



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TALLER PARA MANEJAR EL ESTRÉS DIRIGIDO A
CUIDADORES FORMALES DE PACIENTES CON
DEMENCIA”**

**INFORME DE PRÁCTICAS QUE
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

CINTHIA MONTSERRAT SÁNCHEZ OROZCO

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**
DIRECTORA DEL PROYECTO: LIC. MARIA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ
REVISORA: ALTA MIRIAM LÓPEZ ARCE-CORIA



Ciudad Universitaria, D.F.

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ESCOLAR**

Octubre, 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.

AGRADECIMIENTOS

Se que todavía no es el final pero este proyecto concluido ha sido un reflejo del trabajo y esfuerzo de mi generación académica realizada, sin embargo se que vienen muchos retos y aprendizajes más en mi vida profesional y personal, por eso deseo plasmar estas palabras para cerrar ciclos y tener presentes que se abrirán más puertas de conocimientos y aprendizajes en mi vida.

Principalmente quiero dedicar éste trabajo a dios que aunque no siempre lo tuve presente en mi trayecto escolar, ahora sé que es el mejor aliado para concretar lo que uno se proponga, reconociendo ahora más que nunca el deseo de estar más cerca de él para que siga bendiciendo cada paso de mi vida como lo ha hecho hasta ahora, dándome la oportunidad de vivir este logro con mis seres amados que a continuación mencionaré.

Otras de las personas muy importantes que quiero reconocer y dedicar este gran paso es a mi mamá Ruth Orozco B. y a mi papá Jaime H. Sánchez A. ellos más que a nadie han vivido conmigo cada paso que doy y cada reto que he querido afrontar y enfrentar, dándome ese apoyo moral y económico incondicional en cada etapa de mi vida. Gracias a su amor, cariño, compromiso, motivación, paciencia y su gran ejemplo como profesionistas y seres humanos he dejado una huella en la Facultad de Psicología.

A mis lindas hermanas Brenda y Paulina que aunque ellas vivieron mi proceso desde otra perspectiva nunca desmeritaron mi trabajo como Psicóloga apoyándome en cada tropiezo y logro cometido.

A mi amado esposo Abraham Rascón. quien con su cariño, comprensión y apoyo económico-emocional creyó en mi motivándome a concluir con esta etapa de mi anhelado proceso como profesionista. A mi hermoso bebé Bayron Gael por ser mi motor y la fuerza de volverme a demostrar que es posible realizar lo que uno se proponga aunque nos desviemos temporalmente del objetivo.

A mi directora del proyecto la profesora María Eugenia Gutierrez., tengo que agradecerle bastante principalmente por todo su tiempo y paciencia invertida en la mejoría de mi proyecto, depositando su esperanza en mí en todo momento, por todas las enseñanzas fuera y dentro de la Facultad, y por todo el cariño correspondido sin nada a cambio.

A mis amigos que siempre fueron un apoyo emocional e incondicional durante todo el tiempo que llevo de conocerlos, algunos siendo partícipes de mis prácticas y pruebas psicológicas entregándome su tiempo y atención en cada tarea. A mis amigas y colegas quiero plasmar mi extensa gratitud por su amistad y complicidad en cada año escolar.

A los sinodales Alma Mireya López A.C., Leticia Bustos., Aída Aracely Mendoza., y al Doctor Jorge Rogelio Pérez E., quienes se interesaron en mi Informe retroalimentándome y atendíendome como toda una Licenciada en Psicología.

Y por último y no por eso el menos importante quiero agradecer a la gran Universidad Nacional Autónoma de México que por varios años me ha dado y me seguirá dando mucho que aprender, el haberme enseñado que la autonomía no es un reflejo de rebeldía, sino que la autonomía solo es parte del crecimiento y madurez para tomar nuestras propias decisiones, por eso y por más cosas tengo mucho que agradecerle a esta institución tan valiosa e importante para mí, sin esta universidad no hubiera vivido lo hermoso de ser Universitaria teniendo mi corazón azul y mi piel dorada.

A todos ellos

Muchas Gracias!!

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	5
1.1 Concepto de Demencia.....	5
1.2 Antecedentes Históricos.....	6
1.3 Etiología.....	8
1.4 Características.....	9
1.5 Clasificación.....	11
1.6 Diagnóstico.....	15
1.7 Epidemiología.....	19
1.8 Tratamiento.....	20
1.8.1 Tratamiento No Farmacológico.....	22
1.9 Cuidadores.....	27
1.9.1 Actividades que desempeñan los cuidadores.....	28
1.9.2 Estrés.....	29
1.9.3 Etiología del Estrés.....	30
1.9.4 Estrés del Cuidador.....	34
1.9.5 Estrés Laboral.....	36
1.10 Mobbing Laboral.....	37
1.10.1 Fases del Mobbing.....	42
1.11 Las técnicas del manejo del estrés.....	43
1.11.1 Técnicas de Relajación Progresiva.....	44
1.11.2 Técnicas de Control de la Respiración.....	45
1.11.3 Imaginación.....	46
1.11.4 Solución de Problemas.....	46
1.11.5 Entrenamiento de habilidades Sociales.....	48
PROGRAMA DE INTERVECIÓN	50
Objetivo general.....	50
Población destinataria.....	50
Espacio de trabajo.....	51
Fases por la que discurrió el programa.....	53
Diagrama de Gant.....	54
Cartas Descriptivas.....	55
Materiales.....	64
Estrategias de evaluación.....	64
RESULTADOS	69
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIÓN	78
REFERENCIAS	80
ANEXOS	83

INTRODUCCIÓN

Actualmente cuando se habla de envejecimiento en la población se asocia con el incremento de ciertos padecimientos, entre los que se encuentran la demencia tipo Alzheimer. La incidencia en México registra un incremento considerable en los próximos años al enfrentar una de las demencias con más prevalencia y México debe de estar preparado para enfrentar este tipo de problemática.

Entre los 65 y 69 años el 5% de la población tiene demencia, el 22% entre 85 y 89 años, y el 35% entre 95 y 99, dando como resultado que entre más pasa el tiempo estamos más propensos a sufrir una enfermedad degenerativa como la demencia Alzheimer. En cuanto a los hombres como menciona Zarranz (2003) poseen una prevalencia 10.9% para todas las clases de demencia y del 6.3% para la enfermedad de Alzheimer, mientras que en las mujeres es del 19 y 12% respectivamente. El riesgo acumulado de demencia entre 65 y 100 años, es mucho mayor, del 28% en los hombres y 45% en las mujeres.

En México con el crecimiento explosivo de la población geriátrica se espera también un aumento significativo de casos de demencia. Se estima alrededor de un 25% de los casos de demencia no han sido diagnosticados. Un estudio en la ciudad de México reporta una prevalencia de 4.7%, mientras que otro realizado en Jalisco reportó 3.3 por mil habitantes. www.issste.gob.mx

El número de personas que viven con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias van a aumentar en línea con el aumento de la longevidad de las poblaciones en todo el mundo. Para el año 2050 más del 20% de la población mundial tendrá más de 60, y 115 millones tienen la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

No todos los cuidadores ni todos los pacientes con demencia ni con cualquier otra enfermedad, están exentos de experimentar alguna crisis y en casos particulares, de presentar sentimientos de tristeza, ansiedad, sentimientos de impotencia, estrés, carácter irritable, sentimientos de soledad, miedo y culpa.

Para Peñas (2008) los cuidadores de enfermos de Alzheimer u otras demencias similares tienen un 63% más de probabilidades de morir en los próximos cuatro años que cualquier otra persona no cuidadora; por eso se dice que más de la mitad de los cuidadores familiares de enfermos con demencia presenta sintomatología psiquiátrica y el 60% está en riesgo de padecer una depresión clínica frente al riesgo del 15% entre la población no cuidadora.

Aprender a convivir con la enfermedad de Alzheimer o con alguna otra demencia es la diferencia crucial entre la mejor condición posible para el enfermo y sus familiares o, por el contrario, el descontrol para todos. Es por esto que se hace necesaria la presentación de un programa dirigido para familiares o cuidadores de pacientes con la enfermedad de Alzheimer, el cual se expone como apoyo para los cuidadores quienes se aventuran, en una tarea con una gran proporción de persistencia y voluntad, pero a lo largo del camino se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos. Algunos de ellos son positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido. Pero también, frecuentemente, las hay negativos, como la sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, de soledad, de preocupación o de tristeza. A veces los cuidadores tienen sensación de que su salud ha empeorado desde que comenzaron a cuidar a sus familiares mayores.

Dicha problemática, muchas veces se nota como único y esencial el plano corporal, social, físico y emocional del enfermo y no de los cuidadores que pasan por este momento crítico; sin dejar a un lado a el enfermo se hace notar que para que tengan beneficios el enfermo, es necesario que el familiar se cuide y conozca que existen estrategias para prevenir y manejar mejor las situaciones conflictivas sin deteriorarse la calidad de vida. Por eso es importante que el cuidador tenga suficientes conocimientos que le ayuden a prepararse en esta labor de cuidados, conozcan a los profesionales de referencia y manejen guías que les permita reconocer y expresar sus preocupaciones y sentimientos acerca de las enfermedades, del enfermo y de sí mismo como cuidador.

ANTECEDENTES

1.1 Concepto de Demencia

La demencia ha sido definida por diversos autores de las cuales encontramos que existen definiciones que en la actualidad pocos expertos se guían con todas las definiciones sino que afortunadamente se han impuesto criterios internacionales ampliamente aceptados y que constituyen el punto de referencia para todos, sin dejar a un lado las diversas etiologías que dieron pauta a que se explorara más en el concepto. Sin embargo se sabe que la demencia no es una enfermedad sino un concepto clínico que puede tener diversas etiologías. Para describirla se han propuesto diversas definiciones, algunas de ellas muy vagas, mientras que en otras se han enfatizado las alteraciones conductuales.

La demencia es un síndrome adquirido de trastornos intelectuales que se caracteriza por trastornos persistentes en por lo menos tres áreas de la actividad mental, es decir memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, personalidad o estado emocional, cognición (abstracción, juicio, conceptualización) De acuerdo a estos autores, la naturaleza adquirida de este síndrome lo distingue del retraso mental, mientras que su presencia lo diferencia de estados confusionales adquiridos (Cummings y Benson en Corsi 2004).

La demencia de acuerdo a Agüera (1998) 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. Adicionalmente se suelen sumar cambios de tipo psiquiátrico, de la personalidad y del comportamiento, que completan el cuadro sintomático. El resultado es un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional del paciente que, como decimos, representa un declive significativo del nivel previo de funcionamiento.

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, edad de inicio, etiología, patología subyacente, (p. ej., degenerativa, vascular ó metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta de la terapia. En el proceso demencias, la alteración diferencial de diferentes estructuras del Sistema Nervioso Central que, dependiendo de la tipografía del daño, se manifestarán diferentes patrones de alteraciones cognoscitivas. Es por ello que el diagnóstico de demencia se basa en un análisis detallado de la conducta y no es posible determinarlo a través de instrumentos de laboratorio como la topografía axial computarizada (TAC) o el electroencefalograma (EEG), sin embargo aunque estas pruebas son útiles para identificar las causas específicas de las demencias, el análisis conductual a través de pruebas neuropsicológicas contribuye al diagnóstico al establecer un perfil para cada tipo de demencia (Corsi 2004).

1.2 Antecedentes Históricos

La demencia en sus formas presenil y senil se empezó a delimitar con respecto a otros padecimientos a fines del siglo pasado, aunque, a partir de 1816, Esquirol había diferenciado la demencia de la idiocia, o deficiencia mental congénita, y en 1838 había utilizado por primera vez el término “demencia senil”. En 1853, Marcé llamó la atención sobre la las lesiones ateromatosas de los vasos cerebrales y ese mismo año Kjelburg afirmó el origen sifilítico de la parálisis general progresiva. La patología presenil de la demencia fue descrita por Binswanger y ampliada posteriormente por Kraepelin. Klippel, en 1891, aisló la demencia arterioesclerótica y Binswanger, tres años después, estableció una clara diferencia entre esta forma de demencia y la parálisis general progresiva, a la vez que describió una forma especial de demencia de localización subcortical que aún lleva su nombre. Krassoievitch (1997), quien también refiere que en 1896, Kraepelin, al estudiar cerebros de pacientes con demencia, encontró que algunos presentaban infartos que atribuyo a procesos arterioescleróticos y otros que sólo tenían atrofia cortical; estableció que ambos tipos de alteraciones podían combinarse con frecuencia.

En cuanto a la demencia senil hubo dos hechos que dificultaron su estudio. El primero se refiere al concepto de presbiofrenia, propuesto por Wernicke en 1890,

quien lo restringió posteriormente a aquellos casos que presentaban desorientación temporo-espacial, amnesia para hechos recientes, falsos reconocimientos y confabulación; relacionó la presbiofrenia con el síndrome de Korsakov; para otros, debía reconocerse la autonomía de la presbiofrenia y para los últimos debía incluirse dentro de los cuadros de confusión mental. En la actualidad, se considera la presbiofrenia como perteneciente al grupo de la enfermedad de Alzheimer, es decir de las demencias degenerativas con atrofia cortical, placas seniles y lesiones neurofibrilares, de inicio presenil o senil (Krassoievitch 1997).

En los primeros años de este siglo, Alzheimer demostró que ciertas lesiones observadas en la demencia senil no podían ser atribuidas a la arterioesclerosis y describió la presencia de placas seniles, que habían sido descubiertas, por Block y Marinescu en 1892, en los cerebros de pacientes que habían padecido de demencia senil. En 1907, describió un tipo de demencia similar a la demencia senil pero de inicio más precoz; se trataba de una mujer de 55 años que desde hacía más de 4 años presentaba un cuadro demencial y en donde Alzheimer encontró, además de las ya conocidas placas seniles, otras lesiones microscópicas que llamó degeneración neurofibrilar y que también recibe el nombre de lesión neurofibrilar (Krassoievitch 1997).

Otra demencia presenil, sin las lesiones histológicas de la enfermedad de Alzheimer, empezó a conocerse a partir de los estudios de Arnold Pick entre 1892 y 1904, estudió una serie de cerebros que presentaban atrofia cortical circunscrita a algunas áreas cerebrales pero que no había examinado desde el punto de vista histológico. A pesar de su fácil diferenciación anatomopatológica, durante mucho tiempo los criterios de diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Pick y la enfermedad de Alzheimer eran confusos. Fue hasta una publicación de Escourolle en 1959 cuando se reconocieron las pautas clínicas que permiten diferenciar ambas demencias preseniles (Krassoievitch 1997).

1.3 Etiología

La demencias es un complejo de síntomas para los que se han identificado 60 causas distintas, Katzman (en Burke 1998) La multiplicidad de causas lleva a considerar la demencia como una serie de entidades morbosas distintas. Se desarrolla como consecuencia de dos tipos de procesos diferentes, lo que explica que se dividan en dos grupos: demencias primarias y secundarias.

Las demencias primarias son el resultado de los cambios patológicos primarios que afectan a la corteza cerebral o a las estructuras subcorticales del encéfalo. Ejemplos de enfermedades desmielinizantes que causan estos procesos son la enfermedad de Alzheimer, la demencia multiinfarto y la demencia del Parkinson. Menos frecuente es que la demencia se deba a tumores del sistema nervioso central o a la insuficiencia circulatoria producida durante la reanimación por parada cardíaca.- Las demencias secundarias son las consecuencias de factores externos al encéfalo, como fármacos administrados solos o en combinación; trastornos metabólicos, como la enfermedad tiroidea, o trastornos nutricionales que pueden aparecer solos o asociados con otras afecciones, por ejemplo el alcoholismo (Timiras 1997).

El delirio es un subtipo de demencia secundaria que se caracteriza por el inicio de alteraciones cognitivas, con cambios en el nivel de conciencia, y se asocia con los mismos factores etiológicos que las demencias secundarias. Incluso otra teoría sugiere que la demencia está producida por agentes infecciosos no convencionales como un virus o particulares virales llamadas priones. Los priones podrían bien participar en bien, en inducir la formación de la placa amiloide y podría inducir la formación de los pares de filamentos helicoidales y ser responsable de la pérdida de neuronas colinérgicas en ciertas áreas cerebrales. Timiras (1997) Las encefalopatías espongiiformes en animales y las asociadas con demencias en humanos (la enfermedad de Creutzfeld–Jakob) recuerdan con importantes diferencias, algunas de las lesiones de la enfermedad del Alzheimer.

1.4 Características

El primer punto que hay que subrayar es que existe una deficiencia intelectual adquirida. El paciente ha tenido un desarrollo y una existencia normales y, a partir de la edad presenil o senil, empieza a mostrar fallas que afectan principalmente a las áreas de la memoria, de la orientación y de la conducta.

De acuerdo a los criterios de DSM-IV TR (2002), indican que la demencia se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos como los que se indica a continuación:

- Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente.
- El lenguaje puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como "cosas" y "ello".
- Se presenta puede 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).
- Pueden presentar agnosia (fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
- Las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones habituales en la demencia y pueden estar relacionadas con trastornos del lóbulo frontal de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran procesamiento de información nueva y compleja.

Déficit Conductual:

- Desorientación espacial y tener dificultades en relación con tareas especiales.
- Es frecuente la pobreza de introspección y de juicio
- Pueden o no tener conciencia de la pérdida de memoria o de otras anomalías cognoscitivas; haciendo valoraciones poco realistas de su capacidad y planear sin tener en cuenta sus déficits.
- En ocasiones llegan a ser violentos y a herir a otros
- El comportamiento suicida se presenta en los estados iniciales, cuando el sujeto es capaz de llevar a cabo una acción planificada.
- La demencia se acompaña a veces de alteraciones de la marcha que provocan caídas.
- Algunas personas muestran comportamientos desinhibidos, que incluyen bromas inapropiadas, descuido del aspecto personal y la higiene, muestran una indebida familiaridad con extraños o despreciando las normas convencionales que regulan el comportamiento social.
- Si la demencia se asocia con patología subcortical puede presentarse un lenguaje farfullante.
- Los múltiples deterioros cognoscitivos se suelen asociar a la ansiedad, depresión, y trastornos del sueño.
- Las ideas delirantes son frecuentes, sobre todo las que implican temas de persecución.
- Las alucinaciones se presentan en todas las modalidades sensoriales, aunque son más frecuentes las visuales.
- Los individuos pueden llegar a ser vulnerables a los factores estresantes, tanto físicos, como psicosociales, lo que puede agravar sus déficits intelectuales y los problemas que se asocian con ello.

1.5 Clasificación

Existen diversas clasificaciones de las demencias según diferentes criterios:

Según la edad y aparición, las demencias se clasifican en precoces o tardías. Esta terminología reemplaza la clasificación en preseniles contra seniles esta clasificación consideraba "senil" a toda demencia que comienza después de los 65 años, y presenil las demencias que hacen su aparición antes de esta edad. En los últimos años con la demostración de que la principal demencia presenil o enfermedad de Alzheimer y la demencia senil, corresponden a la misma entidad neuropatológica y clínica con dos formas diferentes de presentación, una agresiva y temprana y la otra tardía y relativamente lenta, este tipo de clasificación tiende a sustituirle por la denominación: de inicio precoz y de inicio tardío (Uribe 2003).

Otra clasificación de las demencias es la que las divide en corticales y subcorticales. Esta clasificación hace referencia a las regiones cerebrales comprometidas en el proceso morboso, ya que estas áreas no son estrictamente limitados geográficamente y puede difundirse de una región a otra del cerebro, ya que existen múltiples conexiones cortico subcorticales y viceversa, ambos tipos de demencias pueden dar síntomas y signos, tanto corticales como subcorticales. Pero exceptuando la fase tardía en la que el cuadro clínico es indistinguible, estos dos tipos de demencia pueden diferenciarse clínicamente (Uribe 2003).

La demencia subcortical se caracteriza por producir un mayor deterioro motor, que compromete, tanto las extremidades como la mímica facial y una mayor lentificación de los procesos mentales superiores. Estos pacientes pueden parecer mucho más dementes de lo que realmente son, por el predominio en la torpeza motora y la pérdida de la flexibilidad de la mímica fácil.

La demencia cortical se caracteriza por un menor compromiso motor y con un mayor compromiso de funciones neuropsicológicas específicas como: el lenguaje, la percepción, los procesos intelectuales, el cálculo, las praxias etc. Los pacientes aparentan menos deterioro del que realmente tienen ya que conservan su actividad motriz general y su mímica fácil es más viva (Uribe 2003).

El clínico debe estar prevenido ya que en las demencias corticales y subcorticales las apariencias engañan y que exámenes más detallados de las funciones neuropsicológicas muestran un mayor deterioro de funciones cognoscitivas en los pacientes con demencia cortical, mientras los pacientes con demencia subcortical resultan más eficientes en las mismas pruebas a pesar de su pobreza motora (Uribe 2003).

En la demencia subcortical puede haber alteraciones en los ganglios basales, tálamo, núcleos del tallo cerebral y estructura del diencefalo. Por esta localización las alteraciones de las funciones mentales son menos específicas y más que trastorno del lenguaje de tipo afásico, estos pacientes tienen problemas del habla y de la voz del tipo Disartria o Hipofonía.

En lugar de trastornos apráxicos presentan parecias, trastornos del movimiento y de la coordinación motriz como: temblores, rigidez, etc. La vecindad de las lesiones con el síntoma límbico diencefálico explica el porqué son más lábiles desde el punto de vista emocional. Para algunos autores todas las demencias son corticales en el sentido de que los trastornos cognitivos se deben a su disfunción de la corteza, y el mecanismo de la demencia en las lesiones subcorticales sería un efecto a distancia al suprimir sus conexiones con la corteza (Uribe 2003).

Hay otro tipo de clasificación de las demencias basada en su etiología, que pueden o no ser susceptibles de responder a un tratamiento médico o quirúrgico. Según la respuesta al tratamiento se podría clasificar en dos tipos:

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

Sin embargo, esta división no puede ser tajante, ya que muchos tipos de demencias son sólo parcialmente tratables y las demencias irreversibles son susceptibles a ciertos tipos de manejo médico y paramédico que tienen por objeto manejar al máximo la calidad de vida del paciente demente a pesar de su irreversibilidad. Entre las demencias tratables tenemos las de origen tóxico, por sustancias como: los metales pesados, agentes químicos utilizados en la industria,

pero muy especialmente algunos medicamentos psicotrópicos administrados por tiempo prolongado. La suspensión de la droga o del agente tóxico hace desaparecer completamente el cuadro demencial.

La demencia de origen metabólico, como: la encefalopatía hepática, urémica, hipotiroidea, nutricional como en deficiencia de tiamina, que origina el síndrome de Wernicke-Korsakoff; déficit de vitamina B12 y ácido fólico, se mejoran o se curan corrigiendo el defecto básico o administrado el suplemento hormonal o vitamínico adecuado.

Otros tipos de demencia tratable, son las producidas por patología intracraneana por hematoma subdural crónico, traumatismo craneano (en especial la demencia de los boxeadores por microtrauma crónico), hidrocefáleaobstructiva, el síndrome de Hakim-Adams, los tumores intracerebrales asociados a edema difuso o a hidrocefalia. En estas demencias son muy efectivos los tratamientos neuroquirúrgicos. En especial, puede ser espectacular la desaparición del cuadro demencial en los casos de hematoma subdural crónico al día siguiente de la cirugía. Debe pensarse en esta etiología en todo anciano con cambios de comportamiento y pérdida de sus capacidades mentales de aparición relativamente aguda o subaguda y casi siempre con una historia de leve trauma de cráneo, algunas semanas o meses atrás, al cual no se le dio mayor importancia. Es frecuente que no se reporte el antecedente de trauma si no se insiste en él durante el interrogatorio.

Las demencias vasculares pueden tener un inicio agudo o subagudo, el curso puede ser progresivo, estable o fluctuante u los síntomas pueden mejorar. Bajo este concepto agrupamos las formas de demencia caracterizadas por la muerte neuronal derivada fundamentalmente de procesos isquémicos o hemorrágicos Alberca (1998). Estos procesos determinan la presencia de múltiples infartos corticales o de lagunas (infarto de la sustancia blanca profunda) o incluso de infartos simples de mayores dimensiones. El concepto de demencia vascular incluye los de demencia multiinfarto, demencia lacunar, y enfermedad de Biswanger. Se requiere la presencia de múltiples infartos corticales, o de un infarto grande localizado en una zona estratégica como la zona talámica paramediana,

para producir demencia. Las lesiones del hemisferio izquierdo producen demencia con más frecuencia que las del derecho Agüera (1998).

En el cuadro 1 sintetiza las características de la demencia vascular es que sus síntomas dependen de la localización de las zonas cerebrales dañadas, que suele ser irregular. Unas funciones cognitivas estarán relativamente bien preservadas mientras que otras mostraran un claro deterioro (Cuadro 1).

Clasificación anatómica de las demencias preseniles y seniles

1. Demencia Degenerativa:	
1.1 Presenil:	
1.1.1 Enfermedad de Pick	Demencias degenerativas primarias de inicio presenil
1.1.2 Enfermedad de Alzheimer	
1.2 Senil:	
1.2.1 Demencia Senil	(Demencia degenerativa primaria de inicio senil o demencia senil de tipo Alzheimer)
1.2.1.1 Demencia senil simple	
1.2.1.2 Demencia senil en proceso de "Alzheimerización"	
1.2.1.3 Demencia senil "Alzheimerizada"	
2. Demencia Vascolar (Demencia por infarto múltiple o demencia múltiinfártica)	
3. Demencia Mixta (degenerativa y vascular)	
4. Demencia por encefalopatías espongiiformes:	
4.1 Enfermedad de Creutzfeldt- Jacob	
4.2 Kuru	
4.3 Síndrome de Gerstmann- Straussler	
5. Demencia asociada a enfermedades neurológicas:	
5.1 Core de Huntington	
6. Demencia por meningoenfalitis sifilítica:	
6.1 Parálisis general progresiva	

Cuadro 1 (en Krassoievth 1997)

1.6 Diagnóstico

El diagnóstico de la demencia es una tarea fácil cuando el cuadro clínico está avanzado, el diagnóstico en estadios iniciales resulta difícil y requiere una experiencia. 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, 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 indagará 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).

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiple déficit cognoscitivo que incluyen 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. Si el déficit cognoscitivo se presenta exclusivamente durante el delirium, no debe realizarse el diagnóstico de demencia. Sin embargo el diagnóstico de demencia y

delirium podrá establecerse si la demencia está presente a veces, en ausencia del delirium. (López-Ibor 2002)

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 (2002) los cuales son: que facilitan el diagnóstico y aumentan su fiabilidad. El diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente (Criterio A). Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente.

Se puede examinar la memoria preguntando al sujeto de su capacidad para registrar, retener, recordar y reconocer información. La capacidad para aprender información nueva puede valorarse dándole una lista de palabras para que se las aprenda. Se pide al sujeto que repita la lista de palabras, que recuerde la información después de un ligero retraso de unos minutos y que reconozca palabras de una larga lista.

El deterioro del lenguaje (afasia) puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos (Criterio A2a). El lenguaje puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como "cosa" y "ello". Pueden estar comprometidas tanto la comprensión del lenguaje hablado y escrito como la repetición del lenguaje. En las fases más avanzadas de demencia los sujetos pueden enmudecer o presentar un patrón del lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (repite lo que oye) o palilalia (repetir palabras o sonidos una y otra vez). Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia (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)(Criterio A2b). Su capacidad en el uso de objetos podría estar deteriorada, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos. También pueden presentar agnosia (fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) (Criterio A2c). El sujeto

puede tener una agudeza visual normal, pero ha perdido la capacidad para reconocer objetos como sillas o lápices. De forma parecida, puede tener una sensación táctil normal, pero ser incapaz de identificar por el tacto objetos colocados en sus manos. Las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones habituales de la demencia (Criterio A2d) y pueden estar especialmente relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva y compleja. (López-Ibor 2002)

Los ítems de los Criterios A1 (deterioro de la memoria) y A2 (afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad de ejecución) deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral y han de representar un déficit respecto al nivel previo de actividad (Criterio B). La naturaleza y el grado del deterioro varían y en ocasiones dependen del marco social del sujeto. Para medir la gravedad del deterioro pueden utilizarse escalas de valoración estandarizadas que miden el cuidado físico, la capacidad intelectual y la habilidad para utilizar utensilios e instrumentos. (López-Ibor 2002)

Otros criterios también muy utilizados son los de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, 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 (López-Ibor 2002).

De acuerdo al CIE-10 (1992) el requisito primordial para el diagnóstico es el deterioro tanto de la memoria como del pensamiento, suficiente como para interferir con la actividad cotidiana. Es característico que el deterioro de la memoria afecte a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva. En estadios avanzados pueden también perderse contenidos familiares y material aprendido en el pasado. Hay además un deterioro del pensamiento y de

la capacidad de razonamiento, una reducción en el flujo de las ideas y un deterioro del proceso de almacenar información, por lo que al individuo afectado le resulta cada vez más difícil presentar atención a más de un estímulo a la vez, como tomar parte en una conversación con varias personas.

El diagnóstico diferencial menciona que el deterioro de la memoria se presenta tanto en el delirium como en la demencia. El delirium también se caracteriza por una reducción de la capacidad para mantener y dirigir la atención de forma apropiada. Los múltiples deterioros cognoscitivos que persisten inalterados durante unos meses sugieren demencia en lugar de delirium. El delirium puede sobreañadirse a la demencia, y en tal caso se diagnosticarán ambos trastornos (López-Ibor 2002).

La pauta para el diagnóstico diferencial según el CIE-10 primordialmente se requiere tener en cuenta las siguientes posibilidades: Trastorno depresivo (F30-F39), el cual puede presentar alguna de las características de una demencia incipiente, en especial el deterioro de la memoria, el enlentecimiento del pensamiento y la falta de actividad espontánea. Delirium (F05). Retraso mental leve o moderado (F70-F71). Estados de rendimiento cognoscitivo anormalmente bajos atribuibles a un medio social con grandes carencias y con una educación escasa. Trastornos mentales iatrogénicos debidos a algún medicamento (F06.-). La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastorno mental orgánico de esta sección, en especial con delirium. (López-Ibor 1992).

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

1.7 Epidemiología

La demencia representa un serio problema de salud mental en los países desarrollados y probablemente pronto 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 citado de Krassoievitch (1997) y aumenta hasta un 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 (Krassoievitch 1997).

En el campo de la neuroepidemiología de las demencias, la prevalencia ha sido, sin duda alguna, la más investigada. Lo más destacable de los resultados publicados es la gran disparidad existente entre los diferentes estudios, debida en gran parte a la utilización de diferentes estudios, debida en gran parte a la utilización de diferentes criterios diagnósticos y a que en su realización se han cometido errores metodológicos. En una revisión de 11 estudios europeos sobre demencia realizados entre 1980 y 1990, la prevalencia de la demencia fue de un 6,4% para la población de más de 64 años. En otros estudios europeos, la prevalencia de demencias graves para la población de más de 64 años oscila entre el 1,3 y el 6,7%, correspondiendo a nuestro país una prevalencia que oscila entre el 4,2% y el 6,1% (Alberca 2006).

El considerar exclusivamente las demencias graves para valorar la prevalencia de las mismas reduce la cifra estimada en varios puntos. Existe acuerdo al considerar que la prevalencia de las demencias aumenta con la edad de modo que se duplica cada 5-5,1 años, sin que se hayan observado diferencias significativas entre los sexos, aunque en los estudios europeos se observó una mayor proporción en las mujeres cuando se sobrepasaba la edad de 75 años, lo que también fue observado en nuestro país, aunque esta mayor prevalencia fue más elevada para las mujeres de todas las edades. En una revisión reciente a nivel europeo, la prevalencia resultó ser de 0,8% para el grupo de edad de 65 años y del 28,5% para la población de más de 90 años (Alberca 2006).

1.8 Tratamiento

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 (Cuadro 2).

Indicaciones Farmacológicas en las demencias.

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

Cuadro 2 (en Contell 1999)

1.8.1 Tratamiento No Farmacológico

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 sobreaprendidas
- Minimizar la ansiedad
- Distracciones

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.

El plan de actuaciones individualizando para cada paciente se realiza a partir de las características personales, familiares, sociales y sanitarias del entorno, de los resultados de las Escalas de Barthel y de Lawton- Brody, y del estadio medido por la escala GDS-FAST. El plan detalla para cada problema detectado los objetivos, qué actividades hay que desarrollar y cómo y cuándo evaluarlas.

Cuando un equipo de atención de un paciente con demencia, se hace cargo también del contexto familiar, ya que es cierta la frase: en la historia clínica se anotan los psicofármacos que se hayan administrado al paciente, su respuesta y si se han producido efectos secundarios. En los casos que aparezca una inversión del sueño, puede ser útil la administración de un hipnótico o antipsicótico sedativo (Contel 1999)

Muchas personas con demencia, sobre todo las que están en las etapas iniciales, pueden beneficiarse realizando tareas que han sido diseñadas para mejorar su rendimiento en áreas específicas del funcionamiento cognitivo. Por ejemplo, a veces a las personas se les puede enseñar a usar elementos de ayuda para la memoria, tales como los nemónicos, aparatos computarizados que ayudan a recordar así como técnicas para aprender a tomar apuntes. La modificación del comportamiento premiar el comportamiento apropiado o positivo e ignorar el que es inapropiado también puede ayudar a controlar comportamientos inaceptables o peligrosos.

Los síntomas cognitivos y conductuales de las demencias pueden no ser atribuibles exclusivamente al déficit cognoscitivo de los pacientes. Es probable que

deriven de la interacción entre un cerebro dañado, una personalidad preexistente y un entorno interpersonal y físico. Por consiguiente, muchos síntomas pueden tratarse con medios psicológicos o conductuales, cada uno por sí mismo o asociado a la medicación. Se aplican ciertos principios al seguimiento psicológico y conductual de personas con deterioro cognitivo, pero las intervenciones más eficaces se basan en comprender la enfermedad del paciente en particular, al paciente como persona y el contexto en el que vive.

Dado que el deterioro de la función cerebral disminuye la probabilidad de que las personas con deterioros cognitivo pongan en práctica lo que han aprendido debido a la falta de iniciativa, falta de conciencia del déficit, alteración del juicio o fallo para generalizar desde una situación a otra, el tratamiento se dirige en gran parte a los cuidadores, que utilizan las sugerencias del medio en el contacto diario con el paciente (Escario 2005).

- **La 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 (en Burke 1998), 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 ayude a reducir la ansiedad, 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 mnésica. Pueden aceptar consejos, como evitar trabajos que supongan nuevos aprendizajes y apoyarlos a que se aprendan nombres de personas que les ayuden a desenvolverse con las distintas administraciones con las que van a interactuar.

Dentro de la psicoterapia Formal encontramos lo siguiente:

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).

La **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 (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 pueden realizar 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 (en Alberca 1996).

El **entrenamiento de reparación de las habilidades cognitivas** es una de las intervenciones destinadas a proporcionar el condicionamiento cognitivo que permita el mantenimiento de las habilidades funcionales de personas demenciadas actuando sobre los trastornos perceptivos, mnésicos y del lenguaje.

- **Terapias enfocadas a la estimulación**

Estas terapias están recibiendo mucha atención recientemente, en cuanto a las formas más específicas de estimulación sensorial y ejercicio físico.

Existe un tipo de estimulación multisensorial, el "Snoezelen", que actualmente ha despertado un notable interés Schneirder (en Alberca 1996). Se basa en aumentar la cantidad de estimulación sensorial, mediante lámparas de fibra óptica y de lava para proporcionar estimulación visual cambiante, aromas y música agradable, así como texturas agradables al tacto, etc.

- **Programa de Psicoestimulación integral**

El **Programa de Psicoestimulación integral** se define como una estrategia terapéutica fundamental en la presencia de la neuroplasticidad neuronal y basada en la neuropsicología cognitiva, en la terapia de modificación de conducta y en el estado biopsicosocial del individuo, con el fin de mejorar y/o retrasar el proceso clinicoevolutivo a corto y medio plazo. Tárraga (en Alberca 1996). Esta forma de intervención psicosocial se encuadra en el marco de la involución cognitiva que se viene desarrollando en el Alzheimer Centre Educativo, centro de día terapéutico situado en Barcelona, desde hace más de una década.

1.9 Cuidadores

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todo tipo dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención. Esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la del cuidador primario, que puede ver afectada su salud física y psicológica, su vida familiar y social lo que puede conducir al Síndrome del cuidador que implica sufrimiento emocional y pérdida de la salud.

Se ha definido a los cuidadores como aquellas personas que asiste o cuidan a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusválida o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Cuadro 3).

Tipos de Cuidadores

Cuidador Formal	Cuidador Informal	Cuidador Principal y Cuidador secundario
<p>Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo.</p> <p>Los cuidadores formales colaboran remuneradamente, y ejercen su profesión en la atención al paciente</p>	<p>Los cuidadores informales son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. En otras palabras, son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.</p> <p>Es brindado por familiares, amigos vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.</p>	<p>Llamamos cuidador principal a aquella persona que desde el inicio del padecimiento, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del enfermo, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía.</p> <p>Es deseable que el cuidador principal se vea apoyado por otros miembros de la familia que compartan la carga, estos son denominados cuidadores secundarios.</p>

Cuadro 3 (en Centeno 2002)

El perfil característico del cuidador según Izal, Montorio y Díaz Veiga(1997) puede ser el que se recogió de manera esquemática en los siguientes ítems:

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total).
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada.
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años)
- En su mayoría están casados (77%).
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).
- Las mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%).
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja(20%).
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de estos cuidadores comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%).

1.9.1 Actividades que desempeñan los cuidadores

Como podemos observar existen diferentes definiciones de cuidadores, los cuales desempeñan variedad de actividades ya que el poder asistir a una persona que depende de nuestra ayuda es una de las experiencias más satisfactorias, para un cuidador el implicar hacer numerosas tareas, implica que puedan descubrir en ellos mismo, aptitudes, cualidades, y hasta talentos de los cuales no estaban enterados. Por eso es necesario mencionar algunas de las diversas actividades que desempeñan los cuidadores lo cuales son las siguientes

- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.)

- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico)
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (Peinarse, bañarse, etc.)
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer “pequeñas cosas” (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.)

1.9.2 Estrés

El estrés es definido por Orlandini (en Lazarus y Folkman 1991), como el juicio cognoscitivo del individuo que suele producir temor por suponer que los recursos personales serán incapaces de dar respuesta a las demandas generadas por un acontecimiento particular.

Orlandini (en Lazarus y Folkman 1991), postula trece clases de estresores, por el momento en que actúan (en distintas etapas de la vida), por el periodo en que actúan (breves, prolongados y crónicos), por la repetición de las experiencias traumáticas, cantidad que se presentan, la intensidad del impacto, la naturaleza del agente (estresores físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales y los psicosociales), por su magnitud social, por el tema traumático, la realidad del estímulo (real, representado y/o imaginario), la localización de la demanda (exógena o endógena), sus relaciones intrapsíquicos (sinergia positiva- se suman los valores del buen estrés-, sinergia negativa, antagonismo-estresores con signos positivos y negativos), los efectos sobre la salud (positivo o estrés, negativo o distres).

1.9.3 Etiología del Estrés

Según el Diccionario Gaffiot de Stora (en Cruz 2001), la palabra estrés viene del latín *stringere*, que significa oprimir, apretar, atar, que el francés dio origen a estrechar, rodear con el cuerpo, con los miembros, apretando con fuerza, acompañado de sentimientos opuestos; ya que es posible estrechar a alguien en su corazón sofocado al mismo tiempo; sofocar nos conduce a oprimir, apretar: angustia, ansiedad, sentimiento de de miseria que oprime el corazón, el alma y nos lleva a la Angustia

Otra palabra derivan de *stringene* es: sentimiento de abandono, de soledad, de impotencia que se experimenta durante alguna situación penosa (de necesidad, peligro, sufrimiento...).

- **Estresores**

Se denomina estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades. Orlandini (1999) plantea que existen 13 criterios relacionados con el Estresor y son los siguientes:

- Momento en que actúan
- Periodo en que actúan
- La repetición del tema traumático
- La cantidad en que se presentan
- La intensidad del impacto
- La naturaleza del agente
- La magnitud social
- El tema traumático
- La realidad del estímulo
- La realidad del estímulo
- La localización de la demanda
- Sus relaciones intrapsíquicas
- Los efectos sobre la salud
- La formula diátesis/ estrés

Para un mayor entendimiento Dorothy Cotton (1990) usa la siguiente clasificación del estresor que se define como un estímulo amenazante:

1.-Estresores Físicos: condiciones que nos afectan primordialmente en nuestro cuerpo tales como los cambios extremos de temperatura, la contaminación ambiental, en choque eléctrico o el ejercicio prolongado.

2.-Estresores psicológicos: aquellas amenazas que son atribuibles a la reacción interna de la persona, pensamientos, sentimientos y preocupaciones acerca de amenazas percibidas. Cotton destaca cómo estos estresores son más subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.

3.-Estresores psicosociales: proviene de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o excesivo contacto (como ocurre en condiciones de hacinamiento)

Estresor y la relación con el estrés

Las experiencias estresoras provienen de las fuentes básicas mencionadas anteriormente, dándonos como respuesta las altas demandas de adaptación, obligando al entorno a soportar esas demandas generadas por el hecho habitual de nuestras vidas, que sin poder evitar los cambios nos acude a la mente los sucesos que nos lleva a producir estrés.

Cada vez que se emite una respuesta hostil, se genera un espacio en nuestro organismo, cuando los estímulos llegan y son interpretados como amenazantes, los centros de regulación dan al organismo la información que le conducirá a enfrentarse o a escapar de la amenaza. ¿Por qué pensamos que la amenaza es el agente productor más representativo del estrés?

El estrés es una respuesta ante el peligro o desafío, el cual justamente es una amenaza a nuestra integridad, sea ésta la seguridad de vivir, la inducción de un trastorno psicológico (muerte de un ser querido), daño físico (accidente), infección, examen escolar o universitario, entrada de un ladrón en la casa (Peligrosidad variable) (Cruz 2001).

Un elemento de especial relieve lo constituye la **evaluación de la peligrosidad** del agente productor de Estresor, que variará según cada individuo. Para algunos subir a un avión será una amenaza de gran peligrosidad y viajarán bajo estrés, mientras que para los que viajan todas las semanas será algo cotidiano y sin estrés, lo que implica **adaptación adquirida** y nos señala la posibilidad de poder controlar el estrés. Sin embargo cualquier perturbación sería que ocurriera durante el vuelo actuará como un fuerte Estresor y desencadenará estrés agudo de variable intensidad, según sea la evaluación que se haga sobre lo que está aconteciendo. Entonces somos vulnerables ante lo desconocido. Por consiguiente, dicha evaluación de la peligrosidad, sea consciente o inconsciente, es uno de los conceptos importantes del estrés (Cruz 2001).

Cruz (2001) ha propuesto una descripción de las respuestas Consecuencias las respuestas espontaneas de las personas sometidas a estrés de contenido psíquico muy doloroso. Según el tipo constitucional, hay tendencias individuales para enfrentar el estrés de las cuales mencionaremos las siguientes y en el (cuadro 4) se mencionaran las fuentes de estrés más frecuentes:

- 1.- **Olvido.** Un mecanismo defensivo de real ayuda
- 2.-**Elaboración explicativa.** Encontrar explicaciones tranquilizadoras. Contribuyen a disminuir la respuesta estresante.
- 3.- **Rechazo (Negación).** No existió.
- 4.- **Rendición.** Aceptarlo como inevitable.
- 5.- **Rumiación.** Caer en el error de seguir pensando o comentando la experiencia desagradable.
- 6.- **Desvalorización del Estresor.** Analizar es Estresor cuando es conocido y minimizar su peligrosidad (percance en un avión).
- 7.- **Frustración.** Ser sobrepasado por el Estresor y pasar a sentirse deprimido.
- 8.- **Propia acusación.** Lamentarse por haber sido responsable (atropello).

Fuentes de estrés más frecuentes.

Ambientales:	ruido, tránsito	Intenso,
	Contaminación ambiental,	Tiempo
	restringido, espacio reducido,	falta
	de privacidad, distancias,	inseguridad
	pública, desastre naturales.	

Familiares:	Hijos con problemas, esposo(a) ausente, Padres (presión, peleas), enfermedades propias y de parientes, muerte de un familiar.
-------------	---

Personales:	Inseguridad para el logro de metas, planteamiento de numerosas metas, Exámenes, Pensamientos negativos(catastrofizantes)
-------------	--

Laborales:	Dinero limitado, jefe exigente, mala comunicación, fricciones personales, cargas excesivas de trabajo, evaluación del desempeño profesional.
------------	--

Cuadro 4 (en Dominguez 2002).

1.9.4 Estrés en el cuidador

Debido a que la gran parte de la vida del cuidador gira en torno a la satisfacción de las necesidades del familiar o paciente, muchos suelen dejar a un lado sus propios intereses. Esta situación, frecuentemente refiere a una situación de estrés y malestar que proviene, del hecho de que se deja a un lado sus propias necesidades en beneficio de sus familiares.

Como se menciona anteriormente todas las personas hemos pasado por un momento de estrés que llega a producirnos una gran cantidad de problemas biopsicosociales, y en este caso la cantidad de estrés que pasa un cuidador formal es importante el poderlo entender y comprender que necesitan una salud física, y mental.

Muchos cuidadores se sienten culpables al atender sus propias necesidades, porque piensan que están actuando de un modo egoísta, al ocuparse de sí mismos cuando hay una persona cerca en condiciones mucho más desfavorables que ellos y que necesita de su ayuda para seguir viviendo. No se da cuenta que cuidándose a sí mismos están cuidando mejor a su familiar: los cuidadores con sus necesidades de descanso, ocio, apoyo emocional, etc., satisfechas, podrán disponer de más energía y movilizar mucho más y mejor sus recursos físicos y psicológicos en el cuidado del familiar mayor (Morientes 2007).

Cuando los cuidadores se exigen demasiado a si mismos y se olvidan de sus necesidades personales, su propio organismo tiene "mecanismos de alarma" que le indican que está demasiado cansado o superado por alguna situación y que es el momento de empezar a cuidarse mejor

Según Morientes (2007) las posibles "señales" de agotamiento y estrés en los cuidadores, pueden ser empleadas como un instrumento de detección de la necesidad de incrementar el cuidado de sí mismo. La forma de emplear este instrumento es sencilla: después de esta lista, se han de marcar las situaciones que se apliquen a cada caso concreto y, de esta forma, la persona interesada podrá saber hasta qué punto necesita cuidarse más, las cuales son:

*Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.).

*Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.

*Aislamiento.

*Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco. Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.

*Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.

*Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.

*Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.

*Aumento o disminución de apetito.

*Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.

*Enfadarse fácilmente.

*Dar demasiada importancia a pequeños detalles.

*Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.

*Propensión a sufrir accidentes.

*Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.

*No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.

*Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

1.9.5 Estrés Laboral

La comisión europea (en De Pablo 2007) define al estrés relacionado con el trabajo como el conjunto de reacciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Caracterizándose por altos niveles de excitación y angustia, y con frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

Tipos de estrés laboral

Se puede diferenciar el estrés laboral episódico y el estrés laboral crónico, refiriéndonos al último que se le presentará mayor atención. El estrés laboral crónico se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:

- ✓ Ambiente laboral inadecuado, compuesto por estresores del ambiente físico, como son la falta de luz, una luz muy brillante, ruido, vibraciones, aire contaminado, excesiva o baja temperatura, toxicidad, falta de higiene, la posibilidad y disposición del espacio físico.
- ✓ Alteraciones de los ritmos biológicos, estrés que se produce al alterar las constantes biológicas determinadas por el ritmo circadiano determinado por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico, siendo común en aquellos trabajadores cuya jornada laboral es nocturna, controladores aéreos, y transportistas.
- ✓ Responsabilidades y decisiones importantes, ocasionado por responsabilidades numerosas y variables, trabajo intelectual excesivo, alta competencia, alto ritmo laboral, búsqueda de eficacia, etc.
- ✓ Condiciones laborales inadecuadas; dado por las mala condiciones laborales, bajo salario, inestabilidad laboral (De Pablo 2007).

1.10 Mobbing Laboral

Dentro de una institución se implica reunir a determinado grupo de personas, con un mismo fin, lo que lo convierte en una organización social, y dentro de la Institución de asistencia para personas con demencia, se encuentran Cuidadores que se encargan de mantener al paciente en actividad física y mental, en este trabajo como en muchos más, se establecen las diversas relaciones donde en algunos casos se ha constatado que hay trabajadores sometidos a un hostigamiento psicológico, que les lleva a presentar síntomas psicósomáticos y reacciones anormales hacia el trabajo y el ambiente laboral.

El término de mobbing. procede del verbo inglés *to mob*, que significa asaltar o acosar, siendo utilizado por primera vez por el etólogo alemán Konrad Lorenz, quién describió el mobbing animal para referirse al comportamiento observado en varias especies animales, en que varios individuos más débiles se aliaban para atacar a otro más fuerte (De Pablo 2007); por tanto puede traducirse al español como *el acoso o intimidación u hostigamiento* empleándose para referirse a aquellas situaciones en que una persona es sometida en su lugar de trabajo a una violencia psicológica de forma repetida y mantenida en el tiempo.

Desde el punto de vista psicológico laboral se podría establecer la siguiente definición

“Situación en la que se produce una comunicación interactiva hostil, agresiva, vejatoria, e intimidatoria, de forma reiterativa y persistente, ejercida en el trabajo, desde una posición jerárquica superior o de hecho, por una persona o grupo de personas, dirigida hacia uno o más trabajadores con la finalidad de destruir su autoestima, aniquilando la identidad y conseguir el traslado o abandono del centro de trabajo, empleándose otros sinónimos como acoso moral o psicoterror laboral. Este tipo de acoso produce en aquellas personas que lo sufren una serie de consecuencias psicológicas de gravedad, llegando a desarrollar en muchos casos cuadros psicopatológicos de estrés, depresión, trastornos de ansiedad, trastorno del sueño, intentos de suicidio” (De Pablo 2007).

De Pablo (2007) propone el siguiente cuadro la distinción de varios tipos el mobbing, en función de la dirección que se sigue en las conductas de acoso, (Cuadro 5).

Formas y motivaciones del acoso psicológico

FORMAS	MOTIVACIONES
Horizontal	Conseguir ascenso o puesto de trabajo
Vertical descendente	Rechazo al diferente Enemistad personal Cultura institucional
Vertical ascendente	Estrategia de despido Personalidad perversa Dirección coercitiva
Mixto	Imposición de jefatura Personalidad paranoica Co-mobbers envidiosos Déficit aptitudinal Personalidad perversa

Cuadro 5 (De Pablo 2007).

Uno de los factores más importantes que intervienen en el acoso psicológico es la personalidad (entendida como el resultado de las diferentes variables temperamentales y caracterológicas que durante el desarrollo de la persona, y junto con la acción del medio ambiente configuran a la persona) de las dos partes hostigadoras y hostigadas.

- *Acosado*

Las características comunes que poseen las personas hostigadas o acosadas son las siguientes:

1. Personas con conducta, valores, actitudes y aspectos diferentes al resto del grupo en general.

2. Las presencias de éstos provocan cuestiones sobre los valores y connotaciones que dan la homogeneidad al grupo.

De Pablo (2007) clasifica a los individuos con riesgo de padecer mobbing como:

- a) Vulnerables: aquellas personas con algún defecto o peculiaridad, como puede ser personas depresivas, necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos. Son trabajadores cumplidores, pero dependientes, necesitados de aprobación.
- b) Amenazantes: Personas eficaces, activas y trabajadores, que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas o implantar una nueva cultura o forma de trabajar, criticando abiertamente las acciones que considera injustas, las normas no escritas o el ordeno o mando.
- c) Envidiables: Son personas brillantes y atractivas, pero que están consideradas como competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados simplemente con la presencia de éstos.

- *Acosador*

Es sumamente importante conocer las características que poseen las personas acosadoras u hostigadoras para establecer una estrategia conveniente, y de esa manera evitar los efectos de la personalidad patológica que poseen.

Una de las características más importantes es la intensa envidia que sienten del acosado. La envidia es vivida por el envidioso (acosador) como intolerable, teniendo a no reconocerla e incluso a negarla. Este sentimiento necesita de un contexto en el que las dos partes ocupen posiciones asimétricas, aunque por todos es sabido, que en ciertas relaciones asimétricas no suscitan sentimientos de envidia, todo lo contrario, una sumisión gustosa (De Pablo 2007).

Todos los estudios llevan a la conclusión que el comportamiento del acosador es motivado por la necesidad de encubrir las propias diferencias personales y profesionales. La personalidad de éstos, es una mezcla de psicópatas, narcisista y paranoides, que permiten autoconvencerse de la razón de su actividad destructiva (Cuadro 6).

Rasgos de las distintas posibles personalidades del acosador.

PERSONALIDADES		
Psicópata	Narcisista	Paranoide
No empático	Pragmático	Autoritario
Aventurero	Arrogante	Agresivo
Extrovertido	Envidioso	Suspicaaz
Manipulador	Maniaco	Incoherente
Irresponsable	Explotador	Inflexible
Racionalista	Soberbio	Rígido
Hedonista	Pretencioso	Controlador
Introverso	Manipulador	Obsesivo
Egocéntrico	No empático	Desconfiado
		Inseguro

Cuadro 6 (De Pablo 2007)

Las conductas de hostigamiento que sufre un individuo pueden ser de diversa índole:

- **Ataques a la Víctima con medidas organizacionales**
 - Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros.
 - Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada.
 - Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia
 - Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva.
 - No asignar tareas.
 - Asignar tareas desagradables.
- **Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social**
 - Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona.
 - Rehusar la comunicación con una persona a través de miradas o gestos.
 - Rehusar la comunicación con una persona a través de no comunicarse directamente con ella.

- No dirigir la palabra a una persona.
- Ignorar su presencia.
- **Ataques a la vida privada de la víctima**
 - Críticas permanentes a la vida privada de una persona.
 - Aterrorizar a la víctima con llamadas telefónicas.
 - Mofarse de sus capacidades.
 - Dar a entender que es una enferma mental.
 - Imitar sus gestos, voces...
- **Ataques a las actitudes de la víctima**
 - Atacar sus actitudes y creencias políticas o religiosas.
 - Burlarse de su nacionalidad o etnia.
- **Violencia Física**
 - Ofertas sexuales, violencia sexual.
 - Amenazas de violencia física.
 - Uso de violencia menos.
 - Maltrato físico.
- **Agresiones Verbales**
 - Gritar e insultar.
 - Críticas permanentes del trabajo de la persona.
 - Amenazas verbales.
 - Hablar mal de la persona a su espalda.
 - Difundir rumores.

1.10.1 Fases del Mobbing

De Pablo (2007) describe cuatro fases progresivas para el desarrollo del acoso, la evolución destructiva puede quedar fijada, detenida en cualquiera de ellos por cualquier intervención, tanto sea externa o por el propio acosado. Si no se consigue revertir la situación en el ciclo primero o en el comienzo del segundo, era improbable que se libere de esta situación sin ayuda externa.

Fase primera o ciclo de conflicto inicial

En cualquier empresa u organización la existencia de conflictos es algo esperable, tanto por motivos de organización de trabajo, como por problemas interpersonales, también se puede dar una situación de acoso, cuando se incorpora un nuevo trabajador a la organización y el puesto de trabajo que le ha sido designado es ambicioso por otro trabajador interno.

Este estado coincide con un estado clínico de autoafirmación en el que la víctima está convencida de tener razón presentando resistencia a la otra parte. Si el desacuerdo continúa sin ninguna solución satisfactoria para ambas partes, la situación se cronificará evolucionando a la segunda fase.

Fase Segunda o de mobbing

Lo que comienza con un conflicto entre dos personas, puede llegar a ser un conflicto de muchas personas unas contra otras, esta fase de acoso, comienza con conductas hostiles, repetidas habitualmente y durante un tiempo prolongado para conseguir marcar a la víctima, es decir, estigmatizarla, de manera que sea percibida por los demás. La persona que lo sufre, comienza a dudar de su interpretación del conflicto, entrando al estado de desconcierto, al no comprender lo sucedido, evitando la realidad, e incluso negándola, tendiendo a racionalizarla, mediante la elaboración de una serie de falsas explicaciones para sí mismo y los demás, de manera que encuentre sentido a las agresiones, pensando que es un error.

Fase Tercera o de intervención de la empresa

Corresponde a la fase avanzada de la estigmatización, que concuerda con el estadio clínico del estado depresivo. La persona que sufre el acoso, es consciente de la situación, comenzando a tener serias complicaciones para realizar el trabajo, sufriendo un deterioro progresivo de su capacidad laboral, y un acusado sentimiento de desmotivación por la pérdida de gratificación personal en su medio laboral, pudiéndose volver agresivo e irascible, distante con los amigos y la familia, llegando a ocasionarse conflictos familiares graves, con sentimientos de incomprendido, sólo y amargado.

Fase cuarta o de marginación o exclusión laboral

El trabajador compatibiliza su trabajo con largas temporadas de baja, debido a la presión a la que ha sido sometido y al acusado deterioro de su salud. El tan sólo pensar que ha de volver al medio laboral, después de la baja, experimenta nuevamente las situaciones que le llevaron a ese estado. La víctima busca soluciones fuera de su organización, si considera que es tarde para emprender una nueva vida laboral, optará por solicitar la incapacidad permanente o bien una jubilación anticipada. Si por el contrario es joven, intentará soportar el acoso durante un tiempo, hasta que su trabajo se vuelva meramente monótono, casi vegetativo en su ámbito laboral, esperando le llega una oportunidad para marcharse.

1.11 Las técnicas del manejo del estrés

Las Técnicas Conductuales se han desarrollado porque han resultado más efectivas en el control psíquicos y físicos difíciles de entender, ayudando a facilitar la capacidad de pensar objetivamente controlando los estragos del estrés, la autorregulación emocional está asociada con la habilidad que se tiene para poder relajarse, y así tener la capacidad de actuar con mayor control posible.

Por eso es importante contar con intervenciones psicológicas efectivas, ya que muchas veces se relacionan con percepciones de falta de control de los estados emocionales y no es fácil distinguirlos.

1.11.1 Técnica de relajación progresiva

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.

Un médico de Chigago llamado Edmond Jacobson publicó en 1929 un libro titulado Relajación progresiva. En él describía la técnica de relajación muscular profunda, la cual, 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)

Tensión - Relajación

La relajación progresiva de tensión - distensión es un claro exponente derivable de los principios de acción-reacción de la física, del de dialéctica y trabajo - descanso, tensión-distensión que reclaman de la conciencia una atención a las sensaciones que el organismo experimenta en acciones opuestas.

El procedimiento que se describe a continuación es una forma para aprender la relajación muscular profunda de un modo más rápido. En él, todos los músculos se tensan y se relajan a la vez. Igual que ha hecho antes, repita cada proceso por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de cinco a siete segundos y relajándolo después de veinte a treinta segundos.

1.- Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos, relájese.

2.- Arrugue la frente, al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gire describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario.

Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: frunza el entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

3.- Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda, manténganse así; relájese.

Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano, sostenga la respiración, relájese.

4.- Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente para tensar así las espinillas, manténgalo; relájese.

Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájese.

Utilizando un formato de registros sobre las sesiones de tensiones y relajaciones localizadas en el Anexo 4 y se reforzará esta técnica para un mejor manejo del estrés.

1.11.2 Técnicas de control de la respiración

Las técnicas de control de la respiración son procedimientos diseñados para dotar al sujeto del control voluntario de la respiración, de manera que pueda utilizar patrones respiratorios adecuados, especialmente en los momentos de estrés, donde la respiración se encuentra alterada. Una vez aprendido el control de la respiración, debe automatizarse, de forma que su regulación se mantenga en las situaciones que implican altos niveles de activación.

Vázquez (2008), refiere que las técnicas de control de la respiración son procedimientos fáciles de aprender, pueden ser aplicadas en cualquier lugar sin necesidad de tener que interrumpir la actividad que se está llevando a cabo y pueden ser utilizadas cuando sólo se dispone de cortos intervalos para retomar el control de la activación. Al igual que en situaciones de estrés se tiene lugar el cambio de una respiración diafragmática a una respiración torácica, ya que se produce un incremento en la tensión de los músculos esqueléticos del abdomen y parte baja de la espalda, y la tensión en estas áreas origina la implicación de los

músculos torácicos para permitir la respiración y requiere un esfuerzo adicional para expandir los músculos del tórax.

1.11.3 Imaginación

Contamos con un arma muy poderosa y que en todo momento está acompañándonos sin importar la circunstancia, y ésta es una manera significativa para la disminución del estrés, y esta se llama imaginación.

La utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos fue popularizada por Emil Coué, en Davis (1985) un farmacéutico francés hacia finales del siglo pasado, Coué creía que el poder de la imaginación era incluso superior al de la voluntad, a pesar de que es difícil conseguir un estado de relajación, podremos fácilmente imaginar que tal estado se extiende y distribuye por todo el cuerpo, o que nos encontramos en un lugar apartado, seguro y bello.

Coué (en Davis 1985) encontró que las enfermedades del tipo de los fibromas, tuberculosis, hemorragias, y estreñimiento, empeoraban muchas veces al pensar en ellas de forma obsesiva. Es por eso que recomendaba a sus pacientes que mientras caminaran se repitieran 20 veces, moviendo mecánicamente los labios, la ahora famosa frase: "Cada día, en cada momentos, me siento mejor y mejor".

Las técnicas en las que se utiliza la imaginación son efectivas en el tratamiento de diversas enfermedades físicas y otras relacionadas con el estrés, entre las que se encuentran los dolores de cabeza, los espasmos musculares, el dolor crónico de causa no determinada y la ansiedad generalizada o situacional.

1.11.4 Solución de Problemas

Este modelo postula que las habilidades de solución de problemas constituyen determinantes significativos de la competencia social; definida como la capacidad de enfrentarse de forma eficaz con el amplio rango de problemas de la vida diaria, y que la competencia social es un componente clave del ajuste psicológico general D´Zurilla y Goldfried (en Alberca 2008).

La capacidad general de solución de problemas comprende una ser de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. Según D´Zurilla y

Golfrien (en Alberca 2008), la solución de problemas <eficaz> requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz de problema. Esos procesos incluyen que el objetivo de la definición y formulación del problema consiste en claridad y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares.

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema,
- 3) Generación de Alternativas
- 4) Toma de decisiones, y
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación.

La orientación hacia el problema puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que presentan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. El conjunto cognitivo se basa principalmente en la historia pasada de desarrollo y de reforzamiento, de la persona, que está relacionada con la solución de problemas de la vida real (Caballo 2008).

La generación de alternativas, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución “mejor” solución se encuentre entre ellas y el propósito de la toma de decisiones es evaluar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar las mejores para ser llevada a cabo en la situación problemática.

El entrenamiento en este componente de la solución de problemas implica la identificación de un amplio rango de consecuencias potenciales que podrían ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica. Esto conlleva en generar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto como a largo plazo, así como las consecuencias personales y

sociales. Se definen como soluciones eficaces aquellas que se caracterizan por una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas Caballo (2008).

1.11.5 Entrenamiento de habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se define como un enfoque global sobre la terapia dirigida a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida, y enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Caballo 2008).

El proceso del EHS implicará, en su desarrollo, elementos de forma estructurada, y de los cuales describiré a continuación:

1.- Entrenamiento en habilidades, donde se enseña conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Se emplean procedimientos como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.

2.- Entrenamiento en solución de problemas, en donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de las respuestas y enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

Los sujetos participantes en un programa de EHS deben tener claro que el comportamiento asertivo es más adecuado y reforzante que el pasivo y agresivo, ayudado al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se ha propuesto. El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta (Cuadro 7).

Características de los estilos de respuestas en las conductas socialmente habilidosas.

NO ASERTIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
<i>Conducta no Verbal</i>	<i>Conducta no Verbal</i>	<i>Conducta no Verbal</i>
Ojos que miran hacia abajo;voz bja;vacilaciones;gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida;puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja.	Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona, honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.	Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamientos; gestos de amenaza; postura intimidatoria;deshonesto/a; mensajes impersonales.
EFFECTOS	EFFECTOS	EFFECTOS
*Conflictos interpersonales	*Resuelve los problemas	*Conflictos interpersonales
*Depresión	*Se siente a gusto con los demás	*Culpa
*Desamparo	*Se siente satisfecho	*Frustración
*Imagen pobre de uno mismo	*Se siente a gusto consigo mismo	*Imagen pobre de si mismo
*Se hace daño a si mismo	*Relajado	*Hace daño a los demás
*Pierde oportunidades	*Se siente con control	*Pierde oportunidades
*Tensión	*Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades	*Tensión
*Se siente sin control	*Se gusta a si mismo y a los demás	*Se siente sin control
*Soledad	*Es bueno para si y para los demás	*Soledad
*No se gusta asi mismo ni a los demás		*No le gustan los demás
*Se siente enfadado		*Se siente enfadado

Cuadro 7 (en Caballo 2008).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El propósito fundamental del programa es intervenir con los cuidadores formales de pacientes con demencia a la identificación y control del estrés utilizando diferentes estrategias que podrán aplicar y adquirir las habilidades teórico-prácticas necesarias para la autoevaluación y manejo del estrés.

El estrés es una de las principales razones en donde el número de consultas médicas se elevan, ya que los estresores generan en nuestro estado psicofisiológico diversas enfermedades que perjudican nuestra vida diaria. Al hablar de los cuidadores de pacientes con demencia es muy probable el daño psicofisiológico al no ajustarse ni planificar las actividades de cada cuidador, dándonos como consecuencia niveles excedentes de estrés.

Por este tipo de situaciones es de gran importancia realizar un taller que sea apoye y mejore el estado emocional del cuidador del paciente con demencia, dotando al cuidador de información sobre el cuidado del paciente y el manejo del estrés.

Objetivo General

Informar y capacitar a los cuidadores sobre el cuidado de su propia salud, realizando estrategias para prevenir y manejar las situaciones de estrés que pueden deteriorar nuestra calidad de vida.

Población destinataria

Se integrará un grupo de 8 a 10 personas que cubra los siguientes requisitos de inclusión:

- ✓ Que labore en la "Fundación Alzheimer IAP"
- ✓ Que tenga estudios en geriatría o experiencia laboral como cuidadores.
- ✓ Que haya concluido la Secundaria.

Espacio de Trabajo

El lugar de trabajo se ubica en las instalaciones de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" I.A.P., la cual 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.

Además de que se brinda otros servicios y programas como los siguientes: 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 contra referencia a través de trabajo social, y programas de intercambio académico.

La Fundación estructuralmente tiene dos plantas, principalmente en la entrada hay una rampa espacial 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. De lado derecho del recibidor se encuentra la enfermería donde se encargan de acudir los pacientes en el momento que sea necesario para tomar sus signos vitales o apoyarlos en el servicio médico si es que lo necesitan, las enfermeras se encargan de revisar que no lleguen con golpes a la institución, le administran sus

medicamentos en la hora que se les indique, los exploran físicamente, les hacen curaciones, entre otras más atenciones.

Cruzando la puerta que divide el área administrativa y la de enfermería con las demás áreas de la institución, encontramos un baño que utilizan principalmente los pacientes después de tomar su pequeña merienda, 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 en la planta baja 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. Subiendo la rampa de lado derecho se encuentra el gimnasio, en donde se realizan actividades con las bicicletas, caminadoras, poleas, escaleras de rehabilitación con escalones altos y bajos, dos camas para masajes, colchones, y pelotas.

En la parte alta se encuentra el departamento de enseñanza en donde se imparten clases para los alumnos que están realizando su servicio social u otra labor, 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. A un costado del gimnasio se ubica el cubículo del coordinador de actividades psicoterapéuticas, quien se encarga de organizar cada actividad del área de terapia ocupacional en donde se encuentra dos mesas rectangulares amplias, sillas, libreros con material de trabajo y con material que realizan los pacientes, un pequeño cubículo de papelería, peluquería y sala de belleza por si es necesario cortarles el cabello a los pacientes.

Fases por las que discurrirá el programa.

1º Fase

- *Aplicación del Inventario de ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE).*

2º Fase

- *Aplicación del taller de intervención.*

3º Fase

- *Aplicación del IDARE como Post-test*

A continuación se detallará la carta descriptiva del taller que consiste en sesiones de ANSIEDAD: Rasgo -Estado

En el Diagrama de Gant se describirá la programación de la intervención:

ACTIVIDAD	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pre-Test (IDARE) y entrevista												
Sesión 1												
Sesión 2												
Sesión 3												
Sesión 4												
Sesión 5												
Sesión 6												
Sesión 7												
Sesión 8												
Sesión 9												
Aplicación del Post-Test IDARE												

Las actividades de la intervención consistieron en nueve sesiones de 60 a 90 minutos aproximadamente cada uno, y se detallarán en la carta descriptiva que se mostrará a continuación:

OBJETIVO: Integrar al grupo informándoles los objetivos y las reglas del Taller.

Identificar aspectos generales de las Demencias.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
1	Presentación.	*Se presentará la practicante y describirá brevemente los objetivos, en qué consiste el programa, así como las reglas del taller, las cuales se podrán establecer con la participación de los cuidadores: -Respeto con los miembros del grupo. -Escuchar y dar turnos a los demás. -Confidencialidad.	✓ Cañón ✓ Laptop ✓ Pizarrón ✓ Hojas ✓ Plumas	30 min.
	Dinámica de integración.	*Se realizará una dinámica en la cual se presentará cada integrante, mencionaran su nombre y cuanto tiempo llevan en el servicio de cuidado en salud y cuáles son sus proyectos a corto, mediano y largo plazo.		20 min.
	Conocimientos sobre las demencias.	*Se integraran en pareja y se les pedirá que enlisten las características de las demencias; utilizando una presentación en PowerPoint, se dará un resumen sobre las principales características de las Demencias. *Se abrirá a foro la discusión donde las parejas comentaran sus conclusiones de las características de las demencias.		15 min.
	Cierre	*Se les agradecerá a los cuidadores su participación.		15 min.

OBJETIVO: Al finalizar la sesión los participantes conocerán las características de los cuidadores.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
2	Descripción de los Cuidadores.	<p>*La practicante les proporcionará a cada cuidador una hoja de rotafolio y plumones, y se les pedirá que por pareja realicen un listado de las características de los cuidadores según su criterio.</p> <p>*Cada pareja expondrá su trabajo y se complementará el listado que propongan con la información que proporcionara la practicante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas de Rotafolio ✓ Pizarrón ✓ Plumones ✓ Hojas con información sobre la Descripción de los Cuidadores. (Anexo 4) 	60 min.
	Cierre	*Se les pedirá a los cuidadores dudas y comentarios sobre la sesión.		

OBJETIVOS: Identificarán sus respuestas de estrés discriminando los estresores personales; a fin de normalizar su respuesta fisiológica o psicológica.

Conocerán la técnica de relajación progresiva de Jacobson a fin de que se la apliquen en ellos mismos y puedan controlar situaciones estresantes.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACION
3	Introduciéndonos en el concepto del estrés	* La practicante utilizará la presentación PowerPoint sobre conceptos del estrés y planteará los fundamentos del estrés y estresores; cada cuidador escribirá en el pizarrón lo que concluye por estrés y expondrá las ventajas que se tiene al controlar el estrés.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Aula ✓ Plumones ✓ Laptop ✓ Hojas 	20 min.
	Estrés y la relación que tiene con los estresores.	* La practicante pedirá que cada cuidador haga un listado de los estresores que le generan estrés; los cuidadores de manera individual expondrán al grupo lo que han hecho para contrarrestar el síntoma.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario de Experiencias Recientes ✓ Sillas ✓ Presentación 	25 min.
	Identificando zonas del estrés.	*Los cuidadores en un esquema del cuerpo humano realizarán una dinámica de reflexión del estrés, en donde marcarán con una tache las áreas de su cuerpo donde sienten reacciones producidas por el estrés; los cuidadores escribirán debajo del esquema los síntomas que les producen el estrés.(Anexo 2)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PowerPoint sobre conceptos de estrés ✓ Anexo 5,. 	15 min.
	Induciendo el entrenamiento de la técnica de relajación progresiva.	*La practicante le pedirá a los cuidadores que se sienten en una posición cómoda y que sigan instrucciones, se les entregará una hoja de registro indicándoles como hacer el llenado; se les entrenará en la técnica de Relajación de Jacobson, indicándoles la secuencia.(Anexo 3) *Se les entregará otra hoja de Registro a fin de que practiquen la Relajación en la semana y la entreguen la próxima sesión.		30 min.
	Cierre	*Se les pedirá a los cuidadores dudas y comentarios sobre la sesión, se les entregara otra hoja de registro en donde expliquen en la semana y la entreguen la próxima sesión.		

OBJETIVO: Al finalizar la sesión los participantes conocerán la técnica de control de respiración diafragmática y respiración profunda, para mejorar el funcionamiento de los pulmones, regulando el ritmo inspiratorio-respiratorio a fin de disminuir la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, y el estrés.

SESION	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
4	Realizar Respiración adecuada.	*La practicante pedirá al grupo que realicen un círculo, con la intención de realizar respiraciones, y paralelamente la practicante señalará los errores con el fin de que ellos realicen una buena respiración diafragmática.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Plumones ✓ Hojas ✓ Plumas ✓ Sillas ✓ Anexo.6 	30 min.
	Respiración Profunda	*Terminando la aplicación se les proporcionará una hoja donde podrán anotar como se sintieron después de la intervención (Anexo 6); la practicante le pedirá a los cuidadores que se tiendan sobre un tapete y se colocarán en la posición de "cuerpo muerto" (piernas estiradas, ligeramente separadas una de otra; puntas de los pies mirando ligeramente hacia fuera, los brazos a los lados sin tocarlos y con la palmas de las manos mirando hacia arriba, con los ojos cerrados);se les dará la orden de los pasos a seguir. Se realizarán una última respiración con el fin de aprender a respirar de forma adecuada y finalizar con comentarios.		30 min
	Cierre	Se les pedirá a los cuidadores dudas y comentarios de la sesión.		

OBJETIVO: Al término de la sesión la participante identificará los pensamientos que les generan estrés.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
5	Combatiendo los pensamientos deformados	<p>*La practicante organizará la posición de las mesas y bancas de manera circular y en cada asiento se dejará el listado de los 15 tipos de pensamientos distorsionados; se pedirá un voluntario para iniciar el ejercicio y a partir de ahí se continuará a la derecha. (Anexo 7)</p> <p>*Cada cuidador leerá en voz alta cada tipo de pensamiento conforme se indique el inicio; la practicante anotará en el pizarrón los enunciados que utilizaremos para el ejercicio, cada frase estará ordenada con letras quitapón, el cuidador tendrá que leer la frase y seleccionar el tipo de distorsión que se ejemplifica de la segunda columna; se revisará en grupo y se comentarán los resultados de las frases que contienen las distorsiones.</p> <p>*Se pedirá a cada cuidador que expongan algún ejemplo de distorsión por el cual han pasado; en una hoja en blanco realizarán un procedimiento de cuatro pasos para ayudar a identificar qué sintió y pensó en tal situación, también le ayudará a descubrir las distorsiones y a reestructurar sus pensamientos.</p> <p>*En la hoja tendrán que nombrar la emoción, descubrir la situación o suceso, identificar las distorsiones y eliminar las distorsiones, guiados por la practicante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aula iluminada ✓ Anexo 7 ✓ Mesas ✓ Sillas ✓ Pizarrón ✓ Plumones 	60 min.
	Cierre	Se despedirá al grupo haciendo mención de agradecimiento por su participación.		

OBJETIVO: Al finalizar la sesión la participante empleará la imaginación para lograr la relajación y la disminución del estrés.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
6	"Sendero de la montaña"	*La practicante pedirá a los cuidadores que cierren los ojos, y que se imaginen que se están apartándose del lugar donde viven...(Anexo 8)	✓ Bocinas ✓ Sillas ✓ Aula ✓ Anexo 8-9	20 min.
	"Recuerdo Activo"	*La practicante les preguntará a los cuidadores que es lo que hicieron al despertar, como se sintieron en la mañana, a continuación se les pedirá que cierren los ojos y que traten de trasladarse al principio del día...(Anexo 9)		20 min.
	Creando las propias imágenes	*La practicante solicitará que los cuidadores se recuesten en un tapete que estará en el piso del aula, buscando que se encuentren una posición cómoda, cerraran los ojos, y se pedirá que se concentren en las propias sensaciones físicas y que practiquen la respiración profunda. *Se les pedirá que atiendan cualquier fantasía que le atienda su mente.(se le proporcionara ejemplos) y que se responda las cuestiones que le genera la fantasía *Se imaginaran distintos lugares, y de todas las escenas que haya imaginado el cuidador se le pedirá que elija una donde se podrá relajar y de la que podrá disfrutar.		30 min
	Cierre	*La practicante les proporcionará una hoja donde escribirán y describirán algunas imágenes que le resulten atractivas, con el fin de que expresen su sensación y experiencia ante el grupo.		

Objetivo: El participante Identificar problemas de la vida diaria, aplicando las habilidades desarrolladas para solucionarlos.

SESIÓN	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACION
7	"Encapsulando los Problemas"	*La practicante entregará una lista con problemas escritos, en la cual los cuidadores marcarán con un circulo la opción que describa mejor su problema.(Anexo 10)	✓ Aula ✓ Sillas ✓ Mesas	30 min
	"Tempestad de Ideas."	*El cuidador escribirá en el primer apartado de objetivos (Anexo11) tres situaciones que desearía cambiar. *A partir de estas situaciones se clasificarán los problemas en objetivo 1, objetivo 2 y objetivo 3. * En cada apartado de las situaciones clasificadas, tendrán espacio para escribir las estrategias generales para alcanzar los objetivos. (Se realizara un ejemplo para que tengan una idea como se tiene que realizar la actividad.)	✓ Anexo 10-11 ✓ Plumas y lápices.	30 min.
	Cierre	La practicante les pedirá a los cuidadores que comenten las actividades y mencionen como se sintieron.		

OBJETIVO: Al término de la sesión la participante identificará las conductas agresivas, pasivas y asertivas que les generan estrés.

SESION	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACION
8	Definiendo y Observando las conductas Asertivas y no asertivas.	<p>*La practicante definirá en primera instancia que es una conducta asertiva y no asertiva</p> <p>*Se les presentará un video a los cuidadores con ejemplos claros de conductas no asertivas y asertivas.</p> <p>*Este video apoyará a los cuidadores a que puedan identificar los tres estilos básicos en toda conducta interpersonal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aula ✓ Sillas ✓ Proyector ✓ Laptop ✓ Lápices ✓ Anexo 12 	30 min
	Imágenes agresivas, pasivas, asertivas.	*Se les proporcionará a cada cuidador una hoja donde tengan que diferenciar las imágenes de ejemplos de conductas agresivas, pasivas y asertivas. (Anexo12).		15 min.
	Asumiendo Conductas Vivenciales.	<p>*Como juego de roles los cuidadores elegirán asumir algunas de las posturas radicales presentadas en el ejercicio anterior, ellos decidirán realizar algunas de las conductas agresivas, pasivas y asertivas que han llegado a experimentar en el trabajo o fuera del trabajo.</p> <p>*Cada cuidador interpretará la conducta elegida, mientras los demás cuidadores identificarán las conductas agresivas, pasivas o asertivas.</p>		20 min.
	Interpretación y conclusión de las conductas asertivas y no asertivas.	*Se abrirá a foro el tema discutido de las conductas racionales y no racionales, y los cuidadores relacionarán las conductas que se interpretaron en la actividad anterior con las ideas racionales e irracionales. Comentaran que les pareció la actividad con una opinión por cuidador; se les pedirá a los cuidadores que como actividad de la semana, tendrán que distinguir ciertas conductas asertivas y no asertivas en la Solución de Problemas y así poderlo comentar en la próxima sesión.		20 min.
	Cierre	Se despedirá al grupo pidiendo dudas y comentarios, agradeciendo su participación.		

OBJETIVO: Generar conciencia de las capacidades que pueden adquirir y reforzar el poder de la tranquilidad para un control del estrés.

SESION	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	DURACION
9	"Proceso de Gratitud"	<p>*La Practicante le pedirá a los cuidadores que se formen un círculo y que escuchen las preguntas que la practicante dará en voz alta.(Anexo 13)</p> <p>*Cada pregunta se contestará en una hoja indicada en su lugar, se les pedirá que respondan en el momento que se mencione la pregunta y se les dará tiempo de contestar.</p> <p>*Al terminar las preguntas se abrirá a foro su reflexión con respecto al proceso de gratitud que están presentando y mencionarán de que manera les benefició la actividad para disminuir su estrés.</p>	<p>✓ Aula</p> <p>✓ Sillas</p> <p>✓ Anexo13</p>	60min
	Cierre	<p>*La practicante se despedirá y agradecerá su participación a los cuidadores con una reflexión.</p>		

Materiales:

- Anexos
- Tapetes
- Asientos

Recursos:

- Laptop
- Cañón
- Pizarrón
- Presentaciones de PowerPoint

Estrategias de evaluación:

El inventario de la Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE, versión en español del SATAI [State TRaint-Anxiety Inventory] de Dr. **Charles D. Spielberg** y Dr. **Rogelio Díaz Guerrero**, se inició en 1964 por Charles D. Spielberg y R.L Gorsuch en la Universidad de Vanderbilt. Se deseaba construir un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos normales. En la primavera de 1967, se cambiaron las actividades del desarrollo del desarrollo del instrumento a la universidad estatal de Florida y las metas por alcanzar con el inventario, fueron ampliadas para incluir su utilización con individuos emocionalmente perturbados tanto para propósitos clínicos como de investigación. A partir del otoño de 1967, la responsabilidad fundamentalmente para el desarrollo del inventario, quedó en manos de C.D Spilberger y de R.Lushene.

La escala A- Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La escala A-Estado es designada SXE y la escala A-Rasgo es designada SXR.La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión

psicológica con niveles de intensidad distintos A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado aducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión (P), tal como este concepto es definido por Hull (se refiere al concepto de drive (D) de Hull, 1943 & Spence, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

La ansiedad- Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La ansiedad- Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tienen las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell(1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas").

Para la **confiabilidad** del IDARE con el Test-Retest de los 5 grupos de sujetos de estudiantes universitarios no graduados, que recibieron el retest después de una hora, fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación, a las siguientes condiciones experimentales: Un periodo breve de entretenimiento en relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes.

Las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa, proveen un índice más adecuado de la confiabilidad de las escalas A- Estado que las correlaciones de test-retest. Los coeficientes alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por

Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de .83 a .92 para A-Estado y A-Rasgo que resultaron igualmente altos, es así que la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

Una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del IDARE ha sido obtenida a través de correlaciones de reactividad contra escala calculadas para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato. La correlación mediana de reactivo contra escala en A-Estado fue de .55 para los estudiantes de bachillerato, .45 para los estudiantes del 1er. Año de universidad y .55 para los estudiantes universitarios no graduados. Las correlaciones de reactivos contra escala correspondientes de la subescala A-Rasgo, fueron de .54, .46 y .53, respectivamente. Para más de la mitad de los reactivos de cada escala, las correlaciones de reactivo contra escala fueron de .50 o más altas. Todos, excepto uno de los reactivos de A-Rasgo y 18 de los 20 reactivos de A-Estado, obtuvieron una correlación de reactivo contra escala de .30 o mayor.

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE depende fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracterizan las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada. Las correlaciones entre las escalas variaron entre .44 y .55, cuando el IDARE fue aplicado con instrucciones estándar a 4 muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino. En cambio las correlaciones entre las escalas para los varones en estas muestras variaron entre .51 y .67. El consistente hallazgo de que las correlaciones entre las escalas son típicamente más altas para los hombres que para las mujeres, sugiere que los hombres que obtienen altas calificaciones en A-Rasgo están generalmente más predispuestos a experimentar estado de ansiedad, que las mujeres con alta calificación de A-Rasgo.

El IDARE fue diseñado para ser **autoadministrable** y puede ser **aplicada** ya sea **individualmente o en grupo**, no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios generalmente requieren sólo de 6 a 8 minutos para contestar sea la escala A-Rasgo o la A-Estado y menos de 15 minutos para contestar ambas. Las personas con menor nivel educativo, o con disturbios emocionales, pueden

requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos. Las aplicaciones repetidas de la escala A-Estado típicamente requieren de 5 minutos o menos.

La **validez** del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan, en relación con el "estado" él debe reportar cómo se siente en este momento específico, y que las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique cómo se siente generalmente. Es útil hacer que el examinado lea las instrucciones en silencio, mientras el examinado las lee en voz alta y además dar al examinado la oportunidad de hacer preguntas.

El proceso de estandarización del IDARE se aplicó primero la escala A-Estado (forma SXE) y enseguida la escala A-Rasgo (forma SXR). Este es el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede ser influenciado por la atmosfera emocional que se puede crear si se aplica primero la escala A-Rasgo.

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. El IDARE puede aplicarse también con una hoja de respuesta de elección múltiple que permita la calificación por medio de máquinas.

La dispersión de posibles puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación" del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE en el apéndice A). Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. No en lo absoluto. 2. Un poco. 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre. El valor numérico de las calificaciones para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado.

Aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación es inverso. El valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 ó 4 en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2, y 1 respectivamente.

La escala A-Estado del IDARE está balanceada para evitar la respuesta indiscriminadamente 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. Sin embargo, no fue posible desarrollar una escala A-Rasgo balanceada a partir de los reactivos originales. La escala A-Rasgo del IDARE tiene 7 reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 13, 16, y 19

Hay plantillas para la calificación manual se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparece impresos en la clave de cada reactivo. Se puede sumar mentalmente o utilizar una maquina calculadora mecánica o electrónica. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo. Si un sujeto emite uno o dos reactivos en cuales quiera de las escalas, la calificación prorrateada de toda la escala puede ser obtenida a través del siguiente procedimiento: 1. Determinese la calificación media para los reactivos a los cuales el sujeto ha respondido. 2. Multiplíquese ese valor por veinte, y 3. Ajuste el producto al número entero inmediatamente superior que corresponda. Si tres o más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del Pre y Post del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado de los participantes.

Participante 1

Edad: 43

Fecha y Lugar de Nacimiento: 16- Septiembre-1969 / Distrito Federal

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Secundaria, Carrera Técnica Geriatria "Cuidados básicos y de la salud"

Profesión u Ocupación: Cuidadora

Domicilio: Reforma Constitución Mexicana Mz.73 Lte.8

Tiempo de trabajar de cuidadora: 4 años

Fecha de ingreso de la Fundación: 16 Junio 2012

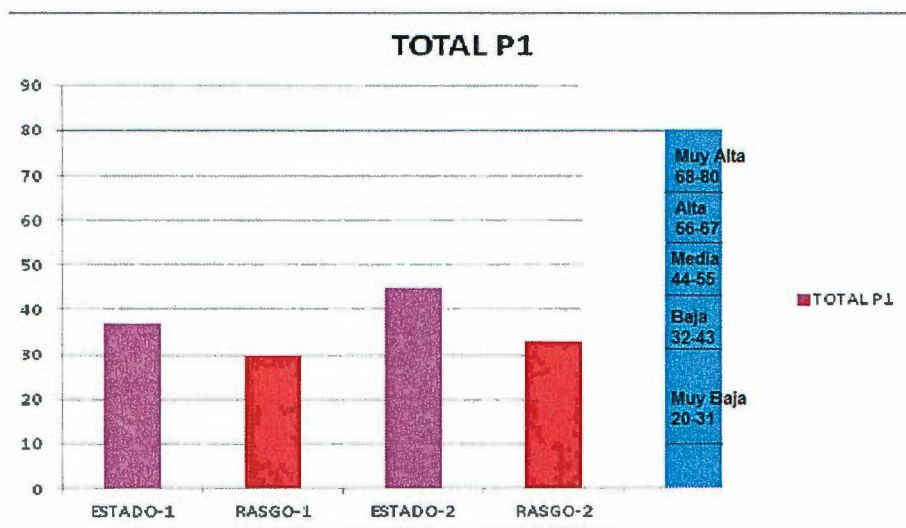
Motivo de ingreso a la Fundación: Después de hacer prácticas profesionales en la Fundación, le interesó poder ingresar dejando su curriculum, tiempo después le llamaron para ingresar, interesándole enormemente por el desempeño que realizaría en el trabajo y por los horarios para poder estar con su familia.

En el IDARE aplicado como Pre-test se obtuvieron los siguientes resultados:

En el Pre-Test se registró un puntaje de 37 en la escala de Estado 1 y en la escala de Rasgo1 un puntaje de 30, ubicándose en un nivel bajo, lo cual le permite controlar su nivel de estrés al que se enfrenta diariamente y esto le ayuda a resolver situaciones de demanda laboral y personal. Aunque es significativo los resultados entre estado y rasgo, los resultados se encuentran en una puntuación baja, estas puntuaciones reflejan que la participante 1 es una persona que ha sabido manejar el estrés en el que se enfrenta diariamente y ha podido resolver las situaciones que la han llevado a sentimientos de tensión y aprensión que

implican su estrés; sin embargo a lo largo de la intervención se observó que la participante ha sufrido de mobbing laboral, por parte de algunas compañeras de trabajo, esto se fue iniciando por varias situaciones. La situación principal fue el no aceptar que un paciente fuese maltratado como lo hizo una de las participantes, reportándola, con la intención de mejorar el servicio dentro de la fundación y no para provocar enemistades. A partir de ese día varias compañeras y la compañera acusada, empezaron a distanciarse y a tener conductas ofensivas, arrogantes, y soberbias como no asignarle las tareas adecuadas, juzgar su desempeño, ignorar su presencia, no dirigirle la palabra, hablar mal de ella a sus espaldas, y difundir rumores.

Por otra parte las situaciones que ella ha presenciado no siempre han sido estresantes, ya que su capacidad de afrontamiento es muy alta, y ha sabido manejar y trabajar las conductas negativas de sus compañeras hacia ella y hacia su desempeño laboral. En relación al Post-Test se registró un puntaje en la escala de Estado de 45 y en la escala de Rasgo un puntaje de 33, observándose un aumento significativo de estrés bajo a medio, esto nos permite apreciar que a lo largo de su desarrollo laboral, la intimidación y hostigamiento que ha presenciado, le han ocasionado insatisfacción, desmotivación y aumento de estrés (Grafica 1)



Grafica 1. Total puntaje Post-Test participante 1

Los siguientes participantes no concluyeron con el programa de intervención, faltándoles 5 sesiones de participación.

Participante 2

Edad: 51

Fecha y Lugar de Nacimiento: 02- Febrero- 1962 / Distrito Federal

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Luz Blanca #42 int.04 Col. Cuauhtémoc, C.P 10020

Profesión u Ocupación: Cuidadora – Auxiliar Gerontológico

Tiempo de trabajar de cuidadora: 10 años

Fecha de ingreso de la Fundación: 18 Agosto 2003/ Cubrió 4 sesiones del programa por motivos de trabajo, la solicitaron para un servicio a domicilio de 24 hrs., interfiriendo con el programa.

Motivo de ingreso a la Fundación: Después de ser ama de casa por un tiempo, decidió apoyar económicamente a su marido y así poder mejorar las condiciones económicas de la familia.

Su nivel de ansiedad y de estrés total es puntualizado como media, ella presenta mayores puntajes en escala Estado 54pts, y en la escala de Rasgo fue de 38pts, reflejando que su estrés transitorio es mayor comparándolo con el estrés general, reflejando que esta persona ha sabido manejar el estrés en cada momento de su vida, sin embargo hay ocasiones en que el estrés no lo ha podido manejar dentro del área laboral.

Participante 3

Edad: 43

Fecha y Lugar de Nacimiento: 5-Enero-1970

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Flores Magón #518 Col. Las Palmas

Profesión u Ocupación: Cuidadora

Tiempo de trabajar de cuidadora: 7 años

Fecha de ingreso de la Fundación: 1-Junio-2007

Motivo de ingreso a la Fundación: En su antiguo trabajo no tenía Seguro social, y al saber que un sobrino trabajaba en la fundación donde si ofrecían Seguro social, le pidió apoyo a su sobrino de poder ingresar a la Institución.

En estos resultados de la participante 3 se muestra un puntaje medio, graficando la Escala de Estado con resultado de 51pts y 45pts en Escala Rasgo, así mismo se define que su estrés transitorio es mayor afectando su área de trabajo en ocasiones los pacientes pueden descontrolarla un poco logrando que pierda la calma, como se observó en varias ocasiones donde la participante perdía la calma, levantándoles demasiado la voz y jalándolos de una forma no apropiada, así mismo la cuestión familiar asinada le genera conflictos y estrés hacia sus hijos y consigo misma.

Participante 4

Edad: 36

Fecha y Lugar de Nacimiento: 16- Junio- 1976

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Carrera Técnica "Auxiliar Enfermería "

Domicilio: Insurgentes #12 Col. La era Iztapalapa

Profesión u Ocupación: Auxiliar Gerontológico

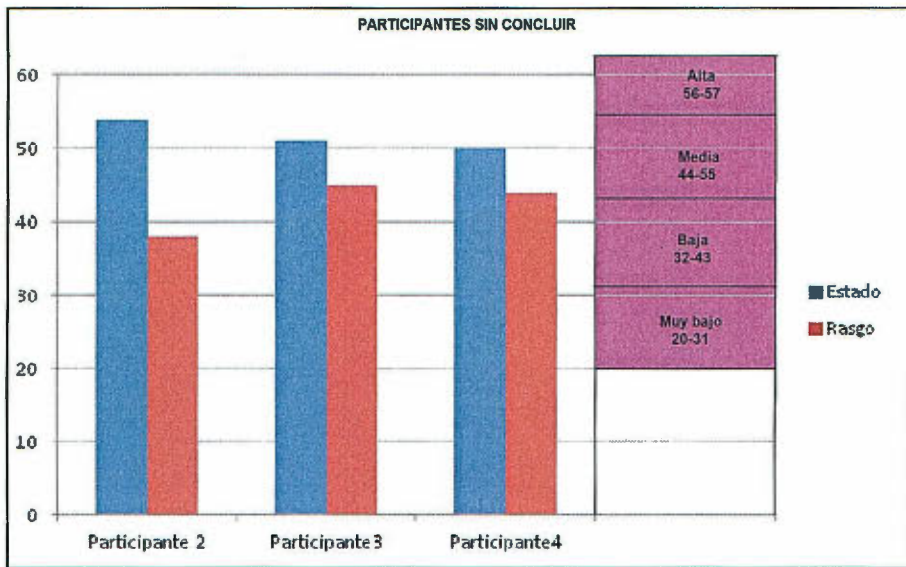
Tiempo de trabajar de cuidadora: 13 años

Fecha de ingreso de la Fundación: 17-Marzo-2010

Motivo de ingreso a la Fundación: Oportunidad laboral, gracias a una amiga que metió solicitud de empleo en la fundación, dándole su lugar a ella.

La escala de-Estado en esta participante es de 50pts y su estrés en la escala de Rasgo es de 44pts, volviendo a la misma inferencia sobre un puntaje medio, reflejando mayor estrés en una situación específica y esa situación dada es dentro de la Institución, se le es complicado manejar el estrés que les genera el medio laboral.

Tanto en el pre-Test y Post-Test se muestra puntajes estandarizados medios, es decir que no reflejan exceso de estrés ni niveles bajos de la misma. Las cuatro participantes reflejan mayor estrés en la escala A-Estado que en la A-Rasgo, definiendo nuevamente que para las participantes su mayor ansiedad y estrés es generada en el momento es decir que es producido dentro de su espacio de trabajo (Gráfica 2)



Gráfica 2. Total Pre-Test participantes sin concluir.

DISCUSIÓN

Gracias al diseño del taller las sesiones fueron muy productivas y de gran importancia, principalmente para la participante 1, la aplicación y captación de las actividades dentro y fuera de la institución fueron clave para cumplir con el objetivo del taller, y que el participante sintiera una modificación en sus respuestas ante el estrés. De acuerdo a los resultados del IDARE la participante 1 ,se mostraba estresada a niveles medios pero con control sobre su medio hostigador y creador de estrés, lo cual concuerda con Davis (1985) refiriendo que es de gran importancia contar con intervenciones psicológicas efectivas, ya que muchas veces e relacionen con percepciones de falta de control de los estados emocionales y no es fácil distinguirlos.

Durante la intervención se observó que la participante 1 se vio involucrada en una situación de mobbing laboral, ya que sus compañeras desde su ingreso a la Fundación distinguieron que la participante mostraba conductas y filosofías distintas a las de ellas. Lo cual concuerda con lo que plantea De Pablo (2007) con respecto a la clasificación de los riesgos de padecer moobing por ser un individuo que les gusta ser eficaz, activo y trabajador, que le gusta poner en evidencia lo establecido, que pretende implementar una nueva cultura o forma de trabajar, y que crítica abiertamente las acciones que considera injustas.

Las conductas de hostigamiento que sufría la participante 1 de acuerdo a lo que refiere Del Pablo (2007) fueron las más significativas como las siguientes actitudes: las acosadoras le prohibieron indirectamente a un compañero que iniciaba su labor dentro de la fundación, que le hablaban a la participante 1, solo porque ellas no lo hacían, juzgaron el desempeño en varias ocasiones de manera ofensiva sobre su trato con los pacientes, no le asignaban tareas hasta que ella se dirigía con la jefa de cuidadores a preguntar por qué no le asignaban tareas como a las demás cuidadoras, reusaban cierta comunicación a través de no dirigirse directamente con ella, no le dirigían la palabra a menos que tuvieran que coincidir en decisiones del paciente o de sus actividades establecidas por los jefes, ignoraban su presencia, hablaban mal a su espalda ya que otra compañera de otra área le platicaba lo que llegaba a escuchar de la participante 1, y por último

llegaron a difundir rumores con la directora de la Fundación y con el psicólogo, haciendo mención del desempeño y actitud de la participante 1.

Sin embargo es importante mencionar que la participante 1 mostró mejorías en sus características de estrés como demanda personal, ya que a cada sesión del taller, la participante se desarrolló con una excelente actitud cumpliendo con los objetivos, sin embargo los estresores a nivel grupal que vivenciaba y al no tener el apoyo por parte de sus demás compañeras, ni de sus ascendentes, esto logro que disminuyera su interés por seguir perteneciendo a la Institución, lo cual concuerda con Cruz (2001) quien menciona que una amenaza a nuestra integridad, genera un enfrentamiento o escape ante los estímulos amenazantes.

En relación con la participante 3 y 4 sus resultados concordaron con lo que plantea, Morrientes (2007) indicando que las situaciones de estrés como pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, problemas de sueño, aislamiento, problemas físicos, y menor interés por actividades, se han ido desarrollando dentro de la fundación en el transcurso de su desempeño laboral, demostrando que las posibles señales de agotamiento y estrés en los cuidadores deben de ser empleadas como un instrumento de detección de la necesidad de incrementar el cuidado de sí mismo., y así poder disminuir los cambios de autoregulación emocional de las cuidadoras, evitando que las cuidadoras 3 y 4 fueran menos agresivas al dirigirse a los pacientes, ya que se observó falta de tolerancia hacia los mismos pacientes gritándoles, jaloneándolos, y cierta intolerancia hacia sus faltas neuropsicológicas y fisiológicas. Sin embargo no desearon concluir el taller, dejando a un lado la posibilidad de aprender nuevas técnicas conductuales para su bienestar.

La posible razón de estrés de las cuidadoras 2,3 y 4, al no haber concluido con el taller se relacionó con lo que plantea Lazarus y Folkmal (1991), quienes mencionan que el estrés es un juicio cognoscitivo, produciendo temor por suponer que los recursos personales y del taller serian incapaces de darles respuesta a las demandas generadas por el taller o por otro acontecimiento en particular, es así que su mismo estrés generó la decisión de no concluir.

Enfocándonos ahora en el incitador al acoso y violencia laboral que en este rubro se hablaría de los acosadores quienes son los que suelen ser las personas por la motivación de necesitar encubrir sus diferencias personales y profesionales coincidiendo con lo que plantea (Del Pablo 2007).

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población mundial, y específicamente en la población Mexicana del Siglo XXI se va a intensificar en los años venideros., esto será un reto tanto a niveles poblacionales como individuales. La propensión es inevitable y plantea grandes desafíos frente al avance demográfico, aún más en esta sociedad donde las personas mayores suelen estar más desprotegidas por el gobierno y por la sociedad al ser marginados.

Es por esto que la preparación de acuerdo a nuestra cultura ante la vejez, y modelos que ayuden a enfrentar nuestro propio envejecimiento es de vital importancia; de tal manera es necesario preparar a la sociedad con programas y más instituciones que pueda capacitar, asesorar, e implementar personal que esté interesado en adquirir los conocimientos necesarios para mejorar la calidad de vida las personas longevas en nuestro país y en el mundo, y aún más en poblaciones de personas con demencias.

Las instituciones educativas carecen de materias y programas especializados en la vejez, por lo que es necesario que dentro de su plan de estudios se integren áreas enfocadas sobre futuras problemáticas y alternativas de solución en población de la tercera edad, para ir preparando a futuras generaciones en el desarrollo de la gerontología.

La Fundación de Alzheimer “Alguien con quien contar” , La Fundación México “Una esperanza de vida” son los únicos lugares en el Distrito Federal encargados de brindar seguridad y bienestar a personas con demencia, promoviendo para ellos y a sus familias un sentido de calidad de vida mediante servicios como la expresión corporal, vigilancia de la salud, una valoración geriátrica, rehabilitación física, socialización, terapia ocupacional, gimnasia cerebral, paseos recreativos y culturales, valoración nutricional, ludoterapia, neuroestimulación y grupos de apoyo a familiares, esto con la intención de aletargar el progreso degenerativo de la problemática.

Por otra parte los conocimientos adquiridos que tuve durante mi estancia en la Fundación Alzheimer fueron: el experimentar a nivel profesional y personal

conocimientos teóricos y prácticos, aprender sobre las demencias y los cuidadores pude adquirir el conocimiento de aplicar pruebas psicológicas, proyectivas y neuropsicológicas, calificar e interpretarlas, tener la capacidad de trabajar en un equipo disciplinario donde pude aprender a desenvolverme profesionalmente, de igual manera como se desenvuelven laboralmente los cuidadores de pacientes con demencia. Por otra parte adquirí conocimientos para diseñar y aplicar un programa de intervención para manejar un grupo de intervención.

A si mismo discriminé la importancia del estrés en nuestro organismo, ya que como psicólogos es de total importancia saber que el estrés es parte de nuestra vida diaria, el poder controlar las respuestas fisiológicas y principalmente psicológicas, reaccionando automáticamente ante el estresor logrando mantener una seguridad de vivir.

Dentro de las limitaciones que se presentaron dentro de mi participación del programa de intervención, fueron las surgidas con el personal de la fundación, ya que la mayoría de los cuidadores no se encuentra capacitado en el manejo de técnicas para disminuir los niveles de estrés y atención a pacientes con demencias, falta de atención psicológica a los mismos trabajadores para ayudarles a resolver problemas personales que disminuya el problema de el estrés laboral que se desencadenó el mobbing. Estos mismos problemas personales lograron que los cuidadores no concluyeran el programa, limitando el proyecto con una sola participante.

Considerando importante el generar talleres y terapias grupales que ayuden a los trabajadores el manejar situaciones del estrés laboral y que puedan abordar situaciones personales para poder trabajar en equipo y evitar los problemas de hostigamiento laboral, y así se lleve una relación cordial y amable dentro del espacio de trabajo. Crear actividades una vez al mes, que pueda retroalimentar y actualizar a los cuidadores ante las demencias y ante el cuidado gerontológico dentro y fuera de la Fundación.



REFERENCIAS

Arango L., Fernández G., Ardila A. (2003), "Las demencias: Aspectos clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento."Manual Moderno: México.

Aguera O., (1998),"Demencia: Una aproximación práctica", Masson, España.

Alberca R., López P., (2006), "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias", Panamericana: Madrid.

Buja, M. ,Gerhard R. F. Krueger (2006) "Anatomía Patológica", Masson: España

Burke M., Walsh M. (1998), "Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor", Harccurt Brace: España.

Caballo V. (2008), "Manual de técnicas de Terapia y Modificación de conducta", Siglo veintiuno: España.

Corsi C. (2004) "Aproximaciones de las neurociencias a la conducta", Manual Moderno: México.

Contel J., Gené J. (1999), "Atención Domiciliara Organización y Práctica", Springer: Barcelona.

Cruz M. (2001), "Estrés: entenderlo es manejarlo", Alfaomega: México

Cubero P. (2002), "Diagnóstico y Tratamiento de las demencias en atención primaria", Masson: España.

Davis M., Robbins E., McKay M. (1985), "Técnicas de autocontrol emocional", Martínez roca: Barcelona.

De la Vega, R. y Zambrano, A. Diagnostico de las demencias (en línea). La Circunvalación del hipocampo, enero 2008.

De Pablo Hernández, C. (2007) "Estrés y hostigamiento Laboral", Sociación Alcalá: España.

Domínguez T.B., Valderrama I.P., Olvera L.Y. (2002), "Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés", Plaza y Valdez, México.

Escario A., Martínez V. (2005), "Demencias Investigación, Diagnóstico y Tratamiento", Masson: España.

Flórez L., (1997), "Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales", EdikaMed: Barcelona.

Krassoievitch M. (1997), "Demencia presenil y senil", Salvat: México.

López-Ibor J.J (2002) " DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Masson: España.

López-Ibor J.J (1992) " CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento", Meditor: Madrid

McKay M., Davis M., Fanning P., (1988), "Técnicas para el tratamiento del Estrés", Ed.Roca: Barcelona.

Morientes, C. (2007). Manual del cuidador de Alzheimer: Área psicosocial. Sevilla: Editorial Mad: Sevilla.

Orlandini A. (1999), "El estrés: Qué es y cómo evitarlo", Fondo de Cultura Económica: México.

Peñas E. (2008) Cuidar Cuidándose

Sandi, C, Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento. Barcelona, España: Ariel Neurociencia.

Timiras S. (1997) "Bases Fisiológicas del envejecimiento y Geriátrica", Masson: Barcelona.

Uribe, S. (2005) Fundamentos de Medicina, Neurología, Corporación para Investigaciones Biológicas: Colombia

Uribe U., Arana C. (2003), "Neurología", Corporación para Investigación Biológica: Colombia.

Valdés M; Manuel tr. American Psychiatric Association (1994) Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales versión IV, Masson: Barcelona.

Referencia en Línea

www.isssteags.gob.mx

Cruz A., Gutiérrez, Navarrete H., Guía práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la demencia Tipo Alzheimer", Instituto Mexicano de Seguro Social, 2010: México.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA CUIDADORES FORMALES DE LA "FUNDACIÓN ALZHEIMER ALGUEN CON QUIEN CONTAR"

Nombre:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Estado Civil:
Escolaridad:
Profesión u Ocupación:
Nacionalidad:
Entidad de nacimiento:
Domicilio:

Área Familiar

1. ¿Cómo es su estructura familiar?

2. ¿De cuantos integrantes se compone? _____
3. ¿Todos aportan económicamente en su casa? Si/No
¿Quiénes? _____
4. ¿Está casado(a)? Si/No ¿Cuántos años de matrimonio tienen? _____
5. ¿Cómo considera la relación con su esposo(a)? _____
6. ¿Tiene hijos? Si/No ¿Cuántos? _____
7. ¿Cómo es su relación con
ellos? _____
¿Porqué? _____
8. Le gustaría modificar alguna actitud que tiene para con algún integrante de su familia, o viceversa? Si/No
¿Cuáles? ¿Porqué? _____

Área Laboral

9. ¿Cuáles han sido sus empleos anteriores, al actual? _____
10. ¿Cuál ha sido el tiempo que ha permanecido en cada empleo? _____
11. ¿Llegó a tener algún problema en sus trabajos anteriores? Si/No ¿Cómo lo resolvió? _____
12. ¿Desde cuándo se ha dedicado a trabajar con adultos mayores? _____
13. ¿En qué fecha ingreso a la Fundación Alzheimer? _____
14. ¿Cuál fue la razón de su incorporación al actual trabajo?

15. ¿Ha tenido algún problema con su empleo actual? Si/No ¿Cómo lo resolvió? _____
16. ¿Con quién ha tenido los problemas? _____
17. ¿Ha llegado a tener problemas con algún pacientes? Si/No ¿Qué problema? _____
¿Como lo resolvió? _____
18. ¿Cómo considera que es el comportamiento de sus compañeros y pacientes hacia usted? _____ ¿Y de usted hacia ellos? _____
19. ¿Existe algún comportamiento de los pacientes que le moleste? Si/No ¿Cuál? _____ ¿Cómo lo maneja? _____
20. ¿Solo trabaja en la Fundación Alzheimer o tiene otro empleo? Si/No ¿Qué empleo? _____
21. ¿Qué actividades realiza al concluir su horario de trabajo? _____

Área de la Salud

22. ¿Alguien de su familia [padres, hermanos, hijos, esposo(a)] padece alguna enfermedad inportante? Si/No ¿Qué enfermedad y quien la padece?

23. ¿Padece alguna enfermedad? Si/No ¿Cuál? _____
 ¿Qué tiempo tiene que le detectaron la enfermedad? _____
24. ¿Ha estado alguna vez internado? ¿Cuánto tiempo? ¿A qué se debió que lo internara? _____
25. ¿Toma medicamentos? Si/No
 ¿Cuál? _____
26. En estos momentos como considera su salud?
 ¿Porqué? _____
27. ¿Qué entiende por
 estrés? _____
28. ¿Ha tomado algún medicamento o terapia para manejar el estrés? Si/No
 ¿Cuáles? _____
29. ¿Cuáles son sus principales síntomas al manifestarse su
 estrés? _____
30. ¿Cómo identificas el estrés? _____
31. ¿Qué haces para controlarlo? _____

Área Social

32. Realiza algún deporte? Si/No
 ¿Cuál? _____
33. ¿Ha realizado alguna actividad recreativa? Si/No ¿Qué
 actividad? _____
 ¿Por qué ya no la realiza? _____
34. ¿Cuáles son sus pasatiempos? _____
35. ¿Cómo considera su círculo social (grande, pequeño)? _____
 ¿Por qué lo considera así? _____
36. ¿Desde cuándo ha establecido sus relaciones amistosas, como el que frecuente a
 sus amigos, o que ellos lo visiten? _____

ANEXO 2



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MEXICANO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. am. 59

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR. 0609

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico(a)	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	1	2	3	4

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Soarez s/n. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

ANEXO 4

ACTIVIDAD 2

Se ha definido en el Cuadro 3 a los cuidadores como aquellas personas que asiste o cuidan a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusválida o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Tipos de Cuidadores

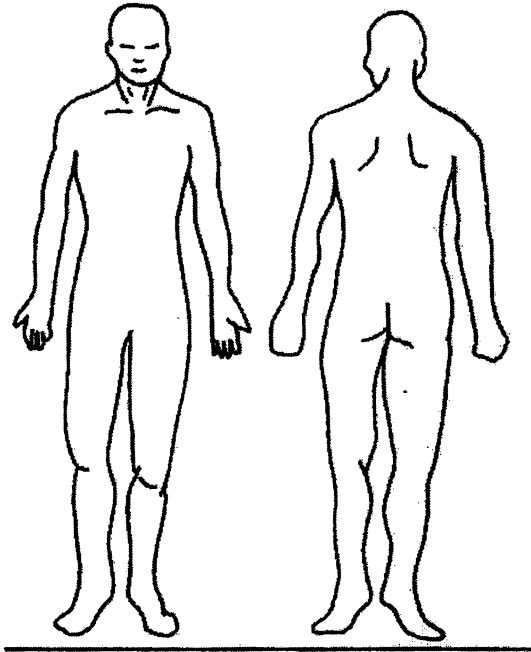
Cuidador Formal	Cuidador Informal	Cuidador Principal y Cuidador secundario
<p>Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo. Los cuidadores formales colaboran remuneradamente, y ejercen su profesión en la atención al paciente.</p>	<p>Los cuidadores informales son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. En otras palabras, son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.</p>	<p>Llamamos cuidador principal a aquella persona que desde el inicio del padecimiento, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del enfermo, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía. Es deseable que el cuidador principal se vea apoyado por otros miembros de la familia que compartan la carga, estos son denominados cuidadores secundarios.</p>

En Centeno (2002)

ANEXO 5

Identificando sus síntomas personales de estrés

Marque con una flecha las áreas de su cuerpo en donde siente algunas reacciones producidas por el estrés; es decir, en dónde le “pega” el estrés.



Escriba los síntomas que le produce el estrés

ANEXO 6

Respiración profunda

1. Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe los pies unos 20 cm, dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.
2. Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen.
5. Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Fijese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.
6. Continúe con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas; luego, si lo desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.
7. Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.
8. Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.
9. Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda, practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso.

ANEXO 7

15 TIPOS DE PENSAMIENTOS DEFORMADOS

1.- FILTRAJE

Caracterizada por una especie de visión de túnel, se resalta un simple detalle y todo el evento o situación queda teñida por este detalle. Cada persona posee su túnel particular por el que observa el mundo

EJ.- Un dibujante que no soportaba las críticas, fue elogiado por la calidad de los detalles de unos recientes dibujos, y le pidieron si podría hacer su próxima obra un poco más de prisa. Regreso a su casa deprimido, pensando que su jefe creía que había estado perdiendo el tiempo, cuando lo que había ocurrido era que simplemente, sólo había prestado atención a un componente de la conversación y no escucho el elogio por su temor a sus posibles deficiencias.

Se puede revisar el pasado y reexperimentar recuerdos que característicamente pueden hacer sentir cólera, ansiedad o depresión.

2.-Pensamiento polarizado

La insistencia en las elecciones dicotómicas: se tienden a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos, maravillosos u horribles. Si no es perfecto o brillante entonces sólo podrá ser un fracasado o un imbécil, no hay lugar para las equivocaciones o la mediocridad.

EJ.- Una madre de tres niños soltera estaba decidida a ser fuerte y "responsable". Cuando se sentía cansada o ligeramente ansiosa, empezaba a pensar que era débil, disgustándose consigo misma y criticando su propio comportamiento en las conversaciones con sus amigos.

3.- Sobregeneralización

En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Una experiencia desagradable significa que siempre que se repita una situación similar, se repetirá la experiencia desagradable.

EJ.- "Nadie me quiere... nunca seré capaz de confiar en alguien otra vez...siempre estaré triste...nunca podré conseguir un trabajo mejor.

La conclusión se basa en una o dos piezas de evidencia, y cuidadosamente se ignora todo lo que uno conoce de sí mismo que pueda contradecirla.

4.- Interpretación del pensamiento

Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás: "Es lógico que actúe así porque es celoso... Ella está contigo por tu dinero... El teme mostrar sus preocupaciones ". No son una prueba, pero casi parecen verdad. En la medida que su pensamiento interpreta también se hacen presunciones sobre como está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

EJ.- Una persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella. Si una persona es sensible al rechazo, espera que la mayoría de la gente sea igual. Si una persona es muy estricta respecto a unos hábitos o rasgos particulares, asume que los demás participen de su creencia.

5.- Visión Catastrófica

Cuando una persona catastrofiza, una pequeña vía de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con las palabras "y si".

EJ.- Y si secuestran mi avión... Y si me mareo y tengo que ir enfermo... Y si mi hijo empieza a drogarse?...

6.- Personalización

Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo.

EJ.- Un recién casado creía que cada vez que su esposa hablaba de cansancio significaba que ella estaba cansada de él.

Un aspecto importante de la personalización es el hábito de comprarse continuamente con los demás. La presunción subyacente es que su valor es cuestionable. Por lo tanto, continuamente se encontrará forzado a probar su valor como persona, midiéndose a sí mismo en relación con los demás.

7.- Falacias de control

La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. No cree que pueda construir su propia vida o introducir cualquier diferencia en el mundo que le rodea. Otra persona u otra cosa son las responsables de su dolor, sus pérdidas o sus fracasos. Ellos son los culpables

EJ.- Una persona que pasea por un suburbio llevando una pulsera con tres diamantes y un reloj muy caro. La asaltan y se siente indefensa y resentida. No puede imaginarse que hubiera podido hacer para evitarlo. Era víctima pasiva.

La realidad, sin embargo, es que este grupo de personas están tomando decisiones constantemente, y cada decisión afecta su vida. En alguna medida, cada cual es responsable de lo que le ocurre.

El Polo opuesto de la falacia de control extremo es la falacia del control omnipotente, se cree responsable de todo y todos, lleva al mundo sobre sus hombros.

8.- La Falacia de justicia

Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. La justicia es una evaluación subjetiva de la medida en que lo que uno espera, necesita o desea de la otra persona, ésta se lo proporciona.

EJ. Si me quisiera, no se burlaría... Si me quisiera, me ayudaría a conseguir el orgasmo... Si esto fuera un matrimonio como dios manda, ella debería acompañarme a la excursión y aprender a apreciar el paisaje...Si el me quisiera, volvería a casa directamente al salir del trabajo...

9.- Razonamiento Emocional

La creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Todas las cosas negativas que se sienten sobre uno mismo y los demás, deben ser verdaderas porque se sienten como verdaderas. Si una persona tiene pensamientos y creencias deformadas, sus emociones reflejan estas distorsiones. Creer siempre en las emociones propias es como creerse todo lo que se imprime.

EJ.- Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor. Si se siente culpable, tiene que haber hecho algo mal.

10.- Falacia del cambio

Supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona suficiente. El supuesto fundamental de este tipo de pensamientos es que la felicidad depende de los demás. De echo, la felicidad depende de varios miles de grandes y pequeñas decisiones que cada persona toma a lo largo de la vida.

11.- Etiquetas Globales

Una persona que se reusa llevar a otra en su coche es un completo egoísta. Un muchacho que se muestra tranquilo en sus citas con las chicas es etiquetado como "más aburrido que una almeja". El rótulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo tu visión del mundo en estereotipada y unidimensional.

12.- Culpabilidad

La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a si misma de todos los problemas ajenos.

EJ.- Un hombre se encoleriza porque su esposa le sugiere que construya la valla que ya tenía intención de instalar: piensa que ella debería haber sabido lo cansado que estaba, pero se había mostrado totalmente insensible.

El problema radica radica en que él esperaba que ella fuera clarividente, que leyera su pensamiento, cuando a decir verdad era responsabilidad del marido informar de su fatiga, y no lo hizo.

13.- Los debería

La persona posee una lista de normas rígidas sobre como deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.

EJ.- Una mujer sentía que su marido *debería* querer sacarla a pasear en coche los domingos. Un hombre que amase a su esposa debería llevarla al campo y, una vez fuera, invertirla a comer en un lugar acogedor.

14.- Tener Razón

Continuamente está en un proceso para aprobar que sus opiniones y acciones sean correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.

EJ.- Un mecánico tenía la costumbre de entrar en un bar para tomar tres o cuatro copas camino a casa. Frecuentemente regresaba después de las siete, y su esposa nunca sabía cuando debía tener la cena preparada. Cuando ella se le enfrentaba, él se encolerizaba y decía que un hombre tenía derecho a un poco de descanso. Le reprochaba que ella estuviese tranquilamente en casa, mientras él tenía que arreglar coches todo el día. El mecánico debía tener razón y no podía comprender el punto de vista de su esposa. Tener razón la hizo duro de oído.

15.- La Falacia de la recompensa divina

Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

ANEXO 8

Imágenes Dirigidas

Esta técnica representa una forma de emplear la imaginación para lograr la relajación. Debe grabar las instrucciones y si no dispone de grabadora, puede recurrir a algún pariente o amigo para que se las lea.

SENDERO DE LA MONTAÑA

Cierre los ojos... Imagínesse que está apartándose del lugar donde vive... Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas... Imagínesse que cruza un valle y que se acerca a una sierra... Imagínesse en ella... Está subiendo por un camino tortuoso... Encuentra en él un sitio donde pararse... Encuentra un sendero por el que sube... Empiece a subirlo... Busque un lugar cómodo donde pararse... Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida... Conceda mentalmente a la tensión y al estrés, formas y colores... Mírelos con cuidado y luego déjelos en el margen del sendero donde se halla... Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina... Mire desde ella... Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina... Mire desde ella... ¿Qué ve?... Busque un lugar atractivo y cómodo y dirijase hacia él... Fíjese en los alrededores... ¡A qué se parece? ... Fíjese en las vistas, en los olores, en los sonidos... Repare en cómo se siente... Instálese y, poco a poco, empiece a relajarse... Ahora se siente totalmente relajado... Descanse de tres a cinco minutos... Mire a su alrededor otra vez... *Recuerde que éste es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee...* Vuelva de nuevo a su habitación y dígame a si mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee relajarse.

ANEXO 9

RECUERDO ACTIVO

(Este ejercicio puede realizarse en cualquier momento del día, pero para facilitar su aprendizaje lo expondremos como si lo lleváramos a cabo al final de la jornada)

Cierre los ojos...Trasládese al principio del día...¿Como fue su despertar?...¿Cómo se sintió?... Piense en sus pensamientos o sensaciones...pausa...Libérese de estos pensamientos y sensaciones...Libérese de esta parte del día... Pertenece al pasado y ya no puede hacer nada para cambiarla.

Ahora estamos en la hora de comer... Piense en cómo fueron sus pensamientos y sensaciones... ¿Cómo fueron para usted las horas comprendidas entre las 11.00 y las 2.00? ...Libérese de los pensamientos y sensaciones de esa parte del día... Ambos pertenecen ya al pasado ...Ya no puede cambiarlos.

Piense ahora en el tiempo transcurrido entre las 2.00 y las 5.00... ¿Cómo fue para usted esa parte del día?...Libérese de ellos...Dígase a sí mismo que ambos pertenecen al pasado... Ya no puede cambiarlos

Piense ahora en la tarde, en las horas transcurridas entre las 5.00 y las 7.00... ¿Cómo fue para usted esta parte del día?... Piense en lo que sintió y pensó en esas horas... Libérese de los pensamientos y sensaciones que experimentó durante este tiempo... Pertenecen al pasado y ya no puede hacer nada para cambiarlos.

Ya son las 8.00 de la tarde... Rápidamente retroceda al principio del día y asegúrese de que se siente liberado de todo lo que pensó y sintió durante este día... Siéntase totalmente en el presente... Empiece a sentir cómo comienza a sentirse relajado... Siéntese relajado... siéntese totalmente relajado.

ENFRENTARSE A LO DESCONOCIDO

Cierre los ojos... Imagínese que está en el bosque... Está oscuro y sopla el viento... Se ha perdido...¿Qué siente en este momento?... Observe su cuerpo y las áreas que siente en tensión... Experimentelo durante un minuto...pausa...Imagínese que encuentra un lugar para salir de este bosque oscuro y frío...Sienta cómo la tensión va desapareciendo de su cuerpo... irá desapareciendo a medida que vaya encontrando un camino...Sienta cómo toda la tensión eliminada de su cuerpo...Usted está relajado...Usted está seguro... Se siente cómodo.

En el espacio que hay a continuación, describa algunas imágenes que le resulten atractivas. Retóquelas, púlalas y luego grábelas en una cinta. Cada vez que sienta la necesidad de una relajación profunda, cierre los ojos y escúchela.

Busco un lugar cómodo donde no halla ruido...Me recuesto...Relajo mi cuerpo...Cierro los ojos, aflojo todo mi cuerpo... Pienso en algo agradable...Trato de olvidar por un momento todo lo acontecido durante el día...Respiro profundo...Me imagino en una playa, tranquila...Escucho el ruido del mar...Siento la suavidad de la arena...Disfruto ese momento...Respiro, siento tranquilidad y descanso, dejo atrás todo el dolor que sentía y los malos pensamientos, me convengo de que hay cosas que no valen la pena y las desecho de mi mente...Respiro profundo y poco a poco abro mis ojos.

ANEXO 10

1.-Marque en cada situación con un X, la casilla que describa mejor el problema que esta presentando últimamente.

Salud

Trastornos del sueño

Problemas sobre el peso

Sentirse físicamente cansado

Trastornos del estómago

Problemas físicos crónicos

Dificultades para levantarse por la mañana

Economía

Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de mes

Dinero insuficiente para las necesidades básicas

Aumento creciente en las deudas

Gastos inesperados

Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones

No hay fuente fija de ingresos

Demasiada carga financiera

Trabajo

Trabajo monótono y aburrido

Relaciones difíciles con el jefe o superior

Prisas y con estrés

Deseo de un trabajo o carrera distintos

Necesidad de mayor experiencia o formación

Temor por el trabajo

Dificultades para entenderse con los compañeros de trabajo

Paro

Condiciones de trabajo desagradables

Necesidad de mayor libertad en el trabajo

Vivienda

Vecinos indeseables

Demasiado lejos del trabajo o escuela

Demasiada pequeña

Condiciones desagradables

Malas relaciones con el propietario

Relaciones Sociales

Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto

No tener muchos amigos

Poco contacto con el sexo opuesto

Sentirse solo

No entenderse bien con algunas personas

Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa

Sentirse abandonado

Falta de amor o afecto

Vulnerable a las críticas de los demás

Desear más intimidad con la gente

No encontrar la pareja adecuada

Familia

Sentirse rechazado por la familia

Desacuerdo en casa con cónyuge

No llevarse bien con, o más, de los niños

Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa

Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa

Inseguridad- temor a perder la pareja

Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia

Tener distintos intereses que el cónyuge

Roces familiares

Ruptura matrimonial

Problemas de los niños en la escuela

Miembro de la familia enfermo

Excesivas discusiones en casa

Cólerar, resentimiento en casa

Estar preocupado por el miembro de la familia

Psicológico

Tener un mal hábito concreto

Problemas religiosos

Problemas con la autoridad

Objetivos o exigencias

Estar obsesionado por objetivos lejanos, inalcanzables

Falta de motivación

Sentirse muy deprimido algunas veces

Sentirse muy nervioso algunas veces

Sentirse muy enfadado

Preocuparse

2.-A continuación, debe completarse el cuestionario siguiente en función de la situación que haya escogido. Hay que intentar escribir, por lo menos, una palabra en cada espacio en blanco. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, donde, cuando, cómo y por qué se verá el problema de forma más clara.

Situación (de lista de problemas o, brevemente, con palabras propias)

Quien está implicado- otras personas _____

Que sucede- que ha sucedido o dejado de suceder que le molesta a usted _____

Dónde sucede- lugar _____

Cuando sucede- momento durante el día, frecuencia, duración _____

Cómo sucede- las reglas que parece seguir, estados de ánimo implicados _____

Por qué sucede- razones que uno mismo o los demás dan para justificar el problema en el momento en que se presenta _____

ANEXO 11

Generar objetivos que se puedan utilizar en el paso siguiente de la solución de problemas.

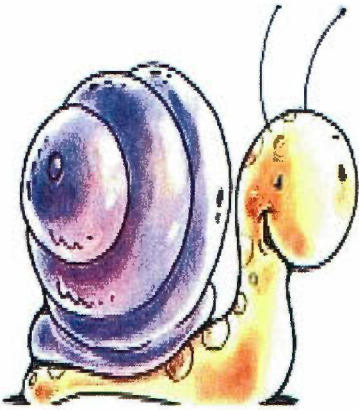
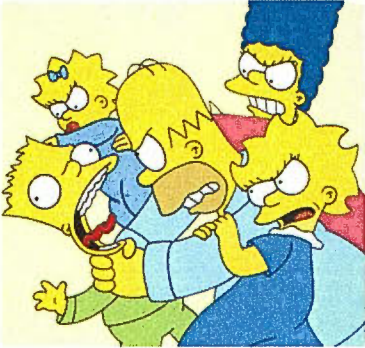
Objetivo alternativo A. _____

Objetivo alternativo B. _____

Objetivo alternativo C. _____

ANEXO 12

Encierra con azul las conductas pasivas, con rojo las conductas agresivas, y con verdes las asertivas.



ANEXO 13

PROCESO DE GRATITUD

- 1.-¿Qué Es lo que más quiero en mi vida el día de hoy?
- 2.-¿Qué estoy dispuesta a hacer y dar para llegar a donde quiero?
- 3.-¿Cuál es mi meta de hoy que me acercara a donde quiero estar y a quien quiero ser?
- 4.-¿Cuáles son las 50 cosas por las que estoy agradecida?
- 5.- ¿Qué hacen otros por mi ,por lo que estoy agradecida?
- 6.-¿Qué le voy a dar a otros el día de hoy?
- 7.-¿Por qué estoy feliz el día de hoy?