



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TERAPIA DE RELAJACIÓN PARA MANEJAR LA ANSIEDAD  
EN PACIENTES CON DEMENCIA.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PARA  
OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**CECILIA DEL ROCIO CONTRERAS GONZALEZ.**

**DIRECTORA DEL PROYECTO: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ  
REVISORA: ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE-CORIA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Agosto, 2014.



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.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Concepto de Demencia.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Antecedentes Históricos.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Etiología.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Factores de riesgo.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Características.....</b>	<b>18</b>
<b>1.6 Clasificación.....</b>	<b>23</b>
<b>1.7 Diagnóstico.....</b>	<b>27</b>
<b>1.8 Tratamiento.....</b>	<b>30</b>
<b>1.9 Epidemiología.....</b>	<b>38</b>
<b>1.10 Ansiedad.....</b>	<b>40</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>Propósitos fundamentales.....</b>	<b>48</b>
<b>Población destinataria.....</b>	<b>48</b>
<b>Espacio de trabajo.....</b>	<b>49</b>
<b>Fases.....</b>	<b>52</b>
<b>Diagrama de Gantt.....</b>	<b>53</b>
<b>Cartas descriptivas.....</b>	<b>54</b>
<b>Materiales.....</b>	<b>66</b>
<b>Estrategias de evaluación.....</b>	<b>66</b>

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>79</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población mundial ha sufrido importantes cambios en su estructura por edades ,sobre todo en los países desarrollados .La disminución de la inmortalidad ,el control de la natalidad y la creciente esperanza de vida han hecho posible que una gran parte de la población alcance la vejez .Este incremento de la longevidad ha ido paralelo a la aparición de enfermedades ligadas a la edad ,sobre todo a aquellas que se deben a pérdidas físicas y mentales que surgen durante el proceso de envejecimiento .

Dentro del contexto de las enfermedades ligadas a la edad ,las demencias son las enfermedades que despiertan mayor preocupación clínico sanitaria ya que aparte de ser, para este grupo de edad ,la primera causa de incapacitación y muerte ,provocan unos gastos sanitarios muy elevados difíciles de asimilar por los sistemas sanitarios .En España ,en la población de 60 o más años ,el número de personas con demencia ,y respecto a la población de 1980 ,aumentó en un 50%en el año 2000 y se duplicaría para el año 2025.

Se denomina demencia a un síndrome adquirido del cerebro, generalmente de naturaleza crónica y/o progresiva, en la que se ven afectadas múltiples funciones corticales, entre ellas la memoria. Suele ir precedida y/o acompañada de alteraciones del control emocional, comportamiento social o la motivación. Es originada por diferentes causas, entre ellas: procesos degenerativos, vasculares, infecciosos, metabólicos, tóxicos, carenciales y neoplásicos.

Las demencias adquieren especial importancia en las personas de edad avanzada. La enfermedad de Alzheimer, es sin duda el tipo más frecuente de demencia, con una prevalencia estimada entre un 60 a un 80% del total de casos de demencia. Es la causa más común de demencia en edad avanzada y afecta al 7%-10% de los individuos mayores de 65 años y, posiblemente, al 40% de aquellos que sobrepasan los 80.

Otra de las principales causas de demencia en personas mayores, es la demencia asociada a patología vascular por hemorragias o infartos cerebrales. La proporción de demencias que pueden achacarse directamente a causa vascular es del orden del 15%. Según los datos de EURODEM su prevalencia en Europa oscila entre un 0% y un 1% para el grupo de edad de 65 a 69 años y entre un 2% y un 8% entre las personas mayores de 90 años. Es más frecuente en varones si bien esta diferencia se invierte a partir de los 85 años a partir de los cuales la prevalencia es más alta en mujeres.

La Enfermedad de Alzheimer y procesos de origen vascular pueden presentarse juntos, dando lugar a lo que se conoce bajo el término de demencias mixtas. La demencia representa un serio problema de salud mental en los países desarrollados y probablemente pronto lo será en la mayoría de los países. En Estados Unidos de Norteamérica, 2.5 a 5% de las personas mayores de 65 años presentan un cuadro demencial; esta cifra se incrementa a 10% cuando se toman en cuenta las formas leves y moderadas de la enfermedad (Rowe, 1985) y aumenta hasta 20% entre los 80 y 90 años de edad- El costo de atención a esa población, sobre todo la más afectada, es muy elevado y significa una carga financiera muy pesada para el estado.

La supervivencia de los pacientes que padecen demencia de tipo Alzheimer o vasculares reduce a la mitad con respecto a la población de la misma edad sin trastornos demenciales; la muerte sobreviene cuatro o cinco años después de iniciada la enfermedad (Molsa, 1984).

En un extenso artículo sobre la enfermedad de Alzheimer, la revista norteamericana *Newsweek* (1984) la denominó "la enfermedad del siglo"; Katzman (1986), en una excelente revisión, la calificó de "problema mayor de salud pública".

Es así como surge la necesidad de implementar programas de intervención en áreas específicas que permitan detener el avance del deterioro. Los pacientes que padecen de algún tipo de demencia comúnmente también presentan depresión y ansiedad, esta última muchas veces imposibilita su adaptación a la institución así

Como al grupo familiar y social, por lo que se considera de suma importancia elaborar un programa de intervención para disminuir la ansiedad en los pacientes a través de una técnica de relajación.

Por ello el objetivo es optimizar la atención que se brinda en la institución para poder favorecer la integración del paciente a las actividades de la institución así como a su vida diaria y de esta forma mejorar la relación y adaptación en el núcleo familiar y social y principalmente retrasar el deterioro de la enfermedad a través del programa de relajación que busca obtener una disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes que les permitirá participar en otras áreas de su rehabilitación ya que al disminuir la ansiedad ayudara a la ejecución en las actividades y se promoverá la participación en las mismas así como la integración a la institución y en sus actividades diarias.

## **ANTECEDENTES.**

### **1.1. CONCEPTO DE DEMENCIA.**

A continuación se mencionarán algunos de los conceptos de demencias según sus autores:

Demencia (del latín de-Mens, sin mente) se define como un deterioro global de las funciones cognitivas e intelectuales, caracterizado por un defecto de las cinco funciones mentales principales, orientación, memoria, intelecto, juicio y afecto pero sin persistencia de una clara conciencia (Timiras, 2004).

Cummings y Benson citado (en Hernández 2008) explican la demencia como una deficiencia adquirida y persistente de la función intelectual, que afecta a la menos tres de los aspectos de la actividad mental (el lenguaje, la memoria, las habilidades viso espaciales, la personalidad y la cognición).

Ostrosky-Solís en (Lasprilla-Ardila 2003) define a la demencia como un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

Otra definición propuesta por Mesulam 1986 citado en Lasprilla-Ardila (2003) define a la demencia como un síndrome clínico que consiste en un inicio insidioso de trastornos cognoscitivos y de comportamiento, con un deterioro progresivo que eventualmente interfiere con actividades de la vida diaria que son apropiadas para la edad del paciente. Enfatiza que en la demencia, el decremento intelectual puede afectar cualquier dominio cognoscitivo, incluyendo memoria, lenguaje, atención, orientación espacial o pensamiento. El deterioro en la conducta o comportamiento involucra cambios en las funciones complejas cognoscitivas y operaciones del comportamiento

relacionadas con introspección, juicio, modulación de conductas dentro de un contexto social, regulación de impulsos y del estado de ánimo.

Por su parte García (2006) define a la demencia entonces como un síndrome de naturaleza orgánica, caracterizado por una decadencia progresiva y global de las funciones intelectuales con conservación de la conciencia, de intensidad tal que es capaz de inferir en la actividad social y laboral, el proceso de demencia se manifiesta especialmente mediante trastornos de la memoria y de la orientación, con alteraciones en la comunicación verbal, en la afectividad, en el juicio y el pensamiento, y en la psicomotricidad; también se presenta apraxia, no obstante conviene señalar que estas alteraciones no evolucionaran con la misma rapidez en todos los individuos y, en una misma persona, la progresión de cada una de estas alteraciones puede ser diferente.

En su concepto actual y haciendo referencia a anteriores definiciones, la demencia puede definirse como un síndrome adquirido pluri etiológico, de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, y acompañado con frecuencia de otros trastornos psiquiátricos, que ocurre sin alteración del nivel de conciencia y afecta el funcionamiento social y ocupacional (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000 citado en Ballesteros, 2006)

Según el DSM-IV-TR las demencias son consideradas por el DSM-IV-TR (2000) como un grupo de trastornos que se presentan con déficit múltiples de tipo cognoscitivo (incluyendo deterioro de la memoria) y comparten un declive significativo en comparación con los niveles de funcionamiento previos del individuo, de tal modo que lo conducen a una disminución en su capacidad funcional a nivel social u ocupacional.

Moreno (2004) refiere que la demencia es un Síndrome clínico adquirido y progresivo caracterizado por afectar las funciones intelectuales superiores y constituido por: Deterioro de la memoria en el corto y largo plazo presencia de por

lo menos uno de los siguientes déficits cognitivos: Afasias, Agnosias Apraxias y/o alteración de funciones ejecutivas Alteración de conducta: Laboral y social, no debe existir alteración de nivel de conciencia.

Villalpando (2006) refiere que la demencia se define como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia.

La demencia es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos (Ostrosky 2003 en Arango 2003).

Agüera (1998) refiere que la demencia es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de determinadas funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel de funcionamiento previo del paciente .A estas dificultades se añade un deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de razonar, que permiten clasificar la demencia como un trastorno de la inteligencia.

Alberca (1988) "la demencia es un síndrome con diferentes causas etiológicas, que comprenden procesos degenerativos primarios del Sistema Nervioso Central hasta trastornos vasculares, tóxicos, traumatismos craneales, tumores, etc., y en ocasiones múltiples factores".

## 1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Antes de abordar el tema de demencias es importante conocer algunos antecedentes históricos que se mencionaran a continuación:

El término demencia deriva del latín de (privativo) y mens (inteligencia), como todos los conceptos básicos de la psicopatología ha atravesado por etapas de transformación específicamente en el siglo XIX. El término demencia se encuentra ya en los primeros años de nuestra era, tanto en el marco médico como en el lenguaje popular, e indica a veces cualquier forma de locura o bien senilidad, como en las poesías satíricas de Juvenal. Curiosamente ambas acepciones siguen relativamente vigentes en el lenguaje popular de nuestros días. No obstante el concepto y la concepción de la demencia no se asocio necesariamente con el concepto de de senilidad hasta bien entrado el siglo XX. De hecho, por esta razón, Moresl, hacia 1860, y Kraepelin, 40 años más tarde no tuvieron ningún problema en denominar como "demencia precoz" un trastorno mental de presentación inicial en edad joven Berrios y Hausner (1988 en Vallejo, 2000).

A principios de siglo, la demencia tenía dos significados: una categorial legal, para referirse a cualquier forma de trastorno mental que incapacitara al individuo, y una categoría médica, como síndrome general que afectase las facultades de entendimiento, recuerdo y comparación (Esquirol). Esta categoría médica, basada principalmente en criterios de gravedad, incorporó poco después con Georget el criterio de irreversibilidad de modo relativamente unánime. A lo largo del siglo XI, las dos líneas conceptuales predominante fueron la psicológica o sindrómica, refeída al deterioro intelectual, y la médica o anatomoclinico, referida a la irreversibilidad producida por lesiones anatomopatológicas. Al irse perfilando descripciones clínicas más precisas, esta amplia concepción de la demencia se fue reduciendo paulatinamente. Por otro lado, la introducción de conceptos como estupor y más tarde el de confusión descrito por Chaslin, resolvió el problemas de las demencias agudas y reversibles. De todos modos, todavía Tuke en el último tercio de siglo y en su diccionario Psychological Medicine incluía

22 tipos de demencia, en los que aparecen desde todo tipo de trastornos orgánicos y cerebrales hasta lo que hoy se conoce como esquizofrenia Murray y Cervilla (1996, en Vallejo, 2000).

El término “demencia como enfermedad ha sido utilizado por una gran variedad de autores a lo largo de todo este tiempo. Durante el siglo I a. C. el poeta romano Lucrecio, utilizó el concepto de “locura” o “delirio” en la obra *De rerum natura*. Cicerón 106 – 43 a. C. contemporáneo de Lucrecio en su ensayo *De Senectute*, mencionaba la pérdida de memoria del anciano, enfermedad cerebral que va acompañada de un deterioro cognitivo y conducta anormal.

Al paso de varios siglos hasta que en el siglo IV d. C. Oribasio describió “*atrofia cerebral*” como un causante origen de la enfermedad.

En la Edad Media los médicos del Islam dieron una terminología y conceptos semejantes a los utilizados por los grecorromanos diferenciando la demencia de otras enfermedades.

En el siglo XIV, el término “demencia” comienza a aparecer en las lenguas europeas, así es como surge en Francia durante 1381 refiriéndose a “locura” o “extravagancia”. Hasta finales del siglo XVII, se dio como tal a los términos como *amentia*, imbecilidad, estupidez, simplicidad, idiotez, morosis y senilidad para aludir cuadros de un deterioro intelectual y del comportamiento causantes de incompetencia psicosocial del individuo.

A partir de 1700 comienza a usarse en Francia y posteriormente en países de Europa, el término de demencia para nombrar aquellos estados de disfunción cognitiva con una connotación médica.

A fines del siglo XVIII, los trastornos cognitivos ya habían sido identificados, se tenía una descripción semiológica de los principales síntomas y signos que estos manifestaban, además de la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque aún no se delimitaban como entidades autónomas los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos.

En 1726, Blancard difunde en diccionarios y enciclopedias, ya como una definición médica que se distingue de otras enfermedades mentales como la manía y el delirio, siendo Philippe Pinel en el siglo XVIII, quien decide usar el término amnesia y morosis refiriéndose a los trastornos cognitivos (comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, oscurecimiento del juicio) en los ancianos.

Antonie Bayle (1822), presentó un trabajo clínico patológico donde mostraba que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica (patología cerebral). Propuso este concepto como tal, propiciando una visión orgánica de las demencias, es decir, una enfermedad atribuible a una lesión en el sistema nervioso central.

En el siglo XIX, se identifican las demencias seniles y un sustrato neuropatológico, se menciona la presencia de lesiones en el Sistema Nervioso Central, se proponen taxonomías de las enfermedades mentales.

Morel, propuso diferenciar los trastornos mentales en seis categorías: hereditarias, tóxicas, asociadas con las neurosis, idiopáticas, simpáticas, y, sugiere que las demencias son enfermedades neurodegenerativas donde existe una pérdida progresiva del cerebro, y la disminución de su peso, es un hecho relevante en las demencias que de igual forma se encuentra presente en el envejecimiento, siendo una decadencia de la especie humana.

Emil Kraepelin (1845) al estudiar a los pacientes con demencia, noto que en alguno de ellos presentaban infartos que atribuyo a procesos arterioscleróticos y otros con tan solo una atrofia cortical. Definió "demencias orgánicas" a aquellas psicosis originadas por algunas enfermedades del sistema nervioso central, dando inicio a una mejor definición sobre demencia, y a su vez siendo el que da el nombre a la demencia más conocida y estudiada de los últimos años "Demencia de Alzheimer".

Binswanger (1894) fue el primero en descubrir la asociación entre la encefalopatía vascular subcortical progresiva con signos focales y las lesiones en la sustancia blanca cerebral.

A mitad del siglo XIX, los autores franceses, ingleses y alemanes consideraron a la demencia como un síndrome. En 1906, Marie definió las demencias como un síndrome que puede ser causado por cualquier otra enfermedad. Hasta finales del siglo XIX e inicios del XX, se ha buscado la manera de describir las distintas enfermedades que causantes de demencia. La primera distinción que surge se realiza entre demencias primarias y secundarias. En las demencias secundarias se incluyeron las demencias vesánicas (estado de deterioro que puede ser consecuencia de cualquier tipo de locura severa), las demencias primarias (estudio neuropatológico) son causadas por degeneración del parénquima cerebral o por lesiones vasculares (arteriosclerosis).

Hacia 1900 Burns describió tres tipos de demencia: senil, arterioesclerótica y subcortical, algunos otros trastornos relacionados incluían parálisis general de la locura, la demencia precoz y el deterioro cognitivo asociado a la psicosis funcional (depresión y manía, conocidas como demencias cesánicas, que después pasaron a denominarse pseudodemencia).

Alios Alzheimer (1906) describió el caso clínico de una mujer de 51 años, que desarrollo en un período breve y progresivo, pérdida de la memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia, parafasias y manía persecutoria. Al estudiar el cerebro de la paciente se observo la presencia de neurofibrillas (ovillos neurofibrilares) y de depósitos de una sustancia anómala (amiloide) que asoció a una marcada perdida de neuronas en la corteza cerebral, estas degeneraciones neurofibrilares son propias de la ancianidad normal y la enfermedad de Alzheimer las comparte conjuntamente con otras alteraciones.

La presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles en la demencia había sido descrita cinco meses antes (Fuller, 1907) y desde hacía 20 años se sabía que las

placas se asociaban a la demencia (Beljahow, 1889). Las ideas delirantes y alucinaciones habían sido descritas junto con el deterioro cognitivo (Marcé, 1863).

En 1950, el auge de investigación científica, formando grupos interdisciplinarios intenta diferenciar la demencia de otras enfermedades.

A principios del siglo XX se clasificó a todas las demencias bajo el título de trastornos mentales de la arteriosclerosis cerebral.

Hoy en día, las clasificaciones se centran en las causas de la enfermedad de Alzheimer y en la demencia senil, Martínez, (2000) refiere que:

“El paradigma para el estudio de las demencias ha cambiado radicalmente y hoy las demencias ya no son vistas como una enfermedad sino como síndromes producidos por numerosas enfermedades”.

### **1.3. ETIOLOGÍA.**

Las causas posibles de demencia son muy variadas pudiendo tener un origen relacionado con cualquier etiología médica en general (degenerativa, vascular, tóxica, metabólica, traumática, infecciosa, tumoral, etc.).

La enfermedad de Alzheimer ocupa el primer lugar de casos existentes seguida de la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, las demencias frontotemporales y otras de etiología mixta.

La clasificación de las demencias basada en su etiología, que pueden o no ser susceptibles de responder a un tratamiento médico o quirúrgico. Se puede clasificar en dos tipos:

1. Las demencias tratables o reversibles.
2. Las demencias no tratables o irreversibles.

Las demencias tratables tenemos las de origen tóxico por sustancias como: los metales pesados, agentes químicos utilizados en la industria, pero especialmente medicamentos psicotrópicos administrados por tiempo prolongado. La suspensión

de la droga o del agente tóxico hace desaparecer completamente o por lo menos mejorar sustancialmente el cuadro demencial.

Las demencias de origen metabólico, como: la encefalopatía hepática, urémica, hipotiroidea, nutricional (deficiencias de ácido nicotínico, que origina la pelagra; deficiencia de tiamina, que origina el síndrome de Wernicke-Korsakoff; déficit de vitamina B12 y ácido fólico) se mejoran o curan corrigiendo el defecto básico o administrando el suplemento hormonal o vitamínico adecuado.

El tipo de demencias tratables, son las producidas por patología intracraneana por hematoma subdural crónico, traumatismo craneano, hidrocefálea obstructiva, el síndrome de Hakims-Adams, los tumores intracerebrales asociados a edema difuso o a hidrocefalea. En estas demencias son muy efectivos los tratamientos neuroquirúrgicos.

En las demencias de origen infeccioso, como: la neurosífilis, la neurocisticercosis, la tuberculosis, las encefalitis virales, las micosis, se utilizan antiparasitarios, antibacterianos o antimicóticos específicos; en general, las demencias de origen viral no tienen un tratamiento específico, excepto la encefalitis por herpes que se puede tratar con aciclovir en los periodos iniciales de la infección.

Las demencias de origen vascular, como las hemorragias subaracnoides o intracerebrales producidas por aneurismas o malformaciones vasculares, puede tener un tratamiento médico y quirúrgico, mientras que los embolismos y trombosis, los infartos múltiples, las arterioesclerosis, la anoxia aguda o la hipoxia crónica pueden tener tratamientos médicos.

Las de origen autoinmune, como: el lupus eritematoso sistémico, el síndrome antifosfolípido primario, las colagenosis, poliarteritis nodosa que produce vasculitis diseminada en el sistema nervioso central pueden mejorarse con el tratamiento de la enfermedad (esteroides, anticoagulantes, etc.). Ciertas demencias originadas por cambios degenerativos que producen imbalance en algunos neurotransmisores como la enfermedad de Parkinson (desequilibrio entre la

dopamina y la acetilcolina), pueden ser mejoradas en la fase inicial con tratamiento farmacológico.

En las demencias irreversibles, sobre las cuales sólo se puede intervenir con medidas paliativas para mejorar ciertos síntomas, como el insomnio, la excitación, la agresividad o las crisis convulsivas. Entre ellas se consideran: la demencia de Alzheimer, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Pick y la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (Toro Greiffenstein R. José y Yepes Roldán E. Luis., 2004).

#### **1.4. FACTORES DE RIESGO.**

Los factores de riesgo son:

- **Edad.** El riesgo de la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y varias otras demencias aumenta significativamente con la edad. Sin embargo, la demencia no es una parte normal del envejecimiento.
- **La historia familiar.** Las personas con antecedentes familiares de demencia tienen un mayor riesgo de desarrollarla. Sin embargo, no muchas personas con antecedentes familiares presenta síntomas, y que muchas personas sin antecedentes familiares. Si usted tiene mutaciones genéticas específicas, usted está en riesgo significativamente mayor de desarrollar ciertos tipos de demencia. Pruebas para determinar si usted tiene por ejemplo las mutaciones genéticas están disponibles, pero sólo para los trastornos en los que se conoce la mutación específica, por ejemplo, enfermedad de Huntington.
- **El síndrome de Down.** En el momento en que alcancen la edad media, la mayoría de las personas con síndrome de Down desarrollan las placas y ovillos característicos de la enfermedad de Alzheimer, según estudios. Muchos, pero no todos, también desarrollan demencia.
- **El consumo de alcohol.** El consumo de grandes cantidades de alcohol parece incrementar el riesgo de demencia. Aunque los estudios han demostrado que cantidades moderadas de alcohol - un trago al día para mujeres y dos para los

hombres - especialmente el vino tinto, tienen un efecto protector, el abuso de alcohol que pone en mayor riesgo de desarrollar demencia.

- La arteriosclerosis. Esta acumulación de grasas y otras sustancias y en las paredes de las arterias (placas) es un importante factor de riesgo para la demencia vascular, ya que interfiere con el flujo sanguíneo al cerebro. Esto puede conducir a un derrame cerebral. Los estudios también han demostrado una posible relación entre la aterosclerosis y la enfermedad de Alzheimer.
- La presión arterial. La presión arterial demasiado alta, y también, posiblemente, demasiado bajo, puede ponerlo en riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer y demencia vascular.
- Colesterol. Los altos niveles de lipoproteína de baja densidad (LDL), el colesterol "malo", puede aumentar significativamente su riesgo de desarrollar demencia vascular. Algunas investigaciones también lo han vinculado a un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer.
- La depresión. Aunque todavía no se comprende bien, la depresión tardía, especialmente en los hombres, puede ser una indicación para el desarrollo de demencia relacionada con el Alzheimer.
- La diabetes. Si usted tiene diabetes tipo 2, que está en mayor riesgo de desarrollar tanto la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.
- Altos niveles de estrógeno. Altos niveles de estrógeno total en las mujeres se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar demencia. Esto puede ser determinado a través de un análisis de sangre.
- Los niveles de homocisteína en la sangre. Los niveles elevados de homocisteína en sangre. Un tipo de aminoácido producido por el cuerpo - puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Cuando funciona correctamente, su cuerpo descompone la homocisteína con vitaminas B-6, B-12 y ácido fólico. Si esto no sucede correctamente, puede ser debido a que no metabolizan bien estas vitaminas, o

que no tienen lo suficiente de ellos en su dieta. Los análisis de sangre pueden determinar si usted tiene niveles elevados de homocisteína.

- Fumar. Fumar aumenta la probabilidad de riesgo de desarrollar demencia, ya que lo pone en un mayor riesgo de aterosclerosis y de otros tipos de enfermedad vascular.

### **1.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS DEMENCIAS.**

El término demencia no se refiere a una sola enfermedad. Es una etiqueta que engloba una serie de enfermedades crónicas que presentan síntomas básicamente similares: un declive progresivo de todas las funciones intelectuales.

En concreto, la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.

La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. A menudo, los problemas que se observan en primer lugar se relacionan con la memoria del individuo de acontecimientos relativamente recientes.

El individuo tiene dificultades para recordar lo que ocurrió en el curso de los últimos días, horas o minutos.

Generalmente es difícil precisar bien el momento del inicio, pero se aprecia un empeoramiento progresivo. Otras veces, el déficit se ha puesto de manifiesto de forma brusca tras el fallecimiento de un cónyuge o tras el ingreso en un hospital, en el que el paciente se ha desorientado o ha mostrado síntomas de tipo confusional.

El funcionamiento de la memoria resulta afectado en su triple dimensión: la fijación de nuevos hechos, la conservación de los recuerdos y la rememoración de los mismos. Especialmente patentes son los trastornos siguientes: el olvido de lo vivido o aprendido unos momentos antes, amnesia de fijación y la pérdida progresiva de recuerdos que se va extendiendo desde la época reciente hasta la infancia, amnesia de conservación.

Los trastornos de la memoria, principalmente de la memoria inmediata, suelen encontrarse ya en los períodos iniciales de la enfermedad; los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material previamente aprendido.

En muchas ocasiones se tiene dificultades para interpretar los lapsos de memoria; pueden ser indistinguibles del olvido causado por la depresión o ansiedad, o por estar el individuo sometido a un elevado grado de estrés.

Los sujetos con demencia pueden perder objetos de valor como la cartera o las llaves, olvidarse de las actividades que estén realizando o bien perderse en barrios con los que no están familiarizados. A medida que la enfermedad progresa, el individuo llega a desorientarse en relación con el tiempo, el lugar y las personas.

El deterioro del lenguaje, afasia, puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos. En cuanto al lenguaje se debe evaluar su producción y comprensión. En referencia a la producción, el lenguaje se vuelve limitado, vago y vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como "cosa" y "ello". La desintegración del lenguaje se manifiesta pronto en el sentido de que el lenguaje se transforma en un auxiliar de la acción perdiendo su valor de comunicación. Pueden aparecer manifestaciones

como disartria, hipotonía, omisiones gramaticales que pueden llegar hasta el lenguaje telegráfico, y parafasias, sustitución de palabras o frases.

Las alteraciones fonéticas pueden ser muy variables y suelen afectar más a las consonantes que a las vocales. En las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden perder por completo la capacidad para hablar o presentar un patrón de lenguaje deteriorado caracterizado por perseveraciones verbales de tipo ecolalia, trastorno caracterizado por la repetición desordenada de frases o palabras que tienden a invadir todo el discurso en el que se repite, de manera automática, lo que acaba de decir otra persona, o palilalia, caracterizado por la repetición involuntaria y monótona de la misma palabra, sonido o de la misma frase. La evaluación de la producción del lenguaje del sujeto se puede examinar mediante preguntas sobre nombres de objetos presentes en la habitación o partes del cuerpo. La comprensión del lenguaje puede evaluarse mediante la solicitud de ejecución de órdenes simples por ejemplo pedirle al paciente que se levante de la silla, que tome un objeto etc.

Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia, deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas. La desintegración de las praxias hace referencia primero a las praxias constructivas, que pueden ser bien estimadas mediante la reproducción de un cubo. Después aparecen las dificultades de imitación de gestos y, por último, las alteraciones de las praxias ideatorias, de forma que ya resulta imposible la reproducción de los gestos adecuados a la utilización de un objeto, por ejemplo usar un cepillo para peinarse, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos, como mover la mano para saludar o despedirse. Este trastorno puede afectar a tareas cotidianas como cocinar, vestir y dibujar. En lo que respecta a las praxias del vestirse y desnudarse, se ha observado que suelen alterarse, primeramente, las praxias de vestirse y después las de desnudarse. La evaluación de las alteraciones en las habilidades motoras se puede realizar mediante la realización

por parte del sujeto de determinadas funciones motoras como por ejemplo copiar figuras tridimensionales, mostrar cómo se lava los dientes, etc.

Otro trastorno cognitivo presente en el diagnóstico de demencia es la agnosia, alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales de cualquiera de las aferencias cerebrales, sin pérdida sensitiva. Los falsos reconocimientos o errores de identificación pueden agruparse en cuatro categorías principales:

Errores referidos a la presencia de personas en la casa.

Esta categoría se refiere a la creencia de que hay personas en la casa que dicen no conocer y que se mueven por ella con total familiaridad (síndrome del huésped fantasma). Los sujetos pueden reaccionar de manera amistosa con estas presencias, entablando una relación familiar con ellas, o bien de forma hostil, con intentos de defenderse de ellas.

Errores en la identificación del propio yo del paciente.

Generalmente se manifiesta por la incapacidad del enfermo para reconocer su propia imagen en el espejo. En estos casos, el paciente puede llegar a interactuar con la imagen reflejada como perteneciente a otra persona de forma amistosa entablando conversación con ella o bien interpretar la imagen de forma hostil o persecutoria, llegando incluso a romper el espejo.

Errores 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. Puede hablar con los personajes, contestarles, sentirse angustiado ante imágenes violentas, etc.

Errores en la identificación de personas conocidas y cercanas.

Lo más frecuente es la confusión de un familiar con otro, prosopagnosia. En la mayoría de los casos se ha observado que el error se comete haciendo el salto de

una generación. Así, por ejemplo, el marido o la esposa es tomada por el padre o la madre, los hijos por hermanos. Este fenómeno tiene que ver con una rememoración de las personas con alta carga afectiva, que pueden ser aquellas con las que se convivió en la infancia y que son rescatadas y reactualizadas precisamente por esa carga emocional.

Las alteraciones de la actividad constructiva, de ejecución, suelen ser muy frecuentes en la demencia, pudiendo estar relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución engloba la capacidad para el pensamiento abstracto y la planificación, iniciación, secuenciación, monitorización y detención de un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse a través de la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva o compleja. En la mayoría de los casos la persona deja de poder pensar en todas las opciones disponibles cuando toma decisiones. El juicio se vuelve erróneo. El enfermo puede actuar de manera inoportuna, quizá desnudándose en público, corriendo entre el tráfico y gritando en medio de la calle. La capacidad de abstracción del enfermo puede examinarse pidiendo al sujeto que encuentre similitudes o diferencias entre palabras afines.

Otro rasgo característico de esta disfunción ejecutiva es la disminución de la capacidad para cambiar de esquemas mentales establecidos así como generar información verbal o no verbal para ejecutar actividades motoras consecutivas. Para evaluar el estado de la función ejecutiva se suele pedir al sujeto que cuente hasta diez, que recite el alfabeto, que reste una serie de números de siete en siete, que nombre tantos animales como sea posible en un minuto o que dibuje una línea continua a base de alternar dos letras. Asimismo, es recomendable determinar, a través de los sujetos y de los informantes, el impacto de la alteración en la vida diaria del sujeto, examinando cómo afecta por ejemplo en la capacidad para el trabajo, planificación de actividades y presupuestos, entre otros.

El deterioro de la memoria y las alteraciones cognoscitivas deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral, como ir al trabajo, ir de compras, bañarse, vestirse, manejar temas económicos, y han de manifestarse como un déficit respecto al nivel previo de actividad.

La naturaleza y el grado de deterioro varían y en ocasiones puede estar relacionada con las condiciones familiares y socioeconómicas del sujeto. La mayoría de los expertos destacan que en el curso clínico de la demencia no todos los individuos se deterioran de la misma forma. En concreto, un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente. Existen individuos que pueden ser capaces de realizar tareas básicas como vestirse e ir al servicio, incluso con deterioros extremos de la memoria y el razonamiento. Otros pacientes, cuyo pensamiento es mucho mejor, pueden necesitar cuidados de enfermería para estas actividades básicas de la vida diaria.

#### **1.6. CLASIFICACIÓN DE DEMENCIAS.**

Ballesteros (2006) refiere que la clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta a la terapia como se describen a continuación :

- Demencias primarias o degenerativas

Estas demencias poseen una afectación encefálica primaria, el desconocimiento de un agente, un curso progresivo y su identificación por criterios clínico-patológicos.

La enfermedad de Alzheimer es el prototipo de las demencias degenerativas primarias siendo la más prevalente en el mundo occidental. Las nuevas clasificaciones, como las demencias frontotemporales, la demencia por cuerpos de Lewy, entre otras.

Otra de las demencias importantes asociada con la enfermedad de Parkinson (subcortical) donde se reportan grandes avances terapéuticos. Una de menor frecuencia y de tipo subcortical son las de afectación por sustancia blanca, algunas de ellas son la esclerosis lateral amiotrofia, la parálisis supranuclear progresiva y la degeneración de los ganglios basales.

- Demencias vasculares.

Es la segunda causa de demencia en la población general. Aquellas lesiones encefálicas derivadas de la oclusión o rotura de los vasos que configuran el árbol arterial y venoso cerebral, diferenciándose, en medida del vaso afecto y lesión en los mismos: 1) Infartos múltiples, aterotrombosis, embolismo, disección, espasmo, otras arteriotipías. Enfermedades hematológicas, tóxicos, etc., 2) Enfermedades de Binswanger y estado lacunar; 3) Lesiones por hipoxia-isquemia; 4) Hemorragias encefálicas; 5) Vasculitis (infecciosas e inflamatorias) y enfermedades del tejido conectivo; 6) Angiopatía congófila; 7) CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy); 8) Otras, de rara presentación tales como la angioendoteliosis neoplásica, la angioencefalopatía diencefálica subaguda, microinfartos corticales (atrofia cortical granular) .

- Demencias secundarias

Por lo general estas demencias son tratables y, una buena parte de ellas reversible, en especial si su identificación es precoz. Se diferencian los siguientes tipos: demencias infecciosas, hidrocefalia, neoplasias intracraneales, demencias metabólicas y endocrinas, demencias carenciales, demencias tóxicas, demencia postraumática, esclerosis múltiple, enfermedades psiquiátricas. Se caracteriza por la tríada clásica de alteraciones de la marcha, incontinencia y demencia.

- Clasificación de las Demencias por su etiología

Ballesteros (2006) menciona que los criterios más empleados en la actualidad hacen referencia a las características clínicas del síndrome demencial y a su etiología. En cuanto a la clínica, puede hablarse de demencia subcortical o cortical, según las áreas cerebrales donde se concentran los cambios patológicos, que se corresponden con los síntomas que se manifiestan de forma preferente. (tabla1)

Tabla 1. Demencia cortical y subcortical. Diagnóstico Diferencial (Ballesteros 2006).

Parámetros	Cortical	Subcortical
Memoria	Afectación del aprendizaje	Afectación de la rememoración
Lenguaje	Afasia inicial	Afasia tardía
Habla	Normal	Disártrico
Capacidad vasomotora	Alterada	Alterada
Velocidad psicomotora	Normal	Enlentecimiento
Déficit frontal	Importante	Proporcional a la demencia
Personalidad	Preservada (desinhibición o desinterés)	Apatía
Humor	Normal	Depresivo
Sistema motor	Normal hasta fase avanzada	Alterado Precozmente

Esta clasificación no debe entenderse en términos absolutos, ya que con frecuencia existe un grado de solapamiento importante entre la clasificación clínica como en los cambios histopatológicos subyacentes, por lo que también puede hablarse de demencia córtico-subcortical o global.

- Demencias corticales

La demencia cortical se caracteriza por la afectación de funciones que dependen del neocortex. Los síntomas reflejan alteraciones en la corteza sensorial (déficit de atención, agnosia, alucinaciones,) y motora (apraxias, en el procesamiento del lenguaje (afasia), en el almacenamiento de información (amnesia) y en la respuesta integradora del sujeto ante el medio (Ballesteros, 2006).

Son comunes síntomas como: deterioro de la memoria que afecta tanto al aprendizaje como a la evocación, desorientación, alteración del lenguaje, deterioro de la comprensión, apraxia y agnosia. La capacidad viso espacial está alterada, hay afectación del pensamiento abstracto, la capacidad de juicio e introspección. La personalidad puede permanecer relativamente intacta, aunque puede aparecer desinterés o desinhibición (Buja-Krueger, 2006).

- Demencias Subcorticales

Se refiere al deterioro cognitivo que aparece con la afectación de las áreas subcorticales cerebrales. Se caracteriza por la lentitud de los procesos de pensamiento y de las respuestas motoras (bradifrenia), por la pérdida de iniciativa y espontaneidad, pérdida de memoria- más tardía que la demencia cortical y que puede ser estimulada con claves- y por alteraciones del humor (comúnmente depresión y apatía, aunque también manía). Las estructuras cerebrales afectadas con mayor frecuencia son el tronco cerebral, los ganglios basales, el tálamo y las proyecciones hacia el lóbulo frontal de estas estructuras, por lo que es habitual que aparezcan alteraciones frontales (Zarranz, 2003).

De forma característica no se presentan síntomas como afasia, apraxia o agnosia, como aparecen en las demás demencias corticales. Las enfermedades que de forma más habitual dan lugar a demencia subcortical son la enfermedad de Parkinson, de Huntington, y la parálisis subnuclear progresiva. Por lo tanto, es

habitual que los pacientes con demencia subcortical presenten trastornos motores que se asocian con dichas enfermedades (Ballesteros, 2006).

### **1.7. DIAGNÓSTICO DE DEMENCIAS.**

El diagnóstico de la demencia es una tarea fácil cuando el cuadro clínico está avanzado, el diagnóstico en estadios iniciales resulta difícil y requiere un profesional experimentado. Se trata además de una tarea costosa en términos de tiempo y recursos. En las consultas generales, la detección y diagnóstico de demencia se debe basar en; mantener una adecuada actitud de alerta, documentar la existencia de un deterioro cognitivo a través del empleo de test de cribado, y constatar que existe una afectación de la capacidad funcional a través de la aplicación de escalas funcionales Alberca (2006).

En un sujeto en el que sospechamos la presencia de una demencia se deben recoger los datos habituales en cualquier historia clínica, como edad, sexo, antecedentes generales personales y familiares, alergias, intervenciones quirúrgicas y cualquier otra enfermedad grave ó crónica padecida, dependencias del tabaco y de otros tóxicos, hábitos intestinal y urinario, tratamientos a los que está o ha estado sometido, etc. Pero aquí cobran importancia también la presencia de factores de riesgo vasculares como diabetes, hipertensión y trastornos del colesterol, los antecedentes familiares de demencia, de síndrome de Dawn, de traumatismo craneoencefálico y el nivel educativo del paciente. Se indagara además sobre la presencia o no de afasia, apraxia, agnosia, trastornos de la función ejecutiva, fobias, compulsiones, obsesiones, delirios o ideas delirantes, alteraciones de la percepción, alteraciones del estado de ánimo y alteraciones de la conducta, De la Vega (2008).

Con la anamnesis y los tests psicométricos puede establecerse un diagnóstico sindrómico de demencia y sospechar su causa. Para este diagnóstico contamos con unos criterios operativos, los criterios clínicos de demencia del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2000), que facilitan el diagnóstico y aumentan su fiabilidad. La clasificación DSM-IV TR (2000)

para los criterios de demencia tipo Alzheimer y demencia vascular. Otros criterios también muy utilizados son los de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (1992), similares a los anteriores, siendo la diferencia más importante que precisa para el diagnóstico una duración mínima de 6 meses. Según se utilice unos criterios u otros las cifras de prevalencia de demencia varían desde un 3,1 con criterios, CIE-10 al 13,7 DMS-IV-TR (2000). (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios CIE-10 y DSM-IV-TR para el diagnóstico de demencia.

CIE-10	DSM-IV-TR
<b>Deterioro de la memoria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y evocar información.</li> <li>• Pérdida de contenidos memoricos relativos a la familia o al pasado.</li> </ul>	Deterioro de la memoria (deterioro en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).
<b>Deterioro del pensamiento y del razonamiento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del flujo de ideas.</li> <li>• Deterioro en el proceso de almacenar información :</li> <li>• Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.</li> <li>• Dificultad para cambiar el foco de atención.</li> </ul>	Una o más de las alteraciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia</li> <li>• Apraxia</li> <li>• Agnosia</li> <li>• Alteración de la función ejecutiva (capacidad de abstracción, planificación, secuenciación, monitorización y control de comportamientos complejos).</li> </ul>
<b>Interferencia en la actividad cotidiana:</b>	Las alteraciones previas tienen una gravedad suficiente como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Estas alteraciones representan un déficit respecto a un nivel previo.
<b>Conciencia clara. Posibilidad de superposición de delirio.</b>	Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo.
<b>Síntomas presentes durante seis meses como mínimo.</b>	Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias de que las alteraciones son debidas a causas orgánicas o al efecto de una sustancia tóxica.

Hoy en día existe una clara tendencia a atribuir a las técnicas que apoyan o confirman el diagnóstico un valor exagerado. El clínico sin perder de vista la importancia y la utilidad de dichas técnicas, en la medida que tiene acceso a ellas, debe de saber cómo y cuándo utilizarlas, es por eso que los médicos emplean una variedad de estrategias para diagnosticar la demencia. Es importante para ellos descartar otras condiciones tratables como la depresión, la hidrocefalia con presión normal, y la deficiencia de la vitamina B<sub>12</sub>, enfermedades que pueden causar síntomas similares.

De acuerdo con Reding y cols., citado en Krassoievitch (1997), la demencia puede estar presente aún con una falla cognoscitiva relativamente leve; es necesario sospechar su presencia cuando un anciano deprimido tiene signos neurológicos (extrapiramidales, espinocerebelosos) o cuando un medicamento antidepresivo tricíclico desencadena un delirium.

Para la detección de deterioro cognitivo y demencia en las consultas generales, Alberca (2006) menciona de forma general, que conviene tener en cuenta las recomendaciones siguientes:

- Lo ideal es asociar una prueba cognitiva y un cuestionario al informador.
- Siempre que participe un informador en la evaluación es conveniente verificar su fiabilidad y contrastar la coherencia de las respuestas, en especial si los cuestionarios los ha cumplimentado solo.
- Todos los instrumentos tienen una utilidad diagnóstica similar. El principal valor añadido de los mismos es la experiencia que tiene con ellos quien los aplica, por lo que es recomendable aplicar siempre los mismos con objeto de adquirir destreza y experiencia en su aplicación, corrección y evaluación.

- Evitar los instrumentos que requieren tareas de "papel y lápiz" o que estén muy influenciados por el nivel educativo en sujetos analfabetos o con bajo nivel cultural.
- Utilizar las normas que más se adapten a las características del entorno donde se lleve a cabo la práctica clínica y de la población a la que se asista con objeto de evitar en la medida de lo posible el ajuste de puntuaciones que introduce importantes problemas de validez.
- Procurar de adoptar una postura flexible huyendo de la dicotomización de los resultados y aplicando una estrategia escalonada. Si finalmente persiste la duda tras la aplicación del último test, la postura a adoptar estaría en función de si se dispone de la posibilidad de llevar a cabo una evaluación neuropsicológica formal, específica y detallada, que sería lo ideal, o en su defecto, repetir la evaluación pasado un tiempo prudencial y comparar los nuevos resultados con los previos.

### **1.8. TRATAMIENTO DE DEMENCIAS.**

El tratamiento de la demencia, como el de cualquier otra enfermedad, debe ir en caminando a la corrección de la causa. Los distintos procedimientos de exploración realizados durante el proceso de exploración realizada durante el proceso diagnóstico tienen como finalidad la caracterización del síndrome, así como la búsqueda de una posible etiología reversible. Agüera (1998).

No existen tratamientos para revertir o detener el progreso de la enfermedad, a pesar de que existen muchos casos de demencia, sin embargo los pacientes pueden beneficiarse con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que se muestran a continuación (Tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento farmacológico. (Contel 1999).

Indicación		Fármaco(dosis inicial-máxima) en mg/día
Agitación Agresividad	Psicomotriz /	Tioridazina (30-150), haloperidol(0,5-3), clometiazol (192-876), tiaprida(100-400)
Depresión	Con ansiedad	Paroxetina (20-40).
	Con trastorno del sueño	Ídem en dosis única por la noche.
	Con inhibición	Fluoxetina (20-40 por la mañana).
Insomnio		Clometiazol (192-876), Tioridazina (30-150), tiaprida (100-400), lorazepam (0,5-4).
Descompensación psicótica delirante		Haloperidol (0,5-3) Tioridazina(30-150).Estos dos fármacos se pueden asociar si el paciente presenta agitación y ideación psicópata grave.  Otros levomepromazina(24-150), risperidona(0,25-8)
Ansiedad		Oxacepam (10-30), lorazepam(0,5-4)
Demencia multiinfarto		Ácido acetilsalicílico(100-200)
Demencia Alzheimer		Tacrina (40-160), donepecilo(5-10)

- Tratamiento No Farmacológico

Los principios generales pueden usarse para ayudar al tratamiento de los trastornos emocionales, conductuales, ideacionales y perceptivos, que son comunes en el paciente con demencia, con intervención tipo conductual en donde se utiliza los principios de la terapia racional emotiva en donde se usa el ABC, A se refiere a los antecedentes de B, que es la conducta (behavior). ¿Alguien o algo ha desencadenado la conducta? ¿Qué ha ocurrido antes de que se iniciara la conducta? C se refiere a las consecuencias de la conducta. ¿Qué ha ocurrido como consecuencia de la conducta?) y a refiere para analizar los aspectos concretos que hay que considerar. Teri y Uomoto (en Burke 1998).

Cuando se debe hacer frente a múltiples conductas, es útil empezar con una cada vez y restringir su definición a los fenómenos observables. Además de establecer con precisión lo que hace el paciente y lo que hace el cuidador, también es importante conocer la frecuencia con que se produce esta conducta, cuando ocurre, dónde ocurre, y hacia quién se dirige. Se ha desarrollado intervenciones con las siguientes características:

- Hacer hincapié en los antecedentes o consecuencias que refuerzan la conducta.
- Tener metas objetivas, claras y realistas y pasos identificados para alcanzar esas metas.
- Los pasos para el logro de las metas son objetivos, realistas y están claramente definidos. Son pasos múltiples, cortos, sencillos, fácilmente, asequibles, hacia una meta importante.
- Cada paso se reevalúa constantemente. Los problemas se pueden resolver rápidamente, pero cada vez más precisarán tiempo, creatividad y flexibilidad. Es necesario modificar y adaptar soluciones a los niveles actuales de deterioro cognitivo, funcional y conductual del individuo.

De acuerdo a Burke (1998). Los principios generales de tratamiento de los pacientes con demencia son los siguientes:

- Corregir el deterioro sensorial.
  - No enfrentarse.
  - Encontrar el nivel óptimo de autonomía.
  - Simplificar.
  - Estructurar.
  - Pistas múltiples.
  - Repetir.
  - Guiar y demostrar.
  - Refuerzo.
  - Reducir las opciones.
  - Estimulación óptima.
  - Evitar nuevos aprendizajes.
  - Determinar y utilizar tareas sobre aprendidas.
  - Minimizar la ansiedad.
  - Distracciones.
- Psicoterapia Formal:

Las personas con discapacidad cognitiva o aquellas con deterioro leve estable pueden ser tratadas individualmente o en grupos con técnicas como la intervención paradójica, asignación de tareas, promover la identificación, refuerzo, educación y asesoramiento. Estas técnicas, que forman parte de un estilo general o tipo de psicoterapia caracterizado como psicoterapia represiva. Los trabajos acerca de psicoterapia formal en las persona con deterioro cognitivo como el de Birkett y Boltuch (1973), proporcionan suficiente información sobre los pacientes tratados y no sugieren beneficios importantes. Es posible, sin embargo, que la psicoterapia individual o en grupo para personas con deterioro cognitivo leve pueda ayudar a reducir la ansiedad y la depresión y proporcionar apoyo

emocional. (Burke, 1998) Estos pacientes pueden aprender a intentar hacer solamente una tarea cada vez y hacer listas para aumentar la función amnésica. Pueden aceptar consejos, como evitar trabajos que para aumentar la función amnésica. Pueden aceptar consejos, como evitar trabajos que supongan nuevos aprendizajes y pueden aprender los nombres de las personas que les ayuden a desenvolverse con las distintas administraciones con las que van a interactuar.

Dentro de la psicoterapia Formal encontramos la Terapia de Validación y la Reminiscencia y revisión de vida. En donde la Terapia de Validación es un grupo de técnicas para comunicarse con personas con deterioro cognitivo, que incluye el uso de la empatía, la comunicación empática, la reminiscencia e intenta establecer contacto emocional con las personas con deterioro cognitivo (Butler en Burke 1998). Con respecto a las Reminiscencia y revisión de vida, se caracteriza por el recuerdo de las experiencias y vivencias del paciente, por llevar a la conciencia la historia personal de la persona a través de los recuerdos, a fin de mejorar la memoria, y estimular la conversación. La utilización de material audiovisual, películas, fotografías, utensilios, atuendos, etc., facilita el recuerdo y conduce a los pacientes a hablar entre ellos, animado recuerdos que yacían en el olvido. A través del recuerdo se favorece la comunicación, ayudando a emerger de la actitud autista en la que muchos pacientes quedan sumidos Alberca (2006).

- Terapias de enfoque cognitivo.

La terapia de orientación a la realidad (ROT), que cuenta con una larga tradición, ha demostrado ser efectiva para consecución de cambios en la cognición y el comportamiento. Según Woods (2002) citado en Alberca (2006), el uso de esta terapia es más adecuado cuando existen unos objetivos importantes relacionados con la orientación para el paciente, así como cuando forma parte de un plan personalizado de trabajo. Es importante señalar que las sesiones de ROT se puede realizar sesiones, en un grupo pequeño, varias veces por semana, o bien se podría realizar una ROT de 24 horas.

El enfoque de trabajo de la terapia ocupacional propone una metodología de actuación, más que un método terapéutico, en el que la intervención se realiza mediante la utilización de numerosas técnicas para tratar los déficits funcionales que acompañan a las demencias y a otros trastornos cognitivos adaptándose en todo momento al nivel cognitivo del paciente. Las actividades, base fundamental de la terapia ocupacional, se analizan con el fin de ajustarlas a las capacidades de la persona dentro de su vida diaria, de sus intereses y de sus interacciones sociales, Alberca (2006).

La remotivación es una técnica utilizada con pacientes retraídos o confusos con alteraciones cognitivas y afectivas, mediante la que se consigue que muestren mayor interés por su entorno a la vez que estimula las habilidades del paciente para relacionarse y comunicarse con otras personas. (Duarte 1998, en Alberca 1996).

- Técnicas de Relajación.

Una técnica de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a relajarse, es decir, reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias de los programas de control del estrés y ansiedad están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal. La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud. Sin embargo, no se dispone de evidencia científica que apoye la eficacia de algunos métodos.

La gente recurre a las técnicas de relajación por los siguientes motivos, entre otros:

- Ataques de ansiedad
  - Problemas cardíacos
  - Depresión
  - Búsqueda de bienestar personal
  - Dolor de cabeza
  - Hipertensión
  - Sistema inmunológico débil
  - Insomnio
  - Control del dolor
  - Control del estrés
  - Control de la ira
- 
- Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Jacobson publicó en 1929 un libro titulado *Relajación progresiva*, en él describía su método de relajación muscular profunda, la cual, según afirmaba, no requería imaginación, fuerza de voluntad ni sugestión. Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que compartan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma anula el hábito de responder de la otra, (Davis, 1985).

La relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria, y cuando se realiza de modo correcto puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actué reduciendo la ansiedad. Es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la

tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Jacobson (1938) entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad.

Jacobson (1938) es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

"Jacobson (1938) descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos se aprende a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (Jacobson), una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Cuatro años antes se había escrito Tu debes relajarte como una versión para no profesionales del mismo material. Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago." (Bemstein y Brokovec, 1983).

La cantidad de horas propuestas por Jacobson para el entrenamiento de la relajación progresiva es una limitación seria para la posibilidad de aplicación de la técnica, pero ha habido diversos autores que han realizado adaptaciones, entre ellos Cautela y Groden, los cuales crearon una manual de relajación con "el mérito de mantener las características básicas del método de Jacobson y de introducir al mismo tiempo un serie de elementos nuevos derivados de las psicología del aprendizaje, adaptándola a las características peculiares de los niños en diferentes edades y con diferentes problemas físicos y psicológicos" (Cautela y Groden, 1989).

En este caso se realizó una adaptación de la sección del manual de Cautela y Groden, en la que se describe la técnica de relajación utilizada en niños con algún tipo de discapacidad; implementándolo en pacientes de la tercera edad, por lo que esta sección del manual resultó ideal para adaptarlo y aplicarlo a los pacientes que padecen algún tipo de demencia. (Anexo 1).

### **1.9. EPIDEMIOLOGÍA DE DEMENCIAS.**

Arizaga (2005) refiere que estamos comenzando a sufrir los efectos de la epidemia que preveía Plum (1979) o el diluvio que pronosticaba Wells (1981) cuando hace dos décadas imaginaban el problema médico y social que las demencias generarían en el futuro.

En el último medio siglo, el desarrollo de la agricultura, la tecnología de los alimentos, los antibióticos, las vacunas, los medios complementarios de diagnóstico y los progresos en la cirugía produjeron una aceleración en el aumento de expectativa de vida que involucró a toda la población mundial, independientemente del grado de desarrollo de los diferentes países.

En 1990, el 18% de la población de los países desarrollados tenía más de 60 años. De acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial, para el año 2030 esta cifra habrá alcanzado el 30%. Esto no ocurre sólo en los países desarrollados; en la mayoría del resto de los países, el número de mayores de 60 años tenderá a duplicarse en un plazo de 30/40 años. Solamente el África subsahariana permanecerá como un continente joven durante algunas décadas más.

Si tomamos como base las proyecciones de población de las Naciones Unidas para 29 países y hacemos un promedio de todas, la población general crecerá, entre 1980 y 2025, un 14,7%, mientras que la población mayor de 60 años lo hará en un 76,9%.

A pesar de que la mayor discusión acerca de los problemas del envejecimiento poblacional está centrada en los países desarrollados, la transición

demográfica más marcada está ocurriendo en el sector de los países en desarrollo. Paradójicamente, el problema proviene del éxito de las políticas de salud: los antibióticos y las vacunas, junto con las mejoras nutricionales y sanitarias, han elevado la expectativa de vida, en los países en desarrollo, de 40 años en 1950 a 62 en 1990. Cada mes la población mundial mayor de 65 años se incrementa en forma neta en 800.000 individuos. El 70% de ellos vive en países en -desarrollo.

En China, entre 1982 y 2000, la población mayor de 60 años se incrementó un 72%, en tanto que la población general aumentó sólo un 19%.

En Argentina, entre 1950 y 2000, la población general creció un 116%. Al efectuar un análisis estratificado, vemos que la población de menos de 15 años aumentó sólo un 96%, mientras que la de más de 65 años lo hizo en un 398%. Un dato alarmante es que los mayores de 80 años se incrementaron en un 682%.

La prolongación de la vida del hombre ha influido para que patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieron una baja prevalencia, y por ello una escasa repercusión en la salud pública y en la economía, ocupen en la actualidad un lugar de primacía en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas.

Entre esas patologías, las demencias se encuentran en un lugar preponderante. Las dos causas más frecuentes de demencia (enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular) tienen un incremento exponencial con la edad a partir de los 65 años. Debe tenerse presente, para valorar la magnitud del problema, que estas dos entidades son responsables de los 5/6 del total de las demencias.

La carga económica que generan las demencias es muy alta y, además, va en aumento, acompañando la prevalencia de la patología. Este impacto lo soportan, en diferentes proporciones según las diversas economías, la familia, los sistemas de salud, la seguridad social y el Estado.

Se estima que el gasto total, directo e indirecto, médico y de servicio, social generado por la enfermedad de Alzheimer, supera en EE.UU. los 50.000 millones de dólares anuales.

Mientras que el costo de evaluación de demencia es de 1.000 a 1.500 dólares por individuo, el costo de institucionalización alcanza a 36.000 dólares anuales (Max, 1993).

En los países en desarrollo, la demencia es la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad en mayores de 60 años (Bergen, 1966).

### **1.10 Ansiedad.**

La ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad es debida a una hiperactividad de la función noradrenérgica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro, a nuestra integridad física o psíquica; como una reacción de adaptación y de hiperalerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos y psíquicos.

Aunque la mayoría de los estudios llevados a cabo a nivel ambulatorio detectan una menor prevalencia de trastornos de ansiedad en la población geriátrica que en el adulto joven, existe cierta discrepancia respecto a la verdadera prevalencia de los mismos, ya que en el anciano pueden presentarse de forma diferente principalmente en forma de somatizaciones. Las fobias y la ansiedad generalizada son los trastornos de ansiedad más frecuentes en el anciano. La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo-emocionales, conductuales o somáticos.

El hecho de que el paciente afecto de la enfermedad de Alzheimer sufra un progresivo deterioro cognitivo hace que se cuestione el que dichos pacientes puedan sufrir trastornos de ansiedad fuera de los primeros estadios. Sin embargo, autores como Cohen creen que se sobrevalora el componente cognitivo y se infravalora el componente conductual y somático de la ansiedad, pensando que la

frecuencia y situaciones en las cuales se pueden presentar Trastornos de Ansiedad en la Enfermedad de Alzheimer es mucho mayor de la que hasta fechas recientes se pensaba. El tratamiento de los TA en individuos afectos de demencia senil exige un enfoque integral e individualizado. Los neurolépticos o benzodiazepinas a utilizar han de seleccionarse de forma cuidadosa teniendo en cuenta aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos, evitando los fármacos con marcados efectos anticolinérgicos o arritmógenos e intentando evitar la aparición de efectos secundarios extrapiramidales. Con frecuencia, se infravaloran ciertas medidas no farmacológicas que contribuyen al bienestar y mejoría de estos pacientes.

La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo emocionales, conductuales o somáticos: angustia, temores, preocupación, inseguridad; inquietud, distraibilidad; tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiocirculatoria, respiratoria...

En el DSM-IV-TR (2002) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición), se diferencian varios trastornos de ansiedad con sus síntomas correspondientes que se mencionan a continuación:

- La **crisis de angustia** (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión ,miedo pavoroso o terror ,acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.Durante esta crisis también aparecen síntomas como falta de aliento ,palpitaciones,opresión o malestar torácico,sensación de atragatamiento o asfixia y miedo a volverse "loco" o perder el control.
- La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso),o bien donde sea imposible encontrar ayuda

en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

- El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente .El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuestas a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

- El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
- El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o toxico.
- El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).
- El **trastorno de ansiedad por separación** (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia.

La ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano y también en aquellos que padecen la enfermedad de Alzheimer. Hasta la fecha, ha merecido poca atención y en algunos estudios epidemiológicos en poblaciones clínicas, el número de trastornos de ansiedad en los ancianos parece más bajo que el que aparece en poblaciones no seniles. Sin embargo, es probable que esta frecuencia sea aún mayor y que estos trastornos no sean identificados por presentarse en forma de

somatizaciones o por no hacerse demandas directamente relacionadas con ellos. Erróneamente, hay quien considera que la ansiedad es un componente natural de la vejez. Por lo que se refiere a la presencia de trastornos de ansiedad en la enfermedad de Alzheimer la discusión ha sido aún menor y dado el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes, muchos autores discuten la existencia de dichos trastornos fuera del estadio inicial de la enfermedad, cuando aún el paciente puede percibir los cambios que sufre.

Es importante tener en cuenta la presencia de los trastornos de ansiedad en estas poblaciones, ya que disminuyen de forma notable su calidad de vida, empeora sus rendimientos, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio y el uso desproporcionado de los servicios médicos.

- Ansiedad en la demencia tipo Alzheimer.

Existen pocos trabajos que estudien la relación entre los trastornos por ansiedad y la demencia, aunque sí se conoce que en los estadios iniciales del Alzheimer los síntomas ansiosos son más frecuentes que en la población geriátrica no demente. En ocasiones, estos síntomas ansiosos o la agitación que acompaña a estos primeros inicios de la enfermedad son la mayor causa de visitas a urgencias. Es fácil que al darse cuenta de los fallos en su memoria de fijación o en otras esferas cognitivas muchos de estos pacientes pierdan el control y padezcan síntomas de ansiedad. A veces, las alteraciones de conducta y el deterioro cognitivo son muy marcados y se pasan por alto los síntomas ansiosos. El rango de conductas ansiosas varía entre el 0 y el 50% con una media aproximada del 32%.

En la mayoría de tratados sobre el envejecimiento se presta una escasa atención a la asociación entre ansiedad y enfermedad de Alzheimer. En el DSM-IV-TR (2002) no se hace mención a la ansiedad o la agitación al abordar los trastornos psiquiátricos en pacientes denunciados. Parte del problema está relacionado con

el hecho de fijarnos excesivamente en el componente cognitivo de la ansiedad y mucho menos en el somático (componente principal en los ancianos). El hecho de que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer padezcan un progresivo deterioro cognitivo hace que muchos clínicos cuestionen el papel de la ansiedad fuera de los primeros estadios cuando el paciente puede aún percibir los cambios que está sufriendo.

Cohen (1998) diferencia varios tipos de ansiedad en la Enfermedad de Alzheimer y cree que los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en estos pacientes y no únicamente en los estadios iniciales de la enfermedad:

- Ansiedad ante el desafío. Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer podrían presentar síntomas ansiosos al darse cuenta de su incapacidad para realizar ciertas tareas (ej. responder una pregunta), que en algunas ocasiones podría alcanzar grandes magnitudes "reacción catastrófica" y ser confundido con un estado de agitación. En estos casos se distinguen los diversos componentes de la ansiedad: el componente cognitivo (sensación de frustración del paciente ante la tarea que no puede realizar), el componente conductual (inquietud, hipercinesia) y el componente somático (taquicardia, sudoración...).
- Ansiedad ante situaciones no familiares.- Es frecuente que estos pacientes presenten síntomas de ansiedad ante el cambio en su ambiente habitual: cambios de los cuidadores, cambios del lugar de residencia. También se pueden reconocer los tres mencionados componentes de los estados ansiosos y, en muchas ocasiones, dicha sintomatología cede con el retorno del paciente a su entorno cotidiano.

Por último también se presenta ansiedad por aislamiento o por falta de vínculos con familiares o cuidadores y la ansiedad por problemas médicos o por sensibilidad a los medicamentos.

Generalmente el tratamiento farmacológico para tratar la ansiedad debe realizarse con precaución dado que el anciano presenta cambios físicos que afectan la farmacocinética del medicamento (descenso del volumen de agua corporal, incremento de la grasa, menor filtrado glomerular, descenso del metabolismo hepático...) y cambios farmacodinámicos (menor número y mayor sensibilidad de los receptores). Además, dado que estos pacientes con frecuencia tienen prescritos varios medicamentos, no es extraño que interactúen unos con otros. Por otro lado, el cumplimiento terapéutico es menor en esta población que en adultos jóvenes. En muchas ocasiones, las respuestas que se obtienen en los ancianos son parciales y si es posible se debería educar al paciente al respecto. Como regla general, la dosis de medicación se debe mantener al mínimo posible y suele ser útil comenzar con un cuarto de la dosis de un adulto joven.

Las benzodiazepinas continúan siendo los ansiolíticos más utilizados en los ancianos (no demenciados) . Se aconseja el uso de benzodiazepinas de vida media corta que únicamente se metabolizan a nivel hepático por glucuronización (oxacepam y loracepam), en lugar de aquellas que se metabolizan por oxidación (diazepam, cloracepato dipotásico...). El alprazolam, aunque útil en las crisis de angustia, puede provocar rebotes de ansiedad y habituación por lo que no es generalmente recomendado en los ancianos. Las benzodiazepinas de vida media ultra-corta (triazolam) puede provocar un mayor deterioro cognitivo, disfunción cerebelosa (ataxia, disartria, incoordinación, marcha alterada con caídas), amnesia, confusión, agitación, desinhibición.

En los casos en los que la ansiedad es secundaria a un trastorno depresivo u otra patología psiquiátrica (trastorno obsesivo-compulsivo), se aconseja realizar un tratamiento específico, generalmente por su perfil de seguridad se prefieren los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina o paroxetina (20 mg/d). Se ha señalado que la buspirona puede ser un ansiolítico útil, al igual que los beta-bloqueantes (propranolol), aunque el papel de estos

Generalmente el tratamiento farmacológico para tratar la ansiedad debe realizarse con precaución dado que el anciano presenta cambios físicos que afectan la farmacocinética del medicamento (descenso del volumen de agua corporal, incremento de la grasa, menor filtrado glomerular, descenso del metabolismo hepático...) y cambios farmacodinámicos (menor número y mayor sensibilidad de los receptores). Además, dado que estos pacientes con frecuencia tienen prescritos varios medicamentos, no es extraño que interactúen unos con otros. Por otro lado, el cumplimiento terapéutico es menor en esta población que en adultos jóvenes. En muchas ocasiones, las respuestas que se obtienen en los ancianos son parciales y si es posible se debería educar al paciente al respecto. Como regla general, la dosis de medicación se debe mantener al mínimo posible y suele ser útil comenzar con un cuarto de la dosis de un adulto joven.

Las benzodiazepinas continúan siendo los ansiolíticos más utilizados en los ancianos (no demenciados) . Se aconseja el uso de benzodiazepinas de vida media corta que únicamente se metabolizan a nivel hepático por glucuronización (oxacepam y loracepam), en lugar de aquellas que se metabolizan por oxidación (diazepam, cloracepato dipotásico...). El alprazolam, aunque útil en las crisis de angustia, puede provocar rebotes de ansiedad y habituación por lo que no es generalmente recomendado en los ancianos. Las benzodiazepinas de vida media ultra-corta (triazolam) puede provocar un mayor deterioro cognitivo, disfunción cerebelosa (ataxia, disartria, incoordinación, marcha alterada con caídas), amnesia, confusión, agitación, desinhibición.

En los casos en los que la ansiedad es secundaria a un trastorno depresivo u otra patología psiquiátrica (trastorno obsesivo-compulsivo), se aconseja realizar un tratamiento específico, generalmente por su perfil de seguridad se prefieren los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina o paroxetina (20 mg/d). Se ha señalado que la buspirona puede ser un ansiolítico útil, al igual que los beta-bloqueantes (propranolol), aunque el papel de estos

últimos en el tratamiento de la ansiedad del anciano no está claro y son fármacos que tienen diversas contraindicaciones (diabetes, asma...).

En los pacientes demenciados con frecuencia son útiles dosis bajas de neurolépticos (1-3 mg/d de risperidona o 1-2 mg/d de haloperidol o 15-25 mg/d de tioridacina) en el tratamiento de cuadros de ansiedad o agitación (11). A veces, es útil añadir dosis bajas de una benzodiazepina de vida media corta (10-20 mg de oxacepam o 1-2 mg/d de lorazepam). Existen escasos estudios que comparen la eficacia ansiolítica de las benzodiazepinas con neurolépticos en pacientes demenciados; sin embargo, en algunos estudios como el de Salzman no han mostrado una eficacia superior.

Tanto en ancianos como en pacientes demenciados es aconsejable evitar los fármacos antihistamínicos tanto por sus efectos sedantes como porque poseen actividad anticolinérgica.

En general, la terapia en el anciano y especialmente en el paciente demenciado tiene que ser individualizada, evitando fármacos de vida media larga, arritmógenos o con efectos anticolinérgicos y valorando las interacciones. A veces, es prudente saber esperar y, sobre todo, no polimediar.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **➤ Propósitos fundamentales.**

El propósito fundamental del programa es realizar un programa de intervención con pacientes diagnosticados con demencias que presenten ansiedad utilizando diferentes estrategias que podrán aplicar y adquirir las habilidades teórico-prácticas necesarias para la autoevaluación y manejo de la ansiedad.

Como se ha visto, la enfermedad de Alzheimer y cualquier tipo de demencia son muy complejas, y no existe un tratamiento definido. Los medicamentos intentan retrasar las alteraciones neurológicas, pero en base a la importancia de las intervenciones no farmacológicas, el objetivo de este trabajo es elaborar un programa de relajación basado en la terapia de relajación muscular progresiva de Jacobson con el fin de contribuir a la disminución de la ansiedad de los pacientes con demencia y así obtener una mejor eficacia en el tratamiento integral del paciente.

El objetivo del programa es mejorar el estado de ansiedad del paciente con demencia, utilizando la técnica de relajación.

### **➤ Población destinataria.**

El programa se aplicará a 3 pacientes que asisten actualmente a la fundación de Alzheimer.

Los criterios de inclusión son:

- Fase de la enfermedad: inicial.
- Asistencia a la institución al menos dos veces por semana.
- Capacidad para seguir instrucciones y poder realizar los procedimientos de la técnica de relajación.
-

## ➤ **Espacio de Trabajo.**

El programa se desarrollara en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” I.A.P., fundada en 1990 de fondo de apoyo para la enfermedad de Alzheimer donde la función principal es otorgar un cuidado integral al paciente, así como a su familia , es una Institución que brinda atención diurna con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, terapeutas ocupacionales y físicos, trabajadoras sociales, enfermeras, cuidadoras y personal de cocina e intendencia, para dar un cuidado integral a los pacientes que sufren algún tipo de demencia, logrando preservar la funcionalidad de sus capacidades motoras y cognitivas, al igual de mejorar la calidad de vida en el paciente y en su entorno familiar.

La fundación Alzheimer cuenta con los siguientes servicios: servicios de información, protocolo de evaluación cognitiva y funcional , talleres de estimulación psicomotriz, rehabilitación física, terapia ocupacional, actividades lúdicas, reeducación de actividades básicas de la vida diaria, programas de vigilancia de la salud, espacio para fortalecer la socialización y para seguir estableciendo lazos de amistad y apoyo, atención psicológica, áreas cognitivas (memoria-lenguaje), dieta balanceada, servicios de apoyo psicosocial al cuidador, programa de capacitación al cuidador, grupos de apoyo para los familiares y cuidadores con sesiones programadas, programas de intercambio académico, difusión de programas de televisión, radio, revistas, periódicos y colaboración en la grabación de documentales sobre demencia, sistema de referencia y contrarreferencia a través de trabajo social, y programas de intercambio académico, difusión de programas de televisión, radio, revistas, periódicos y colaboración en la grabación de documentales sobre demencia , investigación epidemiológica básica y descriptiva, y farmacológica.

La Fundación físicamente tiene dos plantas:

En la planta baja se encuentra la entrada principal de la fundación donde está la recepción para que la llegada de los pacientes y sus familiares sea más óptima, en el recibidor encuentra un mueble de madera con varios espacios para poder dejar algunas pertenencias de los pacientes; en seguida se encuentran de lado izquierdo el área administrativa en donde se ubican la dirección, la trabajadora social, el área de secretariado y una mesa de juntas.

El ingreso se realiza cruzando una puerta de madera que por seguridad se cierra por dentro enseguida, encontramos un baño que utilizan principalmente los pacientes después de tomar su comida, en seguida se encuentra el comedor y la cocina que cuentan con 5 mesas en la hora de la comida o para otro tipo de actividades; también cuentan con un área de rehabilitación física donde se les da a los pacientes atención corporal dándoles masajes, compresas calientes para mejorar su marcha y otro tipo de problemas, ultrasonidos, etc., y tienen una parte más amplia que utilizan principalmente por las mañanas para realizar ejercicios de coordinación motora gruesa, memoria, actividades lúdicas con el propósito de estimular la coordinación motriz fina, socialización, memoria, y de lenguaje. Para subir al primer piso se utiliza una rampa especialmente diseñada para subir sillas de ruedas.

En el primer piso se encuentra a la izquierda al fondo del pasillo un salón en donde se realizan exposiciones y se dan clases para los alumnos de enfermería, psicología y trabajo social de diferentes escuelas que están realizando su servicio social u otra labor que coordina el área de psicodiagnostico y enseñanza, a un lado se encuentra la oficina del Psicólogo donde se mantienen los expedientes de los pacientes, en seguida se encuentran 2 baños divididos por la señalización para hombres y mujeres, en los dos sanitarios se encuentra una regadera que se utiliza en caso necesario para asearlos, en el baño de las mujeres se encuentra un mueble donde renombran sus pañales y alguna ropa de los pacientes.

Al otro lado arriba de la cocina y comedor se encuentra el Gimnasio, en esta área se encuentran bicicletas, una caminadora, dos poleas, una escalera de rehabilitación con escalones altos y bajos, dos camas para masajes, colchones, y pelotas. A un costado está el cubículo donde se encuentra el Coordinador de actividades, por último se encuentra el área de Terapia Ocupacional en esta área se encuentra dos mesas rectangulares amplias, sillas, libreros con material de trabajo y con material que realizan los pacientes, un pequeño cubículo de papelería y otro de peluquería y sala de belleza por si es necesario cortarles el cabello a los pacientes.

La Fundación Alzheimer está destinada a quienes padecen Alzheimer ,o algún otro tipo de demencia ,siempre y cuando no ponga en peligro la integridad de los demás pacientes ,brindándoles la oportunidad de integrarse a un grupo social , para lograr mejor calidad de vida a través de una atención multidisciplinaria .

El paciente con la enfermedad de Alzheimer no solo es quien la padece o el único que sufre, también se ven afectados la familia y las personas que conviven con este tipo de enfermos, en el área familiar, emocional, social y económicamente.

La Fundación tiene por objetivo brindar protección física y mental a los enfermos, ayudar a que la familia acepte y maneje la problemática del paciente, satisfacer las necesidades primarias de los enfermos, les: cuidados, alimento y actividades que se adecuen a sus condiciones físicas y mentales, integrar al enfermo a un grupo social, favorecer la relación con sus familiares, retrasar el proceso de deterioro a través de terapias de estimulación, dar apoyo a la familia, orientar y capacitar a la familia, y a los cuidadores, ofrecer tanto al paciente, como a su familia, una mejor calidad de vida.

La Fundación Alzheimer tiene por objeto el poder disminuir aquellos síntomas que proporcionan malestar, preocupación y hasta peligro para el enfermo o sus familiares .Por ello ofrecen en los centros de atención diurna los siguientes servicios: Atención integral, alimentación, rehabilitación física, cognoscitiva y de

socialización, orientación para familiares y cuidadores, vigilancia de la salud, centro de información documental.

El espacio para aplicar la intervención será asignado por la institución.

➤ **FASES:**

**1ª fase:**

**Pre test.** : Aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton como pre test.

**Pre requisitos:** Evaluación de los pre requisitos del programa.

**2ª fase:**

**Aplicación del Programa:** Aplicación del programa de intervención.

**3ª fase:**

**Post test.:** Aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton como pos test.

Las fases se ilustran en el siguiente Diagrama de Gant:

Actividad	Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pre-Test.												
Pre - Requisitos												
Sesiones 1 y 2												
Sesiones 3 y 4												
Sesiones 5 y 6												
Sesiones 7 y 8												
Sesión 9												
Post-Test												

A continuación se detallará la carta descriptiva del programa de intervención que consiste en 9 sesiones de 60 minutos.

## CARTAS DESCRIPTIVAS.

### SESION 1.

**Objetivo:** Identificar habilidades básicas, de imitación y órdenes sencillas a fin de observar si los participantes fueron capaces de ejecutar acciones siguiendo instrucciones para que adoptaran la posición que deberían tomar a fin de iniciar con el procedimiento de relajación de brazos, manos y piernas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL	DURACION
Presentación.	La practicante dió la bienvenida y se presentó ante el grupo, ubicando a los participantes sentados estableciendo contacto visual frente a ella.	4 Sillas 1 mesa	45 min.
PRE REQUISITOS			
POSICIÓN DE RELAJACION	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La practicante utilizó modelamiento realizando las siguientes actividades de preparación para la relajación, enseñando a los participantes el procedimiento de preparación para la relajación.</li><li>✓ Se dió comienzo a cada ejercicio estando los participantes en la posición a continuación descrita:</li><li>✓ La practicante acomodo a los participantes en una silla, de forma que pudieran tocar el suelo con los pies.</li><li>✓ La practicante se sentó enfrente de los participantes estableciendo contacto visual con ellos.</li></ul>		

- ✓ Los participantes se mantuvieron sentados con la cabeza recta sobre sus hombros y las manos sobre sus muslos.
- ✓ La practicante dió la instrucción a los participantes que esa era la posición de relajación y les pidió que mantuvieran esa posición durante cinco segundos sin moverse ni vocalizar.
- ✓ Si los participantes lograban mantenerse en esta posición durante 5 segundos tres veces consecutivas, podían pasar a la siguiente fase de preparación para la relajación. se les brindó a los participantes tres oportunidades para realizar correctamente el ejercicio.

A. Habilidades básicas.-

1. Se les pidió a los participantes que se sienten en una silla durante 5 segundos y que mantuvieran los pies quietos, la espalda recta, sin moverse ni vocalizar y se le repitió dos veces la instrucción.
2. Se les dijo "Mírame" y se les pidió a los participante que mantuvieran la mirada durante 5 segundos <Ellos debían responder en un plazo máximo de 5 segundos> se repitió dos veces más.

B. Habilidades de imitación.

3. Se les dijo "haz esto" la practicante levantó su mano por encima de la cabeza. Los participantes debían imitar esta conducta correcta en un plazo máximo de 5 segundos .se repitió dos veces más.
4. Se les dijo "haz esto " la practicante modelo tocando la mesa, los participantes debían imitar esta conducta correctamente tocando la mesa se repitió dos veces.
5. Se les dijo "haz esto" la practicante se tocó el pecho. Los participante debían imitar correctamente tocándose el pecho les repitió dos veces más.

C. Ordenes sencillas

6. Se les dijo "levántate" Los participantes debían levantarse de su silla en un plazo máximo de 5 segundos .Se le repitió esta orden dos veces.

7. Se les dijo " siéntate" Los participantes debían sentarse en su silla en un plazo máximo de 5 segundos .Se repitió esta orden dos veces más.

8.-La practicante se alejó los participantes y les dijo "ven aqui" .Los participantes deberán levantarse y caminar hacia la practicante sin hacer movimientos ni vocalizaciones inadecuadas. Esta misma acción se repitió con los otros participantes de manera individual. Se Repitió esta orden dos veces más.

Si los participantes lograban superar con éxito las tres fases, se les indicaría la posición que deberán tomar durante los procedimientos de relajación y una vez que hayan tomado la posición adecuada podrían pasar a realizar los ejercicios de relajación.

#### **BRAZOS**

A continuación se dio inicio al procedimiento de relajación de brazos , manos y piernas :

- ✓ La practicante mostró a los participantes la posición que consistía en mantener el brazo derecho recto con el puño cerrado y tensándolo desde la mano hasta el hombro, los participantes deberían comprobar por sí mismo cuales son las zonas del brazo que tenían tensas.
- ✓ La practicante les pidió a los participantes que tensaran su brazo tal como ella les estaba mostrando y que comprobaran donde sienten la tensión tocándose el brazo con la otra mano. A continuación se les pidió a los participantes que relajarán gradualmente el brazo hasta ponerlo en la posición de relajación. Esta acción se repitió con el otro brazo .Los participantes debían aprender poco a poco a tensar y a relajar el brazo ante la señal" tensa tu brazo" .Podía ser útil tocar suavemente el brazo mientras están en posición de relajación .Se les pidió que se concentraran en la sensación que estaban experimentando cuando los músculos comenzaban a aflojarse .La sensación de la relajación o de flojera en los músculos podía ser también experimentada por otro procedimiento, se debería levantar la mano de los participantes y dejarla caer sobre sus muslos como si fuera el brazo de un muñeco de trapo. Los participantes deberían tensar y relajar ambos brazos y sentir la tensión al tocarse los muslos.

**MANOS**

- ✓ La practicante mostró a los participantes la posición que consiste en mantener sus manos apoyadas sobre los muslos y con las palmas hacia arriba; la practicante debía tensar cerrando el puño y decía "Tenso" .Después que abrió poco a poco los dedos y dijo "relajado" les pidió a los participantes que repitieran "relajado". Se pidió a los participantes que repitieran esos movimientos y que después colocarán sus manos sobre los muslos con las palmas hacia abajo retornando a la posición de relajación. Los participantes deberían ser capaces de hacerlo tres veces seguidas. Si es así podían seguir adelante.

**PIERNAS**

- ✓ La practicante mostró a los participantes la posición que consistía en levantar su pierna derecha con los dedos de los pies hacia adentro tensando toda su pierna .La practicante pidió a los participantes que comprobaran por si mismos cuales son las zonas de sus piernas que estaban tensas (trasero , nalgas , a ambos lados de la rodilla , así como en el arco del pie y en el propio pie ).la practicante pidió a los participantes que hicieran lo mismo y que comprobaran cuales son las áreas tensas en su propia pierna. La practicante podía ayudar a los participantes al principio colocando su mano izquierda bajo la rodilla del participante de forma que el pie apunte hacia la nariz de los participantes. A continuación la practicante pidió a los participantes que relajen poco a poco su pierna doblando la rodilla y dejándola caer paulatinamente. La practicante les pidió que comprobaran la diferencia que existe en su pierna según estando tensa o relajada .Se les pidió que repitieran con la pierna izquierda. Los participantes deberán tensar y relajar ambas piernas. Los músculos deberán estar tensos al tocarlos.

**CIERRE.**

- ✓ La practicante se despidió cordialmente del grupo dando gracias por su participación en la actividad.

## SESION 2.

**Objetivo: Enseñar al participante a controlar su respiración.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los pacientes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explicó al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento y a continuación dió comienzo al ejercicio de respiración.</li></ul>	4 sillas	40 min
Ejercicios de respiración.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La practicante modelo a los participantes el ejercicio de respiración profunda que consistió en inhalar profundamente, mantener el aire durante algunos segundos y exhalar lentamente mientras la practicante dijo la palabra "R-E-L-A-X". La practicante pidió a los participantes que le imiten: la practicante dijo la palabra R-E-L-A-X cuando los participantes exhalaban y después les pidió que fueran ellos mismo quien dijeran la palabra R-E-L-A-X cuando expulsaran el aire. Se consideraría correcto si los participantes eran capaces de hacerlo cinco veces seguidas.</li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente del grupo dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

### SESION 3.

**Objetivo: Enseñar al participante a relajar los músculos sin tensarlos.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los pacientes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento a continuación dio comienzo al ejercicio de relajación sin tensión.</li></ul>	4 sillas	40 min
Relajación sin tensión.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La practicante pidió a los participantes que se relajaran recorriendo una por una las partes de su cuerpo: brazos, manos, piernas pero en esta ocasión no se les pidió a los participantes que tensaran los músculos. La practicante pidió a los participantes que relajaran su brazo derecho y cuando pareciera relajado pasaran a la siguiente zona muscular .Si podían hablar, la practicante les preguntaría si su brazo derecho estaba relajado (se hizo esto con todos los músculos del cuerpo). Una vez que estaban relajadas todas las áreas musculares los participantes realizaron cinco ejercicios de respiración profunda mientras pronunciaban la palabra "R-E-L-A-X".</li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió del grupo cordialmente dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

#### SESION 4.

**Objetivo:** Enseñar a los participantes a relajarse estando de pie.

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los pacientes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explicó al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento y dio comienzo al ejercicio de relajación estando de pie.</li></ul>	4 sillas	40 min.
La relajación estando de pie.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La practicante pidió a los participantes que se levantarán y tensarán todo su cuerpo y que pusieran los brazos a ambos lados de su cuerpo manteniendo los puños cerrados, las caderas y el cuello tensos y en general todo el cuerpo tan tenso como pudieran .La practicante les dijo que imaginaran que es son un soldado de plomo y a continuación se le pidió que se relajaran he imaginaran que eran un muñeco de trapo. Se les pedio a los participantes que hicieran una respiración profunda y que se relajaran mientras expulsaban el aire. La practicante considero correcto: si los participantes eran capaces de hacer esto tres veces seguidas, ellos podrían pasar al siguiente ejercicio.</li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió del grupo cordialmente dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

## SESION 5

**Objetivo: Enseñar a los participantes a relajarse mientras caminan.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los participantes sentados frente ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento dio comienzo al ejercicio de enseñar a los participantes a relajarse mientras caminan.</li></ul>	4 sillas	40 min
La relajación mientras caminan.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Una vez que los participantes aprendieran a relajarse estando de pie se pondría en práctica lo siguiente:<ol style="list-style-type: none"><li>1 La practicante les pidió a los participantes que caminarán hacia la practicante uno por uno y se les dijo "ven aquí".</li><li>2 Cuando caminaron la practicante les dijo a los participantes "párate, tensa todo tu cuerpo".</li><li>3 La practicante les pidió a los participantes que relajaran todo su cuerpo.</li><li>4 La practicante les pidió a los participantes que hicieran los ejercicios de respiración profunda una vez.</li><li>5 La practicante les dijo a los participantes de nuevo "ven aquí "y se les repitió la secuencia anterior.</li></ol></li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

## SESION 6.

**Objetivo: Enseñar a los participantes a relajar los músculos de sus brazos mientras se encuentran acostados utilizando el brazo.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>○ La practicante saludo al grupo, ubicando a los participantes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento y dio comienzo al ejercicio de relajación de brazos mientras estaban sentados. En esta sesión se trabajó de forma individual con cada uno de los participantes.</li></ul>	2 colchonetas.	40 min
Procedimiento de relajación acostados Brazos.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ La practicante les pidió a los participantes que se acostarán en una colchoneta con las manos y los brazos a ambos lados del cuerpo y las piernas rectas. Les ayudo levantar un brazo y se les pidió que lo tensarán cerrando el puño, los participantes deberían concentrarse en la sensación de tención y relajación, finalmente bajando el brazo poco a poco y aproximándolo al cuerpo. Se consideraría correcto: si los participantes eran capaces de hacer esto tres veces consecutivas.</li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

## SESION 7.

**Objetivo: Enseñar a los participantes a tensar y relajar los músculos de sus piernas mientras se encuentran recostados.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los participantes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento dio comienzo al ejercicio de relajación de los músculos de sus piernas recostados. En esta sesión se trabajó de forma individual con cada uno de los participantes.</li></ul>	2 Colchonetas.	40 min
Procedimiento de relajación acostados Piernas.	<p>✓ Recostados sobre la cama la practicante pidió a los participante que levantaran primero su pierna derecha formando un Angulo de 60 ° aproximadamente, se tensaría dirigiendo los dedos del pie hacia la nariz .La practicante les pidió que notaran como se siente su pierna cuando esta tensa e hizo que lentamente la relajaran bajando la pierna hasta la posición de relajación.</p> <p>Posteriormente se repitió el ejercicio con la pierna izquierda.</p> <p>Se consideraría si es correcto: si los participantes eran capaces de hacer esto tres veces consecutivas.</p> <p>Si los participantes no lograban levantar su pierna hasta formar un ángulo de 60° , la practicante les ayudaría a los participantes haciendo que cada vez levantaran su pierna 4 o 5 grados más .Esto podría lograrse en varios ensayos.</p>		
CIERRE.	<p>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente del grupo dando gracias por la participación en la actividad.</p>		

## SESION 8.

**Objetivo:** Enseñar a los participantes a relajarse, haciendo ejercicios de respiración mientras se encuentran recostados.

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>o La practicante saludo al grupo, ubicando a los participantes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión, utilizando modelamiento dio comienzo al ejercicio de relajación recostado respiración.</li></ul>	2 colchonetas.	40 min
Procedimiento de relajación respiración recostado.	<p>✓ Estando los participantes acostados la practicante modelo a los participantes el ejercicio de respiración profunda, inhalando profundamente, manteniendo el aire y exhalando lentamente mientras se decía la palabra "R-E-L-A-X" .La practicante les pidió a los participantes que la imitaran y esto se repitió cinco veces.</p> <p>Se consideraría correcto: si los participantes eran capaces de hacerlo cinco veces consecutivas.</p>		
CIERRE.	<p>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente del grupo dando gracias por la participación en la actividad.</p>		

## SESION 9.

**Objetivo: Inducir a la relajación en el participante a través de un masaje previo a la terminación de la sesión.**

Actividad	Procedimiento	Material	Duración
Presentación.	<ul style="list-style-type: none"><li>○ La practicante saludo al grupo, ubicando a los participantes sentados frente a ella estableciendo contacto visual. Posteriormente la practicante explico al grupo la dinámica de la sesión de relajación sentados dando un ligero masaje. En esta sesión se trabajó de forma individual con cada uno de los participantes.</li></ul>	2 colchonetas.	40 min
Procedimiento de relajación acostado masaje.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Una vez que los participantes estaban relajados apoyados sobre su espalda, la practicante les ayudo a girar colocándose boca abajo. La practicante colocó una pequeña almohada debajo de él y posteriormente le acariciara su espalda con masajes que no sean ni demasiado fuertes ni demasiado suaves .Los masajes en sus extremidades deberían darse en dirección del corazón .La practicante aplicaría solo el contacto corporal necesario para realizar el masaje sobre el área corporal específica .No fue necesario que los participantes mantuvieran las piernas abiertas mientras se le da el masaje en la espalda. Mientras los participantes estaban disfrutando de la sensación de relajación la practicante diría "Es bueno estar relajado ".El masaje les sirvió como recompensa a los participantes al final de la sesión.</li></ul>		
CIERRE.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Al terminar la sesión la practicante se despidió cordialmente del grupo dando gracias por la participación en la actividad.</li></ul>		

- **Materiales:**
  - 4 sillas.
  - 4 colchonetas.
  - 1 mesa.
- **Estrategias de evaluación:**

Se utilizará la escala de Ansiedad de Hamilton (1959) como Pre y Post, a fin de comparar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención.

El instrumento de medición que se utilizó será la escala de Hamilton (anexo 2) es una escala de heteroevaluación, es decir llevada a cabo por un observador externo, propuesta por Hamilton en 1959, que explora el área del estado de ansiedad, la cual es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta escala es la más sensible para evaluar los efectos del tratamiento en participantes con ansiedad y por lo tanto para evaluar el transcurso de la enfermedad.

La escala de Hamilton para la ansiedad representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos la escala consta de 14 ítems cada uno con puntuación de 0 a 4.

La escala de Hamilton para la ansiedad ha sido diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y también se aplica a participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad para el estudio de la evaluación clínica de la enfermedad durante el tratamiento.

**Fiabilidad:**

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores

test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

#### Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

#### Aplicación:

Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un observador externo.

#### Calificación

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma7, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable, en caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Bech y Cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación  $\geq 2$  en el ítem 1 y  $\geq 2$  en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak (propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicósomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de "neurosis de ansiedad", pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de "desorden de pánico", "desorden fóbico" y "ansiedad generalizada", entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión.

#### Interpretación.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

## RESULTADOS.

A continuación, se mostrarán los datos de los participantes, que fueron tomados de sus expedientes psicológico y médico de la Fundación Alzheimer; debido a que por el mismo padecimiento resulta sumamente difícil entrevistarlos personalmente, así mismo se presentan los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton aplicado como Pre-test y Post-test.

### **Participante 1**

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 73 años de edad.

**Religión:** Católica.

**Estado civil:** viuda hace 20 años aprox.

**Escolaridad:** Primaria.

**Actividad previa:** Intendencia en una secundaria.

**Lugar/ fecha de nacimiento:** México D.F ,25 de agosto de 1939.

**Lugar de residencia:** México D.F.

**Dominancia manual:** Diestra.

**Número de hijos:** 5 hijos.

**Antecedentes Personales:** Tabaquismo y toxicomanías negadas, alcoholismo social y frecuente en casa, diabetes, aparentemente antecedentes de hepatitis C.

**Diagnóstico:** DEMENCIA MIXTA, (ALZHEIMER + VASCULAR).CON DETERIORO COGNITIVO MODERADO (evaluado en la Fundación de Alzheimer por el PSIC. Gabriel López Robles, Director de Docencia y Asistencia). Ingres a la Fundación el 17 de septiembre del 2012; actualmente se encuentra en la 2ª etapa de la enfermedad.

En la Escala de Hamilton aplicada como pre-test obtuvo un puntaje de 9 aciertos indicando un nivel de ansiedad de intensidad mínima, presentando una ligera sensación de tensión reflejándose en síntomas somáticos que se manifiestan mediante sensaciones de dolor y cansancio muscular.

Se observó que predominaban algunos síntomas de tensión, y síntomas somáticos que en ocasiones se reflejan en cansancio muscular y fatiga, sin embargo puede realizar las actividades físicas que se le asignan en la fundación de Alzheimer como terapia física, baile y ejercicios aeróbicos y de gimnasio.

Una vez que concluyó la intervención, nuevamente se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton como post-test obteniendo un puntaje de 2 aciertos el cual difiere del pre-test donde obtuvo 9 aciertos lo que indica que disminuyeron sus niveles de ansiedad, ubicándose en ansiedad de intensidad mínima reflejándose en una menor manifestación de síntomas somáticos, mostrando una disminución en la tensión; así como una mejora emocional que facilitó una mayor adaptación y comprensión al padecimiento.

## **Participante 2**

**Sexo:** Masculino.

**Edad:** 86 años de edad.

**Escolaridad:** secundaria

**Lugar/ fecha de nacimiento:** Etzatlán, Jalisco 10 de octubre de 1926.

**Estado civil:** viudo hace 2 años.

**Religión:** Católica.

**Escolaridad:** Secundaria.

**Ocupación previa:** Empleado Federal, Jefe de almacén en la Delegación Xochimilco y Empleado de Aceros en Ecatepec.

**Dominancia manual:** Diestra.

**Número de hijos:** 6 hijos.

**Antecedentes personales:** Tabaquismo en su juventud hasta 1985, alcoholismo inicio al tener 16 años, hasta hace los 83 años, su consumo era de 3 copas diarias o cervezas; sus toxicomanías son negadas. Presentó depresión al dejar su trabajo, desencadenando Adinamia. Demencia vascular. Microinfartos con dx. hace un año. Amibiasis aguda.

**Diagnóstico general:** DEMENCIA DE ETIOLOGÍA VASCULAR EN ETAPA MODERADA. (Evaluado por el PSIC. Gabriel López Robles. Director de Docencia y Asistencia). Ingreso a la Fundación el 15 de noviembre del 2012, actualmente se ubica en la 2ª etapa de la enfermedad.

En la escala de Hamilton aplicada como pre-test el participante 2 obtuvo un puntaje de 8 aciertos indicando un rango de ansiedad de intensidad mínima, lo cual indicó la presencia de una incapacidad de relajación reflejándose en tensión y un estado de ánimo depresivo manifestando falta de interés, depresión y tristeza por el fallecimiento de su esposa hace 3 años aproximadamente, de tal manera que su ámbito emocional se ve afectado, por lo que presenta un temor y resistencia ante el reconocimiento y continuo progreso de su padecimiento, por otra parte se integra a las tareas asignadas por los cuidadores, presenta síntomas de tensión en algunas ocasiones mostrándose inquieto e irritable por la conciencia de la enfermedad ,reflejándose en síntomas gastrointestinales por lo que presenta diarreas frecuentes ,preocupaciones dietéticas comiendo porciones pequeñas no obstante socializa de manera adecuada con su familia y los otros pacientes en la Fundación .

Una vez que concluyó la intervención, se aplicó la escala de Ansiedad de Hamilton como post-test obteniendo un puntaje de 0 aciertos lo que se diferencia del pre-test donde obtuvo 8 aciertos indicando un nivel de ansiedad de intensidad mínima; disminuyendo sus niveles de ansiedad, probablemente gracias al programa de relajación, reportando disminución de los síntomas tanto de estado de ánimo depresivo, tensión como los gastrointestinales.

### **Participante 3**

**Sexo:** masculino.

**Edad:** 53 años de edad.

**Escolaridad:** Doctorado ciencias sociales.

**Ocupación previa:** Docencia e investigación UAM.

**Dominancia manual:** Diestra.

**Lugar/ fecha de nacimiento:** Cuautla, Morelos; 14 de marzo de 1959.

**Estado civil:** Soltero.

**Lugar de residencia:** México D.F y Cuautla Morelos.

**Religión:** Católico.

**Antecedentes personales:** diabetes desde hace 7 años, hace un año en tratamiento. Cardiopatía Isquémica, by pass hace 23 años por bloqueo de coronarias, caterismo en el 2002, demencia vascular con diagnóstico hace año y medio.

**Diagnóstico general:** DEMENCIA MIXTA EN ETAPA INICIAL. PROCESOS CLÍNICOS DE HEPATOPATÍA CEREBRAL SEVERA CON ATROFIA CORTICAL MODERADA E INFARTOS VASCULARES MÚLTIPLES. (Evaluado por el PSIC. Gabriel López Robles. Director de Docencia y Asistencia). Ingresó a la Fundación a partir del 21 de febrero del 2013, ubicándose en la 1ª etapa de la enfermedad.

En la Escala de Hamilton aplicada como pre-test el participante 3 obtuvo un puntaje de 5 aciertos indicando un nivel de ansiedad de intensidad mínima lo que refleja un estado de ánimo ansioso, presentando síntomas de inquietud y sentimientos de esperar lo peor, en sus funciones intelectuales refiere tener dificultad para concentrarse o poner atención, de tal manera que su equilibrio emocional se ve afectado, al presentar una resistencia y temor ante el

reconocimiento de su padecimiento así como el progreso del mismo; sin embargo realiza las actividades de coordinación motriz fina siguiendo instrucciones de los cuidadores de la Fundación Alzheimer correctamente.

Una vez que concluyó la intervención, nuevamente se administró la escala de ansiedad de Hamilton como post-test obteniendo un puntaje de 13 aciertos lo que difiere del pre-test donde obtuvo un puntaje de 5 aciertos indicando que el nivel de ansiedad aumento reflejándose en síntomas de inquietud y sentimientos de esperar lo peor , aprensión e irritabilidad manifiesta llanto fácil mostrando un estado de ánimo depresivo ,tristeza por sentir soledad debido a que comenta que "nunca se casó y que le dio todo a sus sobrinos y que ahora ellos lo tratan peor que un perro y que no es tomado en cuenta que al contrario lo ignoran".

Es importante mencionar que el participante se ausento durante tres semanas a la Fundación Alzheimer debido a que estuvo bajo tratamiento médico debido a problemas hepáticos, ya que era necesario realizarse estudios y estar bajo cuidado de sus familiares en su domicilio, lo que ocasionó que a su regreso se mostrará mayor ansiedad durante la aplicación del pos-test de tal manera que emocionalmente se vio afectado, por lo que mostro sentimientos de soledad, depresión y aislamiento.

Antes de iniciar el programa de intervención, se midió si podían realizar ciertas actividades cada participante.

A continuación en la (tabla 1) se muestran los resultados de las actividades del procedimiento de preparación de los participantes para la relajación que se aplicó antes del procedimiento de relajación, este pre-requisito era importante conocerlo para saber si los participantes eran capaces de seguir instrucciones del programa de intervención.

Tabla 1. Pre- requisitos de los participantes.

ACTIVIDAD.	Participante 1.			Participante 2.			Participante 3.		
	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3
HABILIDADES BASICAS.									
Posición de relajación.	C			C			C		
Contacto ocular	C			C			C		
HABILIDADES DE IMITACIÓN.									
Levantar las manos.	C			C			C		
Tocar la mesa.	C			C			C		
Tocarse el pecho.	C			C			C		
ORDENES SENCILLAS									
Levantarse.	C			C			C		
Sentarse.	C			C			C		
Venir.	C			C			C		

Código: C=correcto. I=Incorrecto. NR=No respuesta.

De acuerdo a los resultados de la tabla 1, los tres participantes lograron realizar correctamente las actividades del procedimiento de preparación para la relajación, donde se observó que son considerados aptos para participar en el programa de intervención.

Posteriormente la (tabla 2) nos indica el desempeño de cada uno de los participantes durante las sesiones del programa de relajación.

Tabla 2.

Sesión	1			2			3		
	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3
SENTADO.	C			C			C		
Posición de relajación.									
Tensión y relajación.	C			C			C		
Brazo derecho									
Brazo izquierdo	C			C			C		
Manos.	C			C			C		
Pierna derecha.	C			C			C		
Pierna izquierda.	C			C			C		
Respiración.	C			C			C		
Relajación sin tensión respiración.	C			C			C		
De pie.	C			C			C		
Tensión y relajación.									
Respiración.	C			C			C		
Caminando.	C			C			C		
Caminar-parar-tensar y relajar.									
Acostado	NR			C			C		
Sobre la espalda.									
Brazos.	NR			C			C		
Pierna.	NR			C			C		
Respiración.	NR			C			C		
Masaje.	NR			C			C		

Código C=correcto. I=Incorrecto. NR=No respuesta.

De acuerdo a los resultados el participante 2 y 3 lograron realizar correctamente todas las actividades del programa de relajación en el primer ensayo.

El participante 1 realizó correctamente las actividades de relajación estando sentada, de pie y caminando, relajando cada zona muscular, sin embargo se negó a realizar la actividad de relajación acostada sobre la espalda ya que mencionaba sentir miedo.

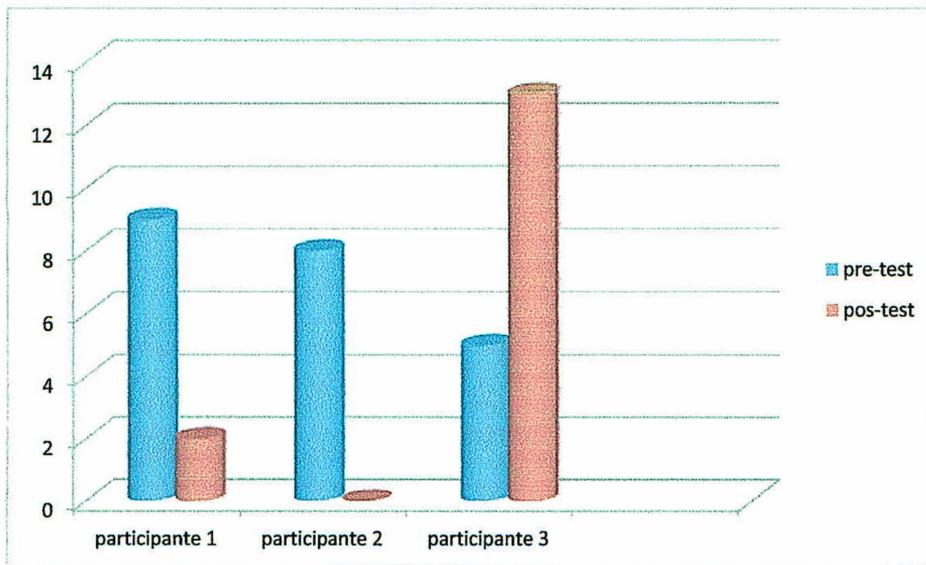
La tabla 3 muestra la diferencia entre los puntajes obtenidos en el pre-test y el post-test de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton de los 3 participantes.

Tabla 3 .Pre-test y Post-test de la escala de ansiedad de Hamilton.

Ítem.	Pre-test			Pos-test		
	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 1	Participante 2	Participante 3
1. Estado de ánimo ansioso.	1	0	2	0	0	4
2. Tensión	2	2	0	0	0	2
3. Miedo.	1	0	0	0	0	0
4. insomnio.	0	0	0	0	0	2
5. Funciones intelectuales.	0	0	2	0	0	2
6. Estado de ánimo depresivo.	0	4	1	2	0	2
7. Síntomas somáticos.	2	0	0	0	0	0
8. Síntomas somáticos generales.	1	0	0	0	0	0
9. Síntomas cardiovasculares.	0	0	0	0	0	0
10. Síntomas respiratorios.	2	0	0	0	0	0
11. Síntomas gastrointestinales	0	2	0	0	0	1
<b>RESULTADOS DE LA SUMA DE ITEMS.</b>	<b>P=9.</b> <b>Intensidad mínima.</b>	<b>P=8.</b> <b>Intensidad mínima.</b>	<b>P=5.</b> <b>Intensidad mínima.</b>	<b>P=2.</b> <b>Intensidad mínima.</b>	<b>P=0</b> <b>Intensidad mínima.</b>	<b>P=13</b> <b>Intensidad mínima.</b>

1-15 intensidad mínima. 16-24 intensidad leve. 35-44 intensidad moderada 35-44 intensidad extrema.

En la gráfica 1 se puede observar la diferencia de los puntajes del pre-test y pos-test de los participantes.



## DISCUSIÓN.

Los distintos procedimientos realizados durante el proceso de exploración durante el diagnóstico tienen como finalidad la caracterización del síndrome, así como la búsqueda de una posible etiología reversible. No existen tratamientos para revertir o detener el progreso de la enfermedad, a pesar de que existen muchos casos de demencia, sin embargo los pacientes pueden beneficiarse con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos lo que coincide con (Toro Greiffenstein R. José y Yepes Roldán E. Luis., 2004) el cual menciona a las demencias irreversibles, sobre las cuales sólo se puede intervenir con medidas paliativas para mejorar ciertos síntomas, como el insomnio, la excitación, la agresividad o las crisis convulsivas.

Como resultado del programa de relajación, se observó en los participantes 1 y 2, una disminución de los síntomas, lo cual concuerda con Cohen (1998) quien diferencia varios tipos de ansiedad en la Enfermedad de Alzheimer planteando que los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en estos pacientes y no únicamente en los estadios iniciales de la enfermedad; menciona también la importancia de las intervenciones tales como la relajación en el trabajo con los pacientes con Alzheimer.

Al trabajar con pacientes con demencia se realizó una adaptación de la sección del manual de Cautela y Groden (1989), en la que se describe la técnica de relajación utilizada en niños con algún tipo de discapacidad; implementándolo en pacientes de la tercera edad, por lo que esta sección del manual resultó ideal para aplicarlo a los pacientes que padecen algún tipo de demencia lo cual coincide con Jacobson (1938) que descubrió que, "tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos se aprende a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación; una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda" p.44.

Sin embargo , el tercer participante obtuvo una pobre mejoría debido a que se ausentó durante tres semanas a la Fundación por los problemas hepáticos mencionados anteriormente, lo cual afectó en el seguimiento de la aplicación



del programa de relajación, como consecuencia, se elevaron sus niveles de ansiedad, predominando los síntomas de estado de ánimo, tensión, funciones intelectuales y estado de ánimo depresivo lo que coincide con Mesulam (1986 en Lasprilla-Ardila 2003) quien define a la demencia como un síndrome clínico que consiste en un inicio insidioso de trastornos cognoscitivos y de comportamiento, con un deterioro progresivo que eventualmente interfiere con actividades de la vida diaria que son apropiadas para la edad del paciente, enfatizando que en la demencia, el decremento intelectual puede afectar cualquier dominio cognoscitivo, incluyendo memoria, lenguaje, atención, orientación espacial o pensamiento; así mismo el deterioro en la conducta o comportamiento involucra cambios en las funciones complejas cognoscitivas y operaciones del comportamiento relacionadas con introspección, juicio, modulación de conductas dentro de un contexto social, regulación de impulsos y del estado de ánimo.

Durante el inicio de la intervención clínicamente se pudo observar que los participantes mostraron interés y cooperación al llevar a cabo correctamente las actividades del programa de relajación, se mostraron tranquilos durante la intervención, siguieron instrucciones correctamente, identificando la tensión al tocar cada una de las zonas musculares del procedimiento de relajación logrando tensar y relajar cada músculo de su cuerpo en lo que ayudó a la mejoría de los síntomas ansiosos de los participantes, observándose una mejor ejecución en las actividades, a su vez se lograron disminuir la ansiedad tal como se pudo reflejar en los resultados obtenidos en la práctica lo que concuerda con (Davis, 1985) quien refiere que la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es compatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma anula el hábito de responder de la otra.

Sin embargo en la última sesión del programa la participante 2 se negó a realizar la actividad acostada sobre la espalda para la relajación de brazos, piernas así como la actividad de respiración y masaje, ya que comentó sentir "miedo" al no poder levantarse posiblemente por las apraxias que presenta, se observó menor cooperación para realizar las actividades citadas mostrándose más irritable y con falta de interés en comparación de las primeras sesiones que se llevaron a cabo debido al avance del deterioro de la enfermedad lo cual

coincide con Agüera (1998) que refiere que el tratamiento de la demencia, como el de cualquier otra enfermedad, debe ir en caminando a la corrección de la causa.

## CONCLUSIÓN

La ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano y también en aquellos que padecen la enfermedad de Alzheimer o cualquier tipo de demencia. Hasta la fecha, ha merecido poca atención y en algunos estudios epidemiológicos en poblaciones clínicas, el número de trastornos de ansiedad en los ancianos parece más bajo que el que aparece en poblaciones no seniles. Sin embargo, es probable que esta frecuencia sea aún mayor y que estos trastornos no sean identificados por presentarse en forma de somatizaciones o por no hacerse demandas directamente relacionadas con ellos.

Erróneamente, hay quien considera que la ansiedad es un componente natural de la vejez. Por lo que se refiere a la presencia de trastornos de ansiedad en la enfermedad de Alzheimer la discusión ha sido aún menor y dado el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes, muchos autores discuten la existencia de dichos trastornos fuera del estadio inicial de la enfermedad, cuando aún el paciente puede percibir los cambios que sufre.

Es importante tener en cuenta la presencia de los trastornos de ansiedad en estas poblaciones, ya que disminuyen de forma notable su calidad de vida, empeora sus rendimientos, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio y el uso desproporcionado de los servicios médicos.

Por ello es de suma importancia continuar con el desarrollo de programas dirigidos a esta población para brindar un mejor servicio y atención elaborando técnicas que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La elaboración implementación y aplicación del programa permitió a la practicante adquirir y desarrollar conocimientos teórico-prácticos relacionado a las demencias así como aplicar y adquirir habilidades teórico-prácticas necesarias para la evaluación y manejo de la ansiedad en pacientes con demencia, aplico, califico e interpreto pruebas psicológicas para el diagnóstico de la enfermedad.

La practicante aprendió paso a paso como desarrollar un programa de intervención acorde con las necesidades de los pacientes con demencia.

Cabe mencionar la importancia de la intervención directa con los pacientes ya que permitió a la practicante observar de manera directa los síntomas así como observar el avance del deterioro, la practicante reafirmo los conocimientos teóricos adquiridos en la materia de desórdenes orgánicos de la conducta, lo que le permitió la adquisición de habilidades tales como diagnosticar a través de pruebas psicológicas y mediante observaciones clínicas directas con los pacientes, aprendió a trabajar en un grupo interdisciplinario y a desenvolverse en un ámbito laboral .

Dentro de las limitaciones encontradas es que el personal de la Fundación no se encuentra capacitado en el manejo de técnicas de relajación para dar seguimiento y como todo programa requiere de constancia para la atención especializada por expertos en el manejo de técnicas de relajación dirigido a pacientes con demencia.

Por ende una de las propuestas sería brindar capacitación continua en técnicas de relajación a cuidadores de la Institución para ayudar a reducir la ansiedad en los pacientes con demencia de esta forma ayudar a contribuir a la integración en las actividades de rehabilitación programadas en la institución, así como la capacitación de los cuidadores primarios que se encargan de la atención y cuidado de los pacientes en casa, esperando así que la ansiedad que provoca la demencia pueda disminuir.

Como es bien sabido aún no se ha encontrado una cura que revierta los efectos de las demencias, sin embargo a través de la estimulación constante se puede intentar detener el deterioro de la enfermedad que a su vez genera síntomas de ansiedad en los pacientes.

Finalmente, es importante mencionar que el programa de intervención sirvió y cumplió las expectativas esperadas de acuerdo a los objetivos establecidos. Una vez que concluyó el programa de intervención los participantes reflejaron una mejoría en su calidad de vida y una disminución significativa de los niveles de ansiedad.

## REFERENCIAS.

1. Agüera O., (1998), "Demencia: Una aproximación práctica", Masson, España.
2. Alberca R. (1998) "Demencias, diagnóstico y tratamiento", Masson; España.
3. Alberca, R. (2001) Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. MEDICA PANAMERICANA: Madrid.
4. Alberca R., López P., (2006), "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias", Panamericana: Madrid.
5. Arango L., Fernández G., Ardilla A. (2003), "Las demencias: Aspectos clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento." Manual Moderno: México.
6. Ballesteros, J. (2006) Psiquiatría Geriátrica, Masson, Elsevier: Barcelona.
7. Bergen (1966). Psiquiátrica Geriátrica (2ª Ed.). Barcelona; España: Masson.
8. Buja, M., Gerhard R. F. Krueger (2006) "Anatomía Patológica", Masson: España
9. Burke M., Walsh M. (1998), "Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor", Harccurt Brace: España.
10. Cautela, Joseph R (1985). Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona; Martínez Roca.
11. Corsi C. (2004) "Aproximaciones de las neurociencias a la conducta", Manual Moderno: México.
12. Contel J., Gené J. (1999), "Atención Domiciliara Organización y Práctica", Springer: Barcelona.
13. Cubero P. (2002), "Diagnóstico y Tratamiento de las demencias en atención primaria", Masson: España.
14. Davis M., Robbins E., (1985) "técnicas de autocontrol emocional" Martínez roca: Barcelona.

15. De la Vega, R. y Zambrano, A. Diagnóstico de las demencias (en línea). La Circunvalación del hipocampo, enero 2008.
16. Donoso & Delgado (2009) Perspectivas en la prevención y tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer, Revista Médica Chilena; 137 289-295.
17. Escario A., Martínez V. (2005), "Demencias Investigación, Diagnóstico y Tratamiento", Masson: España.
18. Fernández (2009) Prevalencia de las demencias en el servicio de geriatría del Hospital General de México O.D., Tesis publicada, para obtener el diploma de especialista en geriatría, Universidad Autónoma de México División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina.
19. Flórez L., (1997), "Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales", EdikaMed: Barcelona.
20. Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la demencia Tipo Alzheimer, Instituto Mexicano de Seguro Social, 2010: México.
21. Hamilton Hernández, C. (2008). Prevalencia de las Demencias en el servicio de Geriatría del Hospital General de México O.D. Tesis de Posgrado. Hospital General de México O.D.
23. Jacoby, R. (2005) Psiquiatría en el Anciano, Masson: España.
24. Kail, R (2006) Desarrollo humanos, Una perspectiva del ciclo vital, Thomson: México.
25. Krassoievitch M. (1997), "Demencia presenil y senil", Salvat: México.
26. La revista norteamericana Newsweek (1984).
27. Lopez-Pousa S., Vilalta F.,(1996) "Manual de Demencias",Prous Science :España.
28. Lopez-Ibor, J.J.(1992) "CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento", Meditor: Madrid.

29. Lopez-Ibor J, J (2002) "DSM-IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales" Masson: España.
30. Lasprilla, C. J, Guinea F. S & Ardila A. Demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicas y tratamiento (2003).
31. Mangone C., Allegri R., Arizaga R. (2005) "Demencia: enfoque multidisciplinario", Polemos: Argentina.
32. Mario G. I. (2010) Análisis de las investigaciones realizadas en la Universidad Nacional Autónoma de México acerca del envejecimiento normal y las demencias del 2000 al 2009, Tesina publicada, Universidad Nacional Autónoma de México – México, Distrito Federal -.
33. Molsa PK. (1984) "Validity of clinical diagnosis in dementia a prospective clinicopathological study".
34. Moreno, G., Garza-Vallejo, J. V. y Martínez, A. (2000). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46 (1):27-32. Consultada el 19 de enero del 2012, <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>.
35. Pinto (2007) La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Detección y cuidados en las personas mayores), Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
36. Rowe, J.W (1985) "Human aging, usual and successful." Successful Science.
37. Timiras S. (1997) "Bases Fisiológicas del envejecimiento y Geriátrica", Masson: Barcelona.
38. Uribe, S. (2005) Fundamentos de Medicina, Neurología, Corporación para Investigaciones Biológicas: Colombia
39. Uribe U., Arana C. (2003), "Neurología", Corporación para Investigación Biológica: Colombia.
40. Valdés M; Manuel tr. American Psychiatric Association (1994) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión IV, Masson: Barcelona.

## ANEXO 1

### PRETEST-PROCEDIMIENTOS DE PREPARACIÓN PARA LA RELAJACIÓN

Se deberá completar el siguiente pretest. Se dirán al niño hasta tres oportunidades para responder a cada uno de los ensayos. Los criterios para determinar si la conducta del niño es correcta o incorrecta aparecen descritos en la sección relativa a *Procedimientos de preparación para la relajación* (página 69).

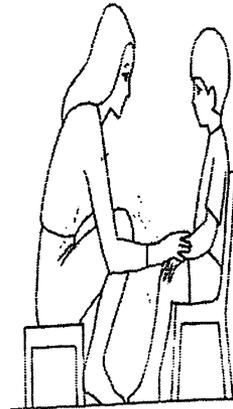
Nombre del niño: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: C = Correcto  
 Fecha: \_\_\_\_\_ ] = Incorrecto  
 Profesor/Padre: \_\_\_\_\_ NR = No respuesta

A. HABILIDADES BÁSICAS	Ensayo	Ensayo	Ensayo
	1	2	3
1. Pida al niño que se siente en una silla durante 5 segundos, los pies quietos, la espalda recta, sin moverse ni vocalizar. Repita 2 veces más.			
2. Diga «Mirame» y pida al niño que mantenga la mirada durante 5 segundos. El debe responder en un plazo máximo de 5 segundos. Repita 2 veces más.			
<b>B. HABILIDADES DE IMITACIÓN</b>			
3. Diga «Haz esto», y levante su mano por encima de la cabeza. El niño deberá imitar esta respuesta correcta en un plazo máximo de 5 segundos. Repita 2 veces más.			
4. Diga «Haz esto» y toque la mesa. El niño deberá imitar esta respuesta correctamente tocando la mesa. Repita 2 veces más.			
5. Diga «Haz esto» y tápese el pecho. El niño deberá imitarlo correctamente tocándose el pecho. Repita 2 veces más.			
<b>C. ÓRDENES SENCILLAS</b>			
6. Diga «Levántate». El niño deberá levantarse delante de su silla en un plazo máximo de 5 segundos. Repita esta orden 2 veces más.			
7. Diga «Siéntate». El niño deberá sentarse en su silla en un plazo máximo de 5 segundos. Repita esta orden 2 veces más.			
8. Sepárese un poco del niño y dígame «Ven aquí». El niño deberá levantarse y caminar hacia usted sin hacer movimientos ni vocalizaciones inadecuadas. Repita 2 veces más.			

Si el niño ha superado que le han las tres fases del pretest, puede pasar a realizar los *Procedimientos de relajación* (página 77). Si no ha superado alguna de las fases siga las instrucciones que aparecen en la sección relativa a *Procedimientos de preparación para la relajación* (página 69).

### II. PROCEDIMIENTOS DE PREPARACIÓN PARA LA RELAJACIÓN

#### A. HABILIDADES BÁSICAS



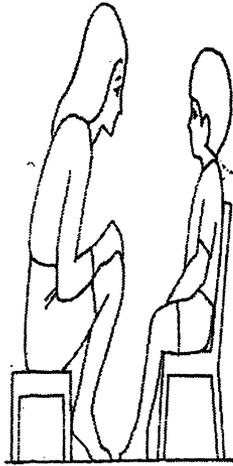
#### POSICIÓN DE RELAJACIÓN

Coloque al niño en una silla baja, de forma que pueda tocar el suelo con los pies. Cójase usted en una silla más baja o en un taburete, de forma que se encuentre enfrente del niño y a la altura de sus ojos. El niño debe estar sentado con la cabeza recta sobre sus hombros y las manos sobre los muslos. Dígame que ésta es la posición de relajación. Pídale que mantenga esta posición durante cinco segundos sin moverse ni vocalizar.

**CRITERIO:** Si el niño puede mantener esta posición durante cinco segundos, tres veces seguidas, puede pasar a la siguiente fase.

**PROBLEMAS:** Si el niño no puede estar sentado y quieto durante cinco segundos, comienza con un segundo e incremente el tiempo poco a poco hasta los cinco segundos. Se le pueden dar caramelos u otras golosinas después de cada respuesta correcta.

#### NOTAS Y COMENTARIOS



### CONTACTO OCULAR

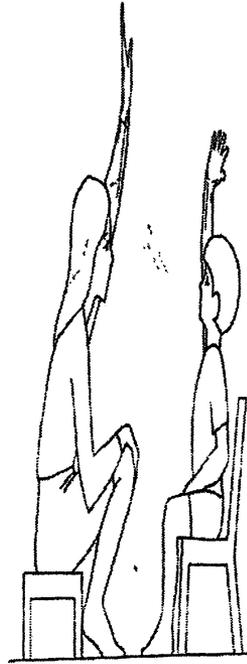
Diga «Mírame» o «Míra a mis ojos» y pida al niño que mantenga la mirada mientras usted cuenta hasta tres. Una vez que haya conseguido el contacto ocular, diga «Eso está bien, estás mirándome».

**CRITERIO:** El niño debe mirarte en un plano mínimo de cinco segundos y mantener el contacto ocular durante tres segundos. Si puede hacer esto tres veces consecutivas pase al ejercicio siguiente.

**PROBLEMAS:** Si le es difícil conseguir el contacto ocular puede ayudar al niño sosteniendo un caramelo, dulce, etc., cerca de sus ojos y dándole al niño tan pronto como le mira. Incremente poco a poco el tiempo de contacto ocular desde uno a tres segundos.

### NOTAS Y COMENTARIOS

## R. HABILIDADES DE IMITACIÓN



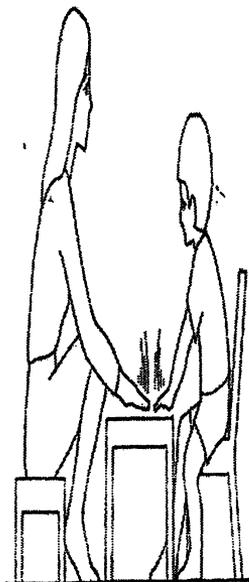
### LEVANTAR LAS MANOS

Pida al niño que se siente en posición de relajación y que le mire a usted. Diga «Haz esto» y levante su mano haciendo que el niño vea cómo lo hizo usted. Una vez que el niño haya levantado su mano, diga con entusiasmo «¡Muy bien, has levantado la mano!».

**CRITERIO:** El niño levanta la mano correctamente en un plazo máximo de cinco segundos. Realiza el ejercicio con éxito tres veces.

**PROBLEMAS:** Si el niño no imita esta conducta, moldee gradualmente la respuesta levantándole usted la mano y diga «Eso está bien, estás levantando tu mano». Ayúdale un poco menos en los ensayos sucesivos. Recompénselo con dulces, caramelos u otras golosinas después de cada respuesta correcta. Retire poco a poco su ayuda hasta que el responda sólo a la señal «Haz esto».

### NOTAS Y COMENTARIOS



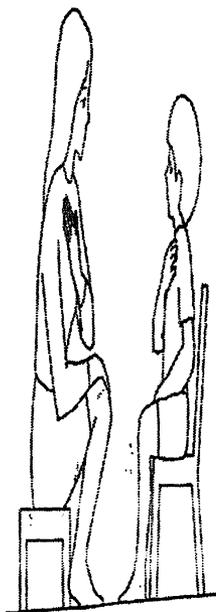
### **TOCAR LA MESA**

Pide al niño que se sienta en la posición de relajación y que le mire a usted. Diga «¡Fu esto!» y toque usted la mesa. Una vez que el niño haya tocado la mesa, diga «¡Fu está bien, has tocado la mesa!».

**CRITERIO:** El niño debe tocar la mesa en un plazo máximo de cinco segundos y debe realizar el ejercicio correctamente tres veces.

**PROBLEMAS:** Si el niño no responde correctamente, modela gradualmente esta conducta tocando la mesa con la mano del niño y recompensándolo después. Reforzar poco a poco su ayuda hasta que el niño responda a la señal «¡Fu esto!».

### **NOTAS Y COMENTARIOS**



### **TOCARSE EL PECHO**

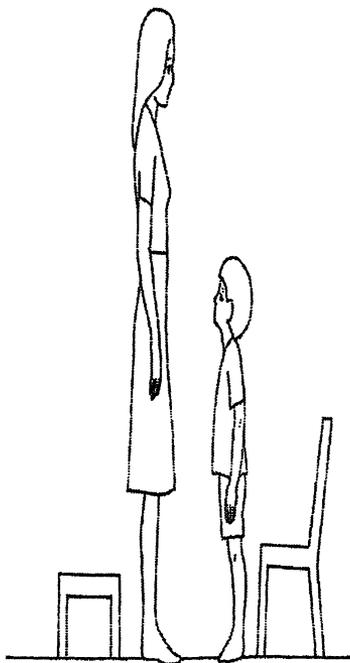
Pide al niño que se sienta en posición de relajación y que le mire. Diga «¡Fu esto!» y toque el pecho. Una vez que el niño se haya tocado el pecho, diga «¡Fu esto bien, estás tocándote el pecho!».

**CRITERIO:** El niño se toca el pecho en el plazo máximo de cinco segundos. Realiza el ejercicio correctamente tres veces consecutivas.

**PROBLEMAS:** Si el niño no responde correctamente, modela gradualmente esta conducta tocándole la mano y tocándole el pecho. Recompensarlo después. Reforzar poco a poco su mano hasta que el responda por sí mismo ante la señal «¡Fu esto!».

### **NOTAS Y COMENTARIOS**

### C. ÓRDENES SENCILLAS



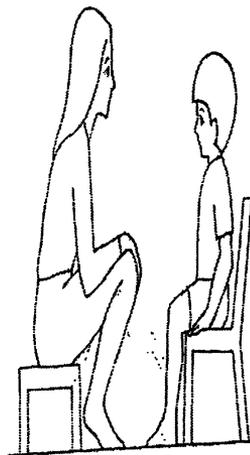
#### LEVANTARSE

Dé la orden «Levántate». El niño deberá ponerse de pie delante de su silla en un plazo máximo de cinco segundos. Una vez haya dado la respuesta correcta, diga «Muy bien, te has levantado» y recompénsalo, si es necesario, con pequeños caramelos u otras golosinas.

**CRITERIO:** El niño se pone de pie en la posición correcta en el plazo de cinco segundos y lo hace correctamente tres veces consecutivas.

**PROBLEMAS:** Si el niño no cumple la orden, intéguelo colocando ligeramente su mano sobre la espalda del niño ayudándole a levantarse. Retire poco a poco su ayuda hasta que el niño pueda responder a la orden. Refuerce cada respuesta correcta con caramelos, frutas, etc.

#### NOTAS Y COMENTARIOS



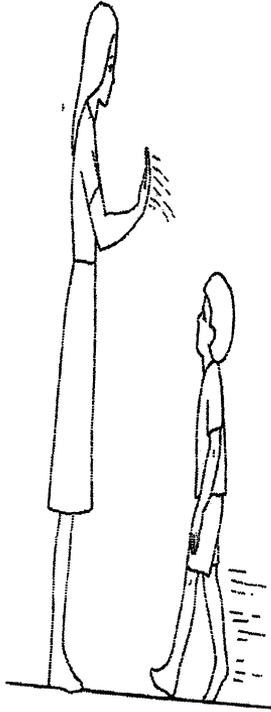
#### SENTARSE

Dé la orden «Siéntate». El niño deberá sentarse en su silla en un plazo máximo de cinco segundos. Una vez que haya dado la respuesta correcta, diga «Bueno está bien, te has sentado» y recompénsalo si es necesario con pequeños caramelos u otras golosinas.

**CRITERIO:** El niño se sienta en la posición correcta en el plazo de cinco segundos y realiza el ejercicio correctamente tres veces consecutivas.

**PROBLEMAS:** Si el niño no cumple la orden, intéguelo colocando ligeramente su mano sobre el pecho del niño para ayudarlo a sentarse. Retire poco a poco su ayuda hasta que pueda cumplir el solo la orden. Recompense cada respuesta correcta con caramelos, frutas u otras golosinas.

#### NOTAS Y COMENTARIOS



#### FE51R

Póngase de pie a dos metros de distancia del niño y diga «Ven aquí». El niño deberá levantarse y caminar hacia usted sin realizar movimientos ni vocalizaciones inapropiadas. Cuando haya realizado la respuesta correcta diga «Eso está bien, has venido aquí» y recompénselo, si es necesario, con pequeños caramelos u otros golosinas.

**CRITERIO:** El niño se levanta y camina hacia usted sin realizar movimientos ni vocalizaciones inapropiadas en un plazo máximo de cinco segundos y repite el ejercicio correctamente tres veces consecutivas.

**PROBLEMAS:** Si el niño no cumple la orden, pídele a otra persona que le ayude animando al niño a caminar hacia usted. Reduce poco a poco la ayuda hasta que el niño responda a la orden. Recompénsalo cada respuesta correcta.

#### NOTAS Y COMENTARIOS

### III. PROCEDIMIENTOS DE RELAJACIÓN

Notamos lo recomendamos el siguiente proceso antes de comenzar a enseñar la relajación a niños con necesidades especiales:

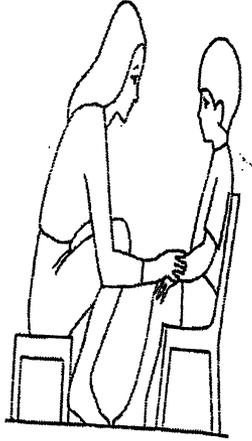
1. La persona que vaya a enseñar la relajación debe aprenderla antes él mismo y conseguir un suficiente nivel de eficiencia, esto es, debe conocer todo el procedimiento de memoria, debe poder comunicarlo de forma efectiva y debe sentirse realmente relajado cuando haya completado el procedimiento.
2. Practique enseñando relajación a un niño sin necesidades especiales.
3. Practique y enseñe los procedimientos a un niño con necesidades especiales pero siendo consciente de la necesaria modificación de los procedimientos utilizados con esta población en particular.

Es importante comenzar cada sesión de relajación recordando todas las respuestas de relajación previamente aprendidas antes de dar un nuevo paso. Por ejemplo, si el niño ha aprendido a tensar y relajar sus manos, la nueva sesión deberá comenzar tensando y relajando los brazos y las manos antes de proceder a enseñar cómo tensar y relajar las piernas.

En la medida de lo posible, y de acuerdo con la capacidad del niño, procure enfatizar todos los aspectos de la secuencia de relajación.

1. Tensar los músculos hasta su grado máximo.
2. Notar la sensación de tensión en todos los músculos que están tensos.
3. Relajarse.
4. Experimentar la agradable sensación de la relajación.

Cuando se enseñe relajación a un niño por primera vez, recomendamos que mantenga cada parte del cuerpo tensa durante dos segundos y que la relaje al menos durante diez segundos. Seguramos que quienes enseñan la relajación cuenten internamente estos tiempos cuando se le pide al niño que se concentre en la tensión y en la relajación.



#### A. LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN

Se utiliza la misma posición de relajación que la descrita en el apartado correspondiente a *Procedimientos de preparación*. Coloque al niño en una silla baja, de forma que pueda tocar el suelo con los pies. Siéntese usted en una silla más baja aún o en un taburete, de manera que no encarente frente del niño y a la altura de sus ojos. El niño deberá estar sentado con la cabeza recta sobre los hombros y las manos colocadas sobre los muslos. Dígale que ésta es la posición de relajación. Pídale que se mantenga en esta posición durante cinco segundos sin moverse ni respirar. Es importante que comience siempre cada ejecución estando el niño en posición de relajación.

También es importante recordar que se debe reforzar al niño cada vez que cumple una orden, si es necesario. Puede utilizar reforzadores tales como el elogio verbal, canciones o bien reforzadores concretos como caramelos, comida, etc. Hemos comprobado que es más fácil observar el grado de tensión y de relajación de los diferentes grupos musculares si el niño lleva la ropa ajustada o tiene los brazos y las piernas desuados. Esto es especialmente importante si los niños tienen dificultad de comunicación verbal.

**CRITERIO:** Si el niño puede mantenerse en esta posición durante cinco segundos tres veces consecutivas, puede seguir adelante.



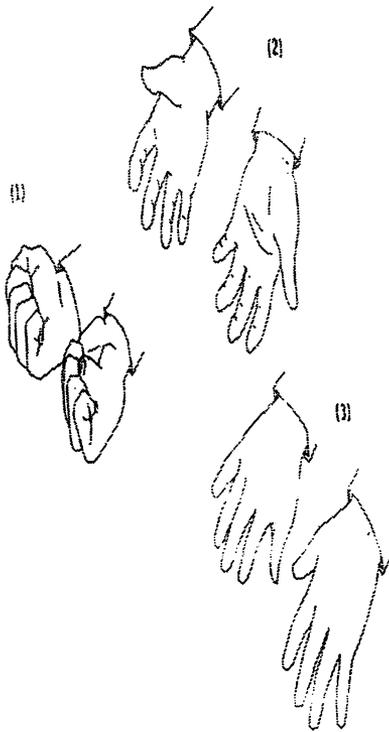
#### BRAZOS

Muestre al niño la posición que consiste en mantener usted su brazo derecho recto, con el puño cerrado y tensándolo desde la mano hasta el hombro. Haga que el niño reconozca por sí mismo cuáles son las zonas del brazo que tense usted (hombro, antebrazo, la parte de atrás del brazo, codo, la parte de arriba y de abajo de la muñeca y los dedos). Pida al niño que tense su brazo tal como usted le ha enseñado y que compruebe cómo siente la tensión tocándose el brazo con la otra mano. Para facilitar la comprensión utilice cualquier tipo de símbolos que permitan entender al niño el concepto de tensión. A continuación pídale que relaje gradualmente el brazo hasta ponerlo en la posición de relajación. Repita con el otro brazo. El niño deberá apretar poco a poco a tensar y relajar el brazo ante la señal «Tensa tu brazo». Puede ser útil frotarle suavemente el brazo mientras está en posición de relajación. Pídale que se concentre en la sensación que experimenta cuando los músculos comienzan a aflojarse. La sensación de relajación o de flojura en los músculos puede ser también experimentada por otro procedimiento. Levante la mano del niño y déjala caer sobre sus muslos como si fuera el brazo de un muñeco de trapo.

**CRITERIO:** El niño puede tensar y relajar ambos brazos. Debe sentir la tensión al tocar se los músculos.

**PROBLEMAS:** Con frecuencia algunos niños tienen dificultad para mantener sus brazos tensos con el puño cerrado. En este caso intente modelar su conducta poniendo usted su mano bajo el codo del niño como soporte y haciendo que el niño empuje contra su mano abierta. Otra forma consiste en pedir al niño que cierre su mano alrededor del índice de usted y que apriete.

#### NOTAS Y COMENTARIOS

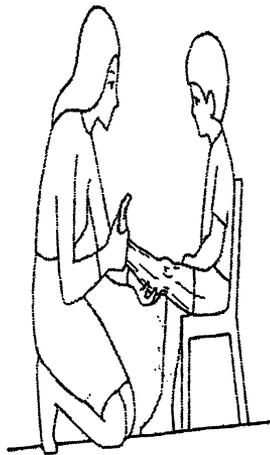


### MANOS

Frecuentemente hemos encontrado que los niños hiperactivos y los que tienen trastornos físicos, o bien muestran las manos de forma inadecuada o bien no son capaces de tensar y relajar las manos fácilmente. Este procedimiento es importante para ellos y deberá repetirse dos veces. Muestre al niño la posición que consista en mantener usted sus manos apoyadas sobre los muslos y con las palmas hacia arriba; tense cerrando el puño y diga «Tenso». Después abra poco a poco los dedos y diga «Relaxo». Pida al niño que repita estas maniobras y que después coloque sus manos sobre los muslos con las palmas hacia abajo retornando a la posición de relajación.

**CRITERIO:** El niño deberá ser capaz de hacerlo tres veces seguidas. Si es así puede seguir adelante.

**PROBLEMAS:** Pida al niño que tense su mano apretando su dedo índice o un lápiz. Tan pronto como usted sienta un fuerte apretón diga «Relaxo», eso parece estar tenso». Después pida al niño que relaje sus manos y las ponga en posición de relajación. Cuando comience hacer esto, pídale que tense y relaje sus manos sin la ayuda de su dedo o sin el lápiz. Si las manos del niño fueran demasiado débiles para apretar su dedo anillo a la parte final del movimiento continuo, al apretado bajo el título Problemas especiales (página 90), y a la sección dedicada a El niño con necesidades especiales y trastornos físicos (página 97).



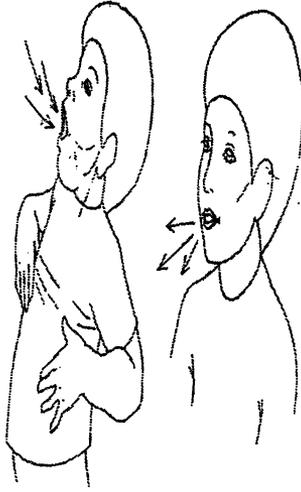
### PIERNAS

Muestre al niño la posición que consiste en levantar usted su pierna derecha con los dedos de los pies hacia adentro y tocando toda su pierna. Pida al niño que compruebe por sí mismo cuáles son las zonas de su pierna que están tensoas (trácese, nádegas, a ambos lados de la rodilla, así como en el arco del pie y en el propio pie). Pídale que él haga lo mismo que usted está haciendo y que compruebe cuáles son las áreas tensoas en su propia pierna. Usted podrá ayudarlo al principio colocando su mano izquierda bajo la rodilla del niño de forma que el pie apunte hacia la nariz del niño. A continuación, dígame que relaje poco a poco su pierna doblando la rodilla y dejándola caer paulatinamente. Pídale que compruebe la diferencia que existe en su pierna según que esté tenso o relajada. Repita con la pierna izquierda.

**CRITERIO:** El niño, a nuestro requerimiento, pueda tensar y relajar ambas piernas. Los músculos deben estar tenso al tocarlos.

**PROBLEMAS:** Será útil ayudar al niño dirigiendo su pierna; él podrá comenzar apoyando una silla con su pierna o bien empujando contra una pared y relajándola después.

### NOTAS Y COMENTARIOS



### B. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Los ejercicios de respiración son uno de las partes más importantes del programa. Muestre al niño el ejercicio de respiración profunda que consiste en inspirar profundamente, mantener el aire durante unos segundos y expirar lentamente mientras se dice la palabra «R-E-L-A-X». Pida al niño que le imite; diga «R-E-L-A-X» cuando el exhale y después pídale que sea el mismo quien diga «R-E-L-A-X» cuando expulsa el aire. Repita esto cinco veces.

**CRITERIO:** Si el niño es capaz de hacerlo cinco veces seguidas puede seguir adelante.

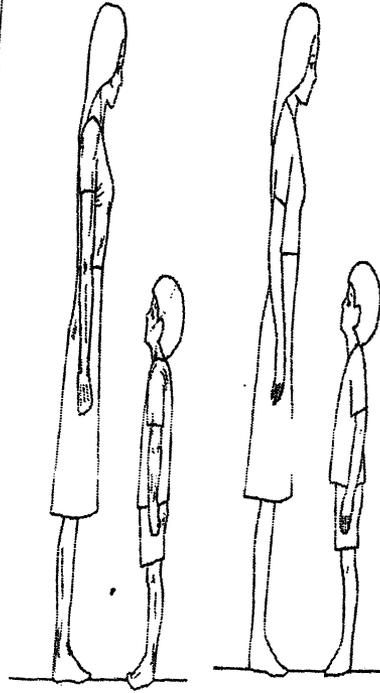
**PROBLEMAS:** Exhalar. Es útil expulsar el aire sobre la mano del niño de forma que sienta el aire sobre su mano. Después pídale que trate el de hacer lo mismo. Para una mayor ayuda consulte el apartado dedicado a *Problemas especiales* (página 90).

Inspirar. Enseñe al niño a chupar con una paja y pídale después que inspire de la misma forma.

### C. RELAJACIÓN SIN TENSIÓN

Haga que el niño se relaje recordando una por una todas las partes de su cuerpo, pero en esta ocasión no le pida que tense los músculos. Por ejemplo, pídale que relaje su brazo derecho y cuando parezca relajado pase a la siguiente zona muscular. Si puede hablar, pregúntele si su brazo derecho está relajado (haga esto con todos los músculos del cuerpo). Una vez que estén relajadas todas las zonas musculares, el niño deberá realizar cinco ejercicios de respiración profunda mientras pronuncia la palabra «R-E-L-A-X».

### D. RELAJACIÓN EN OTRAS POSICIONES



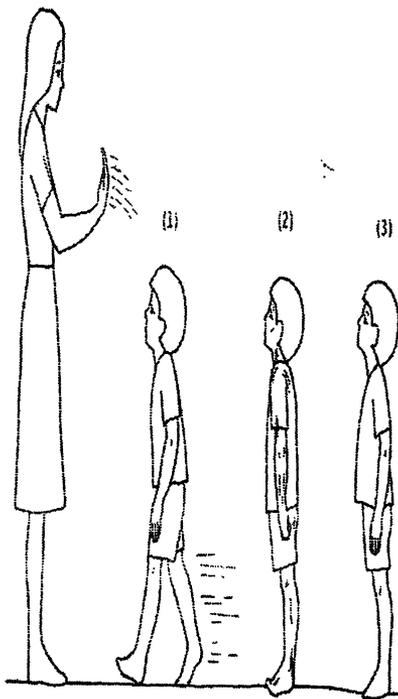
#### LA RELAJACIÓN ESTANDO DE PIE

Pida al niño que se levante y tense todo su cuerpo. Haga que ponga los brazos a ambos lados del cuerpo manteniendo los puños cerrados, las caderas y el cuello tensos y en general todo el cuerpo tan tenso como pueda. Dígame que imagine que es un soldado de plomo. A continuación pídale que se relaje e imagine que es un muñeco de trapo. Respiración. Pida al niño que haga una respiración profunda y que se relaje mientras expulsa el aire.

**CRITERIO:** Si es capaz de hacer esto tres veces seguidas, puede pasar al siguiente ejercicio.

**PROBLEMAS:** Si el niño no es capaz de hacerlo, se le puede ayudar haciéndole tensar sus manos alrededor del dedo índice del terapeuta manteniendo los brazos y las manos a ambos lados del cuerpo. Posteriormente pídale que poco a poco tense el resto del cuerpo.

#### NOTAS Y COMENTARIOS



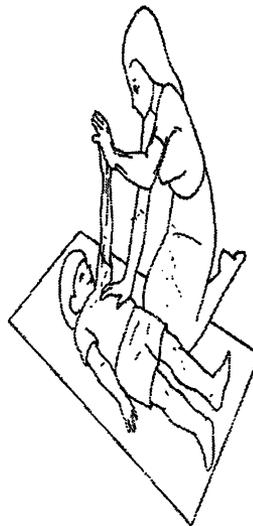
### RELAXACIÓN MIENTRAS CAMINA

Una vez que el niño ha aprendido a relajarse estando de pie, deberá poner en práctica lo siguiente:

1. Pida al niño que camine hacia usted. Diga «Ven aquí». El niño deberá caminar hacia usted lentamente manteniendo una posición correcta.
2. Cuando esté caminando diga «Parate, tena todo tu cuerpo». La posición de tensión debe ser la misma que la referida previamente cuando le enseñaba la relajación estando de pie.
3. Pida al niño que relaje todo su cuerpo.
4. Pídale que haga los ejercicios de respiración profunda una vez.
5. Diga de nuevo «Ven aquí», y repita la secuencia anterior. Cuando el niño sea capaz de realizar este ejercicio en una habitación pequeña, añada la petición al recibidor y a otras zonas de la casa o la escuela. Este procedimiento facilitará una mayor generalización de la respuesta de relajación.

### NOTAS Y COMENTARIOS

### RELAXACIÓN ESTANDO TUMBADO



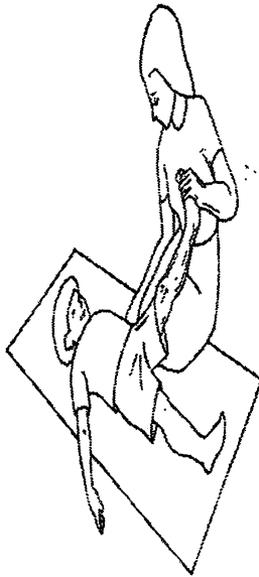
### LOS BRAZOS

Pida al niño que se tumbó sobre una manta, alfombra o cama, con las manos y los brazos a ambos lados del cuerpo y las piernas rectas. Levantele un brazo y pídale que lo tense cerrando el puño. Debe concentrarse a continuación en la sensación de tensión y relajar finalmente el brazo bajándolo poco a poco y aproximándolo al cuerpo.

**CRITERIO:** Si el niño es capaz de hacer esto tres veces consecutivas, puede dar el siguiente paso.

**PROBLEMAS:** Si el niño tiene problemas para tensar su brazo mientras está en alto, empuje el brazo con su mano mientras éste está suspendido en el aire. Cuando pueda hacer esto, apriete poco a poco su mano hasta que cierre el puño y no necesite ayuda alguna.

### NOTAS Y COMENTARIOS



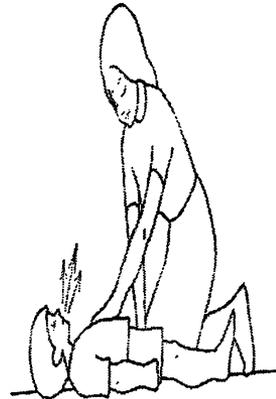
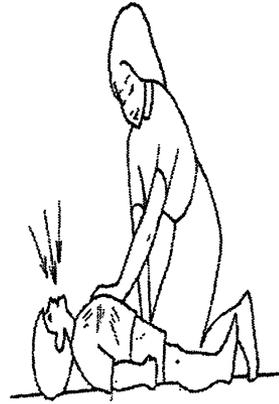
### **LAS PIERNAS**

Pida al niño que levante su pierna formando un ángulo de 60° aproximadamente, tal como aparece en la figura; tenselo dirigiendo los dedos del pie hacia la nariz. Pídale que note cómo siente su pierna cuando está tensa y haga que lentamente la relaje bajando la pierna hasta la posición de relajación.

**CRITERIO:** Si el niño hace esto tres veces consecutivas, ha completado la tarea.

**PROBLEMAS:** Si el niño no puede levantar su pierna hasta formar un ángulo de 60°, se le puede ayudar haciendo que cada vez levante su pierna 4 o 5 grados más. Esto puede lograrse en varios ensayos.

### **NOTAS Y COMENTARIOS**

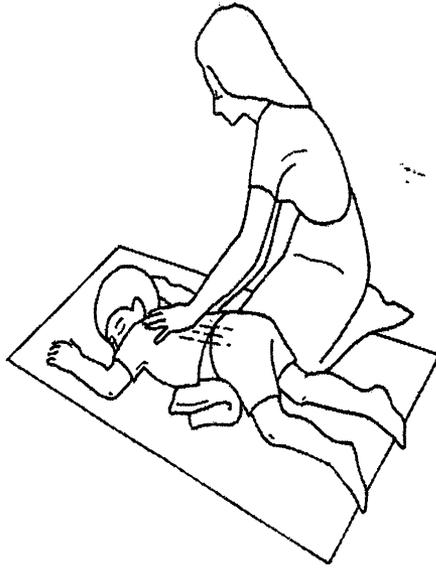


### **RESPIRACIÓN**

Enséñe al niño el ejercicio de respiración profunda, inspirando profundamente, manteniendo el aire y expirando lentamente mientras diga «R-E-L-A-X». Pida al niño que le imite. Diga la palabra «R-E-L-A-X» cuando él expulse el aire y después pídale que sea el mismo quien diga «R-E-L-A-X» cuando haya expulsado el aire. Repítalo cinco veces.

**CRITERIO:** Si el niño es capaz de hacerlo cinco veces consecutivas, puede continuar con el programa.

### **NOTAS Y COMENTARIOS**



### ***EL MASAJE***

Una vez que el niño esté relajado apoyado sobre su espalda, déle la vuelta de forma que se apoye sobre su estómago. Coloque una pequeña almohada debajo, tal como muestra la figura. Acaricie su espalda con masajes que no sean ni demasiado fuertes ni demasiado suaves. Nunca presione fuertemente su columna vertebral; esto puede provocar cambios en la presión sanguínea. Los masajes en las extremidades deberán darse en la dirección del corazón. El terapeuta deberá aplicar sólo el contacto corporal necesario para realizar el masaje sobre el área corporal específica. No es necesario que el niño mantenga las piernas abiertas mientras se le da el masaje en la espalda.

Mientras el niño está disfrutando de la sensación de relajación, diga «Es bueno estar relajado». El masaje también puede servir como recompensa al final de una sesión. De cualquier forma el terapeuta deberá averiguar si es reforzante para el niño que le toquen y acaricien antes de utilizar el procedimiento de masaje. Algunos niños tienen aversión a ser tocados o acariciados. Nosotros hemos encontrado que después de unas cuantas sesiones breves de ligeras caricias, el procedimiento se hace menos aversivo e incluso reforzante para estos niños.

### ***NOTAS Y COMENTARIOS***

ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ausente    intensidad    intensidad    intensidad    intensidad  
 0            leve            moderada    severa        extrema

		0	1	2	3	4
1. Estado de ánimo ansioso	Inquietud; esperar lo peor; aversión e irritabilidad.					
2. Tensión	Sensación de tensión; fatiga; sobresaltos; llanto fácil; temblor; sensación de no poder quedarse quieto.					
3. Miedo	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a animales, al tráfico, a la gente.					
4. Insomnio	Dificultad para iniciar el sueño; sueño interrumpido; sueño no satisfactorio; cansancio; pesadillas, etc.					
5. Funciones intelectuales	Dificultad para concentrarse, para poner atención y para recordar, o falta de memoria.					
6. Estado de ánimo depresivo	Falta de interés, no disfrutar de las diversiones; depresión; tristeza; despertar en la madrugada.					
7. Síntomas somáticos	Dolor; cansancio muscular; contracciones; rigidez.					
8. Síntomas somáticos generales	Acúfenos; visión borrosa; bochornos; sensación de debilidad; parestesias.					
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia; extrasístoles; dolor precordial; sensación de desmayo síncope.					
10. Síntomas respiratorios	Opresión torácica; disnea o sensación subjetiva de ahogo; taquipnea.					
11. Síntomas gastrointestinales	Difagia; meteorismo; dolor abdominal; sensación de plenitud; distensión; náusea; vómito; constipación; diarrea.					
	<b>TOTAL</b>					

1 - 15 Intensidad mínima            25 - 34 Intensidad moderada  
 16 - 24 Intensidad leve                35 - 44 Intensidad extrema