



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

***TERAPIA RACIONAL EMOTIVA BREVE: MANEJO DE
ASERTIVIDAD Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DIRIJIDA A
CUIDADORES FORMALES***

**INFORME DE PRÁCTICAS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

JOSÉ DE JESÚS SÁNCHEZ MONTIEL

DIRECTORA: LIC. MA. EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

REVISORA: MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE CORIA

México D.F.



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.



UNAM, 054
2013

M.

TP3.

"Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo."
Einstein, Albert

Mis más sincera gratitud a mi directora de proyecto Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordoñez ya que si no me hubiese aceptado como el colado del grupo, esto no podría ser posible; a mi revisora y sinodales: Mtra. Alma Mireia Lopez Arce Coria, Lic. Noemí Barragan, Lic. Aida Areceli Mendoza Ibarrola, Dr. Samuel Jurado Cárdenas; a la Fundación Alzheimer y al apoyo de Gabriel y a mis participantes.

Agradezco a mi familia por su apoyo incondicional, por sus palabras constantes de aliento y ánimo, a mi pequeña Nalani, que, aunque lejos de mi, cada vez que veo su sonrisa me impulsa a conseguir mis metas y a mi pareja Mary que siempre ha tenido palabras de apoyo y elogios para hacerme sentir bien y no caer.

A todos gracias!

ÍNDICE

Introducción.....	1
Antecedentes	3
Concepto de Demencia.....	4
Etiología	5
Factores de Riesgo	7
Tipos de Demencia	9
Clasificación de las Demencias.....	11
Características de las Demencias.....	12
Diagnóstico.....	15
Intervención.....	19
Tratamientos	20
Terapia breve y el enfoque Racional Emotivo	23
Cuidadores Formales	27
Programa de Intervención	29
Carta Descriptiva.....	33
Materiales.....	43
Resultados.....	45
Discusión.....	52

Conclusiones..... 54

Referencias.....57

Anexos.....60

INTRODUCCIÓN

En México durante las décadas pasadas, se ha empezado a observar una disminución en los nacimientos por cada pareja/matrimonio y un aumento en la población de adultos mayores, proyecciones de la CONAPO (Noviembre 2006) estiman que actualmente una de cada veinte personas tiene 65 años y que para el 2050 serán alrededor de 14.5 millones de personas de entre 60 y 70 años; mientras que personas de entre 5 y 15 años no sobrepasarán los 13 millones; este cambio en la pirámide de población, dará como resultado la necesidad de aumentar la cantidad de servicios médicos geriátricos, que cuenten con personal bien capacitado e informado y sobre todo con nuevas alternativas para atender las enfermedades a las cuales las personas de esta edad están más propensas y así brindarles una calidad de vida aceptable.

El aumento en la duración promedio de la vida representa uno de los aspectos más sobresalientes del mundo contemporáneo, esto es el resultado de una multiplicidad de factores, tales como los avances medico-farmacológicos, más altos niveles nutricionales, los progresos logrados en el control de las enfermedades, entre otros.

Debe tenerse en cuenta que el proceso de envejecimiento conlleva un proceso natural degenerativo multifactorial, en el cual pueden presentarse distintas enfermedades como osteoporosis, elevación de la presión arterial, disminución de la agudeza visual, auditiva, enfermedad reumática, diabetes mellitus, enfermedades digestivas, depresión y sobretodo, algunos tipos de *demencia*.

Actualmente las demencias son una de las primeras causas de discapacidad en adultos mayores; las demencias más comunes son el Alzheimer, con 65% de los casos, vascular, 10%; mixta, 10%, y cuerpos de Lewy, 9% (JOURNLMEX Enero 31, 2009).

Esto crea la necesidad de detectarlas de forma oportuna para prevenir complicaciones y alertar a la familia sobre la presencia de esta enfermedad.

Si bien es cierto que las demencias no son reversibles, pueden ser tratables para obtener una mejoría parcial o prevenir y hasta cierto grado identificar la progresión o avance del déficit cognitivo.

El objetivo general de esta práctica es ayudar a los cuidadores formales a adquirir habilidades para manejar problemas de diversa índole que se puedan presentar en el momento de interactuar con pacientes con demencia.

Los objetivos específicos son: entrenamiento en la solución de problemas en el aquí y ahora de forma asertiva.

1. ANTECEDENTES

El sustrato biológico del envejecimiento puede resumirse en la aparición de cambios estructurales en la célula que dan lugar a una disminución de su actividad metabólica, que se traduce en un deterioro de su función y la conduce a la muerte, dando lugar a una disminución de la población celular de los diferentes órganos, sistemas y al consecuente deterioro de su actividad y capacidad de supervivencia.

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Con el paso del tiempo se comienza a observar una serie de cambios cognoscitivos relacionados con la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención.

La senectud se asocia con una serie de cambios distintivos sensoriales, perceptuales, de memoria, motrices, intelectuales: como: la agudeza visual y auditiva disminuyen; el olfato y el gusto no parecen sufrir mayores cambios a través del tiempo, aunque se han descrito disfunciones olfativas importantes en pacientes con enfermedad de Alzheimer, disminuye la capacidad de memoria y de aprendizaje, se incrementa la tasa de olvido y se reduce la habilidad para adquirir nueva información, en este caso, la memoria más alterada es la memoria reciente. Se lentifica el nivel general de actividad motora y se observan lentos en sus respuestas. Por otra parte, en lo que corresponde a inteligencia, las habilidades visomotoras, construccionales y de razonamiento espacial, que constituyen la "inteligencia fluida" inician un descenso pronunciado a través de la edad. Se observa una tendencia a la depresión que constituye la alteración afectiva observada con más frecuencia durante esta etapa de la vida.

Desde la perspectiva *biológica* y *psicométrica*, el envejecimiento se ha restringido a las funciones deficitarias, y se considera un declive, un deterioro de múltiples capacidades y procesos; desde la perspectiva de *la salud*, se presenta a la vejez como un estado patológico, ya sea equiparándola a una suma de déficit de funciones, con esto se da por entendido que la vejez conlleva una serie de enfermedades físicas, emocionales y psicológicas como las *demencias*.

1.1 Concepto de Demencia.

El término *demencia* posee una larga historia, deriva del latín que significa *de* (ausencia de) + *mens* (mente) + *ia* (estado de); de tal manera que literalmente sería un estado de privación o falta de la mente de uno mismo. Se supone que el poeta Juvenal, en el siglo I-II d.C, empleó el término en referencia a la decrepitud mental de la vejez. Lipowski (1980) citado en Escario, (2005).

Hasta finales del siglo XVII, términos tales como amentia, imbecilidad, estupidez, idiotez, morosis y senilidad eran usados para referirse a cuadros de deterioro intelectual y del comportamiento, causantes de incompetencia psicosocial del individuo, en cambio, el término de demencia se usaba exclusivamente como sinónimo de locura. A partir de 1700 empieza a usarse el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica.

Durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y en la segunda mitad del siglo XIX se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos.

Antoine Bayle en (1822) presentó un trabajo clínico-patológico en el que mostraba que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias, es decir, una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema central.

Pinel (1806/1962) usó el término para designar una de las cinco clases de trastorno mental. Esquirol (1845) usó demencia para describir trastornos mentales que se manifestaban como alteración de la sensibilidad, juicio y voluntad, con afectación de la memoria reciente, atención, razonamiento y capacidad de abstracción.

Pichard (1837) sugirió que la demencia podría ser primaria o secundaria a otros trastornos y describió la historia natural de la demencia en cuatro etapas:

- 1) pérdida de la memoria reciente con preservación de la memoria remota.
- 2) pérdida del razonamiento;
- 3) pérdida de la comprensión, y
- 4) pérdida de la capacidad para mantener las funciones ejecutivas.

Aso Escario citado (2005).

Hacia 1900 ya se habían definido la demencia senil, la arterioesclerótica (reblandecimiento cerebral por isquemia crónica), las demencias infecciosas (la parálisis general), la demencia traumática y algunas de las subcorticales (por ejemplo la enfermedad de Huntington).

En 1907 Alois Alzheimer describió las lesiones neuropatológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares).

A comienzos del siglo actual se consideraba la demencia como un proceso de deterioro intelectual inexorable e irreversible ocasionado por lesiones anatomopatológicas difusas. Desde entonces a la actualidad se han modificado dos premisas básicas: la demencia puede ser reversible (mixedema, hidrocefalia normotensa), o estática (encefalopatía postanóxica). También está bien demostrado que lesiones focales del sistema nervioso pueden determinar demencia (lesiones frontales y/o talámicas). Slachevsky & Oyarzo (2008).

1.2 Etiología

Después de establecerse el perfil del cuadro demencial, se debe determinar cual es la causa de la demencia, para esto, pueden seguirse los siguientes pasos:

1. *Descartar un cuadro de depresión:* Es frecuente encontrar muchas fluctuaciones en el desempeño de pruebas neuropsicológicas en pacientes deprimidos, pues este tipo de pacientes tienden a no hacer esfuerzo para encontrar la respuesta correcta.
2. *Otra condición que puede afectar el rendimiento en pruebas intelectuales es una encefalopatía toxicometabólica:* muchos tipos diferentes de fármacos, analgésicos, sedantes, etc., pueden producir alteraciones en el funcionamiento neuronal y generar una encefalopatía tóxica; estas producen clásicos estados confusionales en los cuales la atención y las funciones ejecutivas son las habilidades gnoscitivas más afectadas.

3. Una vez descartados los puntos anteriores, se puede considerar la posibilidad de un daño estructural del SNC, esto se muestra en el cuadro 1 que a continuación se describe:

Enfermedades que pueden presentar una demencia pura
<p>Lesiones que ocupan espacio</p> <ul style="list-style-type: none"> Neoplasias Hidrocefalia normotensa Hematoma subdural Cisticercos, abscesos
<p>Infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> VIH Sífilis Herpes simple
<p>Toxicometabólicos-nutricionales</p> <ul style="list-style-type: none"> Wernicke-Korsakoff Alcoholismo crónico Deficiencia de vitamina B₁₂ Encefalopatía hepática
<p>Inmuno-inflamatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Lupus sistémico
<p>Enfermedad vascular</p> <ul style="list-style-type: none"> Infartos múltiples Enfermedad de Binswanger Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL) Enfermedad por priones Creutzfeldt-Jacob
<p>Degenerativa</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Alzheimer

<p>Atrofias focales (afasia progresiva)</p> <p>Enfermedad de Pick</p> <p>Enfermedad de cuerpos de Lewy</p>
<p>Enfermedades con alteraciones motoras-sensoriales sobresalientes</p> <p>Enfermedad de Parkinson</p> <p>Enfermedad de Wilson</p> <p>Parálisis supranuclear progresiva</p> <p>Enfermedad de Huntington</p> <p>Esclerosis múltiple</p>

Cuadro 1 tomado de Arango, (2003).

La demencia degenerativa primaria más común es la Enfermedad de Alzheimer, el paciente recibe un diagnóstico probable cuando presenta deterioro progresivo de memoria y de al menos otra función cognoscitiva. La enfermedad de Pick es otra demencia degenerativa con un deterioro más acelerado que la Enfermedad de Alzheimer y con atrofia circunscrita en las regiones frontotemporales.

Existen demencias relacionadas con atrofias focales, como la afasia progresiva y la disfunción progresiva visuoespacial (Arango, et. al. 2003).

1.3 Factores de riesgo

El riesgo de sufrir demencia se asocia tanto a factores genéticos como ambientales, siendo estos últimos, modificables para ayudar a la "reserva cerebral o cognitiva". Entre estos factores se encuentran: enfermedades vasculares, la dieta, el ejercicio y la actividad mental; además otros relativamente modificables como traumatismo craneal, exposición a la anestesia, depresión, personalidad, consumo de alcohol y de tabaco, tratamiento hormonal, antiinflamatorios no esteroideos.

Los datos a favor de la existencia de las relaciones entre las enfermedades vasculares, excepto diabetes mellitus y enfermedades relacionadas, sugieren una

relación no lineal, en la que unos niveles altos en la adultez y niveles bajos en la vejez se asocian a una elevada probabilidad de sufrir demencia.

El papel del colesterol en la patología de la demencia, tiene que ver con un nivel alto de este pudiendo llevar a la arterioesclerosis, lo que perjudica el flujo sanguíneo hacia el cerebro y la aceleración de la neurodegeneración en la Enfermedad de Alzheimer. Hughes. (2010).

Desde el punto de vista de epidemiología analítica, existen diversos factores de riesgo; se pueden englobar factores de riesgo en:

Factores de riesgo establecidos:

- *Historia familiar.*- Los primeros casos familiares con Alzheimer que se confirmaron por autopsia fueron descritos por Sjögren, las formas familiares forman el 5-10% de todos los casos de DTA. Whalley encontró entre los familiares de pacientes con DTA un aumento significativo del riesgo de presentar demencia. Estudios recientes imputan la DTA a un defecto en un gen del cromosoma 21 sin embargo, Nett en un estudio sobre 2 gemelos establece que la DTA no puede explicarse sólo por un simple gen autosómico dominante, sino que deben concurrir otros factores.
- *Síndrome de Down.*- La relación entre esta condición y la DTA todavía está en controversia, ésta existe para Heston y Heyman, quienes han observado un exceso de casos de síndrome de Down en familias de sujetos con DTA; en cambio, ésta no se confirma en otros estudios.

Factores de riesgo posible

- *Edad de los padres y orden de fratría.*- Esto se refiere a la relación entre la edad de la madre en el momento del nacimiento del paciente y el padecimiento de DTA, también se asocia con el orden de fratría, sin embargo, esto no se ha comprobado.

- *Traumatismo craneal.*- Fue identificado por primera vez por Heyman en su estudio de casos y controles, encontró que el 15% de los pacientes con DTA presentaban una historia de traumatismo craneal en comparación con el 3.8% de los del grupo control. Hoy día diferentes autores han encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el traumatismo craneal y la enfermedad de Alzheimer.
- *Factor viral.*- Parece ser que ciertas infecciones causadas por virus podrían incrementar la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer.
- *Factor tóxico.*- La exposición a diversos factores ambientales tóxicos fue el primer factor de riesgo propuesto en la DTA, sin embargo, aún no se ha podido establecer relación directa.
- *Enfermedad tiroidea.*- Se ha considerado que la diabetes mellitus de tipo 2 puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

Factores de riesgo cuestionables

- *Nivel educacional.*- Se ha apreciado una relación entre bajo nivel educacional y riesgo de presentar Enfermedad de Alzheimer.
- *Sexo.*- Diferentes estudios no han apreciado diferencias de género en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer, sin embargo, a partir de los 80 años, existe claro predominio del sexo femenino. Aso (2004).

1.4 Tipos de Demencia

DEGENERATIVAS:

- enfermedad de Alzheimer
- demencia por cuerpos de Lewy
- enfermedad de Pick
- demencia asociada a enfermedad de Parkinson

INFECCIOSAS

- asociada al SIDA
- enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- neurosífilis

VASCULARES:

- multinfarto
- enfermedad de Binswanger

METABOLICAS O NUTRICIONALES:

- hipo e hipertiroidismo
- insuficiencia hepática y renal
- déficit de vitamina B12

TOXICAS:

- alcohol
- fármacos
- metales

NEOPLASICAS:

- tumores cerebrales primarios. o metastásicos.

OTRAS:

- hematoma subdural crónico
- hidrocefalia normotensa
- demencia postraumática

Rodríguez, ()

1.5 Clasificación Demencia

1.- Demencias degenerativas primarias

- ✓ Se definen como causadas por un trastorno que afecta primariamente al sistema nerviosos central.
- ✓ La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer o demencia tipo Alzheimer, que por sí sola representa en torno al 50% de los casos en las series clínicas de los hospitales y entre el 60-80% del total de casos en las series anatomopatológicas.
- ✓ Las demencias que se encuentran dentro de este grupo son: Enfermedad de Alzheimer, Demencia frontotemporal, Demencia con cuerpos de Lewy

2.- Demencias Vasculares

- ✓ Constituye 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.
- ✓ Dentro de este grupo se encuentran: Isquémicas, Isquémico-hipóxicas, hemorrágicas, combinadas, enfermedad de Binswagner.

3.- Demencias secundarias

- ✓ En este grupo se incluyen la mayoría de causas potencialmente reversibles de demencia.

En este grupo están las neurológicas no degenerativas como hidrocefalia de tensión normal, meningitis crónica, neoplasias cerebrales, endócrino-metabólicas, carenciales (sugiere algún déficit de una sustancia elemental), tóxicas, por medicamentos, traumáticas, enfermedades desmielinizantes, alteraciones psiquiátricas, infecciosas.

(Guías en Demencias, 2003)

1.6 Características de las Demencias:

En España se han avocado a la especialización de gericultores y han propuesto que generalmente es difícil apreciar bien el momento del inicio de la demencia, sin embargo, se observa una afectación progresiva, estas alteraciones varían y en ocasiones pueden estar relacionadas con las condiciones familiares y socioeconómicas del sujeto, al ser lo suficientemente graves pueden interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales.

De acuerdo con el Manual de Especialización Española de 2005, se puede dividir la sintomatología de las demencias en dos grandes grupos de síntomas: los síntomas cognitivos y los síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia. La interacción de estos diferentes problemas produce como resultado en el paciente una progresiva alteración funcional y dependencia.

El Centro de Humanización de la Salud (2005) propone que aparece siempre, de forma precoz, y son las principales causantes de la incapacidad funcional, progresando de forma continuada. Se alteran las denominadas funciones superiores, como la memoria, el lenguaje, las praxias y las gnosias; y otras funciones como la orientación, la atención, el cálculo, la capacidad ejecutiva y la capacidad de juicio y abstracción.

Las funciones cognitivas afectadas se observan:

- ❖ En primer lugar en la *memoria* del individuo sobre acontecimientos relativamente recientes, teniendo dificultades para recordar lo que ocurrió en los últimos días, horas o minutos. La memoria remota, que hace referencia a la memoria acerca de hechos del pasado de la persona suele verse alterada en estadios más tardíos.
- ❖ En el lenguaje, se presenta la *afasia* que es la pérdida de la capacidad de producir o comprender el lenguaje ocasionado por alteraciones a nivel de sistema nervioso central sin que

necesariamente de vean afectadas las estructuras de audición y habla. Pueden presentarse también dificultades en la pronunciación de nombres, en la producción y comprensión, disartria (alteración en la articulación de palabras), hipotonía (disminución del tono muscular), omisiones gramaticales, parafasias (deformaciones parciales o sustituciones completas de las palabras que deben de producirse), sustitución de palabras o frases, alteraciones fonéticas; en las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden perder por completo la capacidad para hablar o presentar un patrón de perseveraciones como ecolalia (repetición de una palabra o frase) y palilalia (repetición espontánea de sílabas o palabras)

- ❖ Las *praxias* son la pérdida de la capacidad de realización de movimientos propositivos y coordinados, estando preservadas la comprensión y la capacidad motora. Algunos ejemplos de esta son: apraxias constructivas (problemas para ensamblar o dibujar objetos), ideatorias (incapacidad para convertir una idea en acción).
- ❖ Se presentan también las *agnosias* que consisten en la pérdida de la facultad de reconocer los objetos sin que se presente alguna alteración en los sentidos.

También pueden presentarse falsos reconocimientos o errores de identificación, estos pueden agruparse en cuatro categorías:

- ❖ *Errores preferidos a la presencia de personas en la casa*: esto se refiere a la creencia de que hay personas en la casa que dicen no conocer y que se mueven por ella (síndrome del huésped fantasma)
- ❖ *Errores en la identificación del propio yo del paciente*: Se manifiesta por la incapacidad del enfermo para reconocer su propia imagen en el espejo.
- ❖ *Error de identificación con personas o acciones que aparecen en la televisión*: el paciente puede llegar a vivir lo que ocurre en la televisión como algo real, en el espacio tangible, tridimensional.

- ❖ *Error en la identificación de personas conocidas cercanas:* lo más frecuente es la confusión de un familiar con otro protagonista, el error mas cometido se hace con el salto de una generación a otra; por ejemplo se confunde a la esposa con la madre (<http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.02.01.-caracteristicas-diagnosticas.html> tomado el 27.09.2010).

Los síntomas psiquiátricos:

Suelen aparecer de forma más tardía, los principales síntomas identificados son:

- ❖ *Delirios:* Es un trastorno del pensamiento en el que se expresa una idea errónea o imposible, o una interpretación anómala de la realidad.
- ❖ *Alucinaciones:* Se trata de percepciones anómalas y subjetivas que no guardan relación con algo objetivo, es decir, lo percibido no existe u ocurre realmente.
- ❖ *Vagabundeo:* Se denomina así a la tendencia a caminar insistentemente sin dirigirse hacia una orientación determinada.
- ❖ *Otros trastornos del comportamiento:* Aquí se encuentran la inquietud o agitación psicomotora, la agresividad verbal y física, seguir al cuidador permanente, preguntar repetidamente la misma cosa, etc. Centros de Humanización de la Salud (2005).

1.7 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos más utilizados son los del DSM-IV TR (2002) y los del CIE-10 (1994), los parámetros expuestos en el primero están orientados al diagnóstico clínico, mientras que los del segundo al estudio epidemiológico.

A continuación en el cuadro 2 se muestran los criterios expuestos en el DSM-IV – TR

Criterios para el diagnóstico de:

Demencia tipo Alzheimer
A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por: <ol style="list-style-type: none">1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:<ol style="list-style-type: none">(a) afasia (alteración del lenguaje)(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores: <ol style="list-style-type: none">1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)3. enfermedades inducidas por sustancias
E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium. (Continuación cuadro 2)

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

Su inicio es a los 65 años o antes

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

Su inicio es después de los 65 años

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: Si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

Demencia vascular

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

(Continuación cuadro 2)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia. Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicada: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si: Con alteración de comportamiento.

Demencia debida a otras enfermedades médicas

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

(Continuación cuadro 2)

<p>Demencia debida a enfermedad por VIH Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1].</p>
<p>Demencia debida a traumatismo craneal [294.1] Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].</p>
<p>Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1] Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].</p>
<p>Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1] Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].</p>
<p>Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10] Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].</p>
<p>Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10] Nota de codificación: Codificar también en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].</p>
<p>Demencia debida a... (indicar enfermedad médica no enumerada antes) [294.1] Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B₁₂, irradiación intracraneal Nota de codificación: Codificar también en Eje III la enfermedad médica.</p>

<p><u>Demencia persistente inducida por sustancias</u></p> <p>A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente) 2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas: <ol style="list-style-type: none"> a. afasia (alteración del lenguaje) b. apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta) c. agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) d. alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción) <p>B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.</p> <p>C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.</p> <p>D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los</p>
--

efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Códigos para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):

Alcohol [291.2]

Inhalantes [292.82]

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]

Otras (sustancias desconocidas) [292.82]

Demencia debida a múltiples etiologías

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a. afasia (alteración del lenguaje)
 - b. apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - c. agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - d. alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Cuadro 2 tomado de DSM-IV-TR 2003

1.8 Intervención

La intervención debe tener en cuenta la etiología neurobiológica, el aislamiento cognitivo y sensorial que acompaña a las demencias, por lo que se postula un abordaje complejo desde un enfoque bio-psico-social, que precisa de una combinación de tratamientos farmacológicos y cognitivos, así como adaptaciones de su entorno más cercano. Esto, requiere un enfoque

multidisciplinario (neuropsicología, psicología, psiquiatría, medicina general, terapeutas ocupacionales, etc.) y por otra parte, debe considerarse el grado de deterioro cognitivo que manifiesta.

Perspectiva farmacológica.- Es imprescindible puntualizar que en la actualidad no existe tratamiento completamente efectivo, y que solo, consiguen lentificar el curso del deterioro, por lo que debe evaluarse si se consiguen los objetivos relevantes:

- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas
- Mantener las funciones cognitivas preservadas

Estos efectos por consecuente, deben repercutir dentro del ámbito funcional mejorándolo y manteniendo la calidad de vida del paciente.

La efectividad de los tratamientos se mide cada vez que se reinicia un nuevo tratamiento, a los 3 meses y posteriormente al menos una vez cada año.

1.9 Tratamientos

Aunque actualmente no existe una cura, se han propuesto tratamientos prometedores tanto para prevenir como para parar su progreso y síntomas asociados.

Un tratamiento básico consiste en una exploración física y una historia clínica completa, así como un examen serio del estado mental del sujeto; deben incluirse además de pruebas de sangre, electrocardiograma y un chequeo de tórax por radiografía.

Los objetivos básicos del cuidado y mantenimiento son:

- Mantener a salvo la independencia y dignidad de los pacientes tanto tiempo como sea posible.
- Mejorar al máximo las funciones de los pacientes tratando las condiciones médicas subyacentes y evitando el uso de fármacos con efectos colaterales adversos sobre el sistema nervioso.

- Prevenir situaciones estresantes para poder evitar reacciones catastróficas o exacerbantes.
 - Identificar y controlar las complicaciones que surjan tales como, agitación, depresión e incontinencia.
 - Aportar información social y médica a la familia de los pacientes además de cualquier consejo y asesoramiento necesarios.
- Timiras. (1997).

Aunado a esto, dado que la enfermedad requiere un enfoque múltiple, desde un planteamiento geriátrico, lo primero sería delinear las posibilidades desde el plano médico para tener medidas tendentes a proteger las neuronas.

Por lo anterior, se pueden observar los siguientes ejes inmersos en el tratamiento:

Eje médico

- Un tratamiento farmacológico parece poco útil, entre los fármacos elegidos se encuentran antioxidantes, la carnitina, los agentes antivíricos (como interferón), bloqueadores de los canales de calcio y bloqueadores de endorfinas.
- *Vitamina E*: Esta capta los electrones no pareados del oxígeno, evitando el daño que harían a nivel de las estructuras lipídicas de las neuronas, debe utilizarse por periodos prolongados y puede asociarse a otros tratamientos.
- *Seligilina*: Inhibe la MAOB (monoaminooxidasa B), actuando como antioxidantes y además tiene una acción positiva sobre la actividad cognoscitiva y conductual. Existen otros como el Ginkgo biloba o la vitamina C.
- *Estrógenos*: Se utilizan a nivel cerebral por su acción sinaptogénica, como liberador de óxido nítrico, y por su acción antioxidante. Han demostrado que mejoran la memoria visoespacial y semántica en las mujeres que la utilizan.

- *Anti inflamatorios no esteroideos*: Un marcador de la enfermedad de Alzheimer es la placa senil, que es un conglomerado de proteínas extracelulares con un importante componente flogósico, donde interactúan todos los procesos de la inflamación que, al ser inhibidos por estos fármacos, mejoran o retardan la demencia.
- *Nootrópicos*: Giurgea (1972) introdujo este término para formar un grupo de sustancias que tienen una afinidad por el cerebro y que actuarían como mejoradores del metabolismo cerebral. Por ejemplo: piracetam.
- *Neurotransmisores*: Ya que la memoria se afecta tempranamente en las demencias, los farmacólogos han creído que si se aumentaran estos la memoria podría mejorar y para conseguir esto se puede hacer por varios caminos: como aumentar los precursores de esta sustancia como la lecitina, la colina y la acetilcolina.
Otro neurotransmisor afectado es la dopamina, cuya estimulación se utiliza la Seligilina en dosis altas. Otro es GABA, cuyos receptores MDA juegan un papel determinante en los procesos de aprendizaje y memoria a través de la potenciación hebbiana. Existen también los neuropéptidos, siendo su mejor representante la vasopresina, que tiene que ver más con la atención.

Eje Psicológico

- Este es quizá el más doloroso, dado que una persona totalmente independiente pasa a una persona que no puede regir su vida, esto es muy impactante para los familiares, que deben de vigilar todas las actividades de la persona enferma, lo que conduce a un agotamiento de familiares y cuidadores (*burn out síndrome*), lo cual exige un conocimiento preciso de la enfermedad, para saber qué esperar y la realidad.

El primer paso es conversar con los cuidadores y miembros de la familia para aclarar conceptos de esta enfermedad.

Para poder manejar adecuadamente los problemas, se recomienda asistir a los centros de Alzheimer y enfermedades relacionadas para mejorar los conocimientos, compartir el stress y sentir que no se esta solo.

Eje Funcional

- Una de las primeras metas que se debe trazar es entender hasta donde se permite mantener su independencia, para lo cual deambular y los ejercicios físicos de las articulaciones son muy importantes. Debemos recordar que en personas mayores la función es más importantes que el número de años.

Eje Social

- Todas las dificultades que presentan estos pacientes en sus funciones tanto cognitivas como motoras, hacen que poco a poco se vayan separando del núcleo familiar, con lo que también disminuyen los estímulos necesarios para el cerebro.

De gran ayuda son aquí todo el contacto social que se tenga como asociaciones de Alzheimer, utilización de líneas de teléfono y sobre todo la preparación para poder manejar esta enfermedad.

Morales (Ed.). (2007).

1.10 Terapia breve y el enfoque Racional Emotivo

La idea que se tiene de que los tratamientos psicológicos son largos— aunque no la única razón— es un motivo importante por lo que las personas no asisten a un especialista.

Según Szprachman (2003), la terapia breve focalizada en la resolución de un problema dirige su atención a un problema específico y determinado, atendiendo especialmente al circuito internacional sostenedor del problema, e interviniendo luego en forma deliberada para lograr los cambios deseados (pág.16).

Nuestra primera tarea es identificar y definir clara y concretamente cual es el problema que el cliente trae. La hipótesis fundamental es que las soluciones intentadas por las personas para resolver dichos problemas, son las responsables de que persistan, por lo que se trata de lograr la interrupción a través del bloqueo de soluciones ineficaces y redefinir los comportamientos problemáticos.

La manera para operar durante la terapia breve es la siguiente:

1. Presentación del encuadre
2. Presentación y definición del problema
3. Valoración de las pautas de conducta que mantiene el problema
4. Fijar las metas del tratamiento
5. Selección y elaboración de intervenciones
6. Cambio
7. Uso de la motivación y de las características idiosincráticas; conocimiento y uso de la posición y lenguaje del consultante.
8. Cambio de conducta dirigido
9. Instrucciones paradójales
10. Utilización de la influencia de las relaciones interpersonales y cuestionamiento de la presunta tradicional objetividad y neutralidad del terapeuta.
11. Finalización
12. Evaluación y resultados obtenidos.

Uno de los modelos ocupados en este tipo de terapia, es el racional emotivo desarrollado por Albert Ellis (1954), que esta basado en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa, asimismo las emociones pueden definirse como formas de comportamiento complejas, relacionadas de forma integral con los procesos sensoriomotores y con los pensamientos.

Albert Ellis (1954), iniciador del enfoque terapéutico racional-emotivo, comienza su carrera profesional, ejerciendo en la práctica privada y trabajando principalmente con problemas matrimoniales, familiares y sexuales; posteriormente se interesó por el enfoque psicoanalítico; sin embargo, al no satisfacerle este enfoque, en 1954 inicia el enfoque *racional*, pero al ser confundida con algunos otros enfoques, cambia el nombre a *terapia racional-emotiva*, pues su orientación enfatiza ambos aspectos.

Actualmente la Terapia racional emotiva se denomina *terapia racional emotivo-conductual (TREC)*, después del reciente cambio de denominación propuesto por Ellis (1993), en el resto del presente apartado, se denominara como TREC.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962), por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros mas racionales o eficientes.

El modelo ABC para la TREC es publicado por primera vez en 1958 (Ellis 1958a) y ampliado en 1984 (Ellis, 1984a) como respuesta a una creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo. Lega, Caballo, Ellis (2002)

Muchos aspectos de la terapia racional-emotiva proceden de pensamientos filosóficos estoicos griegos y romanos, pensadores orientales budistas y taoístas, algunas ideas del moderno neo-racionalismo y el existencialismo.

Considera al ser humano como capaz de comportarse racional e irracional y que solo cuando nos comportamos de forma racional, somos felices y efectivos.

Por lo que esta orientación racional-emotiva esta compuesta de una teoría de la personalidad, un sistema filosófico y una técnica para el tratamiento psicológico. Navas (1981)

A todo esto debe añadirse el papel que desempeñan las evaluaciones de las emociones de los seres humanos, las cuales son percepciones que el individuo

tiene de una situación como "buena" o "mala" y que le llevan a comportarse o a responder hacia ella de forma positiva o negativa.

Las evaluaciones involucran tanto las percepciones como las respuestas o comportamientos de dicho individuo, creando un circuito cerrado de retroalimentación donde: a) la percepción perjudica la respuesta, b) la respuesta, a su vez, tiende a perjudicar las percepciones posteriores, c) de la misma forma, las percepciones anteriores parecen influenciar las percepciones subsiguientes y d) las respuestas anteriores también parecen perjudicar los comportamientos subsiguientes. Lega, Caballo, Ellis (2002).

Se define la racionalidad en términos de la forma de pensar, sentir y actuar que ayudan a la supervivencia y a la felicidad humana.

Por lo que la persona racional:

- a) *Acepta las realidades de la vida;*
- b) *Se dedica a trabajos productivos;*
- c) *Intenta vivir amigablemente en el grupo social al que pertenece; y*
- d) *Se relaciona íntimamente con algunos miembros del grupo social.*

Navas (1981)

Los principales conceptos de esta teoría son:

A. *Metas y Racionalidad:* Las personas son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente; las principales metas humanas son:

- i. *Supervivencia*
- ii. *La felicidad, la cual puede ser perseguida a través de una o varias sub-metas como aprobación o afecto, éxito y competencia personas en diversos asuntos o bienestar físico, emocional o social.*

B. *Cognición y procesos psicológicos:*

- i. Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente

- ii. Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel de pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes son: las creencias irracionales (exigencias) y las creencias racionales (preferencias).

C. *Énfasis humanista-filosofico del modelo:*

- i. Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.
- ii. Las personas son mas felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

1.11 Cuidadores Formales

Se llama cuidador a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo.

Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías:

- *Cuidador primario*.- son aquellos que guardan una relación directa con el enfermo.
- *Cuidador secundario*.- Es el que no tiene relación directa o vínculo con el enfermo, puede ser una enfermera, un asistente, trabajador social, un familiar lejano o una persona que labore en una institución que preste servicios de salud.

En la tarea de cuidar a un enfermo, pueden presentarse problemas físicos, psíquicos y socio-familiares, los cuales deben ser tratados oportunamente para evitar que se agraven.

Debe tomarse en cuenta que la calidad de vida del cuidador dependerá además de su propia salud, de la ayuda que reciba, de la información que tiene sobre la enfermedad, de la manera en que enfrenta sus responsabilidades en el cuidado, de su estilo personal para resolver los problemas, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados, entendiéndose como crisis, recaídas y hasta la muerte del paciente, por lo que es necesario mantener especial atención en la calidad de vida del cuidador, esta, definida por la OMS como *la percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.*

El cuidador, al asumir la responsabilidad de atender al paciente, puede tener sentimientos de carga, estos entendidos como reacciones o respuestas ante determinadas situaciones, por ejemplo, al cuidar a pacientes con enfermedades terminales o crónico-degenerativas, por lo que es un factor importante en la calidad de vida de los cuidadores.

También se encuentran elementos subjetivos como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; así como elementos objetivos, los costos económicos, la carga física, etc.

Dado estos factores, el cuidador requiere también de apoyo el cual puede ser proporcionado por la familia o instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere también de un tiempo para descansar, para alimentarse adecuadamente.

Por otra parte es importante que el cuidador obtenga una información precisa y actualizada sobre el padecimiento del paciente así como los alcances de su intervención en el cuidado del enfermo.

Programa de Intervención

Justificación: Actualmente de acuerdo a que la población de gente mayor aumenta, es necesario incrementar los servicios geriátricos y por lo tanto aumentar la atención hacia los cuidadores formales, tanto de adultos mayores sanos y como en este caso, de pacientes con demencia.

Objetivos generales: Que los cuidadores formales adquieran habilidades para manejar problemas de diversa índole que se puedan presentar durante su labor profesional y porque no, en lo personal.

Objetivos específicos: entrenamiento en solución de problemas de asertividad.

Población destinataria: Se invitara a participar a los cuidadores de la Fundación Alzheimer I.A.P.

- ✓ Criterios de inclusión:
 - Trabajar en la Fundación Alzheimer
 - Participación voluntaria
- ✓ Criterios de exclusión:
 - Que actualmente participen en un tratamiento psicológico

Descripción de los participantes:

Participante	Escolaridad	Edad	Puesto	Tiempo Laborando en la Fundación
1	Carrera comercial	48 años	Cuidadora/servicio de higiene	7 años
2	Auxiliar en enfermería	34 años	Aux. Gerontológica	1 año
3	Técnico Gericultista	24 años	Aux. Gerontológica	1 año

Espacio de Trabajo: Se llevó a cabo en las instalaciones de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" I.A.P., esta tiene por objeto el poder disminuir aquellos síntomas que proporcionan malestar, ansiedad, preocupación y hasta peligro para el enfermo o sus familiares.

El programa de la Fundación Alzheimer es un programa de atención diurna, destinado a quienes padecen Alzheimer o algún otro tipo de demencia. El horario de la Fundación es de 8:00 a 17:00 hrs.

El edificio consta de dos plantas en las que existen diversos espacios para realizar las distintas actividades que se proporcionan a los pacientes con demencia.

Para entrar al edificio se encuentra una puerta de seguridad, del lado derecho se puede observar la enfermería donde se toman los signos vitales, presión, temperatura, etc., al ingresar los pacientes, hacia la izquierda y a través de un pequeño pasillo se encuentran pequeños escritorios ocupados por la secretaria, la trabajadora social y al final el de la administradora.

Regresando a la entrada principal, se puede observar que hay una puerta de seguridad para el acceso a los pacientes, esta solo se abre con llave manteniendo así a los pacientes dentro de la Fundación; al entrar por esta puerta, a la izquierda se puede ver una rampa en forma de caracol con suelo color negro antiderrapante; orientándonos de derecha a izquierda se observan los sanitarios para los pacientes, el comedor que cuenta con mesas redondas color verde, sillas acolchonadas de metal color verde, este espacio también suele ser usado para actividades de estimulación para los pacientes; siguiendo en el comedor, se ve la cocina, donde se preparan los alimentos que se proporcionan en la fundación en base a dietas específicas de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Saliendo de la cocina y el comedor, frente a este se observa una mesa grande rectangular de color verde y algunas sillas a su alrededor que es utilizada para actividades de estimulación o como comedor, al seguir se encuentra el área de terapia física para los pacientes, donde se dan masajes, se ponen compresas, etc.

Frente a estas áreas, hay un espacio con algunas bancas de madera de color amarillo, este espacio es utilizado para actividades recreativas, como celebrar cumpleaños, fechas festivas y para realizar tareas de motricidad gruesa, motricidad fina, ejercicios, etc.

Al subir por la rampa, se encuentra de lado derecho la oficina del coordinador de los cuidadores, al lado de esta (hacia la izquierda) se encuentra un

pequeño gimnasio, que cuenta con bicicleta, caminadora, colchonetas, rampa y escalera; después de esta se encuentra el área de terapia ocupacional, que cuenta con una mesa grande de madera color verde, sillas, material didáctico como rompecabezas, pinturas, muñecos de felpa, etc., para uso de los pacientes, saliendo de esta área se encuentran los sanitarios para los pacientes para mujeres y hombres; después está el área de psicología donde se entrevista, evalúa y se integra el expediente de los pacientes al ingresar, a la izquierda de esta, se encuentra el salón de difusión.

Fases por las que discurrirá el programa: El programa constó de tres etapas:

✦ 1ª etapa: Se realizó una entrevista individual (Anexo 1) y se aplicó la Escala Multidimensional de Asertividad como pre-test.

✦ 2ª etapa: El programa de intervención se llevó a cabo en forma individual durante 10 sesiones, una por semana con duración de 50 minutos en donde se aplicó la TREC.

✦ 3ª etapa: Se agradeció la participación del cuidador y se aplicó la Escala Multidimensional de Asertividad como post-test.

A continuación se muestra el Diagrama de Gant que indica la forma calendarizada por la que discurrió el programa.

Diagrama de Gant
Fases del Programa de Intervención

Actividad	ABRIL				MAYO				JUNIO					JULIO		
	Semanas				Semanas				Semanas					Semanas		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	
Entrevista inicial																
Sesión 1																
Sesión 2																
Sesión 3																
Sesión 4																
Sesión 5																
Sesión 6																
Sesión 7																
Sesión 8																
Sesión 9																
Sesión 10																
Aplicación de Cuestionario																

En el diagrama de Gant, se representa la primera etapa en color rojo oscuro, la segunda etapa en color anaranjado y la tercera etapa en color amarillo.

A continuación se detallará la carta descriptiva de las actividades que se realizarán en la intervención.

Carta descriptiva

Objetivo: Conocer los lineamientos que se llevarán acabo durante el taller así como una explicación del modelo de la TRE

	Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Sesión 1	Presentación de terapeuta y co-terapeuta.	Se presentaron por nombre y apellidos el terapeuta y el co- terapeuta.		50 minutos
	Establecimiento de confidencialidad, ética, y del compromiso por parte del cuidador.	Se dieron a conocer las reglas que se tuvieron durante la terapia, como la puntualidad a la hora de la sesión, el compromiso del participante en la realización de las tareas que se dejaron; también se estableció el acuerdo de confidencialidad y ética por parte de los terapeutas.		
	Explicación de la terapia, del modelo TRE	Se mostrará el modelo de la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Anexo 3) Se dará una explicación sobre los componentes de esta.	Anexo no. 3 "El Modelo de la TRE	

Objetivo: Identificar las características del pensamiento irracional

<p>Sesión 2</p>	<p>Rapport</p> <p>Explicación de los pensamientos</p> <p>Pensamientos irracionales</p> <p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se estableció el rapport con el participante.</p> <p>Se explicó ¿qué es el pensamiento?, así como sus características.</p> <p>Se explicara el concepto de pensamientos irracionales, así como sus características. Se mostraron algunas situaciones hipotéticas donde se tienen pensamientos irracionales en la vida cotidiana aplicándolas con respecto a los pacientes (Anexo 4).</p> <p>Recapitulación de lo aprendido, aclaración de dudas y comentarios. Se dejó de tarea escribir los pensamientos irracionales que surjan durante la semana en su vida cotidiana y con los pacientes.</p>	<p>Anexo 4 "El Pensamiento irracional y las 11 creencias irracionales de Ellis"</p>	<p>50 minutos</p>
------------------------	---	---	---	--------------------------

Objetivo: Discriminar las características del pensamiento racional

Sesión 3	Inicio de la sesión Pensamiento Racional Cierre de la sesión	Se revisó la tarea asignada y se trabajó sobre esta. Se explicó el concepto de racionalidad y las características del pensamiento racional. Se revisaron algunas situaciones para conocer cómo es el pensamiento racional. (Anexo 5) Recapitulación de lo aprendido, aclaración de dudas y comentarios. La tarea fué escribir todos los pensamientos racionales durante la semana en su vida cotidiana y con los pacientes.	Anexo 5 "El Pensamiento <i>racional</i> y sus características"	50 minutos
-----------------	--	--	--	-------------------

Objetivo: Conocer el método de la solución de problemas y sus componentes.

Sesión 7	Inicio de la sesión	Revisión de la tarea	Anexo 9 "Solución de Problemas"	50 minutos
	Solución de problemas	Se dió a conocer ¿Qué es la solución de problemas?, sus características, así como los conceptos que se manejan dentro de este tema como: la definición de problema y solución. (Anexo 9)		
	Método de la solución de problemas	Se explicó cada uno de los procesos o componentes que tiene el modelo de solución de problemas y que deben seguirse para una adecuada aplicación de este método.		
Cierre de sesión	De tarea se pidió al participante que escriba ejemplos de problemas que se dan en el cuidado del paciente con demencia.			

Objetivo: Fortalecer lo aprendido sobre los componentes del método de solución de problemas.

Sesión 8	Inicio de la sesión	Se revisó la tarea asignada y se trabajó en ella.	Anexo 10 "Puesta en práctica de la solución de problemas"	50 minutos
	Situaciones para resolver	Se dieron diferentes situaciones al participante para que ponga en práctica los procesos que intervienen en el método de solución de problemas tanto para fortalecer como para ejercitar esta habilidad. (Anexo 10)		
	Cierre de la sesión	De tarea se pidió que escoja una situación que le haya sucedido en el cuidado del paciente con demencia durante la semana y la resuelva de acuerdo al proceso del método de solución de problemas.		

Objetivo: Integrar la información de las sesiones anteriores a fin de aclarar dudas.

Sesión 9	Revisión de la tarea asignada Repaso del método de solución de problemas Repaso general	Se revisó la actividad a realizar durante la semana. Se repasaron todos los componentes del método de solución de problemas, Se resolvieron dudas o comentarios que pudieran surgir. Tomando los ejemplos de la sesión 7, se trabajó con imaginación todos los conceptos aprendidos: racionalidad, asertividad y solución de problemas; realizando algunos ejercicios donde se puedan aplicar estos conceptos.		50 minutos
-----------------	---	--	--	-------------------

Objetivo: Cierre de la intervención explicando los cambios que hicieron con el manejo de racionalidad, solución de problemas y asertividad.

Sesión 10	Cierre de la Terapia Breve	<p>Se pidió al participante que comente los cambios que ha visto en sí mismo y en lo que le ha ayudado la terapia.</p> <p>Integración de todo lo aprendido y en la forma de aplicarlo.</p> <p>Invitación por parte del terapeuta a que continúe aplicando lo aprendido tanto en su labor del cuidado del paciente con demencia como en la vida general.</p>	50 minutos
----------------------	----------------------------	---	-------------------

Materiales

***Anexo 1:** Entrevista diseñada por el practicante a fin de conocer e integrar datos de los participantes.

***Anexo 2:** Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) realizada por Flores Galaz Mirta Margarita y Díaz-Loving Rolando.

***Anexo 3:** El modelo de la TRE.

***Anexo 4:** El pensamiento irracional y las 11 creencias irracionales de Ellis.

***Anexo 5:** El pensamiento racional y sus características.

***Anexo 6:** Pensamiento irracional y racional.

***Anexo 7:** Estilos de Respuesta.

***Anexo 8:** Estilos de Respuesta (repaso).

***Anexo 9:** Solución de Problemas.

***Anexo 10:** Puesta en práctica de la solución de problemas.

**Diseñados por el practicante con la finalidad de lograr una mejor comprensión en el participante haciendo uso de ejemplos y ejercicios para el repaso de cada uno de los temas vistos en el curso de la terapia.*

Estrategias de evaluación

Se aplicará como pre-test y post-test en fase 1 y 3 la Escala Multidimensional de Asertividad.

Este test fue desarrollado por Mirta Margarita Flores Galaz y Rolando Díaz Loving (1994) con el objetivo de conceptualizar, de operacionalizar y contar con un instrumento para medir la asertividad desarrollado para y por mexicanos; se realizaron estudios de validez y confiabilidad en las ciudades de Mérida, Yucatán y la Ciudad de México, contando con población de diferentes niveles educativos (primaria, secundaria y profesional) y tanto de sexo femenino como masculino. La consistencia interna de la prueba total fue de 9.1

Consta de un cuestionario, una hoja de respuestas donde el examinado contestará; consta de tres plantillas de calificación, una para cada dimensión y un perfil, el cual se obtiene a partir de las puntuaciones obtenidas del cuestionario. Es una escala tipo Likert que consta de 45 afirmaciones con cinco opciones de respuesta que van de Completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo, con un rango de 5 a 1. El tiempo en que se responde es de 20-30 minutos aproximadamente y se le debe proporcionar un lápiz del no. 2 o 2½ y una goma.

Esta escala puede aplicarse de forma individual o colectiva y es auto aplicable, puede aplicarse desde los 15 años en adelante es conveniente contar con un espacio físico adecuado: una mesa, sillas(s) y un ambiente en donde no haya interrupciones o distracciones.

Se compone de tres dimensiones, cada una de 15 reactivos, las cuales miden y definen a:

Asertividad indirecta: *Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas, teléfono u otros medios.*

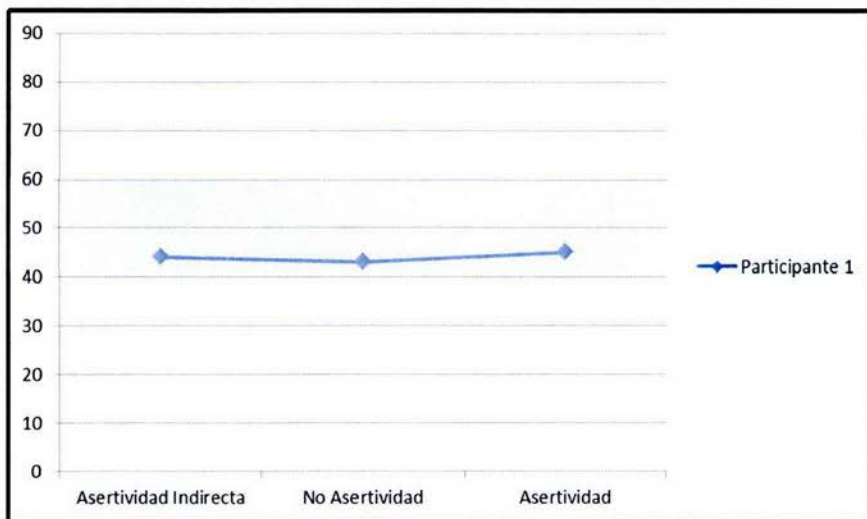
No asertividad: *Es la inhabilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.*

Asertividad: *Es la habilidad del individuo para expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, deseos, derechos, para dar y recibir alabanzas, hacer peticiones y manejar la crítica.*

RESULTADOS

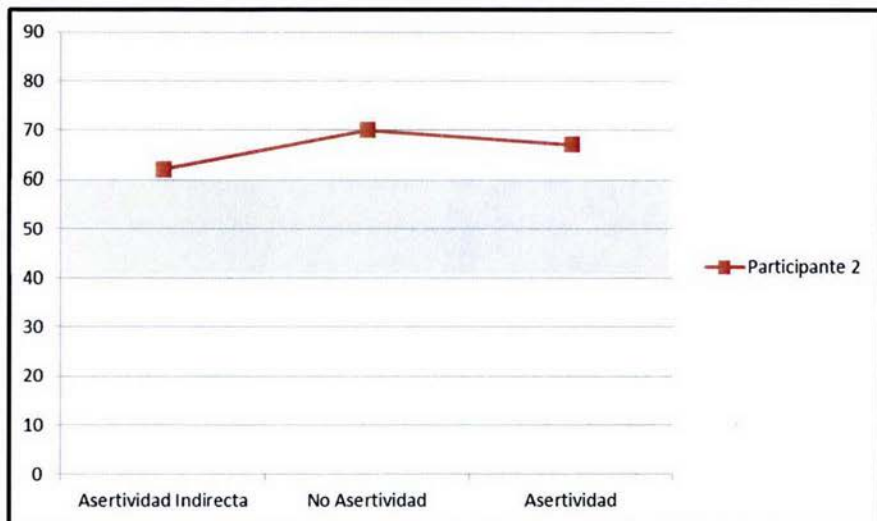
Para la evaluación del programa de intervención, se realizó un pre-test y un post-test utilizando el test llamado Escala Multidimensional de Asertividad (anexo 2).

A continuación se muestran los resultados que se obtuvieron en el pre-test.



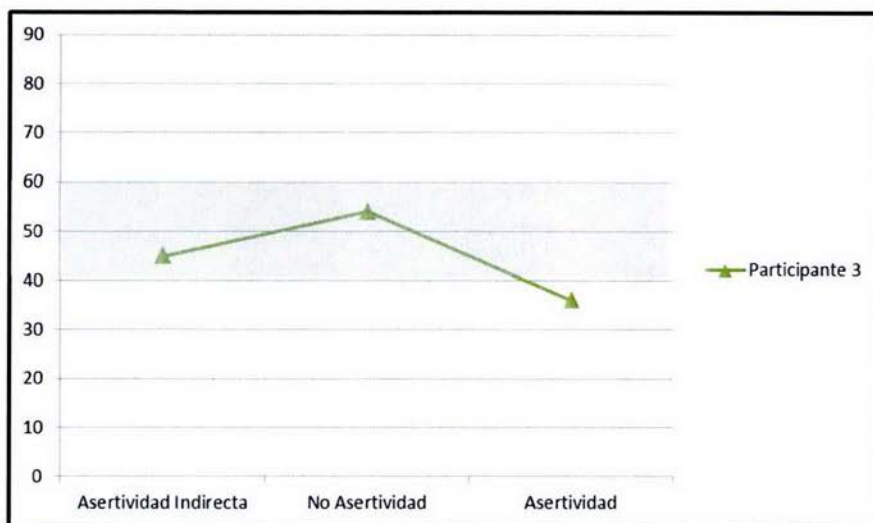
Gráfica 1: Pre test participante 1

El instrumento describe un puntaje medio que se coloca entre los 40-60 puntos, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas por la participante 1, puede observarse que se encuentra en la parte inferior de la media descrita en el instrumento, siendo así que las puntuaciones de las diferentes áreas están separadas por un punto y aunque puede decirse que la puntuación del área de asertividad es la mas alta con 45 pts., le siguen el área de asertividad indirecta de 44 y la de no asertividad con 43 pts., por lo que se infiere que si bien, puede ser asertiva en algunas circunstancias no lo es en todas, esto hace que se limite su toma de decisiones, expresión de sentimientos, pensamientos e ideas, aceptación de cumplidos, defensa de sus derechos o de castigos injustificados; su trabajo muchas veces limita su conducta mostrándose pasiva, por lo que cede ante peticiones con las que no está de acuerdo o simplemente no defiende sus ideas.



Gráfica 2: Pre test participante 2

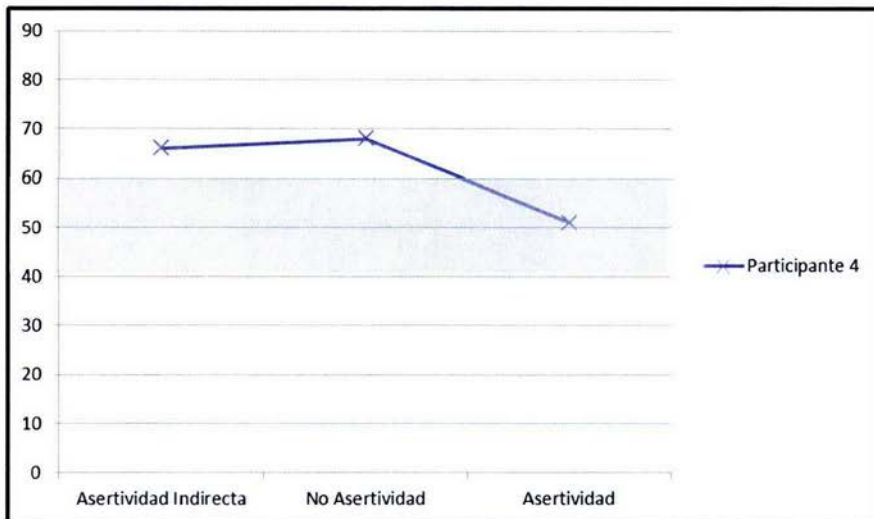
Las puntuaciones de la participante 2 se encuentran por encima de la media (40 – 60 pts.), siendo mas alta la escala de *no asertividad* con 70pts., por lo que tiende a presentar dificultad para expresar sus sentimientos, deseos, opiniones e incluso iniciar la interacción con otras personas y el manejo de la critica, la escala más baja fue la de *asertividad indirecta* con 62 pts., lo que nos indicaría que en ciertas situaciones es capaz de enfrentamientos directos ya sea con familiares, amigos o personas de su entorno, puede manejar la crítica y recibir alabanzas, presentando una limitación al expresar sus sentimientos, deseos, opiniones, limitaciones, manejar la crítica e interactuar con otras personas; sin embargo, cuando tiene contacto con alguna persona puede expresarse convencida de lo que piensa y se muestra así asertiva, con lo que también le sería fácil manejar correctamente tanto criticas como cumplidos.



Gráfica 3: Pre test participante 3

Las puntuaciones que la participante 3 obtiene, se encuentran dentro de la media en dos de las escalas y una por debajo de esta. En este caso la escala más alta, es la de *no asertividad* con 54pts., indicándonos que tiene dificultad para comunicarse, tanto en el plano emocional, personal e incluso laboral, tendiendo a no poder expresarse con total seguridad sobre sus sentimientos, por lo que se guarda sus emociones, pensamientos y le es difícil aceptar las críticas; como puntaje más bajo, se encuentra la escala de *asertividad* con 36pts., lo que confirmaría la inhabilidad para expresarse.

Por lo anterior, la participante 3 tendería a presentarse como una persona pasiva, implicando el no poder relacionarse correctamente con las personas que le rodean, la incapacidad para defender sus pensamientos y sensaciones por lo que en la mayoría de las ocasiones aparta sus ideas, derechos y opiniones acatando los de los demás sin expresarse libremente, también le es difícil aceptar sus limitaciones, hacer peticiones y manejar la crítica.

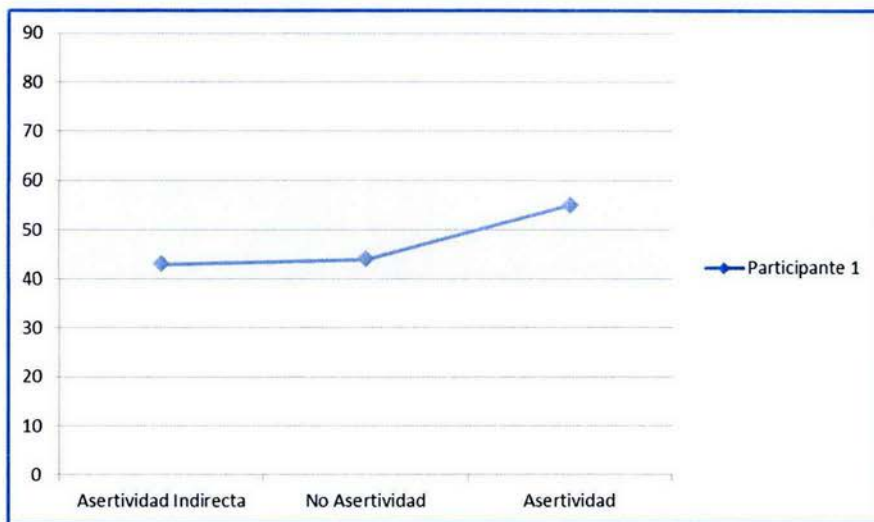


Gráfica 4: Pre test participante 4

Las puntuaciones de la participante 4 la sitúan por encima de la media en las áreas de *asertividad indirecta* con 66 pts., y *no asertividad* con 68 pts., y el área de *asertividad* con 51 pts., dentro de la media. De acuerdo con las puntuaciones la participante tiende a ser una persona no asertiva siendo incapaz de expresar tanto sentimientos y pensamientos como sus ideas y peticiones. También se le dificulta interactuar con otras personas y el manejo de críticas y cumplidos. Dado que la puntuación más baja se encuentra en el área de asertividad, indicaría que aunque tiene la capacidad para expresarse, manejar la crítica o interactuar con otras personas, se limita en la mayoría de las situaciones, por lo que se presenta como una persona insegura, incluso sumisa, pues le cuesta trabajo interactuar con las personas y en la mayoría de las ocasiones no puede expresar libremente sus pensamientos, ideas sentimientos y por lo tanto no puede manejar correctamente la crítica ni los cumplidos.

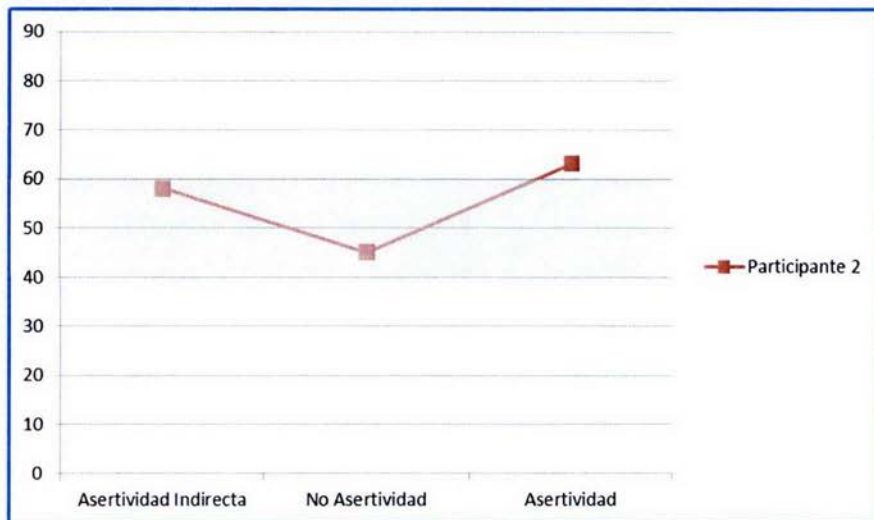
Se hace la aclaración que esta participante no terminó el programa debido a que cesó sus labores en la Fundación participando únicamente hasta la cuarta sesión, por lo que sólo se obtuvo la evaluación del pre-test.

La evaluación realizada después de la intervención, dio como resultados los siguientes puntajes:



Gráfica 5: Pos test participante 1

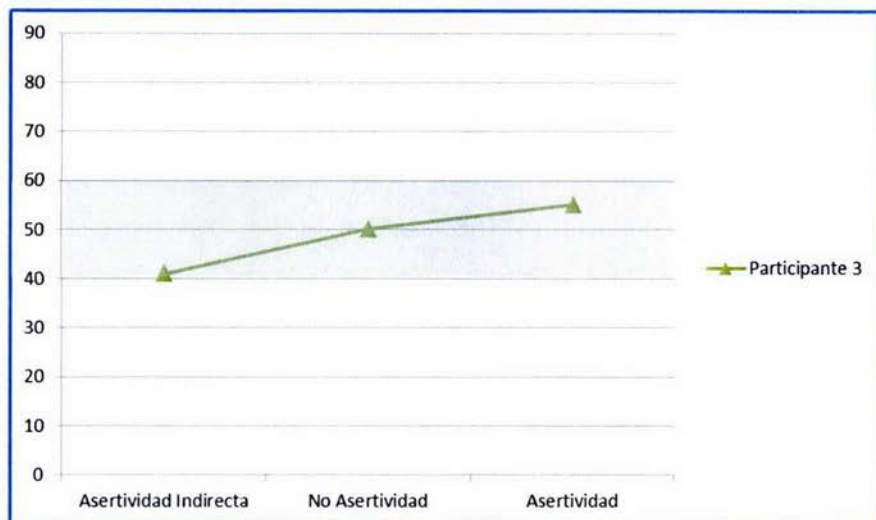
Las puntuaciones más alta se encuentra en el área de asertividad con 55 pts., esto, señalaría que adquirió la habilidad para expresar emociones y sentimientos, puede defender sus derechos, manejar la crítica y aceptar los cumplidos mostrándose más segura; se observa también que las áreas de asertividad indirecta con 43 pts., y no asertividad con 44 pts., se encuentra en el límite inferior de la media (40-60), por lo que se infiere que en algunas situaciones evitaría los enfrentamientos directos o la interacción con alguna persona.



Gráfica 6 Pos test participante 2

La participante 2 obtiene la puntuación más alta en el área de asertividad con 63 pts., lo cual se ve reflejado al poder expresarse con más libertad a cerca de sus sentimientos, pensamientos, ideas, manejo de la crítica y aceptación de cumplidos. Se observa que la puntuación más baja se encuentra en el área de no asertividad con 45 pts., lo cual supondría que en circunstancias especiales, no puede expresarse libremente.

Aunque la participante 2 muestra una puntuación mas alta en el área de asertividad, estas habilidades adquiridas pueden verse limitadas e incluso anuladas por comportamientos como la evitación, pues limitaría el contacto o los enfrentamientos cara a cara con personas retadoras o muy enérgicos mostrándose un poco insegura, sin embargo será capaz de verbalizar correctamente sus sentimientos y pensamientos al igual que transmitirá ideas y necesidades, podrá defender sus derechos sin llegar a un enfrentamiento haciéndolos ver como peticiones y manejará o sobrellevará las criticas o cumplidos.



Gráfica 7: Post test participante 3

La participante 3 obtiene puntuaciones que se colocan dentro de la media, la puntuación más alta se encuentra en el área de asertividad con 55 pts., de lo que se infiere que tiene la habilidad para expresar sentimientos, pensamientos e ideas, además de manejar las críticas y cumplidos mostrándose por tanto más segura, expresándose libremente; la puntuación más baja se encuentra en el área de asertividad indirecta con 41 pts., mostrando que puede tener enfrentamientos cara a cara además de expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimientos.

Sin embargo, no existe mucha diferencia entre las áreas de no asertividad y asertividad, por lo que aunque se muestre más segura, podrían verse en cierta manera afectadas las habilidades adquiridas en el área de asertividad, pues en algunas situaciones podría limitarse al no expresar sus sentimientos o dificultándose iniciar la interacción con otra persona.

DISCUSIÓN

Después de haber observado los resultados de la intervención, se confirma el hecho de que debe atenderse el circuito que sostiene el problema para después intervenir y lograr los cambios deseados como menciona Szprachman (2003) identificando y definiendo el problema, por otra parte, debieron tenerse en cuenta también las ideas o percepciones que las participantes tenían acerca de quienes les rodean en el ambiente laboral y social, acerca de la interacción con sus compañeros o con personas allegadas, aquí es donde se reafirman las ideas de Ellis ya que cada idea o percepción que se tiene sobre una situación o de una persona servirá para que la persona actúe de forma positiva o negativa.

Por ejemplo cuando una de las participantes percibía una interacción o situación con su ambiente o con una persona como un problema y no podían resolverlo esto les causaba un malestar por lo que D'Zurrilla y Godfried citado en Reynoso Erazo (2005) idearon la estrategia de solución de problemas con el objetivo de ayudar a definir y encontrar una solución ya que el no definir correctamente el problema estaría causando una serie de soluciones ineficaces por lo que es necesario interrumpir estas soluciones y definir los comportamientos ineficaces para poder cambiarlos por acciones efectivas.

Asimismo tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad, lo cual concuerda con lo que se plantea en la Terapia Racional Emotiva, donde se considera al ser humano capaz de actuar de forma racional e irracionalmente, teniendo en cuenta el importante papel que juegan las evaluaciones que se hacen sobre las personas y situaciones y que llevan a responder de forma positiva o negativa; por lo que en los participantes se asumió la tarea de identificar las ideas irracionales que les llevaron a comportarse de forma negativa tanto en su ambiente laboral como en el social y familiar, ya que de acuerdo con este enfoque las percepciones perjudican la respuesta y esta a su vez a las percepciones posteriores, lo cual forma un circuito cerrado que perjudica los comportamientos Lega, I. Leonor., Caballo, Vicente E., Ellis, Albert (2002).

Clínicamente se observó que antes de la aplicación de la terapia breve individual las participantes se presentaban muy poco asertivas teniendo algunas ideas irracionales como: "posiblemente le caigo mal", "me critican", o como en el caso de la participante no. 1 donde ella expresaba: "hay mucha envidia y coraje hacia mí", "porque yo si puedo hacerlo y ellas no", "sólo me lo piden a mí", etc., o se mostraban ansiosas como en el caso de la participante no. 4; por lo que presentaban conductas de evitación, enfrentamiento u hostiles, y algunas veces no defendían sus puntos de vista o ideas. Estas situaciones afectaban directamente en el trato con los pacientes y con su vida en general por lo que es de mucha importancia tener en cuenta la calidad de vida del cuidador asumiendo que es la percepción que este tiene su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses de acuerdo con la OMS; por lo que la utilización del enfoque Racional Emotivo resulta adecuado para este caso pues tenia que incidirse en las percepciones, las ideas, las emociones y las acciones de los participantes.

De acuerdo con la Escala Multidimensional de Asertividad (anexo 2), los resultados que obtuvieron las tres participantes en el pos test, coincide con la idea de que al atender directamente lo que mantiene el problema se lograra un cambio en la conducta, siendo así que se resuelvan de manera efectiva los problemas, esto, obviamente es posible a través de una serie de pasos en el que debe incluirse conocer las ideas irracionales que se tienen, definir el problema y romper con las soluciones ineficaces.

Por lo que sabiendo que la conducta de los participantes era resultado de su percepción, el hecho de haber definido las ideas irracionales para que después pudiesen darse cuenta de que aquella creencia o idea no era correcta fue importante para que pudiesen cambiar esta idea irracional a una mas racional y por consiguiente empezar a cambiar las conductas, esto no implica solamente el cambio de conductas en alguna situaci{on o ante alguna persona, sino que se aplique a la solución de problemas ya que al quitar las ideas irracionales puede definirse correctamente el problema y obtener una solución satisfactoria

CONCLUSIONES

A lo largo de la realización, aplicación e investigación de y para este proyecto y habiendo estado dentro de una institución como la Fundación Alzheimer, he podido observar de cerca la atención que necesita un paciente con demencia y por esto mismo, es imprescindible que la persona que se haga cargo del cuidado de dichos pacientes sea un profesional que tenga los conocimientos necesarios para esta labor.

Es aquí donde radica la importancia de este proyecto, pues podría ser que pase desapercibida la situación que la persona denominada como *cuidador formal* esté pasando tanto en el plano familiar como en el laboral, esto es importante porque el cuidador formal necesita además de contar con los conocimientos necesarios, también debe presentar una buena salud física y mental para poder cumplir con las obligaciones y demandas necesarias de su profesión.

Me parece importante poner especial atención en el cuidador y su calidad de vida, pues de acuerdo con los pensamientos, percepciones, sensaciones e ideas que tenga será como se enfrente y actúe en su medio, es decir, si el cuidador percibe su entorno o al mismo paciente como hostil, podría actuar de forma negativa.

Dentro de los conocimientos adquiridos fueron: la convocatoria a los participantes, de forma coherente, amigable y profesional, de ello dependía que la persona aceptara o no y dado que muchas personas tienen la idea de que el asistir a terapia (de cualquier tipo) es sólo para los enfermos o para los "locos" como lo expresaron en alguna ocasión las participantes; la invitación se hizo con un folleto entregado personalmente, explicándoles el motivo de este proyecto.

Adquirí también una grata experiencia al diseñar la forma en la que discurriría el programa de intervención, en este caso de terapia breve, pues entendí que este enfoque no es tan rígido y que el dar terapia va más allá de sólo escuchar al paciente ya que resulta más una interacción dentro de un marco de confidencialidad donde nosotros somos una guía para que el paciente pueda resolver por sí mismo el problema que le aqueja. El diseño del programa fue un

tanto complicado debido a que habría que ubicar totalmente lo que se quería entrenar en cada sesión y cuales eran los objetivos específicos.

Entendí también como es el trato de los pacientes durante terapia, cual es el compromiso que como terapeuta se adquiere y ser siempre muy observador y no dejarse llevar por las emociones que esto pueda traer; con esto no quiero decir que se debe de ser totalmente inflexible y mostrarse ajeno a alguna situación que pueda sonar conocida durante terapia, sino entender que todos somos humanos y que entendemos las cosas de forma diferente y por lo tanto no podemos juzgar a nadie.

Conocí y aprendí el modelo de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, un enfoque que nos habla de las capacidades humanas y de la racionalidad que no nos han enseñado en ningún lado, asociado a esto aprendí lo que es la terapia breve un sistema corto donde pueden darse cambios significativos y como es que debe iniciarse, desde la entrevista inicial hasta el final de las sesiones.

Por último la importancia del cuidador, no sólo con pacientes con demencia, sino, en general, ya que durante la aplicación del proyecto pude darme cuenta que el cuidado de un enfermo (de cualquier naturaleza) es una tarea ardua y siempre exigente, donde el cuidador necesita los conocimientos necesarios y merece una buena calidad de vida.

Aprendí a trabajar con un equipo interdisciplinario al tener que ponerme de acuerdo con un equipo de trabajo ya establecido para poder planear la hora y día de las sesiones de terapia.

Dentro de la aplicación de este proyecto hubo también limitantes; una de ellas y a mi parece la más importante, la pérdida de control de algunas situaciones como vacaciones, descansos, ausentismos, incapacidades y el término de relaciones laborales en un caso. Esto llevó a que el programa se prolongara y obviamente significo un doble trabajo, pues había que retomar lo anterior y volverlo a explicar para llevar una secuencia correcta y fiable de la terapia.

Otra limitante fueron los horarios que se establecieron para que las participantes asistieran a la terapia, ya que en algunas ocasiones tenían que salir rápidamente

por algún compromiso o como en el inicio de la terapia, se les veía apresuradas para irse a su casa, por lo que parecía que no estaban atentas; este último punto se fue minimizando en el paso de las sesiones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2006). **DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos**. Barcelona: Masson.
- Arango Lasprilla, Juan Carlos., Guinea Fernández Guinea, Sara (2003). **Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento**. : El Manual Moderno.
- Argüera Ortiz, Luis Fernando., Cervilla Ballesteros, Jorge., Carrasco Martín, Manuel (2006). **Psiquiatría Geriátrica**. España: Elsevier.
- Aso Escario, José., Martínez Quiñonez Vicente José., Calvo Arregui Ricardo (2005). **Demencias: Investigación, diagnóstico y tratamiento (2ª edición)**. España: Elsevier.
- Aso Escario, José (2004). **Aspectos médicos-legales de las demencias**. Barcelona: Masson
- Bermejo Pareja, Félix (1993). **Demencias: conceptos actuales**. : Díaz de Santos.
- CAAP (2007). **Evaluación neuropsicológica e intervención en demencias: la enfermedad de Alzheimer: (manual de formación)**. : CAAP-Formación.
- Centros de Humanización de la Salud (2005). **Manual de especialización para gerocultores y auxiliares geriátricos: síndromes geriátricos**. España: Cáritas.
- Flores Galaz, M. y Díaz Loving, R. (2004). **Escala Multidimensional de Asertividad**. México: El Manual Moderno.
- Giurgea, C.E. (1973). "The 'Nootropic' Approach to the Pharmacology of the Integrative Activity of the Brain." *Conditional Reflex*, Vol. 8, No. 2, pp.108
- Lega, I. Leonor., Caballo, Vicente E., Ellis, Albert (2002). **Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual**. España: Siglo XXI.

- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.** Barcelona: Masson.
- Morales Martínez, Fernando (Ed.). (2007). **Temas prácticos en Geriatria y gerontología Tomo I.** San José, Costa Rica: EUNED.
- Navas R., José J. (1981). **Terapia Racional Emotiva.** Revista Latinoamericana de Psicología, 13, 75-83.
- Organización Mundial de la Salud (1994). **CIE 10: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento.** Ginebra: Meditor.
- Peña-Casanova, Jordi; Robles Bayón A. (2003) **Guías en demencias.** Barcelona: Masson.
- Reynoso Erazo, Seligson Nisenbaum I. (2005) **Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual.** México: El Manual moderno.
- R. Carlson, Neil (1996). **Fundamentos de psicología fisiológica.** : Pearson.
- Robin Jacoby, Catherine Oppenheimer (2005). **Psiquiatría en el anciano.** España: Elsevier.
- Sociedad Española de Nefrología (2002). **Guías en demencias conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia.** España: Elsevier.
- Szprachman de Hubscher, Regina (2003). **Terapia breve: teoría de la técnica (1ª edición).** Buenos Aires: Lugar S.A.
- Timiras, Paola (1997). **Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría.** España: Elsevier.
- Vicente E. Caballo (2008). **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta.** España: Siglo XXI.

Fuentes electrónicas:

(2009). DEMENCIAS, PRIMERA CAUSA DE DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES. JOURNALMEX Periodistas de México. En [//journalmex.wordpress.com/2009/01/31/demencias-primera-causa-de-discapacidad-en-adultos-mayores/](http://journalmex.wordpress.com/2009/01/31/demencias-primera-causa-de-discapacidad-en-adultos-mayores/). Consultado en 08.27.2010

Bermejo Pareja, Félix (2010).

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/5105/be050257.pdf> Consultado en 10.13.10

Slachevsky, Andrea, Oyarzo, Francisco (2008). Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica. En www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Dementia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf. Consultado en 09.01.2010

Hughes T, Ganguli M. (2010). Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. Revista de Neurología. En www.anestesia-dolor.org/repositorio/Medicina-interna/6.Factores_de_riesgo_de_demencia_en_la_vejez_modificables_en_las_etapas_medias_de_la_vida.pdf. Consultado en 10.13.10.

Rodriguez, Liliam. Escuela para cuidadores.

www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia_tratamiento_y_clasificacion_liliam_rdguez.pdf. Consultado en 12.07.2010 en

www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.02.01.-caracteristicas-diagnosticas.html Consultado en 01.05.2011

www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19n2/articulos/cuidar/index.html Consultado en 15.04.2011

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA

Nombre: _____ Fecha _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Edo. Civil: _____ No. De hijos: _____

Lugar de Trabajo: _____

❖ *ÁREA ESCOLAR*

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS: _____

Tipo de institución educativa a la que asistió:

*Desempeño y tipo de problemas por cada grado.

1. **Primaria**

2. **Secundaria**

3. **Nivel medio superior**

4. Nivel superior

5. Otros estudios:

Si ha dejado algún nivel educativo incompleto, ¿cuál? y ¿por qué?

Como fue la Relación con:

- Sus compañeros: _____
- Sus profesores: _____

❖ *Laboral*

¿Cuántos empleos ha tenido y en donde?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Tiempo que ha durado en cada uno de sus empleos

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

Puesto desempeñado en cada uno de los empleos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Tipos de problemas en el trabajo y con quien

Fecha de ingreso a la Fundación: _____

Actividades realizadas en la Fundación: _____

Relación con los compañeros de trabajo:

Problemas que se te han presentado en la realización de tus actividades en la Fundación:

❖ **ÁREA FAMILIAR**

¿Tiene usted pareja? _____ Tiempo de convivencia con su pareja _____

¿Cuántos hijos tiene y de que edad? _____

Si tiene hijos, ¿son de su actual pareja? _____

¿Ha sido la única pareja? _____

¿Cuántas parejas ha tenido? _____

Nombre	Edad	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Dinámica Familiar:

¿Cómo es la relación de usted con las personas que viven en la casa donde habita?

- Relación con los padres:

- Relación con los hermanos

- Relación con otros familiares (si es que tiene contacto con ellos)

- Personas más allegadas a usted

❖ **ÁREA DE SALUD**

¿Con que frecuencia usted bebe? _____

¿Con que frecuencia usted fuma? _____

¿Ha probado algún estupefaciente? ____ Cual y a que edad _____

¿Has ingresado al hospital? _____

¿Por qué y cuanto tiempo? _____

¿Te han operado? ____ ¿De que? _____

¿Ha tenido accidentes? ____ ¿De qué tipo? _____

Adicciones propias o familiares:

Quien la presenta	Adicción	En caso de ser necesario, recibió tratamiento?
1		
2		
3		
4		
5		

Enfermedades más importantes en tu familia

❖ ÁREA SOCIAL

¿Con que tipo de personas le resulta más fácil relacionarse?

¿Tiene usted muchas amistades? _____

¿Tiempo de conocerlas? _____

¿Cada cuanto se frecuentan? _____

Actividades que más le gusta realizar:

¿Qué pasatiempos tienes?

¿Cada cuanto los realizas?

Relato de un día normal

Relato de su fin de semana

ANEXO 2

CUESTIONARIO: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

EMA

INSTRUCCIONES:

A continuación hay una lista de afirmaciones. Anote en la Hoja de respuestas el número correspondiente al grado en que está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay 5 respuestas posibles:

- = Completamente en desacuerdo. = En desacuerdo. = Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
= De acuerdo = Completamente de acuerdo.

Por favor conteste sinceramente. Gracias.

NÓ MARQUE ESTE CUADERNILLO

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Puedo reconocer públicamente que cometí un error. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No soy capaz de expresar abiertamente lo que realmente pienso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona, por teléfono que personalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Me es difícil expresar mis deseos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Puedo decirle a alguien directamente que actuó de manera injusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando discuto con una persona acerca del lugar donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me cuesta trabajo hacer nuevos(as) amigos(as). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Si tengo alguna duda, pido que se me aclare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Solicito ayuda cuando la necesito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Me es fácil aceptar una crítica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me es más fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Puedo pedir favores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 2 (cont.)

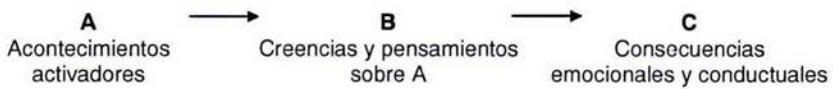
NO MARQUE ESTE CUADERNILLO

21. Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	1	2	3	4	5
22. Me molesta que me digan los errores que he cometido.	1	2	3	4	5
23. Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
24. Puedo decirle a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
25. Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo(a), por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
26. Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta.	1	2	3	4	5
27. Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que no sé como realizar.	1	2	3	4	5
28. Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	1	2	3	4	5
29. Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	1	2	3	4	5
30. Es difícil para mí alabar a otros.	1	2	3	4	5
31. Me es difícil iniciar una conversación.	1	2	3	4	5
32. Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
33. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado(a).	1	2	3	4	5
34. Me da pena participar en las pláticas por temor a la opinión de los demás.	1	2	3	4	5
35. Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
36. Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
37. Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
38. Acepto sin temor una crítica.	1	2	3	4	5
39. Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	1	2	3	4	5
40. Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito que personalmente.	1	2	3	4	5
41. Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	1	2	3	4	5
42. Me cuesta trabajo decirle a otros lo que me molesta.	1	2	3	4	5
43. Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	1	2	3	4	5
44. Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
45. Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	1	2	3	4	5

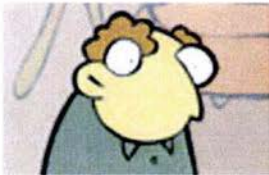
ANEXO 3

EL MODELO DE LA TRE

"No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba"
-Epicteto-



A. Juan ve un libro.



B. Juan cree y siente que... Este libro puede ser muy malo o muy aburrido, además no se ve muy interesante. Tan solo verlo me da sueño.



C. Pensamientos negativos de este tipo, hacen que Juan tenga una mala sensación y poco interés sobre el libro



Estos pensamientos negativos que tuvo Juan (en B) sobre el libro (en A) lo llevaron a tomar la decisión de dejar el libro (en C).



Por lo tanto, dado que las acciones siguen a los sentimientos, Juan decide dejar el libro y no regalarlo, porque no tuvo una buena sensación acerca de él.

En la siguiente situación, Juan ve el mismo libro, solo que esta vez, tiene pensamientos positivos a cerca de este por lo que...

A. Primero Juan ve un libro



B. Entonces, Juan piensa y cree:



C. Estos pensamientos positivos, hacen que Juan tenga una sensación muy buena a cerca del libro como un regalo.



La situación anterior muestra como es que los pensamientos y creencias de Juan (en B) acerca de un acontecimiento (en A) ocasionan su sentimiento (en C). En la siguiente imagen vemos como sus acciones siguen a sus sentimientos:

Los pensamientos y sentimiento positivos de Juan lo llevan a regalar este libro a su abuelo.



Recuerda: El libro (en A) no hizo que Juan tuviera una sensación positiva del libro (en C), sino, fueron sus pensamientos a cerca del libro los que le hicieron tener una buena sensación.

Ejercicio:

Como has visto, los acontecimientos y hechos (A) no son lo que ocasionan tus sentimientos (C), sino son tus pensamientos (B) los que los ocasionan.

Observa la siguiente situación y contesta lo que se te pide:

A. Supón que observas a uno de los pacientes que están dentro de la Fundación



B. Tu *piensas* y *sientes* que es una puede ser una persona agradable



C. Estos pensamientos que tienes, te llevan a tener una buena sensación sobre esta persona.

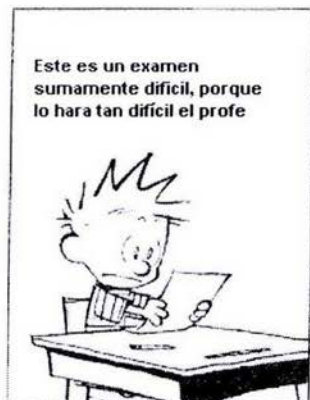


En base a la situación anterior:

1. ¿A dónde crees que conduzcan los sentimientos que se tuvieron en la situación anterior?
2. Si los pensamientos (en B) hubiesen sido negativos, ¿cual sería el resultado (en C)?
3. ¿Qué es lo que hizo que hubiera un buen sentimiento (en C)?

ANEXO 4

EL PENSAMIENTO IRRACIONAL Y LAS 11 CREENCIAS IRRACIONALES DE ELLIS



“Los seres humanos tenemos una extraordinaria capacidad para convertirnos en personas irracionales”

Albert Ellis

Según Ellis, estas once ideas *irracionales* son las que subyacen a nuestros desajustes emocionales:

1. *Es de suma necesidad que nos quieran y aprueben todas las personas significativas de nuestra vida.*
2. *Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida, para poder considerarnos personas de valor.*
3. *Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigadas y penalizadas.*
4. *Es tremendamente horroroso que las cosas no nos salgan tan perfectas como deseáramos que salieran.*
5. *La infelicidad humana se debe a causas externas y nosotros tenemos capacidad para controlar nuestras emociones perturbadoras.*
6. *Todas aquellas situaciones amenazantes o que nos pueden dar grandes preocupaciones o traernos conflictos, deben ser evitadas a cualquier precio.*
7. *Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.*
8. *Uno debe ser siempre dependiente de los demás y tener a alguien mas fuerte en quien confiar.*
9. *Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta presente; no podemos nunca librarnos de la influencia del pasado.*
10. *Deberíamos preocuparnos mucho por los problemas y trastornos de otras personas.*
11. *Siempre hay una solución única y perfecta para cada problema, y esta es la que debemos encontrar, o de lo contrario fracasaremos.*

ANEXO 5

EL PENSAMIENTO RACIONAL Y SUS CARACTERÍSTICAS



Los criterios para saber si un pensamiento es racional son:

1. Son verdaderos (están basados en la realidad)
2. Te llevan a proteger tu vida
3. Te llevan a conseguir rápidamente lo que tú quieres
4. Evitan que te sientas del modo que no quieres sentirte
5. Te evitan los problemas que no quieres

Ejercicios: A continuación se te presentan algunos pensamientos, deberás mencionar si es un pensamiento racional y en caso de que no sea racional, deberás de describir porque no lo es.

1.



2.



3.



4.



ANEXO 6

PENSAMIENTO IRRACIONAL Y RACIONAL

Pensamiento irracional



Pensamiento Racional



Como puedes ver, un pensamiento irracional, nunca es objetivo y por lo tanto no es REAL, mientras que el *pensamiento racional* está basado en la realidad y por lo tanto es VERDADERO.

Ejercicios: A continuación se te presentan algunos pensamientos, deberás mencionar que tipo de pensamiento es, si racional o irracional y, en el caso de los pensamientos irracionales, dar un posible pensamiento racional.



3.



4.



ANEXO 7

ESTILOS DE RESPUESTA



Estilo de respuesta *No asertiva*



Estilo de respuesta *Agresiva*



Y no me digas que no hiciste nada
porque yo se que fuiste tu...



Estilo de respuesta *Asertiva*



Siento que esto ya no funciona y que
cada quien debería de seguir su
camino..



los siento... se
terminó.



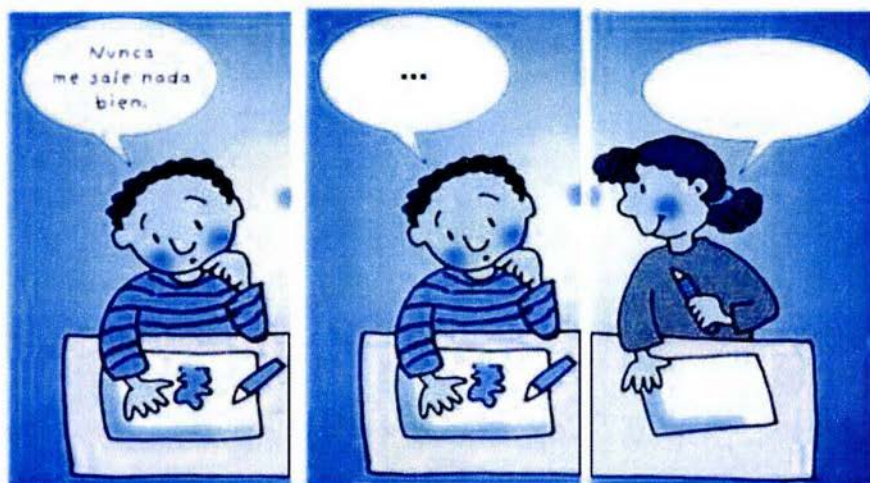
ANEXO 8

ESTILOS DE RESPUESTA (Repaso)

Como has visto, hay tres tipos de respuesta, el agresivo, el no asertivo y el asertivo, en las siguientes situaciones tendrás la oportunidad de repasar lo aprendido.

Ejercicio: Se te presentan una serie de situaciones donde tendrás que poner un diálogo según los tipos de respuesta antes visto.

1. Anita y Juanito están dibujando, pero al parecer Juanito tiene problemas...



¿Según la secuencia de imágenes, cuál crees que sería la respuesta de Anita?

2. Esther vive un poco bajo presión.... Y al llegar a casa, discute con su marido.



¿Según la imagen, cual crees que sería el diálogo del esposo?

3. Abigail, ha llegado a su nuevo trabajo, ella a hecho un encargo como mejor ha creído que saldría, sin embargo...



¿Qué diálogo le pondrías a Abigail, después de que ha sido regañada y es nueva en el empleo? _____

Ejercicios: A continuación se te presentan algunas situaciones que tiene que ver con tu labor en el cuidado del paciente con Alzheimer, en cada una de estas, trata de responder cuál es el estilo de respuesta que se da y porque.

Situación 1.- Supón que uno de tus compañeros te reclama porque no ayudaste a un paciente llevándolo al sanitario.

COMPAÑERA: Óyeme! Porque no llevaste a Luis al sanitario, ahora habrá que cambiarlo!

TU: Estaba ocupada con otro paciente y no me percaté de eso

COMPAÑERA: Pues espero que puedas apurarte más para que no suceda otra vez

TU: Disculpame, trataré de que no suceda de nuevo

Esta es una respuesta: _____

¿Por qué? _____

Situación 2.- Alguien ha tomado la lista de pacientes que asistieron el día de hoy, por lo que:

TU: ¿Dónde esta la lista de asistencia?

COMPAÑERA: A la tengo yo, estaba checando unos nombre

TU: ¡No me importa!, ¡asegúrate de que yo ya no la use cuando la quieras tomar!

Esta es una respuesta: _____

¿Por qué? _____

Situación 3.- Es hora de darle su colación a los pacientes, por lo que tu tomas un plato y lo dejas un momento sobre una mesa para coger un vaso con agua, al voltearte, no encuentras el plato, por lo que:

TU: Disculpa Leti, ¿tomaste el plato de colación que estaba sobre esta mesa?

COMPAÑERA: Si, pensé que no era para nadie, así que se lo di a un paciente.

TU: Esta bien, solo procura avisarme, porque podría haber sido para alguien con una dieta especial.

COMPAÑERA: De acuerdo, no pensé en eso.

Esta es una respuesta: _____

¿Por qué? _____

ANEXO 9

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



ANEXO 10

Puesta en práctica de la solución de problemas

En los siguientes ejercicios pondrás en práctica los elementos que componen el proceso de solución de problemas:

En la siguiente situación ordena las imágenes de acuerdo a los pasos de solución de problemas y menciona en que etapa esta:

Arturo se disponía a salir por la mañana, en su coche, pero...



Uno de los cuidadores de la institución, se encuentra con Juanito y le pregunta como se encuentra hoy...

