíticos</i>	Procuran aliviar los ataques de pánico, arrebatos emocionales y estrés generando un estado de calma y relajación (lorazepam, buspirone, clonazepam, oxazepam, diazepam, alprazolam).
<i>Antipsicóticos</i>	Ayuda a disminuir alucinaciones dañinas en el paciente (aripiprazole, clozapine, ziprasidone, risperidone, quetiapine, olanzapine).
<i>Somníferos</i>	Ayuda a los pacientes que tienen dificultades para dormir (zolpidem, temazepam, zaleplon).

Los médicos basan la elección del medicamento en las necesidades del paciente, consideran factores tales como los efectos secundarios del medicamento, la facilidad de uso y el precio. Algunas investigaciones han mostrado que ciertos medicamentos son más efectivos durante las etapas tempranas o avanzadas de la demencia. Sin embargo, una revisión reciente de la literatura concluyó que, hasta ahora, no hay evidencia fehaciente para determinar que un medicamento es más eficaz que otro (Jacoby y Oppenheimer, 2005).

Según Feria (2005), no solo el tratamiento médico es a base de medicamento, antes de elegir el fármaco adecuado a cada paciente se debe llevar a cabo una evaluación minuciosa basada en interpretaciones clínicas de alta tecnología, es necesario realizar y revisar la historia clínica, exámenes físicos, neuropsicológicos, psiquiátricos y neuropsicológicos, así como pruebas de laboratorio e imágenes del cerebro (electroencefalogramas, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y tomografía de emisión de positrones), al llevar a cabo todas estas medidas se tiene como resultado una detección del daño cerebral en etapas muy tempranas, lo que facilitaría el inicio de medidas médicas y generales.

### **2.4.2 Tratamiento Psicológico**

El psicólogo de la salud, cada vez está más interesado por variables molares tales como los conocimientos de la salud-enfermedad, las creencias sobre génesis de la enfermedad o la satisfacción con los servicios de salud o calidad de vida. Es, pues, un interés conceptual el que lleva al experto a utilizar tales procedimientos de recogida de información. Sin embargo utiliza tales técnicas, ya que estas son de menor costo y mayor facilidad de aplicación (Ávila, Jiménez, Ortíz y Rodríguez, 1992).

Bajo la epígrafe de patología neurológica se incluyen trastornos muy diversos: Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC), Epilepsia, Tumores Cerebrales, Infecciones del Sistema Nervioso Central (Neurosífilis, encefalitis), Enfermedades del Sistema Extrapiramidal (Síndromes Parkinsonianos, Corea de Huntington, Esclerosis Múltiple, etc.). De todos estos trastornos sólo nos centraremos en los AVC (Blanco, Borda y Pérez, 2000).

#### **2.4.2.1. Tratamientos Conductuales**

La modificación de conducta ha hecho importantes aportaciones en el tratamiento psicológico de estas enfermedades, especialmente en el área de los AVC a continuación, se presenta una síntesis de las técnicas que frecuentemente son utilizadas en este ámbito:

- Técnicas Operantes: Sus aplicaciones más importantes han sido en el área de los trastornos del lenguaje, las alteraciones en la percepción visual y los déficit en la conducta social (Blanco, Borda y Pérez, 2000). La función terapéutica de desarrollar nuevas conductas que se requieran en ciertas circunstancias viene a ser un caso particular del proceso general de socialización. Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) explican que existen dos tipos de procederes básicos para el desarrollo de nuevas conductas los cuales son:

- *Moldeamiento*: Consiste en la formación de conducta nueva a partir de un desarrollo gradual de formas insipientes. De entrada, la conducta deseada puede incluso estar bien alejada de las posibilidades actuales. De lo que se trata es de reforzar selectivamente algunas de las conductas existentes en el repertorio actual del sujeto, para ir aproximándola de modo gradual a la meta propuesta.

- *Encadenamiento*: Consiste en la formación de conducta nueva mediante la disposición de conductas existentes en una cierta colocación secuencial. De entrada se dispone de las piezas o trozos de la conducta deseada pero no están constituidas formando la unidad funcional que se requiere. En este caso, lo que se refuerzan son las combinaciones de conducta preexistentes hasta conformar una nueva.

Basado en lo anterior, Caballo (1991) propone otro tipo de proceder básicos para el desarrollo de nuevas conductas:

- *Economía de Fichas*: Es un sistema de reforzamiento en el que se administra fichas como refuerzo inmediato, fichas que son “respaldadas” posteriormente permitiendo que se cambien por refuerzos más valiosos.

En muchas ocasiones se hace necesario reducir determinadas conductas que alteran, dificultan o impiden el desarrollo de esas conductas adaptativas, con el consiguiente efecto

negativo sobre el proceso de adaptación. Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) explican que existen tres tipos de procedimientos básicos para el decremento de conductas, los cuales son:

- *Extinción*: Consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada. Establece las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas.
  - *Costo de respuesta*: Consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Es decir, se pierden cantidades específicas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada.
  - *Castigo negativo*: Implica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta, en vez de la retirada de cierta cantidad de reforzadores.
- *Técnicas de Biofeedback*: Es una técnica de autocontrol de respuesta biofisiológica, que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario. Bajo esta condición, los sujetos tienen la oportunidad de controlar gradualmente los procesos de los cuales se le está informando. En este sentido, el biofeedback facilita al sujeto el aprendizaje o autoregulación de tales respuestas, por lo que puede ser concebido como una forma de imposición de un circuito de feedback externo adicional a los circuitos de feedback naturales del sistema de control adaptativo homeostático. Así, el biofeedback potenciará estos circuitos de feedback naturales o los sustituirá en caso de alteración de los mismos (Caballo, 1991).

Dadas las características del comportamiento humano, parecen muy conveniente el uso de instrucciones y de especificaciones verbales de las contingencias negativas y positivas de cara a facilitar el aprendizaje y la generalización de lo aprendido. También conviene insistir en la aplicación de las contingencias en el medio habitual del sujeto, lo que implica la participación de las personas de este entorno, recordando así mismo que se deben establecer reforzadores para controlar las conductas de estas personas implicadas.

Por último, hay que señalar que estas técnicas, aunque pueden aplicarse para conseguir un control externo de la conducta de una persona, en la mayor parte de los casos se han de utilizar como un paso para dotar al sujeto de competencias para alcanzar el autocontrol y autorregulación en la medida en que sea posible.

#### **2.4.2.2. Tratamientos Cognitivos**

Las técnicas en intervención cognitiva están basadas en la orientación a la realidad y la enseñanza de habilidades para las personas que sufren de demencia. La ayuda en estos tratamientos consiste en reparar las deficiencias cognitivas. La orientación a la realidad suele producir mejorías en la orientación verbal de los pacientes así como en la interacción social, pero de forma muy discreta; a veces puede ser la terapia causante de reacciones como agresividad, frustración o depresión. Durante el proceso terapéutico, se pueden producir algunas mejorías, pero estas no suelen durar una vez finalizada la sesión de tratamiento (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

González (2005) describe tres tipos de intervenciones en terapia cognitiva para pacientes con demencia:

- *Reminiscencia:* Ayuda a estimular la memoria y el humor en el contexto de la historia del enfermo. Para ello utiliza estimulaciones y recuerdos sobre el pasado del sujeto mediante el empleo de fotografías, videos, archivos, periódicos, cartas, documentos personales, canciones, ropas y cualquier elemento que se corresponda con experiencias del pasado, mostrando en el paciente un alto valor de comunicación y distracción.
- *Validación:* Ayuda a restaurar la autovaloración y reduce el estrés validando los lazos emocionales del pasado.
- *Simulación de presencia:* Puede ayudar a disminuir los problemas de conducta asociados con el aislamiento social. En general esta actividad y las anteriores ayudan en mayor o menor rango a que el paciente se adapte a su enfermedad, principalmente en los casos de afección leve o media.

- *Terapia Ocupacional*: Esta disciplina propone abordar la realización de diferentes tareas, los déficit de los pacientes en lo que actividades instrumentales y básicas de la vida diaria se refiere.

Si bien, las intervenciones terapéuticas no revierten, detienen, cambian o curan el curso progresivo de la enfermedad, mantener al paciente activo, involucrado, estimulado, puede significar que el deterioro no avance de manera tan rápida. Para esto, es conveniente que los familiares o cuidadores, conozcan algunos enfoques terapéuticos de acercamiento que ayuden a los pacientes a manejar los problemas ocasionados por su confusión y desorientación, a facilitarles la expresión de sus pensamientos y sentimientos para que puedan hacer frente a las pérdidas que van experimentando, especialmente en las etapas primeras e intermedias, cuando la conciencia de estas pérdidas se intensifica y aprovechar las capacidades que aún conservan de acuerdo con procedimientos adecuados de estimulación (Feria, 2005).

#### **2.4.2.3 Tratamientos Psicológicos para Familiares o Cuidadores**

Cuando la demencia es evidente la invalidez y los trastornos conductuales del paciente no pueden dejar de repercutir seriamente en su familia y se plantean problemas económicos, de espacio, efectivos y legales. Algunos de estos problemas dependen de la etapa de la enfermedad. Los cuidados que pueden requerir estos pacientes son múltiples: evitar que salga a la calle y se extravíe, vestirlo y asearlo o supervisar que lo haga en forma adecuada, darle de comer, mantenerlo en actividad con o sin una rehabilitación específica. Estos cuidados significan generalmente que el cuidador sea una persona dedicada al paciente, este puede ser un familiar o un cuidador profesional. Si el cuidador es de la familia, habitualmente, está sometido a una gran presión psicológica, que puede enfermarlo. Cuando la convivencia es muy difícil, puede llevarse a cabo la intervención del paciente (Donoso, 2001).

En la demencia vascular y otras afecciones cerebrales pueden impedir que el paciente cuide de sí mismo. La familia debe organizarse para que uno de ellos o un



cuidador profesional acompañen al paciente. Según las circunstancias, pueden presentarse diversos tipos de problemas. Es muy frecuente que el cuidador quede aislado en sus labores y que otros familiares se limiten a dar consejos o incluso a criticar su desempeño. Desde lejos el trabajo del cuidador puede parecer fácil y es fácil decir “solo tiene que acompañarlo”, “duerme toda la noche”, “que tenga un poco de paciencia”. Sin embargo, sabemos que los pacientes pueden presentar múltiples trastornos conductuales, que pueden preguntar lo mismo una y otra vez y que es necesario permanecer a su lado, todo esto significa que el cuidador debe dejar de lado actividades sociales, recreativas y de desarrollo personal.

El cuidador puede llegar a deprimirse o estresarse, lo que puede traducirse en el síndrome de “*burnout*”, este síndrome se caracteriza por conducir al cuidador a enfermedades, maltrato o sobre medicación del paciente. Para evitar que el cuidador pueda llegar a sufrir el síndrome de “*burnout*”, Dippel y Hutton (2002) desarrollaron una serie de propuestas útiles con el objetivo de que su calidad de vida no se deteriore en demasía para el cuidador, estas propuestas son:

1. El primer paso de todo programa de ayuda consiste en que el cuidador del paciente de Alzheimer reconozca que necesita ayuda, y que ello no le distraerá de su labor de cuidar sino que le hará más eficaz. En todo caso el disimulo de lo que le puede estar ocurriendo así mismo no mejorará la situación personal.
2. Aceptar que estas reacciones de agotamiento son frecuentes e incluso y previsibles en un cuidador. Son reacciones normales ante una situación “límite”, pero que necesitan apoyo.
3. No olvidarse de sí mismo, poniéndose siempre en segundo lugar. El "autosacrificio total" no tiene sentido.
4. Pedir ayuda personal al detectar estos signos, no ocultarlos por miedo a asumir que "se está al límite de sus fuerzas" ni tampoco por culpa de no ser un super-cuidador.
5. No temer acudir a un profesional (psiquiatra o psicólogo) y a grupos de auto-ayuda (GAMA) de asociaciones de afectados por la enfermedad de Alzheimer que resultan ser muy eficaces.
6. Aprender técnicas de relajación psicofísica (Jacobson, Schultz), visualización distractiva, Yoga, etc.

7. Solicitar información y formación adecuada sobre aspectos médicos de la enfermedad (evolución futura, previsión de complicaciones, medicación) y conocimientos prácticos para enfrentar los problemas derivados tales como nutrición, higiene, adaptación del hogar, movilizaciones del paciente, etc. Todo ello incrementa el sentimiento de control y de eficacia personal.
8. Marcarse objetivos reales, a corto plazo y factibles en las tareas del cuidar. No mantener expectativas irreales ("El enfermo no va a empeorar más de lo que está"), ni tampoco ideas omnipotentes sobre uno ("Voy a solucionar todos los problemas yo sólo").
9. Ser capaz de delegar tareas en otros familiares o personal contratado (sanitario o del hogar). No creerse imprescindible.
10. Mantenerse automotivado a largo plazo, auto reforzarse en los éxitos, felicitándose a sí mismo por todo lo bueno que va haciendo.
11. No fijarse sólo en las deficiencias y fallos que se tengan.
12. Cuidar especialmente los propios descansos y la propia alimentación: parar 10 minutos cada dos horas, dormir las horas suficientes y mantener una dieta adecuada.
13. Tomarse también cada día una hora para realizar los asuntos propios. Asimismo permitirse un merecido descanso diario o semanal, fuera del contacto directo con el enfermo.
14. Si se puede, realizar ejercicio físico todos los días, ya que elimina toxinas corporales y despeja la mente.
15. Evitar el aislamiento: obligarse a mantener el contacto con amigos y otros familiares. Salir de la casa con otras personas, no quedarse "enclaustrado". Los vínculos afectivos cálidos amortiguan el estrés.
16. Saber poner límite a las demandas excesivas del paciente; hay que saber decir NO, sin sentirse culpable por ello.
17. Expresar abiertamente a otros las frustraciones, temores o propios resentimientos, es un escape emocional siempre beneficioso.
18. Promocionar la independencia del paciente. No debe realizar el cuidador lo que el enfermo pueda hacer por sí mismo, aunque lo haga lento o mal.
19. Usar Centros de día, Residencias de respiro temporal, o Personal contratado de asistencia domiciliaria.

Generalmente, el cuidador profesional, cuenta con distintos grados de preparación técnica para llevar a cabo su labor. Algo más importante y que debe ser considerado para

elegir a un cuidador profesional no solo es su preparación sino que sienta cariño por el paciente pero que no lo sobreproteja, que lo estimule pero sin agobiarlo, manteniendo una postura siempre afectiva pero que no rebase el hacer lo posible por ayudarlo. Usualmente estos cuidadores trabajan en clínicas, casas de reposo o instituciones especializadas y en estos tipos de ambientes laborales llegan a manejar una jornada de doce a veinticuatro horas por seis días de la semana limitando evidentemente su vida personal; además de atender al paciente, deben de enfrentar una familia angustiada por la enfermedad y probablemente con problemas económicos, de espacio, interés en la enfermedad de su familiar, etc. Si el cuidador no logra establecer una buena relación con el paciente y su familia es muy posible que deba ser remplazado y así sucesivamente hasta encontrar al cuidador que sea empático con el paciente (Donoso, 2001).

González (2005) explica las actitudes que deben tener los cuidadores para ayudar a los pacientes con demencia:

1. Ir paso a paso con las peticiones y requerimientos.
2. Contestar en lo posible siempre: sí o no.
3. Dar al enfermo suficiente tiempo para contestar.
4. Demostrar prácticamente lo que se le solicite (modelamiento).
5. Evitar conversaciones sobre temas abstractos y es preferible hablar de asuntos reales.
6. Repetir las preguntas cuando sea necesario utilizando las mismas palabras.
7. Acompañar las palabras de adecuados contactos físicos sobre todo cuando la demencia está demasiado avanzada.

El incremento de estudios en el conocimiento del aprendizaje del cuidador a familiares con enfermedades como demencia vascular ayudará a que se sientan escuchados, consiguiendo de igual forma un mayor protagonismo desde que inician su carrera de cuidador. Un protagonismo que no está reconocido por la sociedad. Los cuidadores son potencialmente enfermos silentes, invisibles que sufren la misma enfermedad pero que no olvidan. Como investigadores, se puede contribuir al descubrimiento de problemas para que

así el camino en el cuidado sea conducido con la mayor satisfacción posible y la mejor atención de calidad al familiar y paciente (Ferrer, 2008).

**2.5. Consecuencias de la Demencia de Tipo Vascular**

Las consecuencias que se pueden encontrar en la demencia vascular se pueden agrupar en dos grupos: las consecuencias médicas y las consecuencias psicosociales, cada una de estas será descritas en la Tabla 6 (Mace, 2004):

<b>Tabla 6. Consecuencias de la Demencia Vascular, descrita por Mace (2004).</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Descripción</b>
<i>Médicas</i>	Problemas de memoria	
	Nutrición y horas de comer	Come en exceso o deja de comer
	Sedentarismo	Se niega a hacer ejercicio
	Incontinencia	Pérdida de las funciones renales
	Hipertensión	
	Diabetes	
	Problemas en el hígado	
	Colesterol alto	
	Artritis	
	Obesidad	Por exceso de alimentación y sedentarismo
	Lesiones por caídas	Caídas causadas por distracción o mareos
	Escoriaciones por presión	
	Deshidratación	No toma agua
	Neumonía	

<b>Tabla 6. Consecuencias de la Demencia Vascul ar, descrita por Mace (2004); Continuación.</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Descripción</b>
<i>Médica</i>	Pierde y esconde cosas	
	Revuelve cajones y roperos	
	Conducta sexual inadecuada	
	Ecolalia	Repite muchas veces una palabra o frase
	Terco y se niega a cooperar	
	Acciones repetitivas	
	Distracción	Es descuidado y por eso puede lastimarse
	Depresión	
	Suicidio	
	Apatía y desgano	Se rehúsa a cooperar con las tareas que se le indican
	Agresividad	
	Ansiedad	Físicas y verbales
	Psicosis	
<i>Psicosociales</i>	Síntoma de mejoramiento o empeoramiento	Variación en las habilidades, dependiendo la hora del día o del contexto en el que se desenvuelve el paciente.
	Momento de dejar el empleo	
	Manejo de dinero	
	Quejas constantes	
	Se lleva cosas ajenas	
	Constantes exigencias	
	Dejar de conducir un automóvil	

<b>Tabla 6. Consecuencias de la Demencia Vascolar, descrita por Mace (2004); Continuación.</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Descripción</b>
<i>Psicosociales</i>	No puede vivir solo	
	Empeño de estar detrás del cuidador y seguirle a todas partes	

Las personas con demencia vascular, deben tener los cuidados adecuados y la protección de sus familiares, además de la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad. También deben tener atención de salud que les ayuden a que el deterioro cerebral sea más lento (Bermejo y Del Ser, 1993).

Finalmente, es importante mencionar que no es fácil enumerar los problemas de la conducta asociada a la demencia, debido a que existen diversas clasificaciones de éstas con importantes solapamientos entre las conductas que existen y varias de ellas por diferencias entre autores pueden estar en una categoría o en otra. El término trastorno o problema de comportamiento no se refiere a un fenómeno uniforme, sino que representa una amplia categoría de problemas de distinto origen, forma y dinámica.

En resumen, se observa que existen diferentes tipos de olvido, múltiples formas de memoria y las características del *Delirium*, con el fin de mejorar el comportamiento o alteraciones que se presentan en personas con demencia tomando en cuenta que es una enfermedad con graves repercusiones en los estilos de vida de las personas que la sufren y de sus cuidadores (familiares y profesionales), estas repercusiones se encuentran divididas en dos categorías (médicas y psicosociales), estas consecuencias son demasiado amplias y peligrosas y hasta un mínimo descuido en estas categorías podría ser de un gran impacto en la salud del paciente. La demencia que es definida como un proceso degenerativo de las células del cerebro; su nombre deriva de dos palabras latinas que significan alejarse y mente y puede estar clasificada diferentes tipos, obviamente dependiendo de varios criterios, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa,

vascular o metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta a la terapia; las demencias más tratadas en el ámbito médico, psicológico y neuropsicológico son: el Alzheimer, la Demencia de Cuerpo de Lewy, la enfermedad de Pick, la enfermedad de Binswanger, la enfermedad de Parkinson, la Demencia Mixta y la Demencia Vascular, todas estas demencias comparten características entre sí, como la pérdida de memoria en los pacientes, la desorientación, problemas de incontinencia, etc. La demencia vascular es causada por un accidente cerebrovascular y es la segunda causa más frecuente de demencia después del Alzheimer. Ningún tipo de demencia es curable, pero es tratable, para ello existen distintos tipos de técnicas interdisciplinarias, estas técnicas pueden ser desde fármacos para impedir el deterioro del cerebro y de otros órganos, hasta psicológicas para mantener conductas y aspectos cognitivos. Finalmente, una persona con demencia necesitará apoyo en el hogar a medida que la enfermedad avance, los miembros de la familia u otros cuidadores pueden ayudar tratando de entender cómo la persona con demencia percibe su mundo.

# **CAPÍTULO 3: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UNA PERSONA CON DEMENCIA DE TIPO VASCULAR**

Como se mencionó en el capítulo anterior, la demencia vascular incluye un conjunto numeroso de entidades clínico-patológicas, las cuales producen deterioro de múltiples áreas cognitivas y defectos en las funciones sociolaborales del paciente como consecuencia de lesiones vasculares cerebrales. El concepto de demencia vascular es amplio y heterogéneo, incluye diferentes subtipos y actualmente se entiende a encuadrar dentro del contexto más amplio del deterioro cognitivo vascular.

En el presente trabajo se mostrará el cuadro clínico de una paciente con Demencia Vascular en una etapa inicial, donde las conductas alteradas por este padecimiento es la negativa a seguir instrucciones proporcionadas por el o los cuidadores, ya que al no seguir estas instrucciones repercute en la salud física y social de la persona.

## **3.1 Historia y desarrollo del caso**

### *Descripción y Análisis de Caso:*

**Nombre:** B.E.R.S.

**Edad:** 54 años

**Fecha De Nacimiento:** 16 de marzo de 1957

**Originaria:** Distrito Federal

**Lateralidad:** Diestra

**Escolaridad:** Primaria Completa

**Ocupación:** Ninguna

**Estado Civil:** Casada



### **3.1.1 Episodios:**

La familia refiere que a los 12 años de edad, conduciendo bicicleta un auto se impactó con ella “aventándola con fuerza” cayendo sobre el toldo de otro automóvil, golpeándose la cabeza y parte de la cara, no presentó pérdida del estado de alerta; fue trasladada a la clínica familiar del IMSS donde se mantuvo bajo observación por 4 horas y con reporte de fuera de peligro.

Hace aproximadamente 20 años, se le cayó en la cabeza “un tubo de aluminio”, presentando sangrado y sensación de mareo, no recibió atención médica.

Hace aproximadamente 13 años presentó en 3 ocasiones pérdida del estado de alerta por “pocos minutos” con posterior vómito abundante (en dos ocasiones coincidió con el consumo ligero de bebidas alcohólicas en reuniones familiares).

En una tercera ocasión, durante la marcha, repentinamente se desvaneció presentando posteriormente vómito abundante; no solicitaron el apoyo de un médico para su revisión. Después de estos eventos retomó sin aparentes complicaciones la personalidad de siempre.

El cuarto evento sucedió el día 3 de enero del 2007 visitando a su madre que estaba hospitalizada, recibió notificación sobre el fallecimiento de ésta, al subir a ver el cuerpo cuando los médicos y enfermeras retiraban el catéter había sangrado abundante y de inmediato presentó pérdida del estado de alerta por alrededor de hora y media, nuevamente con posterior vómito excesivo, mirada extraviada, lenguaje espontáneo nulo y mínimo a la exigencia externa. Ante la insistencia de los familiares fue auxiliada en servicio de urgencias donde le administraron dos inyecciones (desconocen qué medicamentos). Tres días después fue llevada con un médico general particular que indicó medicamento (antipsicóticos) sin dar explicaciones del por qué se los recetaba.

### **3.1.2 Valoraciones Previas, tratamientos y medicación actual:**

Los hijos de la paciente describen que posterior a la muerte de la abuela materna, inmediatamente la paciente presentó desmayo y vómito “prolongándose aproximadamente tres días un estado de anormalidad”, al despertar presentó incoherencias “quería ir a bautizar a los peces; fantaseaba mucho; decía que alguien quería hacerle daño”, por eso fue atendida por un especialista de salud mental desde el 10 de enero del 2007 hasta el 15 de mayo del mismo año.

Una vez concluido el tratamiento psiquiátrico y psicológico, la paciente fue valorada por el Instituto Mexicano del Seguro Social donde se le realizó un electroencefalograma y una tomografía. Posteriormente en el Centro Médico Nacional “La Raza” se llevó a cabo una resonancia magnética; con la valoración neuropsicológica, psiquiátrica y la valoración de los médicos especialistas de dichas instituciones se llegó a la conclusión que la paciente padecía de Demencia Vasculor o Demencia Multiinfarto, indicando a la familia que cada año se llevaría una valoración médica psiquiátrica y determinar el medicamento necesario para el padecimiento y en la actualidad consta de: Valproato de Magnesio 200 mg tres veces al día (una después de cada comida), Sertralina 50mg una vez al día (por la noche, antes de dormir) y Olanzapina 10mg una vez al día (durante la noche, antes de dormir, sólo se le administra 2.5 mg).

Además del tratamiento psiquiátrico anual y los tratamientos psicológicos que se han llevado a cabo, la paciente acude una vez al mes a la Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en ésta se lleva a cabo un chequeo general multidisciplinario para prevención a las enfermedades crónicas consecuentes a la demencia de tipo vascular (véase Tabla 6) así como tratamientos generales para padecimientos ajenos a la enfermedad como enfermedades virales, tratamientos ginecológicos, tratamientos dentales, etc.

### **3.1.3 Tratamientos Psicológicos:**

El primer tratamiento psicológico se inició el 22 de mayo del 2007 al 19 de junio del mismo año. El motivo de consulta fue para realizar una evaluación neuropsicológica a B.E.R.S. con el fin de corroborar el diagnóstico del médico psiquiatra y los resultados de dicha evaluación revelaron un deterioro cognitivo que se da en la primera etapa de la Demencia Vascular sin tratamientos a futuro.

El segundo tratamiento psicológico se llevó a cabo de octubre a noviembre del 2008. El motivo de consulta referido por la familia de la paciente fue el poco aseo personal de la misma, para el tratamiento se llevó a cabo un estudio de tipo A-B basado en economía de fichas y reforzamiento social, se consiguió que la conducta deseada “bañarse” se mantuviera por treinta y ocho días consecutivos dando como resultado un incremento de dicha conducta superando el objetivo de catorce días consecutivos.

### **3.1.4 Problema Actual:**

Posteriormente al segundo tratamiento psicológico de la paciente B.E.R.S. se ha notado un importante incremento en el peso de la misma, poniendo en riesgo su salud física, este incremento se debe a que en el estudio realizado en el 2008 no se tomó en cuenta el daño que causaban los reforzadores repercutiendo en su sobrepeso y que la paciente se encuentra en una etapa inicial de la demencia vascular y aun puede discriminar en qué contextos y con qué personas seguir/seguirá instrucciones.

Así mismo tampoco fue considerado que el problema psicológico que presenta la paciente no es el desaseo y tampoco el incremento de comida “chatarra” o el sedentarismo, sino el mal manejo de instrucciones de los cuidadores y la negativa de B.E.R.S. a seguir ciertas indicaciones, dado que la paciente sólo sigue las peticiones e instrucciones al pie de la letra del esposo e hijo, ignorando las indicaciones que le otorgan sus hijas, también sigue instrucciones de determinados miembros de la familia periférica como hermanas y otros.

En algunos casos presenta negativas a seguir las instrucciones tornándose agresiva con los cuidadores golpeándolos y diciendo: “*Yo hago lo que yo quiero no lo que tú me ordenes*”, esto último se presenta con mayor frecuencia hacia sus hijas.

Los familiares refieren que para que B.E.R.S. realice las actividades que se le piden previamente deben negociar con ella (esto puede durar más de una hora), quitar todo tipo de distracciones (apagar televisión, radio o retirar al perro de su alcance), mentirle (hacerle creer que llegará una visita importante para ella o que es día de la cita con el médico) y en último caso llamar a su esposo para que él de dicha instrucción y nuevamente mentirle que en escasos minutos él estará en casa para corroborar que haya cumplido con la indicación.

En algunas ocasiones desea consumir más alimento de lo debido, algunas veces se tiene que esconder para que no lo consuma (pan, plátanos, gelatinas, refrescos, rompope, etc), si no se esconden los alimentos primero pregunta si puede tomar un poco, si la respuesta de los cuidadores es negativa la paciente se molesta argumentando: “*Es mío y me lo voy a comer*” o “*Pero solo un poquito, no me lo voy a acabar, dame, ándale no seas así dame solo poquito, un tantito no más*”, si la respuesta sigue siendo negativa se torna violenta y arremete contra los cuidadores hasta conseguir que le den el alimento deseado.

Se observa que también ha cambiado su forma de expresarse y de hablar, la familia reporta que ahora lo hace acortando palabras, cambiando sílabas y su comportamiento es de una niña de 5 años, algunos ejemplos son: “*ya me voy a en dormir, in comer, in bañar*”, “*No me in gustan los arbolitos (brócoli)*” “*E que ese no pude*” “*Ese, me duele la cabeza*”, “*Dame al ese Chachalitas (perro)*” etc.

Por otra parte, las conductas que expresa B.E.R.S. son reforzadas por su esposo ya que él es muy permisivo y proporciona todo lo que la paciente pide argumentando: “*Solo es hoy*”, “*Le daré un poco para que no se quede con las ganas*”, “*Si le doy poquito no le hará daño*”, “*Solo uno y ya*”, etc. Esto provoca que la paciente se desinterese de los reforzadores debido a que se da cuenta que estando su esposo conseguirá los reforzadores sin hacer ningún esfuerzo.

Por lo tanto, es conveniente crear y mantener un hábito de seguimiento de instrucciones generalizado, que era poco reforzado por la familia, al no saber cómo tratar este tipo de conductas alteradas, por medio de situaciones que para la persona son agradables y accesibles para los cuidadores.

Finalmente, el objetivo del presente estudio es incrementar la frecuencia de actividad física así como decrementar la ingesta de alimentos “chatarra” por medio del seguimiento de instrucciones, mejorando la calidad de vida en una persona diagnosticada con demencia de tipo vascular a través de técnicas de Modificación de conducta.

### 3.1.5. Conductas Problema

En la Tabla 7 se enlistan las conductas problema que refieren los familiares de B.E.R.S.

<b>Tabla 7. Conductas Problema</b>	
<i>Principales</i>	<i>Secundarias</i>
1. Desaseo Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negativa a bañarse.</li> <li>- Negativa a cepillarse los dientes.</li> <li>- Negativa a lavarse las manos después de ir al baño.</li> <li>- Negativa a lavarse las manos antes de comer.</li> <li>- Negativa a lavarse las manos después de acariciar al perro.</li> </ul>

<b>Tabla 7. Conductas Problema (Continuación)</b>	
<i>Primarias</i>	<i>Secundarias</i>
2. Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duerme mucho (aproximadamente 18 horas diarias).</li> <li>- No le agrada caminar.</li> <li>- No le agrada el transporte público, si sale insiste en usar taxi o auto particular.</li> <li>- Rehúsa a ayudar a los quehaceres del hogar “<i>Porque está muy cansada</i>”.</li> <li>- Camina muy lento y no le gusta que la presionen a ir rápido.</li> <li>- Se sienta en cualquier sitio que se lo permita.</li> <li>- Ve televisión (más de 5 horas al día).</li> </ul>
3. Rehúso a ingerir alimentos sanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No le gustan las verduras.</li> <li>- Desea comida alta en grasa.</li> <li>- Prefiere alimentos dulces.</li> <li>- Cuando hay pastel llega a consumir hasta 4 porciones en un solo día.</li> <li>- Prefiere tomar refrescos a agua.</li> <li>- Consume cereal (hasta un paquete familiar al día).</li> </ul>

## **3.2 Método**

### **3.2.1 Diseño**

La investigación se basó en un diseño de caso (N=1) con una persona a la que le fue diagnosticada Demencia de Tipo Vascular (B.E.R.S.) y fue sometida a una serie de observaciones controladas a lo largo de un periodo de tiempo (tres semanas de línea base y seis semanas de tratamiento).

### **3.2.2 Objetivo General**

Al término del tratamiento B.E.R.S. será capaz de incrementar el aseo personal, tener una vida más activa e incrementar el consumo de alimentos saludables.

### **3.2.3 Objetivos Particulares**

- B.E.R.S. comerá verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.
- B.E.R.S. lavará los trastes todos los días sin oponerse.
- B.E.R.S. será capaz de bañarse diariamente
- B.E.R.S. será capaz de lavarse los dientes después de cada alimento<sup>2</sup>
- B.E.R.S. será capaz de lavarse las manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño todos los días
- B.E.R.S. beberá agua simple o de frutas naturales sin oponerse.
- B.E.R.S. será capaz arreglar su cama y habitación todos los días.

---

<sup>2</sup> En el caso del aseo dental que se realice antes de dormir, se contará como actividad del día siguiente.

### **3.3. Procedimiento**

El presente estudio constó de tres técnicas de modificación de conducta:

#### **3.3.1. Control de estímulos**

Se le explicó a la familia los cambios importantes que se debieron de hacer en su ambiente para mejorar la calidad de vida de B.E.R.S., dichos cambios ambientales fueron:

- Decrementar el consumo de refresco
- Incrementar el consumo de frutas y verduras
- No ingerir comida chatarra en presencia de B.E.R.S.
- Preparar alimentos bajos en grasas saturadas
- Seguir el plan de actividades entregado por los terapeutas (ver anexo 1)
- Decremento en el consumo de pan y pasteles

Con estos cambios ambientales pudieron llevar a cabo el programa de modificación de conducta de manera satisfactoria, comprometiéndose a seguir todas y cada una de las sugerencias que exigió el programa, firmando un contrato conductual (ver anexo 2), en este caso los que firmaron el contrato conductual será el esposo de B.E.R.S. y su dos de sus tres hijos debido a que son los cuidadores primarios.

Se le explicó a B.E.R.S. la importancia de llevar a cabo el programa para mejorar su calidad de vida, además se le entregó un contrato conductual (ver anexo 3) que describía las actividades que debe realizar durante la intervención así como los reforzadores que obtendrá al realizar todas sus actividades y por cuestiones mismas de la enfermedad se videograbo a B.E.R.S. firmando el contrato conductual, así mismo en determinadas ocasiones se videograbo a la familia nuclear y periférica para que B.E.R.S. pudiera recordar u observar lo sucedido cada vez que se negara a cumplir con lo establecido en el contrato.



### **3.3.2. Coste de respuesta**

B.E.R.S. llevó a cabo el plan de actividades, al menos con uno de sus cuidadores. Al término del día, la paciente pudo tener acceso a uno de los reforzadores de la lista (ver anexo 4), destinados a reforzar la técnica coste de respuesta. Para conseguir el reforzador B.E.R.S. debió cumplir con:

- 1- Mínimo cinco actividades diarias
- 2- Tres actividades diarias deben de tener referencia a los objetivos particulares

B.E.R.S. no pudo alcanzar el coste de respuestas, sí:

- 1- No cumplió con cinco actividades diarias antes de las 21:00 hrs.
- 2- No cumplió con tres actividades diarias referentes a los objetivos particulares antes de las 21:00 hrs.

Al cumplir estas dos características se le otorgó una ficha que fue adherida a un calendario situado en el área más visible del hogar (ver anexo 5) junto a los contratos conductuales (B.E.R.S. y familia) y el plan de actividades.

Los familiares de la paciente marcaron en el plan de actividades todas las acciones que B.E.R.S. cumplió para que todos estuvieran enterados.

Si B.E.R.S. se negara a cumplir con las tareas no conseguiría su reforzador diario y se le retiraría una ficha acumulada del día anterior. Se intentaría negociar con la paciente haciendo hincapié en que ella ha firmado un contrato y si no lo cumple no obtendría su recompensa del domingo.

La paciente sólo obtendría una ficha al día, acumulando hasta 6 fichas por semana; dicho proceso de canjeo se explica en el siguiente apartado (economía de fichas).

### **3.3.3. Economía de fichas**

B.E.R.S. llevo a cabo el plan de actividades, al menos con uno de sus cuidadores. Al término del día, la paciente recibió una ficha, que se adhirió al calendario situado en el área más visible del hogar (ver anexo 5). Para que B.E.R.S. consiguiera la ficha tuvo que cumplir con el coste de respuesta.

Las fichas fueron canjeadas y retiradas del calendario sólo los domingos y no se acumularon más de seis fichas. Se le otorgó a B.E.R.S. una lista de reforzadores para economía de fichas (ver anexo 6), la paciente sólo eligió uno de los reforzadores de la lista, dichos reforzadores tuvieron distintos valores de fichas acumuladas (el menor valor fue de dos fichas y el valor máximo de seis fichas) para poder ser canjeados.

Si B.E.R.S. no obtenía fichas a lo largo de la semana no obtendría recompensas de ningún tipo, la paciente debía conseguir al menos tres fichas para poder acceder al listado de reforzadores.

Todas las recompensas y fichas serían entregadas por los cuidadores principales (esposo y dos de sus hijos).

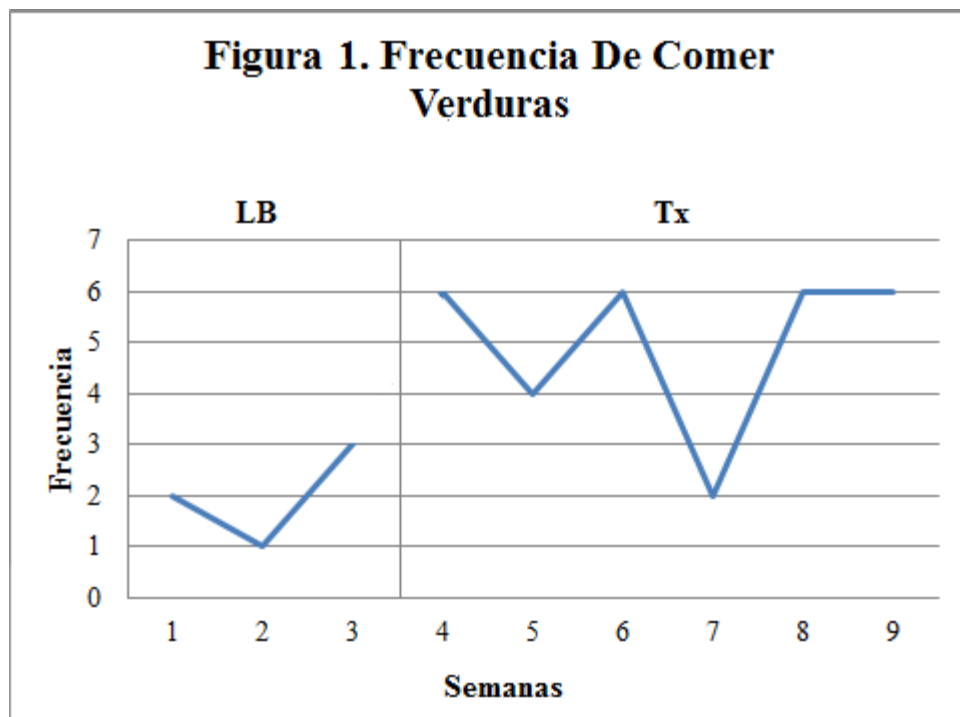
### **3.4. Materiales**

- Calendario
- Fichas
- Contratos Conductuales
- Registros de Actividades
- Lista de reforzadores para economía de fichas
- Lista de reforzadores para coste de respuesta
- Reforzadores

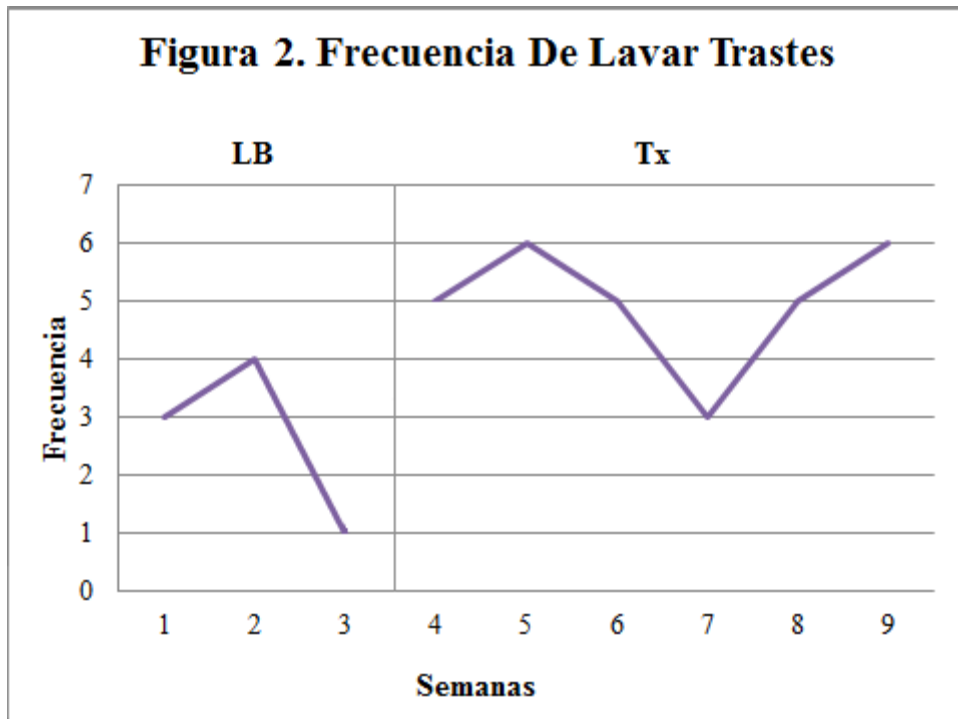
### 3.5 Resultados

De acuerdo con el Diseño N=1, se muestra a continuación los resultados obtenidos en cada una de las siete conductas metas , mostrando una Línea Base de veintiún días (17 de Octubre al 5 de Noviembre del 2011) para conocer los hábitos y frecuencia de las actividades que realizaba B.E.R.S. La fase de tratamiento constó de cuarenta y dos días. Los datos representan la frecuencia en que se presentó la conducta indicada durante una semana; el registro llevado a cabo durante este periodo fue un registro acumulativo semanal de 6 días (de lunes a sábado), ya que le domingo se le asignó como día libre.

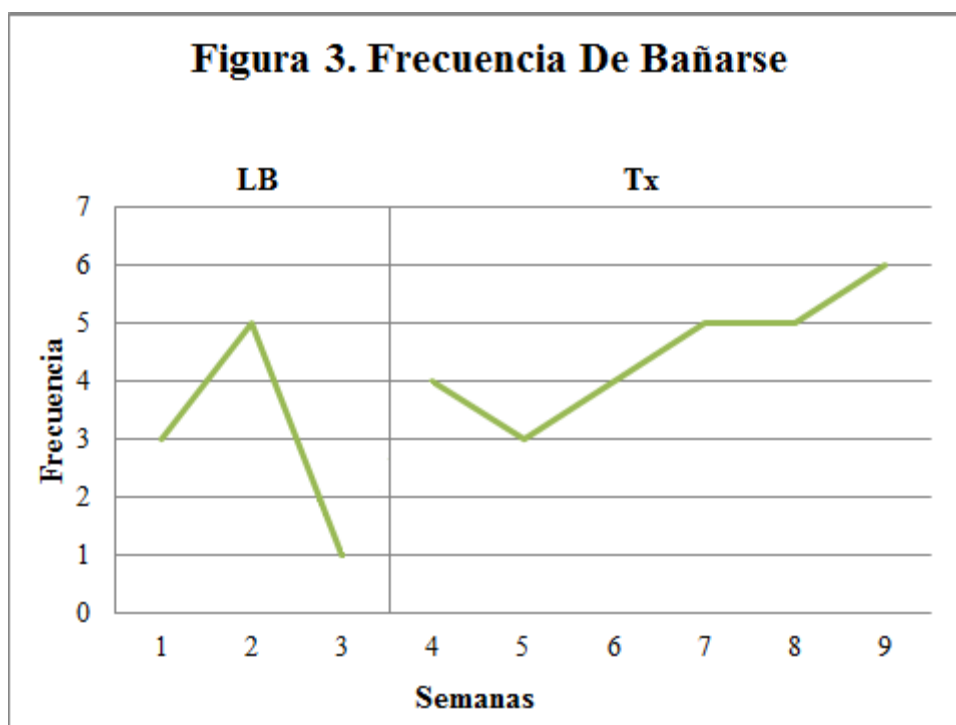
En la Figura 1 se presentan los puntajes obtenidos en Línea Base (tres semanas) y Tratamiento (seis semanas) para la conducta de comer verduras, en las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Comer Verduras, mostrando que la frecuencia más alta durante este periodo fue de tres veces por semana y el más bajo fue de una sola vez, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta llegó a obtener el puntaje máximo de frecuencia (seis) en cuatro ocasiones siendo solo dos veces por semana el puntaje más bajo.



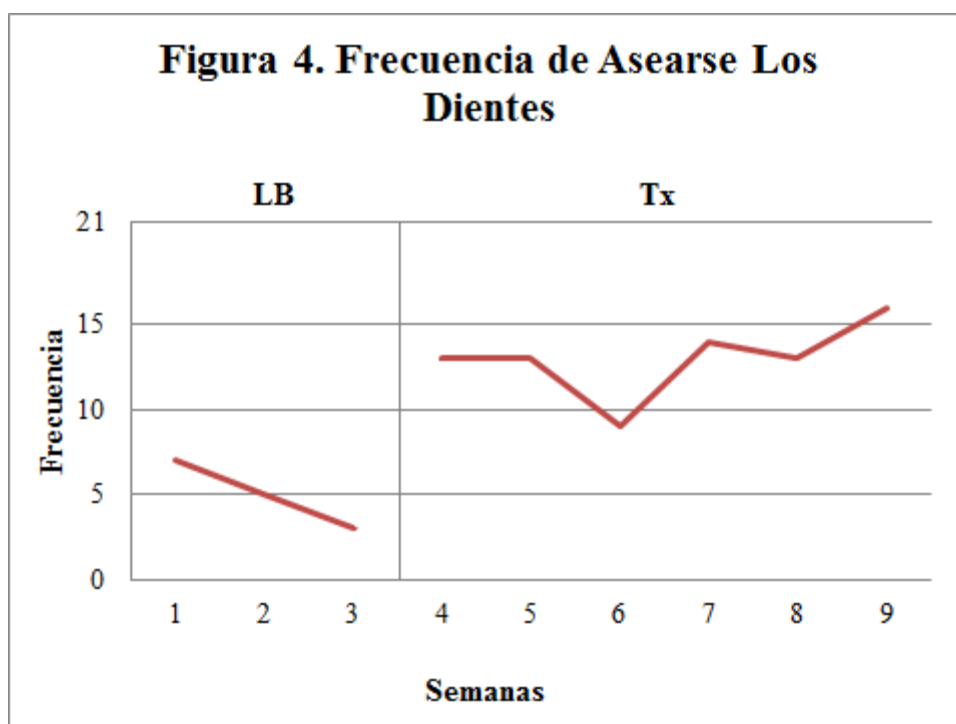
En la Figura 2 se presentan los puntajes obtenidos en Línea Base (tres semanas) y Tratamiento (seis semanas) para la conducta Lavar Trastes, en las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Lavar Trastes sin tratamiento alguno (Línea Base). La frecuencia más alta durante este periodo fue de cuatro veces por semana y el más bajo fue de una sola vez, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta alcanzo el puntaje máximo de frecuencia (seis) en dos ocasiones y siendo solo tres veces por semana el más bajo.



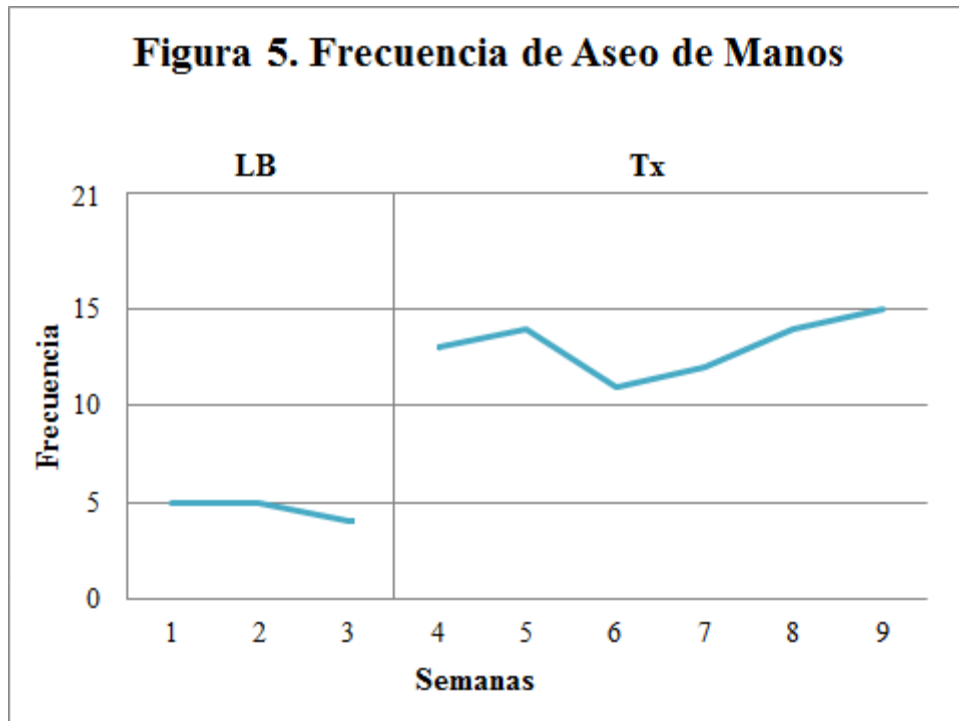
En la Figura 3 se presentan los puntajes obtenidos en Línea Base (tres semanas) y Tratamiento (seis semanas) para la Conducta Bañarse, en las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Bañarse sin tratamiento alguno (Línea Base), la frecuencia más alta durante este periodo fue de cinco veces por semana y el más bajo fue de una sola vez, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta alcanzó el puntaje máximo de frecuencia (seis) en una sola ocasiones (semana nueve), siendo solo tres veces por semana el más bajo.



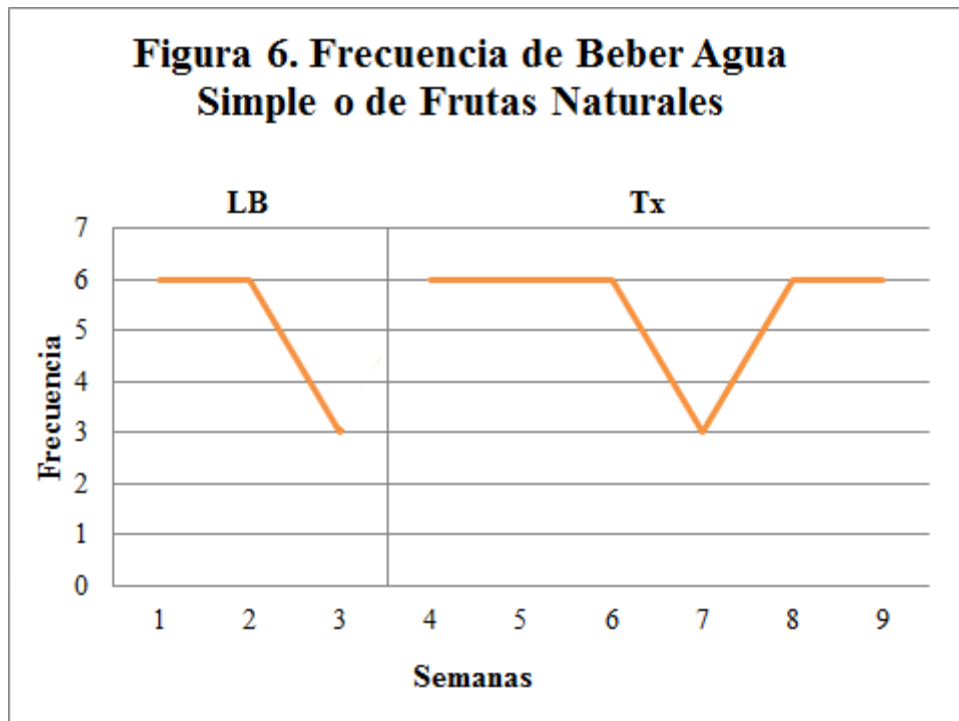
En la Figura 4 se presentan los puntajes obtenidos a lo largo del estudio, durante las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Asearse los Dientes sin tratamiento alguno (Línea Base), el conteo de esta conducta se llevó a cabo con un ideal de tres veces al día por los seis días de registro, la frecuencia más alta durante este periodo fue de siete veces por semana y el más bajo fue de tres veces, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta no alcanzó el puntaje máximo de frecuencia (dieciocho), pero su puntaje más alto logrado fue de dieciséis veces por semana, en tres ocasiones de trece veces y una de catorce, mostrando que el valor más bajo fue de nueve veces por semana.



En la Figura 5 se presentan los puntajes obtenidos a lo largo del tratamiento, durante las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Aseo de Manos sin tratamiento alguno (Línea Base) el conteo de esta conducta se llevado a cabo con un ideal de tres veces al día por los seis días de registro, la frecuencia más alta durante este periodo fue de cinco veces por semana en dos ocasiones y el más bajo fue de cuatro veces, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta no alcanzo el puntaje máximo de frecuencia (dieciocho), pero su puntaje más alto logrado fue de quince veces por semana, en dos ocasiones de catorce veces, una de trece, una de doce y una de once veces por semana, siendo este el más bajo en toda la fase.

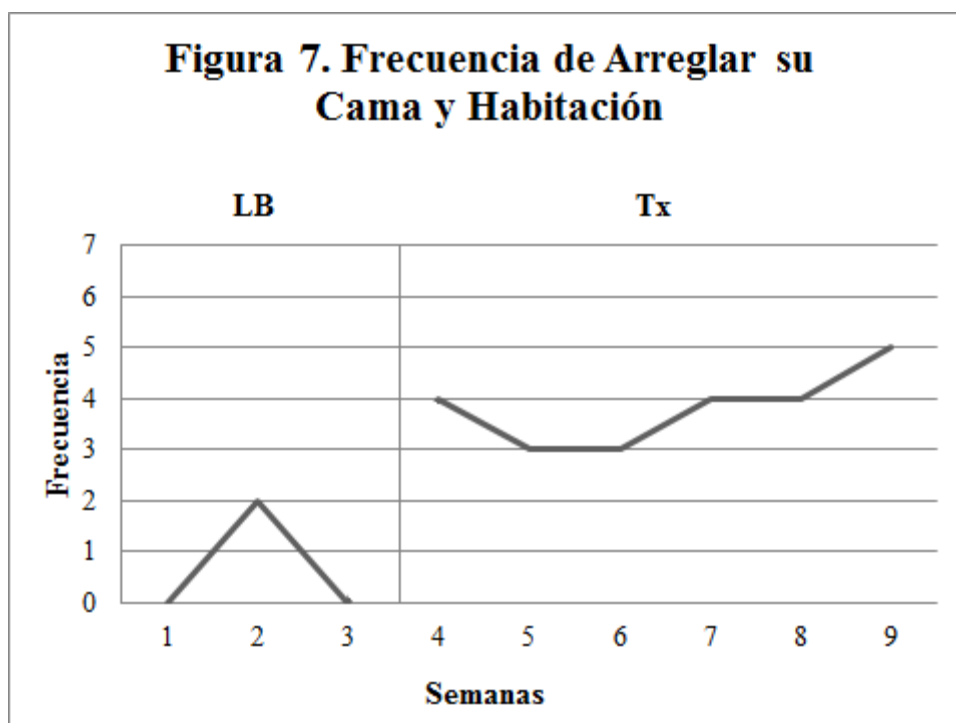


En la Figura 6 se presentan los puntajes obtenidos en línea Base (tres semanas) y Tratamiento (seis semanas) para la conducta Beber Agua Simple o de Frutas Naturales, en las primeras tres semanas los puntajes señalan la frecuencia de la conducta de Beber Agua Simple o de Frutas Naturales sin tratamiento alguno (Línea Base), la frecuencia más alta durante este periodo fue de seis veces por dos semanas y el más bajo fue de tres veces, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta alcanzo el puntaje máximo de frecuencia (seis) en cinco ocasiones y siendo solo tres veces por semana el más bajo.





En la Figura 7 se observan los puntajes obtenidos en Línea Base (tres semanas) y Tratamiento (seis semanas) para la conducta Arreglar su Cama y Habitación, en las primeras tres semanas los puntajes señalan el desarrollo de la conducta de Arreglar su Cama y Habitación sin tratamiento alguno (Línea Base), la frecuencia más alta durante este periodo fue de dos veces en una semana, no obstante en la fase de tratamiento se observa que dicha conducta nunca alcanzó el puntaje máximo de frecuencia (seis) siendo cinco el más alto y tres veces por semana el más bajo.



Es notable que en todas las Figuras existen constantes incrementos de las conductas, sin embargo, en las Figuras 1, 2 y 6 se muestra un declive de dichas conductas en la semana número siete. En las Figuras 4, 5 y 7 es notable que dichas conductas no alcanzaron el puntaje máximo. Por último cabe destacar que en la Figura 3, la conducta fue en constante ascendencia.

## CONCLUSIONES

En psicología de la salud, se está más interesado por conocimientos de la salud-enfermedad y su origen; el interés conceptual que lleva al experto a utilizar técnicas de menor costo y mayor facilidad de aplicación para mejorar la calidad de vida de un paciente con algún tipo de padecimiento (Ávila, Jiménez, Ortiz y Rodríguez, 1992). Este estudio está basado en implementar como una serie de técnicas de modificación de conducta para mejorar la calidad de vida de una paciente con demencia de tipo vascular en conjunto con su familia.

En el presente estudio se pudieron observar los distintos cambios a lo largo del tratamiento, entre ellos se destaca que la paciente fue cooperativa y en varias ocasiones realizaba las tareas sin exigir el reforzador, el avance en el rendimiento de sus tareas fue constante y pocas veces decaía.

Cabe mencionar que el decline de las conductas en las Figuras 1, 2 y 6 en la semana siete se dio por diversos factores ambientales entre ellos, se encuentra el hecho de no haber comprado verduras y frutas suficientes para el mantenimiento de la conducta en el estudio; en el caso de la conducta de lavar trastes (Figura 2) B.E.R.S. se rehusó en realizar la tarea y solamente en esta semana se le retiró una ficha, por lo que se le negó el reforzador diario.

Anterior a este estudio, B.E.R.S. fue sometida a una técnica de modificación de conducta basada en economía de fichas para una sola conducta (López, 2008), en este estudio se logró el objetivo establecido pero no se mantuvo la conducta debido a que posterior al tratamiento se dejó de instigar o reforzar; además como resultado al tratamiento B.E.R.S. incrementó su peso desencadenando ser propensa a diabetes e hipertensión por el único reforzador (pastel y pan) utilizado además de provocar saciedad; a diferencia del estudio propuesto por López (2008) este tratamiento tuvo un amplio conjunto de reforzadores para que B.E.R.S. no cayera en saciedad, dejando la comida chatarra o alta en grasas y azúcares como recompensa para el final de la semana y en pequeñas porciones,

esto sigue vigente aunque BERS ya no realiza sus actividades con el fin de obtener el reforzador.

Los cambios en este tratamiento son observables y significativos tal como menciona Donoso (2001) cuando señala que en este tipo de padecimientos la familia puede desorganizarse al tratar de mejorar la calidad de vida del paciente, en este caso se cumplió el objetivo establecido, además se han generado cambios en el entorno familiar como el incremento en el consumo de frutas y verduras, decremento en el consumo de comida chatarra o alta en grasas, se comienzan todas las actividades a una hora establecida y se ha logrado establecer cooperación entre la familia y allegados a B.E.R.S dejando atrás el “autosacrificio” en los cuidadores, punto que señalan Dippel y Hutton (2002).

Al término del tratamiento (18 de Diciembre del 2011) se observó que hubo mantenimiento de la mayoría de las conductas, a excepción de asearse manos y dientes, las demás conductas han llegado a completarse diariamente alcanzando los puntajes máximos semana a semana; cabe señalar que las conductas que aún no pueden llegar a los puntajes máximos (aseo de manos y dientes) también han incrementado de manera satisfactoria.

La familia reporta que B.E.R.S. ha mantenido todas las conductas de manera favorable, la mayoría de los días de la semana la paciente cumple con el 98% de las tareas asignadas sin oponerse, en el caso del aseo de manos y dientes ha aumentado su ejecución pero aun así no ha logrado realizar las veces necesarias para poder cumplir con el 100%. Cada semana la familia de B.E.R.S. aporta todo lo necesario para que la paciente cumpla con las conductas y el avance sea constante. Cabe mencionar que después del tratamiento durante las fiestas de fin de año B.E.R.S. tuvo acceso libre a toda la comida y refrescos que ella quisiera, no obstante la paciente mostro ser mesurada en su alimentación, durante estos días prefirió beber agua simple o ponche en caso de que hubiera en vez de refrescos y comiendo solo cantidades pequeñas durante estos días. Después del tratamiento la familia implementó salir a caminar por las noches mientras pasean a su perro, esta salida es de 30 a 45 minutos diarios.

Los médicos de B.E.R.S. reportan que se le ve más contenta y activa e incluso que en los últimos seis meses la paciente ha logrado una baja de peso importante (3.5 kg) y de seguir el avance como hasta el momento los antidepresivos se irán disminuyendo. También se reporta que sus niveles de colesterol, azúcar e hipertensión se han estabilizado debido al cambio de dieta que ha tenido B.E.R.S.

Las técnicas en intervención cognitiva se basan en la orientación y enseñanza de habilidades para personas que sufren de demencia. Esta orientación produce mejorías en la interacción social. En el proceso terapéutico, se pueden producir mejorías, pero estas no suelen durar una vez finalizada el tratamiento (Arango, Fernández y Ardila, 2003). A diferencia de los autores antes citados, en este estudio se encontró que las conductas se han mantenido a pesar de haber finalizado con el programa, ahora BERS realiza la mayoría de las actividades sin oponerse y sin pedir recompensa.

González (2005) describe algunos tipos de intervenciones en terapia para pacientes con demencia, tomando en cuenta estos puntos se observa que B.E.R.S. ha estimulado su memoria, su humor mejora cada día, ha disminuido la renuencia a realizar tareas en su hogar, ha logrado ingerir comida saludable sin oponerse, su higiene personal mejora constantemente y ha logrado ser autónoma en la mayoría de las tareas diarias, cabe señalar que BERS se mantiene despierta y activa más horas al día. Este estudio demuestra que puede tomarse como ejemplo para una terapia psicológica en pacientes con este tipo de padecimientos ya que la actividad diaria que se propone aquí se podría considerar un ejemplo de terapia ocupacional.

Dado lo anterior, se puede observar que el objetivo del presente estudio fue cumplido al incrementar la frecuencia de actividad física así como decrementar la ingesta de alimentos “chatarra” por medio del seguimiento de instrucciones, mejorando la calidad de vida en una persona diagnosticada con demencia de tipo vascular a través de técnicas de modificación de conducta tomando en cuenta los hábitos reportados por los familiares y lo observado durante la línea base.

Finalmente, este estudio demuestra que la utilización de una serie de técnicas de modificación de conducta (economía de fichas y coste de respuesta) propuestas por Caballo (1991) y Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) en conjunto con las técnicas cognitivas, como el hecho de usar un calendario para forzar a la memoria del paciente a recordar las actividades diarias, así como la recompensa que puede obtener diariamente y al final de la semana, da un resultado óptimo para mejorar la calidad de vida de una persona con demencia de tipo vascular.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alberca, R. (2002). *Tratamiento de las alteraciones conductuales en enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos*. México: Médica Panamericana.
2. Alcaraz, V. (1979). *Modificación de conducta: el condicionamiento de los sistemas internos de respuesta*. México: Trillas.
3. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
4. Arango, J; Fernández, S. y Ardila, A. (2003). *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual Moderno.
5. Ardila, A. y Ostrosky-Solís, F. (2002). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque Neuropsicológico*. México: Trillas.
6. Arizaga, R. (1998). Epidemiología de las demencias. *Revista de Neurología Argentina*. 23(1) pp. 8-33. Recuperado Junio 22, 2011 en [http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol\\_23\\_1998/supl\\_1/capitulo2.pdf](http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol_23_1998/supl_1/capitulo2.pdf)
7. Ávila, E., Jiménez, F., Ortíz, P. y Rodríguez, E. (1992). *Evaluación en psicología clínica*. Salamnca: Amarú.
8. Bermejo, F. y Del Ser, T. (1993). *Demencias: conceptos actuales*. Madrid: Díaz de Santos.
9. Blanco, A., Borda, M. y Pérez, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. España: Universidad de Sevilla.
10. Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz*. Buenos Aires: Lumen. Horne.

11. Buceta, J., Bueno, A. y Mas, B. (2000). *Intervenciones psicológicas en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
12. Buela-Casal, G. y Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España: Siglo XXI.
13. Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
14. Caballo, V., Buela-Casal, G. y Carroble, J. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. México; Madrid: Siglo XXI.
15. Calluso, M. (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. México: Paidós.
16. Castillo, J; Álvarez, J; Martí, J; Martínez, E. y Matías, J. (1999). *Manual de enfermedades vasculares cerebrales*. España: Prous Science.
17. Clinical Tools (2011). *Demencia vascular: otros medicamentos*. Dementia care central. Recuperado 30 de agosto de 2011 en <http://www.dementiacarecentral.com/node/1114>
18. Cohen, G. (1991). *Envejecimiento cerebral*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
19. Craighead, W. (1981). *Modificación de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Omega.
20. Cruzado, J., A., Labrador, F., Muños, M., (1999). *Manual de modificación y técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

21. De la Vega, R. y Zambrano, A. (2007). Demencia vascular. *La circunvalación del hipocampo*. Recuperado 29 de agosto de 2011 en <http://www.hipocampo.org/dv.asp>
22. Dippel, R.L. y Hutton, J.T. (2002). *Asistencia y cuidado del paciente de Alzheimer: decálogo del cuidador*. Madrid: Témpora.
23. Donoso, A. (2001). *La enfermedad del Alzheimer y otras demencias: aspectos clínicos y familiares*. Chile: Universitaria
24. Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en américa latina*. México: Mc Graw Hill.
25. Feria, M. (2005). *Alzheimer: una experiencia humana*. México: Pax
26. Fernández- Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
27. Ferrer, M. (2008). *El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer: el ingenio desarrollado sobre la marcha en una compleja realidad*. Tesis de doctorado. Escuela Universidad de Enfermería: Universidad de Alicante, España. Recuperado el 31 de agosto de 2011 en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9664/1/tesis\\_elena\\_ferrer.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9664/1/tesis_elena_ferrer.pdf)
28. Flóres, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
29. García, F. (2007). *Enfermedad del Alzheimer y calidad de vida*. Alcalá la Real, Jaén: Formación Alcalá.
30. Garfield, S. (1974). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.



31. Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno.
32. González, R. (2005). *Enfermedad de Alzheimer: clínica, tratamiento y rehabilitación*. España: Masson.
33. Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales: evaluación de la percepción y de la cognición*. Madrid: Médica Panamericana.
34. González, R. (2000). *El extraño caso del Dr. Alzheimer: del olvido a la demencia*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
35. Howard, R. (1979). *Comportamiento y aprendizaje*. Barcelona: Omega.
36. Jacoby, R. y Oppenheimer, C. (2005). *Psiquiatría en el anciano*. España: Masson.
37. Kanfer, F. y Goldstein, A. (1987). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia: un manual de métodos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
38. Kazdin, A. (1994). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
39. Krassoievitch, M. (1998). *Demencia presenil y senil*. México: Salvat.
40. La Sociedad Española de Neurología (2002). *Guía en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. España: Masson.
41. Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

42. León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004) *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: UOC.
43. López, B. (2008). *Uso de economía de fichas para incrementar la frecuencia de bañarse en un caso de demencia*. Tesis de licenciatura, IPN-CICS, D.F, México.
44. López, R. (2004). *Cómo organizarse y cuidar de sí mismo: guía básica para el cuidador de personas con Alzheimer u otra demencia*. Madrid: Meditor.
45. Luzoro, J. (1992). *Psicología de la salud*. *Revista de psicología*. 111, (1), pp. 24-29.  
Recuperado 14 de octubre de 2010, de [http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia\\_de\\_la\\_salud.pdf](http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia_de_la_salud.pdf)
46. Mace, N. y Rabins, P. (2004). *El día de 36 horas: una guía práctica para las familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer, otras demencias seniles y pérdida de memoria*. Barcelona; México: Paidós.
47. Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.
48. Mangone, C; Arizaga, R; Allegri, R, y Ollari, J. (2000). La demencia en Latinoamérica. *Revista de Neurología Argentina*. 25(1) pp. 108 - 112  
Recuperado Junio 22, 2011 en [http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol\\_25\\_2000/n3/nota.pdf](http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol_25_2000/n3/nota.pdf)
49. Muñoz, D. (2002). Tratamiento de la demencia vascular. *Cardiovascular risk factors*. 11(2)117-122. Recuperado 30 de Agosto de 2011 de <http://crf.medynet.com/contenido/2002/2/117-122.pdf>
50. Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. España: Thomson

51. Oblitas, L. (2005). *Atlas de psicología de la salud*. Bogotá: Psicom. Recuperado 22 de agosto de 2011 de: [http://books.google.com.mx/books?id=HJaE8FbeD\\_oC&printsec=frontcover&dq=Atlas+de+psicolog%C3%ADa+de+la+salud.+Oblitas&hl=es&eiOLdSTrGCFfCEsgLeurjbBg&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=HJaE8FbeD_oC&printsec=frontcover&dq=Atlas+de+psicolog%C3%ADa+de+la+salud.+Oblitas&hl=es&eiOLdSTrGCFfCEsgLeurjbBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false)
52. Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Colombia: Psicom.
53. Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología (Lima)*, 26 (2). Recuperado 22 de agosto de 2011 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S025492472008000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S025492472008000200002&script=sci_arttext)
54. Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdéz.
55. Olivares, J. y Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
56. Paul, R. (2005). *Vascular dementia: cerebrovascular mechanisms and clinical management*. Totowa, New Jersey: Humana.
57. Phares, E. y Trull, T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
58. Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Scielo*, 5 (3) Print ISSN 1657-9267. Recuperado el 31 de mayo del 2011, de: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300019&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300019&script=sci_arttext&tlng=es)

59. Reynosos, L., Seligson, I. y Ramos, M. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México: Manual Moderno.
60. Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 5-14. Recuperado 24 de agosto del 2011 de [http://132.248.192.201/seccion/bd\\_iresie/iresie\\_busqueda.php?indice=auto&busueda=RIBES%20I%20D1ESTA,%20EMILIO&par=&a\\_inicial=&a\\_final=&sesión&formato](http://132.248.192.201/seccion/bd_iresie/iresie_busqueda.php?indice=auto&busueda=RIBES%20I%20D1ESTA,%20EMILIO&par=&a_inicial=&a_final=&sesión&formato)  
≡
61. Silva, A. (2002). *Evaluación psicológica: fundamentos teóricos*. México: Pax
62. Taylor, S. (2003). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill
63. Vargas, J. e Ibáñez, E. (1998). La evaluación conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 1 (2), Recuperado el 23 de agosto del 2011 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/laevaluacionconductual.html>

**ANEXOS**

## Anexo 1

<b>Plan de Actividades. Semana 1.</b>						
<b>Actividades</b>	<b>Realizada</b>					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						

**Plan de Actividades. Semana 2.**

<b>Actividades</b>	<b>Realizada</b>					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						

**Plan de Actividades. Semana 3.**

<b>Actividades</b>	<b>Realizada</b>					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						



**Plan de Actividades. Semana 4.**

<b>Actividades</b>	<b>Realizada</b>					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						

**Plan de Actividades. Semana 5.**

Actividades	Realizada					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						

**Plan de Actividades. Semana 6.**

<b>Actividades</b>	<b>Realizada</b>					
	L	M	M	J	V	S
Come verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.						
Ayuda en las tareas del hogar sin oponerse.						
Se baña.						
Asea sus dientes después de cada alimento.						
Lava sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño.						
Bebe agua simple o de frutas naturales sin oponerse.						
Arregla su cama y su habitación.						

## **Anexo 2**

### **Contrato Conductual FAMILIA**

México, D.F., a \_\_\_\_ de Noviembre del 2011

Nosotros los cuidadores nos comprometemos mediante este contrato a supervisar las siguientes actividades:

- Que B.E.R.S. coma verduras cuando se le ofrezcan sin oponerse.
- Que B.E.R.S. ayude en las tareas del hogar todos los días sin oponerse.
- Que B.E.R.S. se bañe diario.
- Que B.E.R.S. asee sus dientes después de cada alimento.
- Que B.E.R.S. lave sus manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño todos los días.
- Que B.E.R.S. beba agua simple o de frutas naturales sin oponerse.
- Que B.E.R.S. arregle su cama y su habitación todos los días.

Estas actividades las marcaremos en el plan de actividades (las actividades serán marcadas inmediatamente después de que B.E.R.S. las haya realizado, el premio de la lista “Premios Diarios” será canjeado a las 20:00 hrs.) así como el conteo de fichas que se adherirán al calendario. El plan de actividades contará con los siguientes datos:

- Días de ejecución
- Actividad
- Resultado

Al término del día, si B.E.R.S. cumple con mínimo cinco de las siete actividades diarias se le otorgará un premio de la lista de “Premios Diarios” y una ficha del día. Todos los domingos se recogerán todas las fichas y se cambiarán las fichas acumuladas a lo largo de la semana, por un premio de la lista de “Premio de los Domingos”, podrá conseguir máximo seis fichas a lo largo de la semana y mínimo tres fichas para conseguir la recompensa.

Si B.E.R.S. no lleva a cabo las actividades que se le indican, no tendrá derecho a ningún premio del día y se le quitará una de las fichas que haya obtenido el día anterior (si se tiene alguna ficha). Se tratará de negociar con B.E.R.S. haciendo hincapié en que ella ha firmado un contrato y si no lo cumple no obtendrá las recompensas acordadas.

Este contrato tiene vigencia indefinida debido a que buscamos mejorar su calidad de vida debido al padecimiento que tiene y el no llevar a cabo estos cambios podrían afectar su salud. Estoy de acuerdo en todos los términos del contrato y me comprometo a llevar a cabo todos los señalamientos que se indican en él.

---

Firma Esposo

---

Firma Hija 1

---

Firma Hija 2

## **Anexo 3**

### **Contrato Conductual B.E.R.S.**

México, D.F., a \_\_\_\_ de Noviembre del 2011

Yo, B.E.R.S., mediante este contrato me comprometo a realizar las siguientes actividades:

- Comer verduras cuando se me ofrezcan sin oponerme.
- Ayudar en las tareas del hogar todos los días sin oponerme.
- Me bañaré diario.
- Me lavaré los dientes después de cada alimento.
- Me lavaré las manos antes de ingerir cualquier alimento y después de ir al baño todos los días.
- Beberé agua simple o de frutas naturales sin oponerme.
- Arreglaré mi cama y mi habitación todos los días.

Estas actividades serán marcadas en el plan de actividades y conteo de fichas (que me darán mis hijos o esposo todos los días a las 21:00 hrs., las actividades serán marcadas inmediatamente después de que las haya realizado), donde aparecerán los siguientes datos:

- Días de ejecución
- Actividad
- Resultado

Al término del día, si cumplí con cinco actividades diarias me otorgarán un premio de la lista “Premios Diarios” y mi ficha del día. Todos los domingos podré canjear mis fichas acumuladas a lo largo de la semana, por un premio de la lista “Premios de los Domingos”, podré conseguir máximo seis fichas a lo largo de la semana y mínimo tres fichas para conseguir la recompensa.

Sino llevo a cabo las actividades que se me piden no tendré derecho a ningún premio del día y se me quitará una de las fichas del día anterior (si se tiene alguna ficha).

Este contrato tiene vigencia indefinida debido a que mi familia busca mejorar mi calidad de vida debido al padecimiento que tengo, el no llevar a cabo estos cambios podrían afectar mi salud.

---

Firma BERS

---

Testigo 1

---

Testigo 2

## Anexo 4

<b>Premios de los Domingos</b>	
<b>Recompensa</b>	<b>Número de fichas necesarias</b>
<b>Beber Coca-Cola (menor a 350 ml).</b>	<b>6</b>
<b>Comer pastel o pan dulce (una pieza o rebanada).</b>	<b>6</b>
<b>Comprar ropa o zapatos (un par o una prenda).</b>	<b>6</b>
<b>Comer golosinas o postres (una porción).</b>	<b>5</b>
<b>Ingerir alimentos de su preferencia (antojitos mexicanos).</b>	<b>5</b>
<b>Visitar a sus familiares periféricos.</b>	<b>5</b>
<b>Salir de compras.</b>	<b>4</b>
<b>Hacer llamadas a sus familiares.</b>	<b>3</b>

<b>Premios de los Domingos</b>	
<b>Recompensa</b>	<b>Número de fichas necesarias</b>
<b>Beber Coca-Cola (menor a 350 ml).</b>	<b>6</b>
<b>Comer pastel o pan dulce (una pieza o rebanada).</b>	<b>6</b>
<b>Comprar ropa o zapatos (un par o una prenda).</b>	<b>6</b>
<b>Comer golosinas o postres (una porción).</b>	<b>5</b>
<b>Ingerir alimentos de su preferencia (antojitos mexicanos).</b>	<b>5</b>
<b>Visitar a sus familiares periféricos.</b>	<b>5</b>
<b>Salir de compras.</b>	<b>4</b>
<b>Hacer llamadas a sus familiares.</b>	<b>3</b>



## Anexo 5

<b>Noviembre</b>						
<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>				

<b>Diciembre</b>						
<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>

## Anexo 6

### FICHAS

