



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA  
PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**IVAN ALBERTO GÓMEZ CORONEL**

DIRECTORA

DRA. ALICIA ELVIRA VÉLEZ GARCÍA

REVISORA

DRA. GEORGINA GARCÍA RODRÍGUEZ

SINODALES

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

DRA. KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA

MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2022.



**Facultad  
de Psicología**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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**

A mis padres, quienes durante toda mi vida me han brindado su apoyo y amor incondicionalmente y por quienes he llegado hasta aquí. No me alcanzará la vida para agradecerles por todo. Este logro, y todos los demás que pueda llegar a tener, serán suyos también.

A la Doctora María Guadalupe González Osornio, quien me ha guiado y apoyado desde los inicios de mi vida académica y por quien he podido crecer profesionalmente. Gracias por los conocimientos, la inspiración, la dedicación y sobre todo, la confianza depositada en mí a lo largo de todos estos años.

A la Doctora Alicia Elvira Vélez García, directora de mi trabajo de tesis. Sin ella, no habría sido posible la realización de este proyecto. Agradezco inmensamente su apoyo, sus aportaciones y su atención en todo este proceso.

A la Doctora Georgina García Rodríguez, mi maestra durante mi vida académica y mi revisora de tesis, cuya colaboración en mi trabajo fue fundamental de inicio a fin. Agradezco su participación, atención y amabilidad durante todo este camino.

A la Doctora Karla González, a la Doctora Blanca Mancilla y a la Maestra Ingrid Cabrera, mis sinodales. Gracias por todo el empeño puesto en mi trabajo y por sus grandes aportaciones para la culminación de mi proyecto.

A mis amigos, Silvia Espinoza, Aída Cuevas y Moisés Nolasco, que más que amigos, se han convertido en mis hermanos. Gracias por su compañía, su amistad, su cariño, por estar presentes siempre y por no dejarme solo en los buenos y malos momentos, dentro y fuera de la Facultad. Este logro es también gracias a ustedes.

A Valeria Romo, gran compañera académica y gran amiga. Gracias por estar siempre presente, por todo el apoyo, por la escucha, la amabilidad y la compañía en todo momento, tanto en la distancia, como en la cercanía.

A Berenice Páez, compañera y amiga de servicio social, por sus enseñanzas, su increíble amistad y su acompañamiento en todos estos años.

A Gilberto, Mario, Viviana y Dianela, anteriores compañeros de servicio social y de quienes aprendí mucho, académica y personalmente.

A mis compañeras de prácticas profesionales, Cecilia, Ana, Erika, Karen, Priscila, Cinthia, Beu, Elena, Larissa y María José, por sus recomendaciones y por apoyarme de diferentes maneras.

Gracias al resto de mi familia, que siempre ha confiado en mí, que con su apoyo a la distancia, también he logrado inspirarme para continuar hasta este momento de mi vida.

Gracias a todos, sobre todo a quienes no mencioné, porque también han estado presentes a su manera y porque gracias a ellos, he aprendido mucho. Sobre todo, he podido aprender a ser una mejor persona. O por lo menos, a intentar serlo cada día.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I. ENVEJECIMIENTO .....	12
1.1. EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS.....	12
1.2. ENVEJECIMIENTO NORMAL .....	13
1.3. ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.....	15
1.3.1. DETERIORO COGNITIVO LEVE .....	16
1.3.2. DEMENCIA .....	17
CAPÍTULO II. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR .....	20
2.1. ETIOLOGÍA .....	20
2.2. CLASIFICACIÓN .....	21
2.3. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER .....	22
2.4. DIAGNÓSTICO .....	23
2.5. TIPOS DE TRATAMIENTOS .....	25
2.5.1. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA.....	26
2.6. CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA: CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	29
CAPÍTULO III. CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA .....	31
3.1. TIPOS DE CUIDADORES .....	31
3.2. FUNCIONES, LABORES Y ACTIVIDADES DEL CUIDADOR .....	32
3.3. SOBRECARGA EN EL CUIDADOR Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO	33
3.4. INTERVENCIÓN EN CUIDADORES.....	36
CAPÍTULO IV. MÉTODO .....	38
4.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	38
4.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	39
4.3. OBJETIVOS .....	39
4.4. HIPÓTESIS.....	40
4.5. VARIABLES .....	40

4.6. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	42
4.7. MUESTREO .....	42
4.8. PARTICIPANTES .....	42
4.9. ESCENARIO .....	43
4.10. INSTRUMENTOS Y MATERIALES .....	44
4.11. PROCEDIMIENTO.....	48
4.11.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	51
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	52
5.1. LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.....	52
5.2. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA PACIENTE (PRETEST).....	58
5.3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESTRUCTURAL .....	58
5.4. RESULTADOS NEUROPSICOLÓGICOS .....	59
5.5. DATOS DEMOGRÁFICOS Y EVALUACIÓN INICIAL DE LOS CUIDADORES.....	62
5.6. RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN CUIDADORES Y PACIENTE .....	65
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN .....	67
CONCLUSIONES .....	73
LIMITACIONES .....	75
REFLEXIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ..	76
CONSIDERACIONES FUTURAS .....	77
REFERENCIAS.....	78
ANEXOS .....	84

## **Resumen**

Existen 50 millones de personas en el mundo con algún tipo de demencia, la cual es una patología que se caracteriza por un déficit cognitivo que afecta diferentes dominios, principalmente los de orientación, atención, memoria, praxias y lenguaje que interfieren en el desempeño de las actividades de la vida diaria. En el presente estudio se llevó a cabo el diseño y pilotaje de una intervención psicoeducativa, desde el marco de la neuropsicología, dirigida a cuidadores primarios informales de pacientes con este diagnóstico, el cual tuvo como objetivo mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores. El diseño se realizó tomando en consideración las dificultades cognitivas comunes presentadas en pacientes afectados por este trastorno. Las técnicas fungieron como ejercicios de estimulación cognitiva para ser aplicadas de manera cotidiana en la vida diaria; de igual manera, se implementaron estrategias para disminuir la sobrecarga de estrés en los cuidadores. En el pilotaje participaron cuatro cuidadores primarios informales de una paciente con un diagnóstico previo de Enfermedad de Alzheimer, quienes presentaron, al inicio de la investigación, niveles moderados de sobrecarga de estrés, puntuaciones obtenidas a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980). Se utilizó la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI Breve: Ostrosky et al., 2000) para evaluar el estado cognitivo de su paciente cuidada. La evaluación de la intervención contempló un diseño de tipo preexperimental, con medición antes de la intervención con los cuidadores, con muestreo no probabilístico sin grupo control. De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede concluir que la estimulación cognitiva puede generar efectos protectores importantes en la cognición de los pacientes afectados por trastorno neurocognitivo mayor. La intervención psicoeducativa y los programas de intervención con enfoque neuropsicológico contribuyen a disminuir la sobrecarga en los cuidadores, mediante la utilización de diferentes técnicas de relajación. La aplicación de estas técnicas en conjunto, pueden generar beneficios relevantes para el paciente y sus cuidadores, mejorando así la calidad de vida de ambos.

Palabras clave: cuidadores informales, demencia, cognición, estimulación, sobrecarga.

## **Abstract**

There are 50 million people in the world with some type of dementia. Dementia is a pathology that is characterized by a cognitive deficit that affects different domains, mainly those of orientation, attention, memory, praxis and language that interfere with the performance of activities of daily life. In the present study, the design and piloting of a psychoeducational intervention was carried out, from the framework of neuropsychology, directed to informal primary caregivers of patients with this diagnosis, aiming to improve the quality of life of both patients and caregivers. The design was carried out taking into account the common cognitive difficulties presented in patients affected by this disorder. The techniques functioned as cognitive stimulation exercises to be applied on a daily life; similarly, strategies were implemented to reduce stress overload in caregivers. In the piloting, 4 informal primary caregivers of a patient with a previous diagnosis of Alzheimer's disease participated, who at the beginning of the investigation presented moderate levels of stress overload, scores obtained through the Zarit Caregiver Overload Scale (Zarit et al., 1980). The Brief Neuropsychological Assessment in Spanish (NEUROPSI: Ostrosky et al., 2000) was used to assess the cognitive status of your cared patient. The evaluation of the intervention contemplated a pre-experimental type design with pretest measurement, with non-probabilistic sampling without a control group. According to the qualitative results obtained, it can be concluded that cognitive stimulation can generate important protective effects on the cognition of patients affected by major neurocognitive disorder. Psychoeducational intervention and intervention programs with a neuropsychological approach contribute to reduce overload in caregivers, through the use of different relaxation techniques. The application of these techniques together can generate relevant benefits for the patient and their caregivers, thus improving the quality of life for both.

Keywords: informal caregivers, dementia, cognition, stimulation, overload.

## **Introducción**

En 2017 Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que en el mundo existen alrededor de 50 millones de personas con algún tipo de Demencia diagnosticada. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de personas mayores de 60 años sufre de demencia en un determinado momento de su vida, y se prevé que el número total de personas afectadas alcance los 82 millones en 2030 y los 152 millones en 2050, es decir, que el número de personas con este padecimiento tiende a incrementarse año con año.

Durante el envejecimiento normal ocurren alteraciones cognitivas generalmente en la atención, en las habilidades visoespaciales y en la velocidad de procesamiento. Sin embargo, estas dificultades por lo general no impactan en la vida diaria de la persona.

Durante el curso del envejecimiento patológico, las dificultades cognitivas aumentan, y el nivel de funcionalidad para desempeñar actividades complejas de la vida diaria de la persona se ve afectado. Medido a través de pruebas neuropsicológicas, cuando el desempeño cognitivo se encuentra 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media puede considerarse la presencia de un cuadro de deterioro cognitivo leve (DCL), que puede llegar a involucrar la memoria o no (cuando involucra memoria es de tipo amnésico y cuando no, de tipo no amnésico); así mismo, el DCL puede llegar a afectar un solo dominio o múltiples dominios cognitivos. Se considera que el DCL es un estado que precede a la demencia si no llega a ser atendida. El DCL también recibe el nombre de Trastorno Neurocognitivo menor.

Cuando estas alteraciones en la cognición son muy severas e interfieren con las actividades básicas, instrumentales y complejas de la vida diaria, se habla entonces de dificultades asociadas a un cuadro de demencia, lo que también se denomina, Trastorno Neurocognitivo Mayor.

Existen tres niveles de severidad en el Trastorno Neurocognitivo Mayor que están caracterizados por diferentes afectaciones en la actividad de la vida diaria: fase inicial: sobre las actividades complejas, la intermedia: sobre las actividades instrumentales, y la fase tardía: sobre las actividades básicas.

Resulta importante considerar que, durante la transición del envejecimiento patológico, la persona afectada no puede ejercer fácilmente cualquier labor dadas sus limitaciones físicas y cognitivas, y por ello es necesario adecuar las labores de acuerdo con sus capacidades (Cerquera y Galvis, 2013). De igual manera, los sentimientos de desesperanza, la falta de interés y actividad pueden desencadenar consecuencias en el estado de ánimo del paciente con dicho trastorno, cuya repercusión genera síntomas de ansiedad y depresión, que pueden empeorar la condición y calidad de vida del individuo, y también la de sus cuidadores primarios (Pérez et al., 2009).

En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud mostró un especial apoyo a las labores de prevención y atención del envejecimiento patológico en el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. La OMS, en conjunto con otras organizaciones, mostraron especial interés en las siguientes instancias normativas: la evaluación de la demencia para la integración del diagnóstico y tratamiento, considerada como una prioridad fundamental para la salud pública; las iniciativas para cubrir las necesidades de las personas afectadas, además de concientizar sobre el tema; y, también, el adecuado apoyo a los cuidadores.

Entre las instituciones, documentos y redes de apoyo a nivel internacional en torno a este padecimiento, por mencionar algunas, se encuentran: el Observatorio Mundial de las Demencias, encargada de apoyar el seguimiento e intercambio de información sobre políticas relacionadas con la demencia, la prestación de servicios, la epidemiología y la investigación en general; el documento *Hacia un plan de demencia: una guía de la OMS* (2018) para proporcionar orientación;

las Directrices de la OMS (2019) para determinar factores de riesgo y dar recomendaciones para reducir la incidencia de deterioro cognitivo y de demencia; y por último *Yo apoyo* (iSupport, 2019) una alternativa cibernética enfocada en el área de salud que ofrece información y capacitación a los cuidadores de las personas con demencia.

En México existen diferentes instituciones y asociaciones encargadas de brindar apoyo a la población de adultos mayores con demencia, entre ellas se encuentran: la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A.C., el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) y la Unidad de Rehabilitación José Morán (UDR), ubicada en la Delegación Miguel Hidalgo de la Ciudad de México. En esta última, se proporcionan servicios de evaluación y diagnóstico psicológico y neuropsicológico a pacientes que lo requieren, para después, incorporarles a programas de intervención con los que cuenta la misma unidad en caso de requerirlas, así como ofrecer pautas de cuidado para el familiar y/o cuidador.

En la UDR se atienden constantemente a pacientes de diferentes edades, desde pacientes pediátricos hasta pacientes adultos mayores, en donde alrededor del 60% al 70% de ellos acude regularmente por quejas de memoria y síntomas de una posible demencia o alguna otra enfermedad asociada al envejecimiento patológico, lo cual supone un área de oportunidad para la evaluación, diagnóstico y tratamiento en favor de su salud mental.

A continuación, se definirán los conceptos de envejecimiento normal y patológico, haciendo especial énfasis en la demencia, también denominado Trastorno neurocognitivo mayor (DSM-V, 2015). Posteriormente, se revisarán los tipos de tratamiento para los pacientes y cuidadores, además de incluir las consideraciones bioéticas necesarias en los mismos, para finalmente llevar a cabo una presentación acerca de las características de los cuidadores primarios de pacientes con este padecimiento y las dificultades que enfrentan en la labor de cuidado, lo que

enmarca la importancia de llevar a cabo un diseño y posterior aplicación de una intervención psicoeducativa dirigida a dichos cuidadores.

## **Capítulo I. Envejecimiento**

### **1.1. Epidemiología y Características**

El envejecimiento es un proceso paulatino de deterioro orgánico que inicia a los 60 años de edad y que continúa inevitablemente a lo largo del tiempo. De acuerdo con la OMS, se estima que entre el año 2015 y 2050 el número de adultos mayores aumentará al doble, lo cual supone un aumento del 11% al 22% de la población total de seres humanos en el mundo, es decir, que la pirámide poblacional tiende a invertirse año con año (OMS, 2015).

El envejecimiento o adultez tardía, que va de los 60 años de edad en adelante, implica diversos cambios, tanto motores como cognitivos, que están asociados al avance de la edad y que tienen como base modificaciones a nivel del sistema nervioso. Las modificaciones en el funcionamiento corporal pueden variar entre los individuos ya que algunos organismos pueden llegar a deteriorarse más rápido que otros. De este modo se ve involucrada la capacidad de reserva (o también llamada reserva del órgano), que funciona como apoyo para que los sistemas del cuerpo logren funcionar hasta el límite más extremo en determinadas situaciones (Papalia, et al., 2012).

Por otro lado, cuando las modificaciones se dan directamente en el cerebro, interviene la denominada reserva cognitiva, mediante la cual se logra tener una mayor capacidad para tolerar el impacto suscitado a partir de la presencia de alguna patología relacionada al deterioro del cerebro, las cuales se describirán posteriormente. Tanto la reserva del órgano como la reserva cognitiva, pueden variar también entre individuos de la misma edad cronológica, lo que permite reconocer y distinguir el envejecimiento normal y el patológico (Wöbbeking, et al., 2017).

## **1.2. Envejecimiento Normal**

Una gran cantidad de personas de edad avanzada muestran cambios motores y cognitivos que están asociados al avance de la edad y que son considerados normales; los mismos, tanto cognitivos como físicos, tienen como base modificaciones al nivel del sistema nervioso.

En el aspecto físico, las habilidades motoras declinan, la postura es menos erecta, el andar es más pausado y los reflejos posturales son más lentos; lo cual aumenta la susceptibilidad de perder el balance corporal. Los músculos se debilitan y los huesos se vuelven más frágiles (Kandel, 2013).

En cuanto a la esfera cognitiva, se ha llegado a explicar que, durante el proceso de envejecimiento, existe una mayor demanda de recursos cognitivos para la ejecución de una sola tarea en específico de baja carga o nivel cognitivo, llevando a un mayor esfuerzo por parte del adulto mayor, tanto para realizar, como para mantener, dicha actividad en comparación con adultos jóvenes (Grandi y Tirapu, 2017).

Conforme la edad avanza, algunas funciones cognitivas, tales como la memoria y la solución de problemas, también declinan; sin embargo, estos cambios son muy diversos. En primer lugar, existen considerables diferencias en la tasa y severidad del declive cognitivo entre las personas de la misma edad. La memoria de trabajo y la de largo plazo, las habilidades visoespaciales y la fluidez verbal frecuentemente se deterioran con la edad, mientras que habilidades como el vocabulario (definición de palabras), la información (comprensión y evocación de información que se ha adquirido como experiencia) y la comprensión presentan un deterioro sutil (Kandel, 2013).

De igual manera, es importante considerar que existen cambios en la asimetría cerebral como parte del proceso de envejecimiento. El modelo de reducción de la asimetría cerebral tiene como principal implicación, la existencia de una menor lateralización en el desempeño de tareas específicas que requieren, por ejemplo, de ciertas funciones cognitivas como la memoria episódica o el control inhibitorio. Debido a ello, los adultos mayores hacen uso de una mayor cantidad de regiones en el cerebro para el cumplimiento de alguna tarea en específico, en comparación con personas jóvenes que utilizan únicamente la operación de un solo hemisferio para la misma tarea en concreto (Grandi y Tirapu, 2017).

Es posible afirmar que, durante el envejecimiento, ocurren cambios estructurales y funcionales que llegan a afectar de manera física, psicológica y social la vida del adulto mayor, lo que implica un deterioro general de todo el organismo (Ardila y Rosselli, 2007).

Ocurren también, alteraciones cognitivas en la atención, en habilidades visoespaciales y en la velocidad de procesamiento generalmente; sin embargo, estas dificultades no impactan en la vida diaria de la persona. Existe actualmente una clasificación denominada *edad funcional*, que hace una diferenciación de edad entre los adultos mayores, determinando el nivel de desempeño de una persona comparado con otros de la misma edad cronológica (Papalia et al., 2012).

De este modo, se puede hacer la distinción entre un envejecimiento exitoso (OMS, 2015) y uno patológico. Durante el primero, el estado físico y cognitivo se conserva en un estado funcional, manteniendo al adulto mayor en un nivel de total independencia para llevar a cabo actividades básicas, instrumentales y complejas de la vida diaria (Sánchez et al., 2017).

### **1.3. Envejecimiento Patológico**

En principio, resulta importante mencionar la importancia de las técnicas de imagenología en el estudio del envejecimiento cerebral. A través de ellas, en conjunto con otro tipo de estudios como el análisis post mortem del tejido encefálico, es posible afirmar que el cerebro humano se ve afectado por cambios en su estructura y en su función. Todo ello, determinado por el número de neuronas preservadas y de la calidad de las sinapsis en las mismas; en términos generales, de la reserva cognitiva. Así mismo, la reserva cognitiva dependerá, en mayor o menor medida, de aspectos intrínsecos como la genética, y de aspectos extrínsecos, como la educación, ocupación, tipo de alimentación y ejercicio físico realizado a lo largo de los años (Grandi y Tirapu, 2017).

El envejecimiento patológico, que incluye patologías como el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, afecta significativamente el nivel de independencia y calidad de vida de las personas adultas mayores y de aquellas personas que se encargan de su cuidado.

El envejecimiento patológico implica la presencia de enfermedades crónicas degenerativas y neurodegenerativas, que llegan a limitar y afectar, en inicio, las actividades complejas e instrumentales de la vida diaria de la persona, hasta requerir una parcial o total dependencia para desempeñar actividades básicas. De acuerdo con los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2011) y la Encuesta Nacional de Salud (2012) más del 30% de los adultos mayores presentan dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.

La neurodegeneración corresponde a cualquier condición patológica que afecta principalmente a las neuronas. Las enfermedades neurodegenerativas representan un gran grupo de trastornos neurológicos con expresiones clínicas y patológicas heterogéneas que afectan subconjuntos específicos de neuronas en sistemas anatómicos funcionales específicos; surgen por razones a veces desconocidas y progresan de una manera implacable (Przedborski, 2003). Muchas

personas de edad avanzada muestran alteraciones motoras y cognitivas que concuerdan a las que se encuentran en la neurodegeneración.

De este modo, tomando en consideración que los cambios durante la vejez también afectan al cerebro, cabe destacar que existen modificaciones en la cognición que se dan de manera común (Ardila y Rosselli, 2007). Sin embargo, las dificultades cognitivas no solo se ven alteradas parcial o superficialmente en todos los casos, sino que pueden derivar en diferentes patologías. Debido a lo anterior, resulta importante la implementación de intervenciones en la población de adultos mayores.

### ***1.3.1. Deterioro Cognitivo Leve***

El DCL es un estado involutivo denominado como inicial en el desarrollo de otras patologías; diferentes autores le consideran como un estado prodrómico a la demencia (Torrellas y Sánchez, 2011).

El DCL, descrito en la Tabla 1, implica diferentes alteraciones cognitivas, mismas que por lo general involucran dificultades en memoria, pero que no presentan la gravedad necesaria para cumplir con los criterios diagnósticos de demencia (Migliacci et al., 2009).

## **Tabla 1**

*Criterios diagnósticos del Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico (Petersen, 1999).*

Quejas de dificultades de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador o cuidador confiable.
Buen rendimiento cognitivo general.
Evidencia objetiva de dificultades de memoria inferior a 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media.
Sin afectación relevante de las en actividades de la vida diaria.
Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

De acuerdo a diversos autores (Díaz et al., 2010) se reconocen tres subtipos de DCL: de tipo amnésico (DCL-a), cuyo déficit en la memoria es aislado; el DCL monodominio no amnésico (DCL-mnoa), que se caracteriza por la afectación de un solo dominio cognitivo, diferente a la memoria; y el DCL multidominio (DCL-mult), el cual puede presentar la alteración de más de un dominio cognitivo, incluyendo o no a la memoria. Todos sin afectar las actividades de la vida diaria.

### ***1.3.2. Demencia***

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) la demencia recibe el nombre de Trastorno neurocognitivo mayor (Tabla 2), el cual es definido como una condición patológica que se caracteriza por un déficit cognitivo progresivo y que tiene afectación en diferentes dominios, principalmente en orientación, atención, memoria, habilidades visoperceptuales, de razonamiento, praxias y lenguaje; mismas que se relacionan a cambios emocionales y de comportamiento, los cuales interfieren paulatinamente en la capacidad de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria. Igualmente, se describen

diferentes estados de la demencia, que van desde alteraciones leves y moderadas, hasta alteraciones severas (APA, 2015).

## **Tabla 2**

*Criterios diagnósticos DSM-V para Trastorno Neurocognitivo Mayor (APA, 2015).*

---

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo (2 desviaciones estándar por debajo de la media) comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

---

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

---

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

---

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

---

De acuerdo con su etiología la demencia puede presentarse a una edad temprana por motivos diversos, aunque generalmente ocurre principalmente por dos factores comunes: enfermedades degenerativas y vasculares que implican una pérdida o reducción considerable del volumen cerebral total. Por ello, su aparición se puede dar alrededor de los 55 años en adelante (Ardila y Rosselli, 2007). Entre los factores de riesgo incluidos en la etiología se encuentran

también las causas traumáticas, infecciosas, obstructivas, metabólicas, tóxicas y las neoplasias  
(Arango et al., 2003).

## Capítulo II. Trastorno Neurocognitivo Mayor

### 2.1. Etiología

Generalmente, al indagar acerca del origen de la demencia o trastorno neurocognitivo mayor es inevitable abordar sus componentes neurobiológicos, puesto que engloban una de las principales causas de esta patología. Es por ello que se ha estudiado el depósito de amiloide en las placas seniles y la proteína tau en los ovillos neurofibrilares (López y Agüera, 2015). Es importante destacar la relevancia de estos aspectos neurobiológicos, puesto que son la causa de origen más estudiada a diferencia de las clasificaciones posteriores enfocadas en el tipo de comportamiento o daño cognitivo presentado.

Estudios más recientes (Prado y Jiménez, 2019) sugieren que las principales causas de la demencia, desde el punto de vista de la etiología neurobiológica, se pueden clasificar en dos grupos importantes:

- Las demencias primarias, idiopáticas o degenerativas, cuyos procesos se caracterizan por un lento progreso y la presencia de depósitos cerebrales de proteínas plegadas de manera anormal, y que pueden tener un origen genético autosómico dominante. Las más frecuentes son la demencia por Enfermedad de Alzheimer (EA), demencia con cuerpos de Lewy (LBD) y la degeneración (o demencia) frontotemporal.
- Las demencias secundarias ocurren como consecuencia de patologías neurológicas estructurales o enfermedades sistémicas específicas. La demencia vascular es la más común en este grupo. Otras causas relevantes son la hidrocefalia a presión normal, hipotiroidismo y deficiencia de vitamina B12. El oportuno diagnóstico de estos procesos permite llevar a

cabo tratamientos específicos y, en algunos casos, llegar a estabilizar o revertir el desarrollo de estas patologías en particular.

## 2.2. Clasificación

De acuerdo con los diferentes métodos de clasificación de las demencias, el primer criterio, de acuerdo con su incidencia a nivel mundial, es encabezado por la demencia de tipo Alzheimer, puesto que representa un 60% y 70% del total de los casos de dicho padecimiento (OMS, 2017). De igual manera, existen otros tipos de demencia, los cuales son referidos en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Clasificación de los tipos de demencia (Noggle y Dean, 2014).*

<b>Tipo</b>	<b>Alteraciones en cognición y comportamiento</b>
<b>Enfermedad de Alzheimer</b>	Atención selectiva relativamente preservada. Dificultades en atención compleja, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, lenguaje (específicamente en la fluidez semántica) y en el procesamiento visoespacial.
<b>Por cuerpos de Lewy (LBD)</b>	Presencia de vívidas alucinaciones visuales. Signos parkinsonianos. Desorden del sueño MOR. Cognición fluctuante (alteración en memoria, función visoespacial y funciones ejecutivas).
<b>Frontotemporal</b>	Inicio temprano. Posible preservación de la memoria episódica. Cambios de personalidad prominentes. Producción verbal reducida.

---

<b>Demencia vascular</b>	Inicio abrupto con disminución gradual. Asociada a deterioro leve de la memoria. Deterioro de las funciones ejecutivas igual o mayor a los déficits de memoria.
--------------------------	---

---

Existen datos etiológicos importantes sobre las demencias, y sugieren que las mismas pueden ser tratables y no tratables. Investigaciones sugieren que del 50% al 60% de éstas son irreversibles; en 30% o 40% de las mismas se puede, incluso, alterar el curso del deterioro. Sólo algunas demencias pueden ser parcialmente tratables, y sólo un 4% de ellas son reversibles. Dentro de las etiologías tratables de la demencia están el hematoma subdural crónico, la hidrocefalia de presión normal y la neurosífilis (Ardila y Rosselli, 2007; Houston y Bondi, 2006).

También es importante considerar que independientemente del tipo de demencia, en la gran mayoría de los casos se ha observado la presencia de una combinación de patologías que incluyen lesiones degenerativas, como las observadas en EA y lesiones vasculares, según estudios de autopsia (Álvarez y Jiménez, 2019).

### **2.3. Demencia tipo Alzheimer**

La demencia tipo Alzheimer se describió en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, y es actualmente la demencia con mayor incidencia en pacientes adultos mayores a nivel mundial (Chrem et al., 2018).

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, cuyas características neurobiológicas son la acumulación extracelular de placas seniles compuestas por péptido Beta-amiloide y la acumulación interneuronal de proteína tau y proteínas de unión a microtúbulos hiperfosforilados en los ovillos neurofibrilares. Se ha descrito que existe una correlación positiva

entre estos marcadores patológicos con la degeneración neuronal, la neuroinflamación, la activación de la microglía, la disfunción de la barrera hematoencefálica y el deterioro cognitivo (Raz et al., 2015).

De igual manera, existen alteraciones neuropsicológicas importantes como consecuencia de este tipo de patología, las cuales son progresivas e irreversibles. Entre las funciones cognitivas afectadas se encuentran la atención (auditiva inmediata) diferentes tipos de memoria (a corto plazo, de trabajo, reciente verbal, episódica, semántica y explícita), la coordinación visomotora, la percepción espacial (agnosia) la planeación, la capacidad de razonamiento abstracto (visual, verbal y numérico), la capacidad de juicio práctico, el lenguaje (afasia) y la coordinación motora fina y gruesa (apraxia) (Castillo et. al, 2014; Romano et. al, 2007).

Por esta razón, ante un cuadro de demencia de tipo Alzheimer, resulta importante considerar una evaluación neuropsicológica completa para la obtención de los patrones de funciones alteradas y preservadas, lo cual llega a ser útil tanto para la detección oportuna de esta patología como para el diagnóstico diferencial e inclusive para el pronóstico de la progresión en etapas tempranas. También es importante tener en cuenta que, en todos los casos, las pruebas seleccionadas deben estar adaptadas y estandarizadas a la población objetivo, esto con el fin de obtener puntuaciones precisas acerca del desempeño cognitivo y funcional de los pacientes (Peña et al., 2012).

#### **2.4. Diagnóstico**

En principio, resulta importante llevar a cabo la redacción de una historia clínica para reconocer aspectos cualitativos sobre los síntomas del paciente con demencia, puesto que es el primer acercamiento para reconocer la etiología del padecimiento. De igual manera, es necesaria la aplicación de instrumentos o cuestionarios que evalúen el nivel de independencia de las

actividades de la vida diaria. Considerando lo anterior, es fundamental la aplicación de baterías neuropsicológicas, puesto que constituyen una parte fundamental para el diagnóstico.

La neuropsicología puede definirse como el estudio de las relaciones entre el cerebro y la actividad mental superior, cuyo objetivo es reconocer el impacto que ocasiona una lesión cerebral en diferentes funciones cognitivas, incluyendo la personalidad (Portellano, 2005). De este modo se pueden implementar programas de rehabilitación ajustados a las necesidades de cada paciente, considerando sus fortalezas y debilidades; entre los tratamientos más populares se encuentra la rehabilitación cognitiva. Asimismo, resulta importante valorar el progreso del paciente, para conocer el nivel y la velocidad de avance del padecimiento presentado. La intervención neuropsicológica en adultos mayores con demencia busca, además de ralentizar el deterioro cognoscitivo, establecer rutinas en el paciente, formando hábitos adecuados en conjunto con su cuidador para mejorar la calidad de vida (González y Ostrosky, 2018).

Lo anterior debido a que, durante el curso de un cuadro demencial, el desempeño cognitivo se encuentra afectado y, en consecuencia, se producen dificultades para desempeñar actividades complejas de la vida diaria cuando se presentan alteraciones leves; cuando se poseen alteraciones moderadas se muestra dificultad para realizar actividades instrumentales; mientras que cuando las alteraciones son severas, llegan a afectarse significativamente las actividades básicas de la vida diaria, necesitando entonces una total independencia y supervisión (González y Ostrosky, 2018).

Por último, las técnicas de imagenología cerebral forman también parte importante en la evaluación y diagnóstico del paciente, ya que con ellas puede precisarse la localización, tipo y nivel del daño. Las técnicas más utilizadas hasta el momento son: resonancia magnética funcional (RMF), mayormente utilizada para determinar la presencia de EA y demencia frontotemporal;

tomografía axial computarizada (TAC), para demencia vascular; y la tomografía por emisión de positrones (PET), para demencia por cuerpos de Lewy (Noggle y Dean, 2014).

## **2.5. Tipos de Tratamientos**

La OMS (2015) define a la rehabilitación como el proceso de restablecimiento de los pacientes al nivel de funcionamiento más alto posible en el plano físico, psicológico y social. Para ello, se puede hacer uso de todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones discapacitantes, logrando así que las personas con discapacidad alcancen un nivel adecuado de integración social (Ardila y Rosselli, 2007).

Existen diferentes propuestas de tratamiento directo con pacientes, los cuales incluyen aspectos farmacológicos y no farmacológicos. Dentro del primero, se encuentran aquellos fármacos que actúan de manera directa en el cerebro para enlentecer las alteraciones generadas a causa de la neurodegeneración; la administración de éstos variará dependiendo de la naturaleza y de la etiología del padecimiento (González y Ostrosky, 2018).

De acuerdo a diversos autores, dentro de las intervenciones de este estilo, se encuentran la reducción de la tasa de producción, el aumento del aclaramiento y la reducción de la toxicidad de amiloide o tau; así como, la reducción de la neuroinflamación y la reducción de la neurodegeneración a través de algún otro mecanismo (Tisher y Salardini, 2019). Existen alternativas no farmacológicas que, en conjunto con las farmacológicas, muestran un mejor apoyo ante el padecimiento.

Este tipo de intervenciones se utilizan en casa para la reducción de la tasa de progresión en el curso temprano de la enfermedad. Dichos tratamientos buscan minimizar el daño en los pacientes, debido a la vulnerabilidad que presentan por el cuadro de demencia; con ellos se busca

su protección contra daños potenciales: modificar el entorno de acuerdo a sus capacidades disminuidas para que logren adaptarse mejor, protección contra posibles abusos como la violencia, así como la evitación del asilamiento y la soledad, además de restringir aquellas actividades que puedan perjudicar su integridad física como la conducción de un vehículo (Tisher y Salardini, 2019).

Entre estos métodos se encuentran también la terapia ocupacional, la cual sirve para intervenir o rehabilitar, por medio de diversas actividades, cualquier actividad básica e instrumental de la vida diaria para lograr una mejoría en ella; la psicoterapia, en la cual se dan estrategias para reconocer y modificar creencias, sentimientos, pensamientos y acciones, de forma adaptativa; y la intervención neuropsicológica, la cual consiste en la intervención específica de cualquier trastorno o enfermedad que interfiera con procesos cognitivos y que afecte la calidad de vida del paciente (González y Ostrosky, 2018).

### ***2.5.1. Intervención Neuropsicológica***

Dentro de los tratamientos que han mostrado mayor eficacia, se encuentra la intervención basada en el marco de la neuropsicología, la cual consiste en estimular y potenciar aquellas funciones que se encuentran aún preservadas, compensar las funciones alteradas y, también, entrenar actividades de la vida diaria incluyendo el empleo de apoyos externos. Todo, a través de programas de estimulación cognitiva que contribuyan a enlentecer el progreso de enfermedades neurodegenerativas; este tipo de programas busca hacer uso de diferentes recursos, para ralentizar el deterioro, así como sus efectos en el nivel de funcionalidad del paciente (Loureiro, 2018; Zamarrón, et al., 2018).

Cabe mencionar que la estimulación cognitiva no se enfoca únicamente en la esfera cognitiva del paciente, ya que además se encarga de intervenir en la afectividad, hacia sus

cuidadores y demás familiares o personal que están a cargo de su cuidado, de la manera en la cual socializa, de la parte conductual y también de la parte biológica, buscando disminuir de manera importante la dependencia, llevando de este modo, un tratamiento integral. Es importante mencionar que este tipo de intervención cognitiva, para su ejecución, se basa en diferentes rubros neurobiológicos: la reserva cognitiva, la neuroplasticidad, el desarrollo limitado pero existente de mecanismos de aprendizaje y la redundancia de sistemas, que consiste en la ejecución de una misma función cognitiva mediante diferentes subsistemas cerebrales (Villalba y Espert, 2014).

La adecuada implementación de la estimulación cognitiva genera resultados positivos significativos en la cognición de las personas afectadas por trastorno neurocognitivo mayor, puesto que está sustentada por evidencia científica.

Se han encontrado diferentes beneficios de la denominada Terapia Individual de Estimulación Cognitiva en personas con trastorno neurocognitivo mayor. Es una terapia implementada en principio por psicólogos y profesionales de la salud mental a los cuidadores y a los pacientes. La misma se ha descrito como una terapia ideal para ser aplicada en el mismo hogar del paciente, facilitada por alguno de sus cuidadores informales, cuyo objetivo general es mantener estables las funciones cognitivas preservadas en los pacientes mediante actividades cotidianas (Rai, Yates y Orrell, 2018).

Se ha indicado que este tipo de intervenciones son de larga duración, puesto que su implementación consta de seis meses a un año completo en promedio. Lo cual podría representar una desventaja a largo plazo para los cuidadores en relación a los costos. Con base en estos hallazgos se sugiere, como implicación futura, un mayor número de actividades cotidianas en un menor tiempo de aplicación (Woods, Aguirre y Spector, 2012).

Se espera que el papel desempeñado por los cuidadores en este tipo de intervenciones sea más activo y menos contemplativo, puesto que su participación en los ejercicios en casa puede resultar en una mejora en la relación paciente-cuidador y en un incremento en la calidad de vida de ambos. No obstante, dichos resultados no han llegado a ser concluyentes y se sugiere llevar a cabo más investigaciones al respecto para definir con mayor precisión la eficiencia de este tipo de terapia (Rai, Yates y Orrell, 2018).

Así mismo, diversos autores han llevado a cabo intervenciones en pacientes con trastorno neurocognitivo leve y mayor, cuyos estudios han facilitado la obtención de diversos resultados interesantes. Uno de ellos fue el llevado a cabo por Valenzuela et al. (2009), en donde demostraron que las intervenciones tempranas de estimulación cognitiva generan efectos protectores persistentes en la cognición, mismos que contribuyen al enlentecimiento del deterioro de la capacidad cognitiva de los pacientes que participaron y una leve mejora en el desempeño cognitivo, así como en la calidad de vida en grupos experimentales. En otro estudio, se encontró como desventaja que el incluir técnicas especialmente específicas en las intervenciones impide la generalización o adecuación a áreas de la vida diaria distintas a las controladas en sus condiciones de estudio (Miranda et al., 2013).

Estudios recientes sugieren que la estimulación cognitiva implementada como parte de los tratamientos dirigidos a los pacientes, ha resaltado la importancia de una intervención multidisciplinaria. La misma, en conjunto con tratamientos farmacológicos, proporcionan resultados más eficaces en comparación con intervenciones de un solo enfoque. Por lo tanto, se considera útil la implementación paralela de diversos tratamientos para pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor (Rai, Yates y Orrell, 2018).

El enfoque neuropsicológico es fundamental en la identificación de los cambios cognitivos que aparecen asociados a la demencia de tipo Alzheimer, puesto que permite un diagnóstico preciso de la misma, permitiendo una diferenciación clara con otros trastornos demenciales; además, permite identificar aquellos cambios cognitivos sutiles que aparecen en la fase preclínica de la enfermedad, dando lugar a un adecuado seguimiento y pronóstico de la misma (Bondi, Edmonds y Salmon, 2017).

## **2.6. Cuidado del Paciente con Demencia: Consideraciones Bioéticas**

Es importante conocer aquellos aspectos bioéticos básicos que subyacen a cualquier acción posterior de tratamientos a seguir por parte de los pacientes y sus cuidadores.

La bioética tiene lugar durante el tratamiento de las demencias. Varios de sus principios son el consentimiento informado, el respeto a la autonomía del paciente, las voluntades anticipadas y el respeto a las decisiones del mismo (Cerquera y Galvis, 2013).

El llamado “reconocimiento recíproco”, que es la facultad de reconocer a otro junto con sus derechos y obligaciones, siendo fundamentales para las pacíficas relaciones interpersonales, es como tal un concepto derivado de la filosofía, que es útil al momento de analizar aspectos de relación clínica, salud pública y planificación sanitaria. Se sabe que sin reconocimiento recíproco no se puede dar calidad asistencial a los pacientes, la cual es una medida utilizada por los servicios de salud pública y privada, para mejorar los resultados de salud deseados. El reconocimiento recíproco facilita el desarrollo de capacidades, tanto de los pacientes como de los profesionales, en un contexto donde todos logren sentirse respetados como personas, y no utilizados como objetos (Suberviola et al., 2013).

La autonomía del paciente hace hincapié en que su opinión y voluntad son lo más importante, ya que él toma las decisiones respecto a los tratamientos que recibe para su

padecimiento, además de considerar lo que es adecuado o no para sí mismo, y para que esto se logre deben de existir ciertas condiciones. En primer lugar, el paciente debe actuar de forma voluntaria, sin la influencia de factores externos; en segundo lugar, es necesario que cuente con la información completa respecto a la decisión que tomará, así como con los objetivos, beneficios, alternativas y riesgos que cada tratamiento conlleva; y por último, es menester que posea la capacidad para desempeñar todo lo anterior, lo que incluye tener las aptitudes cognitivas necesarias que le permitan evaluar, considerar y elegir correctamente la información brindada por especialistas, para expresar sus ideas y tomar la mejor decisión posible. En etapas avanzadas de la demencia, el paciente puede llegar a encontrarse en un estado de incapacidad importante, la cual llega a ser tanta que le impide tomar decisiones adecuadas para su propia persona, afectando además aspectos y actividades de su vida diaria que antes lograba realizar sin dificultad (Cerquera y Galvis, 2013). Por ello, el consentimiento informado debe ser presentado tanto al paciente como al cuidador.

## **Capítulo III. Cuidadores de Pacientes con Demencia**

### **3.1. Tipos de Cuidadores**

Se define como cuidador a la persona que asiste personalmente a otro ser afectado con algún tipo de discapacidad, que le impida desarrollarse plenamente en su vida diaria (Flórez et al., 1997).

Existen diferentes tipos de cuidadores. Se conoce como cuidador formal a la persona que atiende y cuida directamente a otra en aspectos variados. Puede ser que éste haya recibido la capacitación adecuada o no, pero tiene horarios definidos para la atención de la persona cuidada y recibe alguna remuneración monetaria por este cuidado. El cuidador informal es un familiar o amigo que no recibe ningún beneficio monetario a pesar de tener un fuerte nivel de compromiso con el cuidado de otra persona, cuya labor lleva a cabo principalmente por afecto, y brinda su atención sin horarios bien definidos; de igual manera, existen los cuidadores primarios y secundarios. Los cuidadores primarios son aquellos que cuidan e interactúan de manera directa y constante con los pacientes y generalmente les asisten la mayor parte del tiempo o por tiempo completo, mientras que los cuidadores secundarios, realizan las labores de cuidado de manera indirecta y conviven con los pacientes por un tiempo menor o solo en algunas ocasiones (Montorio et al., 1998).

Es muy importante la presencia del cuidador, ya sea primario o secundario, puesto que éste se encargará de mantener la calidad de vida del paciente; además de acompañarlo y atenderlo desde las primeras etapas del padecimiento, cuando aún conserva en gran medida su autonomía, hasta las etapas finales del mismo, donde su capacidad funcional y su juicio se muestran considerablemente disminuidas (Cerquera y Galvis, 2013).

### **3.2. Funciones, Labores y Actividades del Cuidador**

El rol del cuidador consiste en asistir al paciente en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero también, en realizar y establecer rutinas con los mismos para mantenerlos activos física y cognitivamente. De acuerdo con Luria (1948-1963), aquellos procesos cognitivos que se muestran alterados tras alguna patología cerebral pueden llegar a restaurarse a través de dos tipos de intervención: el reentrenamiento o reaprendizaje de las esferas cognitivas afectadas y las técnicas compensatorias, que implican una reorganización del sistema nervioso central en ambas.

Durante el avance progresivo de un cuadro de demencia, la funcionalidad del paciente se muestra deteriorada, afectando directamente en sus rutinas, especialmente en las actividades complejas e instrumentales de la vida diaria, por lo que es importante llevar a cabo ejercicios que favorezcan la lenta evolución del padecimiento. Mediante intervenciones dirigidas y terapia neuropsicológica se puede enlentecer la pérdida de funciones cognitivas (Ardila y Rosselli, 2007); dichos ejercicios están dirigidos a tratar aspectos de orientación (en tiempo, espacio y persona), atención, memoria, praxias y lenguaje.

De igual manera, una de las funciones que puede desempeñar el cuidador, es el manejo adecuado del entorno social del paciente. Se han llevado a cabo intervenciones multidominio (Sherman et al., 2017) mismas que incluyeron cambios en el estilo de vida para tratar el deterioro cognitivo leve; se evaluó el estado cognitivo previo y posterior a la intervención en los pacientes. Sus resultados mostraron ser efectivos en el tratamiento de este padecimiento, teniendo mayor relevancia la estimulación enfocada únicamente en la memoria, más que en la intervención multidominio. Esto puede explicar que el tratamiento directo, en conjunto con tratamientos indirectos, resulta en una mejora de la calidad de vida del paciente, lo cual tiene como repercusión un mejor manejo e inclusión del entorno social.

Resulta importante considerar que el adulto mayor con demencia no puede ejercer fácilmente cualquier labor o trabajo dadas sus limitaciones físicas y cognitivas, y por ello es necesario adecuar los mismos de acorde a sus capacidades (Cerquera y Galvis, 2013).

### **3.3. Sobrecarga en el Cuidador y Tipos de Afrontamiento**

Se ha descrito que existen dos tipos de sobrecarga en el cuidador: el aumento excesivo de la carga objetiva, la cual se refiere a cambios reales en la vida del cuidador; y el aumento de la carga subjetiva, que tiene que ver con las actitudes y emociones que experimenta al realizar su labor de cuidado. Esto supone cambios importantes tanto en el estilo como en la calidad de vida del cuidador, puesto que deja de lado aspectos importantes de su propia salud física por realizar su labor (Guerra, 2015).

El agotamiento del cuidador ante su labor desencadena en él mismo una serie de factores de riesgo que pueden deteriorar su propia salud, puesto que llega a descuidar aspectos y necesidades importantes de sí mismo a favor del bienestar de su paciente. Debido a ello, para los cuidadores llega a resultar complicado llevar a cabo tareas de autocuidado como mantener una adecuada alimentación, tener una óptima higiene de sueño, realizar ejercicio o actividad física y mantenerse al tanto de su propio estado de salud mediante revisiones médicas de manera regular. Se ha determinado que diversos cuidadores pueden llegar a desarrollar alguno o varios trastornos a largo plazo, derivados de su labor de cuidado y del mal afrontamiento, llegando a presentar síntomas de algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad y depresión, o bien complicaciones o enfermedades de carácter físico. Algunos cuidadores tienden a padecer condiciones como síndrome metabólico, es decir, un conjunto o grupo de factores de riesgo que incrementan la posibilidad de padecer enfermedades cardíacas y, en ciertos casos, de un accidente o evento cerebral vascular (EVC) (Vitaliano et al., 2003).

Estudios recientes (Hiyoshi et al., 2018) han referido que, cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia presentan niveles elevados de angustia, mismos que están relacionados con los síntomas conductuales de sus pacientes: agitación, agresividad, irritabilidad, comportamiento motor anormal y en algunos casos alucinaciones. Además de la angustia referida, los cuidadores presentan a menudo síntomas de depresión y ansiedad, relacionados también con factores sociodemográficos. De esta manera, se sugiere la realización de estudios longitudinales con muestras grandes de cuidadores en aras de lograr la detección temprana de síntomas de sobrecarga y, en general, la identificación de grupos en riesgo. De este modo, se considera crucial la detección y atención oportuna y efectiva de las necesidades de los cuidadores.

La constante atención de adultos mayores con diagnóstico de demencia implica una condición de estrés constante para el cuidador, lo que afecta significativamente su calidad de vida; la carga subjetiva implica afectaciones en su estado de salud (física y psicológica), sus relaciones interpersonales y su calidad de vida, que aparecen como resultado de un inadecuado afrontamiento ante la situación de cuidado del paciente. La carga se relaciona como tal con la carga objetiva, que es en sí la demanda de cuidado, las necesidades y la intensidad de la atención brindada. Ante la carga subjetiva, existen otros factores importantes, como el género del cuidador, su parentesco con el paciente y el tipo de afrontamiento que usa (especialmente el de evitación). En principio, Lazarus y Folkman (1984) definieron al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales desempeñados por las personas para manejar y cubrir los requerimientos y necesidades constantes ante el cuidado de los pacientes. Posteriormente, Montorio et al. (1999) profundizaron la clasificación original definiendo con mayor detalle los siguientes tipos de afrontamiento (Torres et al., 2002; Pérez et al., 2017):

- Centrado en el problema: para resolver retos y exigencias, controlando las situaciones problemáticas mediante alguna acción directa, como la toma de decisiones, la búsqueda de apoyo o información, para que, de este modo, se logre solucionar eficazmente la situación estresante.
- Centrado en la emoción: para regular las emociones que derivan de la situación estresante y disminuir aquellas que resultan negativas. Generalmente se utilizan estrategias como la evitación, minimización del problema y el distanciamiento.

De acuerdo con el carácter del cuidador, se divide en:

- Afrontamiento activo: para intentar solucionar o disminuir el problema.
- Afrontamiento pasivo: para evitar el problema.

Por otro lado, el inadecuado uso de estrategias de afrontamiento puede afectar significativamente el estado emocional de los cuidadores primarios, propiciando la aparición y aumento en los niveles del sentimiento de sobrecarga, y síntomas de trastorno psiquiátricos como ansiedad y depresión. El no hacer uso de redes sociales de apoyo, de estilos de afrontamiento positivos, y de la asertividad y autoeficacia del cuidador puede generar dificultades en la labor del cuidador (Tartaglioni et al., 2010).

Estudios han mostrado que un afrontamiento disfuncional se relaciona directamente con una mayor carga subjetiva en los cuidadores; además de que un afrontamiento centrado en las emociones está relacionado con una menor carga subjetiva (Pérez et al., 2017). Además, se ha encontrado que a mayor edad del cuidador mayor es la sobrecarga, dado que la carga objetiva en el mismo supone un mayor esfuerzo (Babarro et al., 2004).

Al igual que el paciente con demencia, los cuidadores enfrentan grandes retos en su vida cotidiana, modificando y afectando negativamente su calidad de vida debido al inadecuado afrontamiento ante la carga objetiva. El cuidador se vuelve vulnerable a padecer problemas en su salud física y psicológica, propiciando la aparición del llamado síndrome del cuidador, lo que inclusive puede relacionarse con un aumento en la mortalidad de los mismos (López et al., 2009).

### **3.4. Intervención en Cuidadores**

Se han propuesto diferentes técnicas para el apoyo de cuidadores de pacientes con demencias. En estos se han incluido el apoyo telefónico (Romero et al., 2011), las intervenciones psicoeducativas y los programas de intervención (Alonso et al., 2004), además de libros o manuales de apoyo con enfoque neuropsicológico (González y Ostrosky, 2018).

Diversas investigaciones se han centrado en estudiar los estilos de afrontamiento, tal como el trabajo llevado a cabo por Pérez et al. (2017) en el que se encontró que un afrontamiento disfuncional está estrechamente relacionado con una mayor carga subjetiva, mientras que un afrontamiento centrado en las emociones se relaciona con una menor carga subjetiva. Dichas variables resultan importantes puesto que facilitan futuros planes de intervención en esta población.

Respecto a las investigaciones llevadas a cabo en los cuidadores, en un estudio exploratorio realizado por Juárez et al. (2014), se encontró que las alteraciones del sueño, las dificultades de autorregulación en el estado emocional, una conducta sedentaria y una alimentación inadecuada, son características de los cuidadores que presentan sobrecarga de estrés. Así mismo, en otro estudio, se encontraron aspectos importantes relacionados a la sobrecarga y a los tipos de afrontamiento que mejor pueden hacer frente a las dificultades antes mencionadas (Pérez et al., 2017).

Otros estudios previos (Raab, 2014) han mostrado que las intervenciones de atención plena llegan a ser de gran importancia, tanto por su potencial para reducir el estrés y el agotamiento, como para aumentar la empatía y la autocompasión en los cuidadores.

Se sugiere de igual manera, la aceptación de las deficiencias de cada individuo como parte de las actividades implicadas en las intervenciones, puesto que es un requisito previo para el cuidado compasivo (Gustin y Wagner, 2013).

## **Capítulo IV. Método**

### **4.1. Planteamiento y Justificación del Problema**

El trastorno neurocognitivo mayor genera severas dificultades cognitivas y en la ejecución de actividades de la vida diaria de la persona que lo padece, lo cual provoca agotamiento y sobrecarga en sus cuidadores (Ardila y Rosselli, 2007).

En este contexto, resulta necesario llevar a cabo iniciativas integrales y multidisciplinarias que respondan a las necesidades tanto de pacientes con este trastorno como de sus cuidadores, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Aunque en la literatura se han reportado diseños de intervenciones enfocadas en la aplicación de ejercicios para estimular diferentes dominios cognitivos en pacientes afectados tanto directa como indirectamente, por ejemplo, apoyo telefónico (Romero et al., 2011), intervenciones psicoeducativas y programas de intervención (Alonso et al., 2004), libros de apoyo con enfoque neuropsicológico (González y Ostrosky, 2018), así como intervenciones de estimulación cognitiva en pacientes (Miranda et al., 2013; Valenzuela et al., 2009) y estudios exploratorios en cuidadores (Juárez et al., 2014; Pérez et al., 2017), hasta el momento no se han implementado estrategias de estimulación mediante actividades de la vida cotidiana que los cuidadores puedan aplicar en los pacientes día con día en casa para mantener en actividad constante su esfera cognitiva.

El presente trabajo se aboca al diseño y piloteo de una intervención psicoeducativa y de acompañamiento dirigida a los cuidadores de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor, situándose en el marco de la neuropsicología. Cabe señalar la importancia de que los cuidadores estén mejor capacitados, más involucrados y que reconozcan adecuadamente los déficits del paciente cuidado, para que, de este modo, su participación sea más activa y esté adecuadamente dirigida a sus necesidades; además de facilitar un adecuado proceso de aprendizaje

y para brindar los ejercicios de estimulación en la vida diaria necesarios para implementar en casa con sus pacientes.

#### **4.2. Pregunta de Investigación**

¿La implementación de una intervención psicoeducativa con enfoque neuropsicológico disminuirá la sobrecarga de estrés en los cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor y mantendrá en el mismo nivel de ejecución el desempeño neuropsicológico de las personas diagnosticadas que están bajo su cuidado?

#### **4.3. Objetivos**

##### ***Objetivo General:***

Diseñar y pilotear una intervención psicoeducativa, desde el marco de la neuropsicología, dirigida a cuidadores informales para mejorar su calidad de vida y la de las personas diagnosticadas con trastorno neurocognitivo mayor que se encuentran bajo su cuidado.

##### ***Objetivos Específicos:***

1. Desarrollar los materiales didácticos que integran la intervención psicoeducativa.
2. Pilotear la intervención educativa con un grupo de cuidadores de pacientes diagnosticados con trastorno neurocognitivo mayor.
3. Evaluar y comparar la sobrecarga de estrés en los cuidadores antes y después de la implementación de una intervención psicoeducativa.
4. Evaluar y comparar el estado cognitivo de una paciente con trastorno neurocognitivo mayor antes y después de la implementación de la intervención psicoeducativa con los cuidadores.

#### **4.4. Hipótesis**

##### ***Hipótesis de Trabajo:***

H1<sub>1</sub>: La intervención psicoeducativa disminuirá la sobrecarga de estrés en los cuidadores.

H1<sub>2</sub>: La intervención psicoeducativa mantendrá en el mismo nivel de funcionamiento el estado cognitivo de la paciente.

##### ***Hipótesis Estadísticas:***

H0<sub>1</sub>: La intervención psicoeducativa no disminuirá la sobrecarga de estrés en los cuidadores.

H0<sub>2</sub>: La intervención psicoeducativa no mantendrá en el mismo nivel de funcionamiento el estado cognitivo de la paciente.

#### **4.5. Variables**

##### ***Variable Independiente:***

- ***Intervención psicoeducativa.*** Consiste en el diseño y aplicación de un taller psicoeducativo grupal de ocho sesiones, con duración de una hora y media cada una, dirigido a cuidadores de pacientes adultos mayores con diagnóstico previo de algún tipo de demencia. El taller será evaluado cuantitativamente por los cuidadores al final de cada sesión mediante la aplicación de una escala de tipo Likert que puntúa del uno al cuatro, en donde uno equivale a *puede mejorar*, dos a *regular*, tres a *buena* y cuatro a *excelente*. Así mismo, será evaluado cualitativamente mediante comentarios escritos en los mismos formatos en un apartado específico.

##### ***Variables Dependientes:***

- ***Estado cognitivo de la paciente.*** Desempeño en las esferas de orientación (tiempo, espacio y persona), atención, memoria, praxias y lenguaje, el cual será evaluado mediante la

Evaluación Neuropsicológica Breve en español (Ostrosky et al., 2000) y mediante el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) (Folstein et al., 1975).

- ***Desempeño en actividades de la vida diaria de la paciente.*** Actividades de la vida cotidiana llevadas a cabo generalmente de manera independiente, las cuales pueden clasificarse en: básicas, que le permiten a la persona llevar una vida independiente dentro de su propio hogar; instrumentales, que le permiten a la persona llevar una vida independiente dentro de su comunidad; y complejas, que le permiten a la persona desempeñar actividades laborales o desempeñarse de manera independiente dentro de un trabajo u oficio. Las actividades de la vida diaria serán evaluadas mediante las siguientes escalas: Valoración de las Actividades de la Vida Diaria (Índice de Katz: Katz et al., 1958); Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Mahoney y Barthel, 1965); y el Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1993).
- ***Estado emocional de la paciente.*** Índices de ansiedad y depresión que pueden afectar el estado cognitivo de la paciente respecto a sus niveles de atención y memoria, y que pudieran interferir en sus actividades de la vida cotidiana. Se evaluarán mediante los siguientes instrumentos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983); Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) (Yesavage et al., 1982); y el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1998; Robles et al., 2001):
- ***Sobrecarga de estrés en los cuidadores.*** Nivel de estrés mostrado por los cuidadores como resultado de la labor de cuidado de la paciente, el cual será puntuado mediante de la Escala de Sobrecarga de Zarit (Zarit et al., 1980).

#### **4.6. Diseño y Tipo de Estudio**

##### ***Diseño y Tipo de Estudio:***

Pre-experimental con medición pre-test y post-test.

#### **4.7. Muestreo**

Muestreo no probabilístico por conveniencia sin grupo control.

#### **4.8. Participantes**

- ***Cuidadores informales.*** En el piloteo de la intervención psicoeducativa participaron los cuatro cuidadores informales (dos hombres y dos mujeres, de entre 50 y 55 años de edad, con escolaridad de entre 12 y 19 años) de una misma paciente con diagnóstico previo de Enfermedad de Alzheimer. Los cuidadores llevan a cabo la labor de cuidado de tres a siete días a la semana.
- ***Paciente diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer.*** Así mismo, participó la paciente de los cuatro cuidadores informales antes referidos, una mujer de 83 años de edad, de escolaridad primaria y con un diagnóstico previo de Enfermedad de Alzheimer, que fue realizado por el área de neurología en conjunto con el área de psiquiatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en septiembre del año 2019.

##### ***Criterios de Inclusión:***

- ***Cuidadores primarios y/o secundarios informales.*** Cuidadores que sepan leer y escribir, cuyo trabajo principal sea el cuidado de un paciente con algún tipo de trastorno neurocognitivo mayor (Demencia) diagnosticado: por Enfermedad de Alzheimer, por cuerpos de Lewy, frontotemporal y vascular.

- **Paciente con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor.** Paciente cuyo desempeño cognitivo sea 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media, medido a través de la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español y el Mini Examen del Estado Mental con afectación de las actividades de la vida diaria, medidas a través de las escalas: Valoración de las Actividades de la Vida Diaria (Índice de Katz: Katz et al., 1958); Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Mahoney y Barthel, 1965); y el Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1993).

***Criterios de Exclusión:***

- Cuidadores de pacientes con diagnóstico diferente: Deterioro Cognitivo Leve, Enfermedad de Parkinson o Enfermedad de Huntington.
- Cuidadores formales de personas mayores hospitalizadas o internadas en instituciones o asilos.
- Cuidadores de pacientes que estén bajo otro tipo de intervención neuropsicológica de estimulación cognitiva o similar, ajena a la presente en este estudio.
- Pacientes con diagnóstico diferente: Deterioro Cognitivo Leve, Enfermedad de Parkinson o Enfermedad de Huntington.
- Pacientes que presenten alguna afectación psiquiátrica.

**4.9. Escenario**

La intervención se llevó a cabo en la Unidad de Rehabilitación José Morán (UDR). Para el reclutamiento de los participantes, se diseñó un cartel de promoción dirigido de manera específica a cuidadores de pacientes con diagnóstico de Demencia, el cual fue colocado en la sala de espera

de la UDR y en donde se invitaba a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en la intervención. El cartel contenía datos generales acerca del taller (contenido de los temas a tratar y apoyos brindados) así como los datos de la ubicación (dirección y código postal) e información de contacto del expositor.

#### **4.10. Instrumentos y Materiales**

*Historia Clínica.* Entrevista inicial de la cual se obtuvieron datos acerca de los antecedentes patológicos de la paciente, antecedentes patológicos heredofamiliares, antecedentes no patológicos, hábitos de sueño y de alimentación y padecimientos actuales.

*Carta de Consentimiento Informado.* Carta en la cual se informó a la paciente y a sus cuidadores acerca de la investigación, los objetivos y el procedimiento de esta, el cual fue firmado para iniciar con la aplicación de los instrumentos y las evaluaciones (Anexo 1).

*Hoja de Evaluación de Sesiones.* Consiste en una escala de tipo Likert que puntúa del uno al cuatro, en donde uno equivale a *puede mejorar*, dos a *regular*, tres a *buena* y cuatro a *excelente*. Así mismo, será evaluado cualitativamente mediante comentarios escritos en los mismos formatos en un apartado específico.

*Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI Breve: Ostrosky et al., 2000).* Prueba de ejecución que consta de siete escalas que permitieron evaluar diferentes dominios cognitivos, los cuales son: orientación (nivel de conciencia y estado general de activación), atención y concentración, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo. Está estandarizada a población hispano-hablante monolingüe con un rango de edad de entre 16 a 85 años y con escolaridad de entre cero a 24 años de estudio. Se aplica de manera individual, en población sin alteraciones cognoscitivas la duración aproximada para su

administración es de 20-25 minutos y en población con trastornos cognoscitivos es de 35 a 40 minutos. El puntaje total de la evaluación es de 130 puntos y las categorías cualitativas son: desempeño normal alto, normal, alteración leve, moderada y severa. La confiabilidad global test-retest de este instrumento es de 0.96, la confiabilidad entre examinadores es de 0.89 a 0.95.

***Mini Examen del Estado Mental (MMSE) (Folstein et al., 1975).*** Prueba de ejecución individual de mayor uso internacional para el tamizaje de demencia en personas adultas mayores de 60 años en adelante. Tiene una duración de aplicación de entre cinco y 15 minutos. Se aplica de manera individual y puntúa como máximo un total de 30 ítems, los cuales están agrupados en cinco apartados que comprenden la evaluación de: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. Cuenta con una versión validada en español para población hispanohablante. Las propiedades psicométricas del instrumento muestran una sensibilidad del 87% y una especificidad del 82%.

***Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond y Snaitth, 1983).*** Instrumento de autoreporte individual para medir síntomas de trastornos psiquiátricos en pacientes de entre 12 y 85 años de edad. Su aplicación tiene una duración de entre cinco y diez minutos. Está compuesta por dos subescalas: depresión y ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre cero y 21, debido a que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia igual a cero, hasta máxima presencia que es igual a tres. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, será mayor la intensidad o gravedad de los síntomas. De igual manera, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días. Las propiedades psicométricas de este instrumento se han examinado en pacientes hispanos (mexicanos), mostrando una consistencia interna general alfa de cronbach 0.86, así como en sus dos subescalas, cada una con seis reactivos: ansiedad de 0.79 y depresión de 0.80.

***Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG: Yesavage et al., 1982).*** Escala de autoreporte utilizada para la detección de síntomas de depresión en adultos mayores de 60 años en adelante. Posee una duración de aplicación de entre cinco y diez minutos. Ha sido traducida y validada en diversos idiomas, incluyendo el español. Su aplicación es individual y consta de 30 preguntas de formato si-no. Un puntaje de cinco o más respuestas positivas sugiere depresión. Las propiedades psicométricas de este instrumento cuentan con una sensibilidad y especificidad de entre 80% y 95%.

***Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1998; Robles et al., 2001).*** Instrumento de autoreporte individual que permitió identificar la presencia de síntomas de ansiedad en la paciente. Consta de 21 ítems, los cuales poseen un rango de entre cero y 63, aplicable en niños y adultos. Tiene una duración de aplicación de entre cinco y diez minutos. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: cero a 21 indica ansiedad muy baja; 22 a 35 indica ansiedad moderada; más de 36 indica ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de cero a tres, correspondiendo la puntuación cero a *en absoluto*, uno a *levemente, no me molesta mucho*, dos a *moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo* y la puntuación tres a *severamente, casi no podía soportarlo*. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Cuenta con una adaptación en español a población mexicana (Robles et al., 2001) la cual presenta una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.83.

***Valoración de las Actividades de la Vida Diaria (Índice de Katz: Katz et al., 1958).*** Instrumento de autoreporte individual que permitió valorar la capacidad de la paciente para realizar de manera dependiente o independiente algunas de las actividades básicas de la vida diaria. Permitted describir el nivel de funcionalidad. Usualmente llega a ser respondido en modo de

entrevista por pacientes adultos mayores, y en otras ocasiones, debe ser contestado mediante los familiares. La aplicación tiene una duración de cinco minutos. Consta de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una determinada serie de tareas de la vida cotidiana. La capacidad para realizar alguna de las tareas se puntúa con cero puntos, mientras que la incapacidad, con un punto. Se clasifica al evaluado en tres grados: independiente, levemente dependiente y totalmente dependiente. Está validado en diferentes idiomas, entre ellos el español. Cuenta con una buena consistencia interna y validez, así como una buena reproducibilidad intra-observador con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98; así como inter-observador, con una concordancia próxima al 80%.

***Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1993).***

Instrumento de autoreporte individual que permitió valorar la capacidad de la paciente para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otras). Es aplicable a adultos mayores y cuenta con una versión en español. La duración de aplicación es de cinco minutos y evalúa actividades más elaboradas, mismas que se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria. Este instrumento llega a ser respondido en modo de entrevista por el paciente, y en otras ocasiones debe ser contestado a través de los familiares. Consta de ocho ítems con diferentes opciones de respuesta. Cada área se puntúa con un máximo de un punto y un mínimo de cero puntos. La máxima dependencia está indicada por la obtención de cero puntos, mientras que una suma de ocho puntos expresaría una independencia total. Posee un coeficiente de reproductibilidad de 0.94.

***Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Mahoney y Barthel, 1965).***

Instrumento de autoreporte individual que evalúa diez actividades básicas de la vida diaria,

determinando la dependencia o independencia total o parcial en cada actividad. Es aplicable a pacientes adultos mayores. Es un instrumento en modo de entrevista que debe ser aplicado al paciente para ser contestado, lo cual, de no ser posible, debe ser respondido por los cuidadores. Su aplicación tiene una duración de cinco minutos. Consta de ocho ítems de opción múltiple. Las opciones de respuesta puntúan uno, cuando la persona realiza de forma independiente alguna actividad; y cero cuando es totalmente dependiente. La puntuación total se obtiene sumando los valores obtenidos de cada ítem, y oscila entre cero cuando es totalmente dependiente, y ocho cuando presenta independencia absoluta. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra observador de 0.94.

*Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980).* Instrumento de autoreporte individual aplicable a personas con un rango de edad de entre 18 y 80 años de edad que consta de 22 ítems cuyas puntuaciones oscilan entre cero (*nunca*) y cuatro (*casi siempre*), en donde la puntuación máxima es de 88 puntos. Los puntos de corte para este instrumento sugieren que una puntuación mayor a 56 puntos indica sobrecarga intensa, mientras que una puntuación menor a 46 puntos, indica que no hay presencia de sobrecarga o que existen niveles de leves a moderados de la misma. La aplicación tiene una duración de diez minutos. Cuenta con una validez de 0.84. Este instrumento se aplicó a los cuidadores.

#### **4.11. Procedimiento**

- ***Cuidadores:***

El diseño tuvo como base la revisión teórica de diferentes propuestas de talleres e intervenciones en demencias, tanto en pacientes como en cuidadores. Los autores dedicados a intervenir y en estudiar a los pacientes con trastorno neurocognitivo, leve y mayor, obtuvieron diversos conocimientos como resultado de sus investigaciones, las cuales fueron el obtener

variables y aspectos de interés como algunos efectos protectores persistentes en la cognición que contribuyen al enlentecimiento del deterioro de la capacidad cognitiva; la dificultad que surge como consecuencia de incluir técnicas especialmente específicas en sus intervenciones, que impidan la generalización o adecuación a áreas de la vida diaria distintas a las controladas en sus condiciones; y una leve mejora del desempeño cognitivo y de la calidad de vida en grupos experimentales (Miranda-Castillo et al., 2012; Valenzuela et al., 2009).

De igual manera, respecto a los estudios dedicados a indagar aspectos relacionados al cuidado en los cuidadores, se obtuvieron datos de interés importantes como alteraciones del sueño, dificultades de autorregulación en su estado emocional, conducta sedentaria y alimentación inadecuada. Así mismo, se encontraron aspectos importantes relacionados a la sobrecarga de estrés y a los tipos de afrontamiento que más pueden hacer frente a las dificultades antes mencionadas (Juárez et al., 2014; Pérez et al., 2017).

La presente intervención fue diseñada a partir de las consideraciones anteriores: las actividades dirigidas especialmente a los pacientes fueron una adecuación de los ejercicios del libro *“Intervención integral en Demencias: Ejercicios y actividades para el cuidador y el paciente”* (González y Ostrosky, 2018), ejercicios basados en evidencia científica diseñados para enlentecer el deterioro ocasionado como consecuencia del trastorno en los pacientes. Las adecuaciones se llevaron a cabo para lograr que los ejercicios fuesen aplicados en casa por los cuidadores, y de ese modo, favorecer la estimulación cognitiva, y al mismo tiempo, beneficiar la realización de actividades de la vida cotidiana en los pacientes de la manera más eficiente.

Con base en lo anterior, se llevó a cabo el diseño de la intervención psicoeducativa, la cual se conformó de ocho sesiones, una sesión semanal, de una hora y media cada una. Cada sesión se

diseñó para facilitar un proceso de aprendizaje en los cuidadores y para brindar los ejercicios de estimulación necesarios para implementar en casa con la paciente.

Cabe señalar que los ejercicios que se usaron para estimular cada dominio cognitivo se diseñaron en tres niveles, los cuales se desarrollaron dependiendo del grado de severidad de la demencia, iniciando desde ejercicios con un grado de dificultad alto si la demencia está en una fase inicial, con un nivel de dificultad moderado si la demencia está en fase intermedia, y con un nivel de dificultad bajo, si la demencia está en fase tardía. Los ejercicios son acumulativos, puesto que fueron diseñados de modo que pudiesen aplicarse de manera cotidiana con la paciente todos los días, desde el momento en el que se enseñan a los cuidadores.

- ***Paciente:***

Una semana previa a la intervención psicoeducativa, se llevó a cabo una sola sesión con la paciente y los cuidadores, a quienes se les dio a firmar una carta de consentimiento informado, (Anexo 1) antes de iniciar cualquier tipo de trabajo terapéutico, para comunicarles acerca de los detalles de la investigación, así como de las pruebas que se aplicarían. También se les informó y garantizó una total confidencialidad respecto al manejo de sus datos personales.

En esa misma sesión, se llevó a cabo una evaluación integral de la paciente (en la cual también estuvieron presentes sus cuatro cuidadores) para medir su funcionamiento cognitivo, a través de la aplicación de la evaluación neuropsicológica NEUROPSI Breve y el Mini Examen del Estado Mental. También se administraron los cuestionarios HADS y EDG para identificar síntomas de trastornos psiquiátricos. Y adicionalmente se aplicaron el Índice de Barthel, el Índice de Katz y el Índice de Lawton y Brody para evaluar el desempeño en actividades básicas, instrumentales y complejas de la vida diaria en la paciente. Durante esa misma sesión, a los

cuidadores se les aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit para conocer sus niveles de sobrecarga de estrés.

Una vez que se concluyó la evaluación de la paciente con la aplicación del NEUROPSI Breve y las escalas obtenidas para evaluar el nivel de funcionalidad (Índice de Barthel, Índice de Katz e Índice de Lawton y Brody) en la paciente, y que se obtuvieron los datos de la escala de sobre carga del cuidador, se procedió a iniciar con las sesiones del plan de la intervención psicoeducativa. El plan de intervención con la paciente y sus cuidadores tuvo una duración total de dos meses.

#### ***4.11.1. Consideraciones éticas***

Una vez desarrolladas las sesiones de la intervención, incluyendo las cartas descriptivas (Anexo 2), las presentaciones en diapositivas, los trípticos informativos y los formatos de trabajo de las ocho sesiones que la conformaron; éstos fueron sometidos al comité de ética de la Unidad de Rehabilitación José Morán y fueron aprobados por el mismo.

## **Capítulo V. Resultados**

### **5.1. La Intervención Psicoeducativa**

A continuación, se hace una breve reseña del programa de intervención psicoeducativa creado, detallando cada una de las sesiones (Tabla 4 y Anexo 2), las cuales se impartieron una vez por semana.

En la sesión uno se llevó a cabo la presentación de la intervención, se mencionó la importancia de participar en ella y, se proporcionó información básica acerca de las demencias, señalando algunas definiciones psicoeducativas, así como sus factores de riesgo. Al término de cada sesión se realizó una actividad de relajación con los cuidadores para disminuir la sobrecarga y se dio un tiempo de reflexión acerca de lo aprendido en la sesión; se hizo el cierre de cada una y se dejó una tarea para la siguiente sesión, así mismo se llevó a cabo la revisión de las tareas, aclarando las dudas que tuvieron a lo largo de la semana (Tabla 4).

En la sesión dos se abordaron aspectos de alimentación, ejercicio físico y rutinas diarias para el cuidado de la paciente.

En la sesión tres se abordaron aspectos de higiene de sueño y actividades placenteras o recreativas dirigidas a la paciente.

Y de la sesión cuatro a la sesión ocho se brindaron ejercicios para reorientar a la paciente en tiempo, espacio y persona, y para estimular los dominios de atención, memoria, praxias y lenguaje.

**Tabla 4**

*Estructura de las sesiones de la intervención psicoeducativa.*

	<b>Tema general</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiales</b>
<b>Sesión 1</b>	Presentación de los objetivos y temas a tratar.	Realizar un encuadre adecuado del taller, incluyendo reglas, y horarios.  Llevar a cabo una actividad de presentación.  Informar acerca de los objetivos generales y específicos de la intervención psicoeducativa.  Sensibilizar sobre la importancia de participar en la intervención.  Brindar psicoeducación acerca del trastorno neurocognitivo mayor y sus factores de riesgo.  Realizar una actividad de relajación.	Lista de asistencia.  Tarjetas con fragmentos de refranes.  Presentación en computadora con Power Point.  Formato de la Escala de sobrecarga de Zarit.  Hojas de registro de tareas.  Formato de evaluación de la sesión.  Hojas blancas.  Bolígrafos.
<b>Sesión 2</b>	Alimentación, ejercicio físico y rutinas.	Reconocer las características que debe tener una adecuada alimentación en los pacientes y cómo registrar su alimentación con la ayuda de un diario.  Reconocer la importancia del ejercicio físico tanto para edades tempranas como en edades tardías,	Lista de asistencia.  Presentación en computadora con Power Point.  Hojas/calendario de tareas.  Diario de alimentación.  Hojas de registro de tareas.

		<p>con el objetivo de mejorar en todos los aspectos posibles su actividad física.</p> <p>Conocer el plan de acción que pueden seguir para llevar a cabo una adecuada rutina de ejercicio en conjunto con los pacientes y recomendaciones para llevar a cabo.</p>	<p>Formato de evaluación de la sesión.</p>
<b>Sesión 3</b>	Higiene de sueño y actividades recreativas.	<p>Reconocer la importancia de una adecuada higiene de sueño y reconocer estrategias para lograrlo.</p> <p>Conocer el plan de acción para llevar a cabo actividades recreativas en conjunto con su paciente.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Presentación en computadora con Power Point.</p> <p>Hojas/calendario de tareas.</p> <p>Hoja de registro de sueño.</p> <p>Hoja de registro de las actividades a desempeñar.</p> <p>Hojas de registro de tareas.</p> <p>Formato de evaluación de la sesión.</p>
<b>Sesión 4</b>	Orientación tiempo, espacio y persona.	<p>Conocer los ejercicios que pueden implementar para reorientar al paciente en tiempo, espacio y persona.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Presentación en computadora con Power Point.</p> <p>Hojas/calendario de tareas.</p> <p>Hojas de evaluación.</p>

		<p>Conocer el plan de acción para llevar a cabo la técnica de inoculación del estrés.</p>	<p>Hojas blancas y lápiz.</p> <p>Hojas de registro de tareas.</p> <p>Formato de evaluación de la sesión.</p>
<b>Sesión 5</b>	Atención.	<p>Conocer las actividades que pueden implementar para mejorar el dominio de atención en los pacientes.</p> <p>Conocer el plan de acción para llevar a cabo la técnica de meditación.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Presentación en computadora con Power Point.</p> <p>Hojas/calendario de tareas.</p> <p>Hojas de evaluación.</p> <p>Hojas de registro de tareas.</p> <p>Formato de evaluación de la sesión.</p>
<b>Sesión 6</b>	Memoria.	<p>Conocer las actividades que pueden implementar para mejorar la memoria en los pacientes y la forma de evaluar la misma.</p> <p>Conocer el plan de acción para llevar a cabo la técnica de imaginación guiada.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Presentación en computadora con Power Point.</p> <p>Hojas/calendario de tareas.</p> <p>Hojas de evaluación.</p> <p>Hojas de registro de tareas.</p> <p>Formato de evaluación de la sesión.</p> <p>Formato de evaluación del paciente.</p>

---

**Sesión 7**

Praxias.

Conocer las actividades que pueden implementar para mejorar en praxias en los pacientes y la forma de evaluar las mismas.

Participar en una dinámica para entrar en un estado de relajación.

Lista de asistencia.

Presentación en computadora con Power Point.

Hojas/calendario de tareas.

Hojas de evaluación.

Hojas de registro de tareas.

Formato de evaluación de la sesión.

Formato de evaluación del paciente.

---

**Sesión 8**

Lenguaje.

Conocer las actividades que pueden implementar para mejorar el lenguaje en los pacientes y la forma de evaluar las mismas.

Conocer el plan de acción para llevar a cabo la técnica de relajación.

Lista de asistencia.

Presentación en computadora con Power Point.

Hojas/calendario de tareas.

Hojas de evaluación.

Hojas de registro de tareas.

Formato de evaluación de la sesión.

Formato de evaluación del paciente.

Escala de sobrecarga de Zarit.

---

Los ejercicios de estimulación se diseñaron en tres niveles de dificultad, de acuerdo al nivel de severidad de la demencia (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Ejercicios de Estimulación.*

<b>Nivel de severidad</b>	<b>Nivel de dificultad</b>
Leve	Alto
Moderado	Medio
Severo	Bajo

Durante la explicación de los ejercicios para estimular cada dominio cognitivo, se hizo uso de diferentes hojas de registro, hojas de evaluación de las sesiones para la paciente y los cuidadores, además de técnicas para implementar en la vida cotidiana con la paciente. Finalmente, al concluir cada una de las sesiones, se les entregó a los cuidadores un tríptico informativo con la información más importante de cada sesión, con el fin de reforzar lo aprendido.

Los formatos permitieron registrar el avance de la paciente y el nivel de satisfacción de los cuidadores con los ejercicios de cada sesión; de ese modo se llevó un control y registro de lo ocurrido en la intervención misma y se obtuvo retroalimentación con los cuidadores sesión con sesión, lo que permitió contar con información útil para el monitoreo y evaluación de la intervención.

## **5.2. Datos Demográficos de la Paciente (Pre-test)**

Participó una paciente femenina de 83 años de edad, con escolaridad primaria (6 años de instrucción formal) y un diagnóstico previo de Enfermedad de Alzheimer, que fue realizado por el área de neurología en conjunto con el área de psiquiatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en septiembre del año 2019. Como parte del diagnóstico, se le realizó una tomografía craneal simple, en donde, de acuerdo al reporte de la misma, se observó la presencia de atrofia cortico-subcortical generalizada de predominio frontal y temporal y atrofia en la región insular bilateral.

## **5.3. Diagnóstico Clínico Estructural**

La paciente obtuvo los siguientes puntajes de los instrumentos correspondientes (Tabla 6): un puntaje de ocho puntos en el Mini Examen del Estado Mental (lo cual también se considera como alteración en las funciones cognitivas), un puntaje de cero sobre ocho en el índice de Lawton y Brody, de dos sobre seis en el índice de Katz, y de 55 sobre 100 en el índice de Barthel. Lo cual, en conjunto, implica dependencia en actividades básicas, instrumentales y complejas de la vida diaria. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios para la detección de posibles trastornos psiquiátricos, se observa que no hay síntomas de ansiedad ni de depresión.

**Tabla 6**

*Resultados de las Pruebas Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Índice de Lawton y Brody, Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Depresión Geriátrica (EDG).*

<b>MMSE</b>	<b>Lawton y Brody</b>	<b>Índice de Katz</b>	<b>Índice de Barthel</b>	<b>HADS</b>	<b>BAI</b>	<b>EDG</b>
8	0/8	2/6	55/100	0	0	0
Alteración cognitiva.	Dependencia en actividades básicas.			No indica síntomas.		

#### **5.4. Resultados Neuropsicológicos**

- **Cuantitativos**

De acuerdo con los puntajes obtenidos del NEUROPSI breve por la paciente, se reconocen alteraciones severas en la orientación en tiempo, espacio y persona, así como alteraciones severas en la selección y mantenimiento atencional. También, se identifican alteraciones severas en la codificación de la memoria de tipo auditivo-verbal, lo cual afecta la posterior evocación de la información. Además, se identifican dificultades en el procesamiento visoespacial, alteraciones de moderadas a severas en lenguaje (denominación, repetición y fluidez), así como alteraciones severas en habilidades académicas (lectura, escritura y aritmética) y en las funciones ejecutivas, conceptuales y motoras, cuyos puntajes cuantitativos se observan en la Tabla 7.

**Tabla 7**

*Puntajes naturales y normalizados obtenidos por la paciente en la prueba NEUROPSI Breve.*

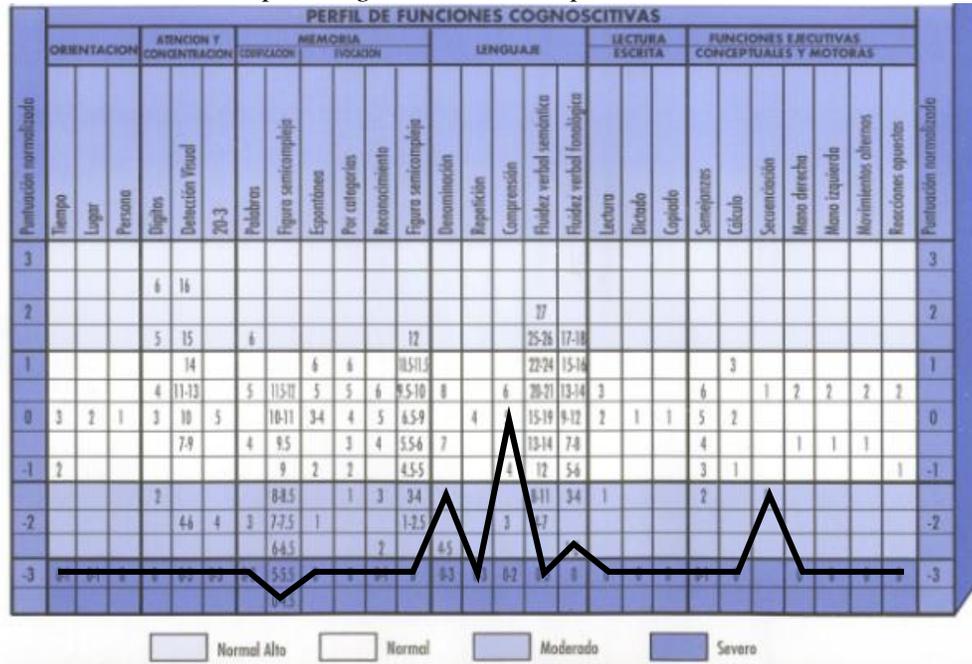
<b>Área</b>	<b>Subescala (puntaje máximo)</b>	<b>Puntaje natural</b>	<b>Rango</b>
<b>Orientación</b>	Orientación total (6)	0	Severo
<b>Atención y concentración</b>	Dígitos en regresión (6)	0	Severo
	Detección visual aciertos (16)	0	Severo
	20-3 (5)	0	Severo
<b>Memoria Codificación</b>	Codificación memoria verbal (6)	2 (33%)	Severo
	Proceso visuoespacial. Copia de la figura semicompleja (12)	1 (8%)	Severo
<b>Memoria Evocación</b>	Memoria verbal espontánea total (6)	0 (0%)	Severo
	Memoria verbal por claves total (6)	0 (0%)	Severo
	Memoria verbal reconocimiento total (6)	0 (0%)	Severo
	Memoria visual. Evocación figura	0 (0%)	Severo
<b>Lenguaje</b>	Denominación (8)	6 (75%)	Moderado
	Repetición (4)	3 (75%)	Severo
	Comprensión (6)	5 (83%)	Normal
	Fluidez verbal semántica (reclasificada) (4)	2	Severo

	Fluidez verbal fonológica (reclasificada) (4)	2	Moderado
<b>Lectura</b>	Lectura (3)	0	Severo
<b>Escritura</b>	Dictado (1)	0	Severo
	Copiado (1)	0	Severo
<b>Funciones ejecutivas, conceptuales y motoras</b>	Semejanzas (6)	0	Severo
	Cálculo (3)	0	Severo
	Secuenciación (1)	0	Moderado
	Mano derecha (2)	0	Severo
	Mano izquierda (2)	0	Severo
	Movimientos alternos (2)	0	Severo
	Reacciones opuestas (2)	0	Severo
<b>Puntuación total</b>			
	Total	21	Alteraciones severas

En la Figura 1 se muestran graficados los resultados que se obtuvieron a partir de la Evaluación Neuropsicológica Breve, en español (NEUROPSI Breve).

**Figura 1**

*Perfil de la Evaluación Neuropsicológica Breve de la paciente.*



*Nota.* Los puntajes del área blanca corresponden a un desempeño normal, los de la franja azul claro corresponden a alteraciones leves a moderadas, y los de la sección azul oscuro, corresponden a alteraciones severas (Ostrosky et al., 2000).

Con base en los resultados del desempeño neuropsicológico de la paciente, su interferencia en actividades de la vida diaria y considerando los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2013) es posible identificar el diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor debido a Enfermedad de Alzheimer (F02.80).

### 5.5. Datos Demográficos y Evaluación Inicial de los Cuidadores

En la Tabla 8 se muestran las características sociodemográficas de los cuatro cuidadores (dos hombres y dos mujeres) que participaron en la intervención psicoeducativa.

Los cuidadores uno y dos viven con la paciente en la misma casa, llevan a cabo una labor de cuidado constante durante siete días a la semana; mientras que los cuidadores tres y cuatro cuidan e interactúan con ella únicamente los fines de semana (de dos a tres días).

**Tabla 8**

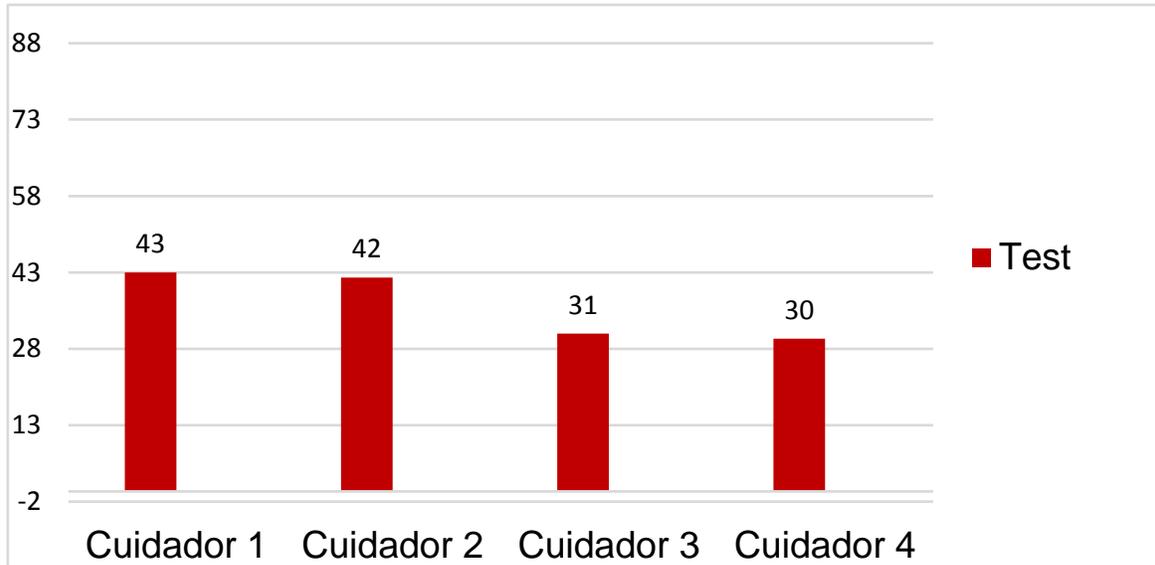
*Características demográficas de los cuidadores.*

	<b>Cuidador 1</b>	<b>Cuidador 2</b>	<b>Cuidador 3</b>	<b>Cuidador 4</b>
<b>Edad</b> (años)	52	50	55	55
<b>Sexo</b>	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
<b>Escolaridad</b> (años)	15	15	12	19
<b>Horas de</b> <b>cuidado</b>	7 días	7 días	3 días	3 días

A continuación, se presentan los resultados del pre-test de la escala de sobrecarga de Zarit para los cuidadores (Figura 2).

**Figura 2**

*Puntajes de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.*



*Nota.* Los cuidadores uno y dos presentan un índice de carga de 43 y 42 puntos respectivamente, sin embargo, no llega a considerarse sobrecarga debido a que los puntos de corte para este instrumento sugieren que una puntuación mayor a 56 puntos indica sobrecarga intensa; mientras que una puntuación menor a 46 puntos, indica que no hay presencia de sobrecarga o que existen niveles de leves a moderados de la misma. Los cuidadores tres y cuatro no presentan índices de sobrecarga de estrés.

Debido a la pandemia por COVID-19, las sesiones siete y ocho del taller se realizaron en línea (a distancia). La contingencia sanitaria impidió la revaloración del estado cognitivo de la paciente, así como de la sobrecarga de los cuidadores (evaluación post), motivo por el cual se desconocen los efectos cuantitativos de la intervención.

## 5.6. Resultados Cualitativos de la Intervención en Cuidadores y Paciente

Los hallazgos cualitativos que se describen a continuación fueron obtenidos a partir del análisis de las hojas de evaluación de sesiones, que consisten en una escala de tipo Likert desarrollada durante el diseño de la intervención psicoeducativa. La escala puntúa del uno al cuatro, en donde uno equivale a *puede mejorar*, dos a *regular*, tres a *buena* y cuatro a *excelente*; la cual también cuenta con un apartado de comentarios, en los mismos formatos, en un apartado específico que funciona para evaluar cualitativamente las sesiones; dichas hojas de evaluación de sesiones se completaron en cada sesión.

Complementario a lo anterior, se tomaron en consideración los testimonios verbales de los cuidadores al inicio (cuando se revisaban las tareas) y durante los cierres de las sesiones. Por lo cual, tanto de los comentarios escritos, como de las declaraciones verbales, se obtuvieron resultados cualitativos importantes; los cuales permitieron identificar múltiples efectos de la intervención, tanto en los cuidadores, como en la paciente. De esta manera, cualitativamente, se observaron beneficios a lo largo de las ocho sesiones, los cuales se enlistan a continuación:

- 1) Aumentó de manera importante la motivación de los cuidadores por obtener más información acerca del tema de las demencias, en general, y la enfermedad de Alzheimer, en particular, así como de los factores de riesgo y los factores protectores, incrementándose también el reconocimiento de la importancia que tuvo asistir a la intervención psicoeducativa a nivel personal.
- 2) Se incrementó el tiempo de dedicación al cuidado de la paciente y al cuidado personal de cada uno de los participantes.

- 3) Hubo una mayor tolerancia hacia la paciente y se modificaron de manera favorable las actitudes y los métodos de comunicación, que anteriormente eran inadecuados, empleados hacia la paciente.
- 4) Se identificó una mejora en los hábitos alimenticios y en la higiene de sueño de la paciente y de los cuidadores.
- 5) Se refirió satisfacción al haber adquirido nuevos aprendizajes acerca de las técnicas y estrategias enseñadas a lo largo de la intervención.
- 6) Se identificó, a partir de la sesión seis, una mejora significativa en la calidad de vida de los cuidadores, puesto que refirieron, de manera escrita, que sus niveles de sobrecarga de estrés habían disminuido en comparación con la primera sesión.

Los hallazgos cualitativos aquí descritos se obtuvieron de las hojas de evaluación de cada sesión, las cuales fueron llenadas por los cuidadores al final de cada una de manera escrita, y fueron comentadas en persona por ellos al inicio de las sesiones posteriores.

## Capítulo VI. Discusión

El objetivo general de la presente tesis fue diseñar y pilotear una intervención psicoeducativa dirigida a cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de ambos.

Para el diseño de esta intervención, se utilizaron como fundamento los hallazgos de intervenciones previas, principalmente las que utilizaron estimulación cognitiva (Villalba y Espert, 2014).

Se retomaron de la literatura, aquellas implicaciones que hicieron énfasis en el cambio, tanto estructural, como funcional, del cerebro de las personas que padecen trastorno neurocognitivo mayor. Se ha reportado que, conforme la edad avanza, algunas funciones cognitivas declinan, haciendo que adultos mayores presenten un desempeño cognitivo más bajo en comparación con el de personas más jóvenes. No obstante, dichos cambios se acentúan durante el curso de un cuadro de trastorno neurocognitivo mayor, presentando así un desempeño dos desviaciones estándar por debajo de la media en más de dos dominios cognitivos, como fue el caso de la paciente evaluada en la presente investigación (Ardila y Rosselli, 2007; Grandi y Tirapu, 2017; Kandel, 2013; Papalia et al., 2012).

Se logró diseñar cabalmente la intervención psicoeducativa, la cual consistió en ocho sesiones de taller de aproximadamente una hora y media cada una. El contenido y las técnicas (actividades) que integraron las sesiones se basaron enteramente en el marco de la neuropsicología, tomando en consideración las dificultades cognitivas que comúnmente llegan a presentar los pacientes afectados y en función del nivel de severidad: leve, moderado y severo; siendo concordante con investigaciones similares previas (Cerquera y Galvis, 2013; Montorio et al., 1998; Loureiro, 2018; Zamarrón, et al., 2018; Rai, Yates y Orrell, 2018).

Las técnicas empleadas en la intervención, fungieron como ejercicios de estimulación cognitiva, fueron enseñados en las sesiones y posteriormente aplicados de manera cotidiana en la vida diaria de la paciente. A través de las sesiones se logró brindar información teórica, estrategias y apoyos para el adecuado manejo y cuidado de los pacientes; se implementaron también estrategias para disminuir la sobrecarga de estrés en los cuidadores y se evaluó el estado cognitivo de una paciente con trastorno neurocognitivo mayor y la sobrecarga de estrés en sus cuidadores informales antes de la implementación de la intervención psicoeducativa diseñada.

La consideración de aspectos bioéticos fue de utilidad para la estructuración de las sesiones, puesto que permitió desarrollar de manera correcta y eficiente cada uno de los ejercicios de estimulación cognitiva y su aplicación en situaciones de la vida cotidiana, siguiendo los principios de consentimiento informado, respeto a la toma de decisiones, autonomía y voluntad en todos los participantes; todo esto a través del reconocimiento recíproco, que es la facultad de reconocer a las personas como sujetos de derechos y obligaciones. De esta manera, se logró construir en las sesiones presenciales, tanto en la evaluación como en las de intervención, un ambiente adecuado en donde todos los participantes, paciente y cuidadores, se sintieron respetados (Suberviola et al., 2013).

De acuerdo con los resultados de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI Breve) se reconoció que la paciente, una adulta mayor de 83 años de edad y previamente diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer, presenta alteraciones severas en su estado de alerta y en la capacidad de orientación (tiempo, espacio y persona); alteraciones severas en la selección y mantenimiento atencional, en la codificación y evocación de la memoria de tipo auditivo-verbal, en la denominación y repetición del lenguaje, en habilidades académicas (lectura, escritura y aritmética), en funciones ejecutivas (planeación, inhibición de la respuesta y

pensamiento abstracto), así como en sus funciones motoras (praxias). Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por diferentes autores (Castillo et. al, 2014; Peña et al., 2012; Romano et. al, 2007).

Los cambios cognitivos que la paciente evaluada presenta, interfieren en su desempeño en actividades de la vida cotidiana (básicas, instrumentales y complejas) debido a ello, y tomando en consideración los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2013) fue posible identificar el diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor debido a Enfermedad de Alzheimer (F02.80) (Ardila y Rosselli, 2007; González y Ostrosky, 2018).

Se logró pilotear la intervención de manera presencial, con un grupo de cuatro cuidadores que atienden a una misma paciente, previamente diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer, hasta la sesión número seis, puesto que, debido a la pandemia por COVID-19, las sesiones siete y ocho se tuvieron que realizar en línea (a distancia). Con lo anterior, los objetivos uno y dos del estudio lograron cumplirse de manera adecuada. La contingencia sanitaria impidió la revaloración del estado cognitivo de la paciente, así como de la sobrecarga de los cuidadores (evaluación post) tal como se tenía contemplado, razón por la cual se desconocen los efectos de la intervención de manera cuantitativa.

No obstante, de manera cualitativa, tomando en consideración los comentarios escritos recabados, como las declaraciones verbales obtenidas de los cuidadores sesión con sesión, se lograron detectar diferentes resultados positivos o beneficios, tanto en los cuidadores como en la paciente.

Respecto al objetivo tres de este estudio, que fue evaluar y comparar la sobrecarga de estrés en los cuidadores antes y después de la implementación de una intervención psicoeducativa para

comprobar si hubo una disminución en la sobrecarga de estrés en los cuidadores, se logró evaluar la sobrecarga en los mismos antes de la intervención. Así mismo, los cuidadores refirieron de manera escrita en la sesión seis, que sus niveles de sobrecarga de estrés habían disminuido en comparación con la primera sesión, de acuerdo a su sentir personal.

Estos datos concuerdan con estudios previos, los cuales enuncian que las intervenciones psicoeducativas y los programas de intervención con enfoque neuropsicológico contribuyen a disminuir la sobrecarga, mediante la utilización de diferentes técnicas de relajación. De este modo se rechaza la hipótesis nula uno, respecto a que la intervención psicoeducativa no disminuiría la sobrecarga de estrés en los cuidadores (Alonso et al., 2004; Juárez, Jarillo y Rosas, 2014; Romero et al., 2011).

El diseño del método y los resultados obtenidos en la presente tesis, difieren de los realizados por otros autores, cuyos objetivos fueron similares a los planteados en esta investigación. Al ser una intervención de duración corta y no de larga duración (seis meses), lo cual hubiese implicado una desventaja a largo plazo para los cuidadores; y siendo de esta manera, compatible con las implicaciones futuras propuestas en las mismas. Es decir, el aplicar un mayor número de actividades cotidianas, en un periodo más corto de tiempo de intervención (Woods, Aguirre y Spector, 2012).

Al mismo tiempo, comparte similitudes con trabajos realizados previamente, las cuales reciben el nombre de Terapia Individual de Estimulación Cognitiva; intervenciones ideales para ser aplicadas en el hogar de los pacientes y que utilizan actividades cotidianas como formas de estimulación cognitiva (Rai, Yates y Orrell, 2018).

Correspondiente con el objetivo cuatro, el cual fue evaluar y comparar el estado cognitivo de una paciente con Trastorno Neurocognitivo Mayor antes y después de la implementación de la intervención psicoeducativa con los cuidadores y mantener en el mismo nivel de funcionamiento el estado cognitivo de la paciente; se logró evaluar el estado cognitivo antes de la intervención.

No obstante, debido a la llegada de la pandemia por COVID-19, la séptima y octava sesión no lograron realizarse de manera presencial, puesto que la Unidad de Rehabilitación José Morán cerró debido a las medidas sanitarias implementadas en la Ciudad de México; además, la paciente forma parte de una población vulnerable al virus, por lo que la continuación de la intervención de manera presencial hubiera implicado riesgo de contagio para ella y las personas implicadas en su cuidado. Por esta razón, las últimas dos sesiones fueron grabadas y enviadas a los cuidadores de manera electrónica.

De acuerdo al análisis de las hojas de evaluación que se completaron en cada sesión y de los testimonios verbales de los cuidadores durante las sesiones, se logró identificar cualitativamente que el desempeño cognitivo mostrado por la paciente hasta la sesión seis de la intervención se mantuvo en el mismo nivel en orientación persona, memoria autobiográfica, comprensión y expresión del lenguaje y en funciones motoras, por lo que puede rechazarse la hipótesis de trabajo dos, acerca de que la intervención psicoeducativa no mantendría en el mismo nivel de funcionamiento el estado cognitivo de la paciente.

Por último, cabe resaltar que la implementación de intervenciones psicoeducativas de este tipo está expuesta a riesgos o condiciones de diversa índole, que pueden modificar o impedir, parcial o totalmente, la realización de las actividades contempladas. Los cuidadores refirieron sentimientos de preocupación respecto al tema de la pandemia, y mencionaron estar dispuestos a retomar el taller de manera presencial una vez que se lograra regresar a la normalidad. Sin

embargo, al haberse prolongado tanto el periodo de confinamiento, se mostraron menos cercanos al evaluador, incluso habiendo interés y esfuerzo por mantenerlos monitoreados.

## Conclusiones

Con base en los resultados cualitativos en el presente estudio, se puede concluir que la estimulación cognitiva en la vida diaria a través de los cuidadores parece generar efectos protectores importantes en la cognición de los pacientes afectados por trastorno neurocognitivo mayor. Las intervenciones psicoeducativas de este tipo también contribuyen al mantenimiento de habilidades en las actividades de la vida diaria.

Las técnicas de relajación implementadas con los cuidadores, en conjunto con estrategias para la modificación de malos hábitos de sueño y de alimentación por otros más saludables, parecen contribuir a la disminución de la sobrecarga de estrés en los cuidadores de pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor.

La bioética resulta ser importante para el diseño y estructuración de cualquier tipo de intervención en el ámbito de salud, ya sea física o mental, puesto que reitera la necesidad de considerar el respeto a las decisiones, autonomía y voluntades anticipadas de los participantes, en este caso, los pacientes y sus cuidadores, y de este modo, garantizar un trato digno hacia ellos.

La psicoeducación dirigida a los cuidadores, además de brindar herramientas de utilidad para el adecuado desempeño de la labor de cuidado, también genera una concientización acerca de esta patología, contribuyendo a una mayor tolerancia por parte de ellos hacia los pacientes, así como una mayor empatía y comprensión al respecto.

De igual modo, el haber llevado a cabo esta intervención, permite resaltar la importancia de que los cuidadores se encuentren mejor capacitados, además de que logren reconocer adecuadamente los déficits del paciente cuidado, para que, de este modo, la participación e involucramiento en la labor que desempeñan sea más activa y esté adecuadamente dirigida a las

demandas solicitadas. La aplicación de estas técnicas en conjunto, pueden generar beneficios relevantes para el paciente y sus cuidadores, mejorando así la calidad de vida de ambos.

Las intervenciones basadas en el marco de la neuropsicología toman cada día una mayor importancia en el mundo debido al incremento en el número de adultos mayores, así como del número de personas afectadas por trastorno neurocognitivo mayor. Por lo tanto, intervenciones como las que en este trabajo se diseñaron pueden llegar a ser cada vez más importantes, y su implementación podría llegar a considerarse necesaria en la mayoría de las instituciones de salud en un futuro cercano, combinadas con otro tipo de intervenciones farmacológicas, neurológicas, médicas, nutricionales, entre otras.

## **Limitaciones**

- El número de participantes en el piloteo de la intervención psicoeducativa fue muy pequeño, lo cual, unido a la falta de un grupo control en el diseño del estudio, impide contar con suficiente evidencia de la pertinencia, viabilidad y efectividad de la intervención.
- Las medidas sanitarias que se pusieron en marcha por la pandemia por COVID-19, impidieron la adecuada finalización del estudio, afectando tanto la impartición de las últimas dos sesiones de la intervención (las cuales tuvieron que ser no presenciales) como la valoración post de la paciente y sus cuidadores mediante pruebas formales.

## **Reflexiones sobre la Implementación de la Intervención**

A lo largo de la ejecución de la intervención, se presentaron diferentes retos, los cuales generaron los siguientes aprendizajes:

- 1) Resulta fundamental incentivar la asistencia y puntualidad de los participantes en intervenciones de este tipo, dado que las faltas y la impuntualidad impiden que las personas reciban la intervención completa, disminuyendo así su potencial efecto.
- 2) Considerando la posibilidad de que dos cuidadores que atienden a un mismo paciente participen en la intervención de manera simultánea, es importante que se trabaje con ellos en la identificación y resolución de conflictos, dado que llega a ser común a presencia de desacuerdos y tensiones interpersonales. Esto se menciona puesto que las dificultades en la interacción previa entre los mismos cuidadores se volvieron evidentes durante el piloteo de la intervención, obstaculizando el curso esperado de algunas actividades.
- 3) Como consecuencia de las medidas preventivas ante la pandemia por COVID-19, las actividades no presenciales que tuvieron que realizarse, representaron un gran desafío para los cuidadores, puesto que su constancia y apego hacia las sesiones siete y ocho disminuyeron. Al ser una población con poco dominio de las tecnologías de la información y la comunicación, los cuidadores mostraron dificultad para utilizar medios electrónicos y aplicaciones móviles para uso de videoconferencia, consulta de documentos PDF y visualización de diapositivas en Power Point. Pese a que les fueron solicitadas en repetidas ocasiones las evidencias de trabajo y reportes semanales de tareas, los cuidadores dejaron de manifestar el nivel de interés expuesto previamente (en la sexta sesión), lo cual dificultó en gran medida la obtención de resultados finales para el presente estudio.

## Consideraciones Futuras

Respecto a la intervención, para ediciones futuras se sugiere:

- Ajustar el diseño de la intervención psicoeducativa para su implementación no presencial (en línea) o híbrida, respondiendo a las condiciones que ha generado la pandemia por COVID-19. Contar con ambas modalidades: presencial y no presencial, permitirá que la iniciativa se adapte a las diferentes realidades y necesidades, incrementando así su aplicabilidad y alcance potencial.
- Incluir una sesión dedicada a la resolución de conflictos personales entre los cuidadores que asisten a un solo cuidador, para que se realice en caso de que se identifiquen desacuerdos o problemas generadores de tensión entre dichos cuidadores.

En cuanto a cuestiones metodológicas se recomienda:

- Ampliar el tamaño de la muestra que recibe la intervención psicoeducativa, a fin de aumentar la validez externa del estudio.
- Incluir en el diseño de evaluación a un grupo control para robustecer la solidez de las conclusiones derivadas del estudio.

## Referencias

- Arango Lasprilla, J. C. Fernández Guinea, S. y Ardila, A. (2003). *Las demencias*. El Manual Moderno.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007) *Neuropsicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Babarro, A., Barral, A., Ponce, A., Ruiz, R., y Pastor, M. (2004). *Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS*. Atención primaria.
- Bondi, M. W., Edmonds, E. C., & Salmon, D. P. (2017). Alzheimer's Disease: Past, Present, and Future. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 23(9-10), 818–831. <https://doi.org/10.1017/S135561771700100X>
- Cassinello, M., Mestre, L. y Fernández Ballesteros, R. (2008). *Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva*. Psicothema.
- Castillo, A., Luna, J., López, R., Pliego, F., Sánchez, U. y Gallegos, E. (2014). *Perfil neuropsicológico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, vascular y trastorno frontotemporal en población mexicana*. *Revista Mexicana de Neurociencia*.
- Cerquera, A. y Galvis, M. (2013) *Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores*. *Persona y bioética*.
- Cerquera, A., Granados, F. y Buitrago, A. (2012) *Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Chrem, P., Calandri, I., Nahas, F., Russo, M., Demey, I., Martín, M., Clarens, M., Harris, P., Tapajoz, F., Campos, J., Surace, E., Martinetto, H., Ventrice, F., Cohen, G., Vázquez, S., Romero, C., Guinjoan, S., Allegri, R. y Sevlever, G. (2018). *Argentina Alzheimer's disease neuroimaging initiative (arg-ADNI): neuropsychological evolution profile after one follow-up*. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*.

Díaz-Mardomingo, M., García-Herranz, S. y Peraita-Adrados H. (2010). *Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: un estudio longitudinal de casos*. Madrid, España: Departamento de Psicología Básica I. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Domingo, S. (2009). *Envejecimiento exitoso*. *Revista Médica Clínica Las Condes*.

Espert-Tortajada, R. y Villalba-Agustín, M. (2014). *Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica*. *Therapeia*.

Flórez, J., Adeva, M. y García, M. (1997). *Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos*. Jano, Medicina y Humanidades.

Grandi, F., y Tirapu Ustárroz, J. (2017). *Cognitive neuroscience of aging: explanatory models*. *Revista española de geriatría y gerontología*, 52(6), 326–331.  
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.005>

Guerra (2015). *Vejez, envejecimiento y eugenesia en Colombia*. Consideraciones Históricas, *Revista Latinoamericana*.

- Gustin, L., y Wagner, L. (2013). *The butterfly effect of caring—clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences.
- Hiyoshi-Taniguchi, K, Becker, C. y Kinoshita, A. (2018). *What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout?* Clin Gerontol.
- Houston, W. y Bondi, M. (2006). *Potentially reversible cognitive symptoms in older adults*. Geriatric neuropsychology: assessment and intervention. Nueva York: Oxford University Press.
- Hudspeth, A., Jessell, T., Kandel, E., Schwartz, J. y Siegelbaum, S. (2013). *Principles of neural science*. McGraw-Hill, Health Professions Division.
- Kandel, E. (2013). *Principles of Neural Science. 5th Edition*. AMGH Editora.
- López, G., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J. y Alonso, F. (2009). *El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud*. Revista Clínica de Medicina de Familia.
- López, J. y Agüera, L. (2015). *Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría*. Psicogeriatría.
- Megía, M. y Moreno, J. (2013). *Salud Mental Y Bioética: Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar*. Generalitat, Conselleria de Sanitat.
- Migliacci, M., Scharovsky, D. y Gonorazky, S. (2009). *Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos*. Revista de neurología.

- Miranda-Castillo, C., Mascayano-Tapia, F., Roa-Herrera, A., Maray-Ghigliotto, F. y Serraino-Guerra, L. (2012). *Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Montorio-Cerrato, I., Fernández-Trocóniz, M., López-López, A. y Sánchez-Colodrón, M. (1998). *La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Morales, C. y Rodríguez, J. (2011). *Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales*. Revista de neurología.
- Morrison, J. y Hof, P. (1997). *Life and death of neurons in the aging brain*. Science.
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., Burns, A., Knapp, M., Leroi, I., Moniz-Cook, E., Pearson, S., Simpson, S., Spector, A., Roberts, S., Russell, I., de Waal, H., Woods, R. T., & Orgeta, V. (2017). *The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial*. PLoS medicine, 14(3), e1002269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>
- Peña-Casanova, J., Sánchez-Benavides, G., Sola, S., Manero-Borrás, R. y Casals-Coll, M. (2012). *Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer*. Archives of Medical Research.
- Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M., Parra-Anguita, L. y Pino-Casado, R. (2017). *Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España*. Atención Primaria.

- Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivanik R., Tangelos, E. y Kokmen, E. (1999). *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. ArchNeurol.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*, Universidad Complutense de Madrid, McGraw-Hill.
- Prado, J. y Jiménez-Huete, A. (2019). *Neuroimagen en demencia. Correlación clínico-radiológica*. Radiología.
- Przedborski, S., Vila, M., y Jackson-Lewis, V. (2003). *Series Introduction: Neurodegeneration: What is it and where are we?* Journal of Clinical Investigation.
- Raab, K. (2014). *Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature*. Journal of Health Care Chaplaincy.
- Rai, H., Yates, L., y Orrell, M. (2018). *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia*. Clinics in geriatric medicine, 34(4), 653–665. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.010>
- Raz, L., Knoefel, J., & Bhaskar, K. (2016). *The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia*. Journal of cerebral blood flow and metabolism: official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism, 36(1), 172–186. <https://doi.org/10.1038/jcbfm.2015.164>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). *Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. Revista Mexicana de Psicología.
- Romano, F., Nissen, M., Del Huerto, N. y Parquet, C. (2007). *Enfermedad de Alzheimer*. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1997). *Successful Aging*. The Gerontologist.

- Sherman, D., Mauser, J., Nuno, M. y Sherzai, D. (2017). *The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): A meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures*. *Neuropsychology review*.
- Tartaglini, M., Ofman, S. y Stefani, D. (2010). *Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Tisher, A., y Salardini, A. (2019). *A Comprehensive Update on Treatment of Dementia*. *Seminars in neurology*, 39(2), 167–178. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683408>
- Torres, C., Peláez, E. y Muela, J. (2002). *Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer*. *Psicothema*.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. In *Anales de la Facultad de Medicina*.
- Vitaliano, P., Zhang, J. y Scanlan, J. (2003). *Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis*. *Psychological Bulletin*.
- Woods, B., Aguirre, E. y Spector, A. (2012) *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Unidad De Rehabilitación José Morán**

#### **Carta De Consentimiento Informado**

Febrero, 2020

Usted ha sido invitado(a) a participar en la realización de un taller para cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia.

El objetivo de esta investigación es mejorar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de demencia y del cuidador. Así mismo, al participar en la realización de este proyecto, usted apoya al aplicador en el proyecto de tesis para su titulación en la carrera de Psicología y al aporte del conocimiento científico, puesto que la información obtenida al término del trabajo puede apoyar a la implementación de otros talleres futuros.

El proceso de intervención incluye la aplicación de una serie de pruebas neuropsicológicas para una evaluación integral llevada a cabo por un estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la primera fase se llevará a cabo lo siguiente:

Historia clínica del (la) paciente.

Evaluación neuropsicológica del (la) paciente (se aplicarán cuestionarios para evaluar su estado cognitivo y estado de ánimo).

Segunda fase:

Participación del cuidador(a) en el taller (se aplicarán cuestionarios de evaluación) cuya duración será de 8 sesiones, una por semana, de una duración de hora y media cada una.

Tercera fase:

Entrega de resultados.

Se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este trabajo. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines especificados y serán analizados únicamente por el aplicador Ivan Alberto Gómez Coronel.

Su participación será totalmente voluntaria, por lo que no está obligado(a) de ninguna manera a participar en este trabajo. En caso de que decida no participar en la investigación o dejar de hacerlo, no se verá perjudicado ni se le negará algún otro tipo de servicio dentro de la Unidad de Rehabilitación.

“Por medio de la presente hago constar que estoy de acuerdo con participar en este proyecto. Declaro que mis preguntas previas acerca de la investigación han sido respondidas satisfactoriamente. Asimismo, afirmo haber leído y estar de acuerdo con lo expuesto en esta carta y doy mi consentimiento para iniciar con el trabajo”

---

Nombre y firma del participante

Nº telefónico\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_

Nombre y firma del evaluador

## Anexo 2

### CARTA DESCRIPTIVA

#### SESIÓN 1

TEMA/DURACIÓN	MATERIAL	OBJETIVO	ACTIVIDAD
<b>Presentación</b> 10 minutos	Lista de asistencia. Tarjetas con fragmentos de refranes. Presentación Power Point (PPT).	Realizar un encuadre adecuado del taller, incluyendo reglas, horarios, objetivos del taller y objetivos de la sesión 1.	Presentación del taller: se explicará el objetivo general, la importancia del taller, a quién va dirigido, el número de sesiones, la duración y la temática general de cada sesión. Dinámica de presentación “Presentación por parejas”: se formarán parejas entre los cuidadores para presentarse entre ellos, cada pareja debe intercambiar determinado tipo de información que sea de interés para todos, por ejemplo, nombre, interés por la actividad a desarrollar, expectativas, etcétera.  El moderador explicará los objetivos generales y el objetivo específico de la sesión 1.
<b>Demencia</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán sobre la etiología de la demencia.	Lluvia de ideas. Se pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben acerca de la demencia.

			Exposición informativa. Se brindará información teórica acerca de la demencia y algunos de sus subtipos.
<b>Funciones cognitivas</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán qué son las funciones cognitivas y algunas de ellas.	Lluvia de ideas. Se les preguntará a los cuidadores lo que saben sobre funciones cognitivas. Psicoeducación El moderador brindará información teórica sobre funciones cognitivas.
<b>Actividades de la vida diaria</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán lo que son las actividades de la vida diaria y sus tipos.	Lluvia de ideas. Se les preguntará a los cuidadores qué es lo que saben sobre las actividades de la vida diaria. Psicoeducación El moderador explicará lo que son las actividades básicas, instrumentales y complejas de la vida diaria.
<b>Factores protectores y factores de riesgo</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán los factores protectores y los factores de riesgo para prevenir la demencia.	Psicoeducación Se explicarán los factores de riesgo que existen para prevenir el riesgo de demencia en la adultez tardía.
<b>Tratamientos</b> 10 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán los tipos de tratamientos directos e	Lluvia de ideas.

		indirectos para el paciente y el cuidador mismo.	Se preguntará a los cuidadores los tipos de tratamientos que conocen, tanto directos como indirectos. Psicoeducación El moderador explicará los diferentes tipos de tratamiento (directos e indirectos).
<b>Tipos de afrontamiento</b>	PPT	Los cuidadores reconocerán	Actividad.
20 minutos	Escala de sobrecarga de Zarit. Hojas blancas. Bolígrafos.	de los tipos de afrontamiento, sus subtipos y clasificación.	El moderador pedirá a los cuidadores que mencionen la manera en que afrontan la situación de cuidado con el paciente. Se aplicarán los cuestionarios: <i>Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit</i> . Psicoeducación. Se reconocerán las diferentes formas de afrontamiento y cuál de ellas es la mejor opción para llevar a cabo la labor de cuidado. Actividad. Se les pedirá a los pacientes que hagan una lista de las estrategias de afrontamiento que llevan a cabo para afrontar la situación de cuidado y clasificarlas en positivas y negativas. Psicoeducación.

					Se reconocerá la clasificación correcta de las estrategias de afrontamiento positivas y negativas del cuidador.
<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b>	10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la primera sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: implementar estrategias positivas a lo largo de la semana.	

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 2**

---

<b>Tema/ duración</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT). Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>¿Qué dificultades tuvieron?</b> 5 minutos	PPT	Brindar retroalimentación sobre las dificultades que tuvieron en la realización de la tarea.	El moderador brindará la siguiente instrucción: “bien, ahora vamos a ver qué nos costó trabajo en la semana, ¿Qué se les hizo difícil de la tarea?” De ser necesario, el moderador responderá dudas brevemente.
<b>Objetivos y presentación de la sesión 2</b>	PPT Diario de alimentación	Los cuidadores conocerán las características que debe tener una adecuada alimentación en los pacientes con demencia y cómo	Lluvia de ideas Se les pedirá a los cuidadores que mencionen qué alimentos son necesarios para una alimentación saludable.

---

<p><b>sobre alimentación</b> 20 minutos</p>		<p>registrar su alimentación con la ayuda de un diario.</p>	<p>Exposición informativa El moderador explicará en qué consiste una adecuada alimentación, los alimentos que se deben incluir en la dieta del paciente con demencia y los alimentos que deben evitarse.</p>
<p><b>¿Cómo identificar las grasas?</b> 20 minutos</p>	<p>PPT</p>	<p>Los cuidadores conocerán estrategias y recomendaciones para identificar grasas buenas y grasas dañinas para el organismo en los alimentos del día a día.</p>	<p>Lluvia de ideas. Se preguntará a los cuidadores sobre el tipo de grasas que conocen y su método para identificarlas. Exposición informativa El moderador explicará a los cuidadores el tipo de grasas saludables y dañinas que existen y el mejor método para identificarlas y evitarlas.</p>
<p><b>Ejercicio físico</b> 10 minutos</p>	<p>PPT</p>	<p>Los cuidadores conocerán la importancia del ejercicio físico tanto para edades tempranas como en edades tardías con el objetivo de mejorar en todos los aspectos posibles su actividad física.</p>	<p>Lluvia de ideas. Se les preguntará a los cuidadores lo que saben respecto al ejercicio físico. Exposición informativa Se explicará la definición de ejercicio, su importancia, los beneficios que tiene sobre el paciente con demencia y en sí mismos.</p>

<b>Plan de acción:</b> <b>ejercicio</b> 10 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán el plan de acción que pueden seguir para llevar a cabo una adecuada rutina de ejercicio en conjunto con los pacientes y recomendaciones para llevar a cabo.	Exposición informativa Se explicará el plan de acción, recomendaciones y qué hacer cuando el paciente comience a sentirse mal durante la rutina de ejercicio.
<b>Técnica de relajación</b> 10 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán y llevarán a cabo una actividad de relajación para disminuir su estado de estrés.	Actividad El moderador pedirá al grupo que cada uno de los cuidadores se sienten en una posición cómoda, con los antebrazos apoyados en los muslos y las piernas ligeramente separadas, apoyando los pies en el suelo. Al mismo tiempo, deben cerrar los ojos y tratar de concentrarse en las palabras que dirá.
<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la segunda sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 2. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: implementar la tarea de relajación en el momento de mayor estrés durante la semana iniciando desde ese mismo día y registrar en la hoja/calendario los días que lograron llevarla a cabo.

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 3**

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT). Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>¿Qué dificultades tuvieron?</b> 5 minutos	PPT	Brindar retroalimentación sobre las dificultades que tuvieron en la realización de la tarea.	El moderador brindará la siguiente instrucción: “bien, ahora vamos a ver qué nos costó trabajo en la semana, ¿Qué se les hizo difícil de la tarea?” De ser necesario, el moderador responderá dudas brevemente.
<b>Objetivos y presentación de la sesión 3 sobre higiene de sueño</b> 10 minutos	PPT Hoja de registro de sueño	Los cuidadores conocerán las características que debe tener una adecuada higiene de sueño en los pacientes con demencia y en sí mismos, además de cómo	Lluvia de ideas Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben respecto a lo que es la higiene de sueño.

---

		registrar la misma con la ayuda de una hoja de registro.	Exposición informativa El moderador explicará que es y en qué consiste una adecuada higiene de sueño.
<b>Importancia del sueño</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán la importancia de una adecuada higiene de sueño.	Lluvia de ideas. Se preguntará a los cuidadores el por qué es importante dormir adecuadamente. Exposición informativa El moderador explicará a los cuidadores la necesidad de dormir correctamente.
<b>Consecuencias de una inadecuada higiene de sueño</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán las consecuencias de una inadecuada higiene de sueño, tanto para los pacientes con demencia, como para sí mismos.	Lluvia de ideas. Se les preguntará a los cuidadores si conocen los riesgos de no dormir adecuadamente. Exposición informativa Se explicarán las consecuencias de una inadecuada higiene de sueño a los cuidadores.
<b>Recomendaciones para tener una adecuada higiene de sueño</b> 5 minutos	PPT	Los cuidadores conocerán las estrategias para mejorar la calidad de sueño tanto para los pacientes, como para sí mismos.	Exposición informativa. Se darán a conocer las estrategias y recomendaciones para mejorar la higiene de salud y mantener un estilo de vida saludable.

<b>Actividades placenteras/recreativas</b> 10 minutos	PPT Hoja de registro de las actividades a desempeñar.	Los cuidadores conocerán el plan de acción para llevar a cabo actividades recreativas en conjunto con el paciente.	Actividad El moderador explicará los pasos a seguir para enlistar y organizar las actividades recreativas que puede desempeñar con el paciente, así como las recomendaciones a seguir para que las actividades placenteras se lleven a cabo adecuadamente en ambos.
<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la tercera sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 3. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: llevar a cabo las actividades recreativas en las que ambos (paciente y cuidador) interactúen, iniciando desde este mismo día y registrar en la hoja/calendario los días que lograron realizarlas.

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 4**

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT). Hojas/calendario de tareas.	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>¿Qué dificultades tuvieron?</b> 5 minutos	PPT	Brindar retroalimentación sobre las dificultades que tuvieron en la realización de la tarea.	El moderador brindará la siguiente instrucción: “bien, ahora vamos a ver qué nos costó trabajo en la semana, ¿Qué se les hizo difícil de la tarea?” De ser necesario, el moderador responderá dudas brevemente.

---

<p><b>Objetivos y presentación de la sesión 4 sobre orientación</b> 10 minutos</p>	<p>PPT Hojas de evaluación</p>	<p>Los cuidadores conocerán las técnicas para reorientar al paciente en tiempo, espacio y persona, así como, conocer la forma de evaluar su orientación con la ayuda de una hoja de evaluación.</p>	<p>Lluvia de ideas Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben sobre la orientación. Exposición informativa El moderador explicará que es y en qué consiste la orientación y sus modalidades (tiempo espacio y persona).</p>
<p><b>Ejercicios para reorientar al paciente en tiempo</b> 5 minutos</p>	<p>PPT</p>	<p>Los cuidadores conocerán los ejercicios que pueden implementar para reorientar al paciente en tiempo.</p>	<p>Exposición informativa El moderador explicará a los cuidadores la importancia de la orientación tiempo, así como las dinámicas para potenciar la orientación en tiempo en los pacientes (ubicar hora, día, semana, mes y año en el que está).</p>
<p><b>Ejercicios para reorientar al paciente en espacio</b> 5 minutos</p>	<p>PPT</p>	<p>Los cuidadores conocerán los ejercicios que pueden implementar para reorientar al paciente en espacio.</p>	<p>Exposición informativa El moderador explicará a los cuidadores la importancia de la orientación espacio, así como las dinámicas para potenciar la orientación en espacio en los pacientes (ubicar la calle y colonia donde vive, cómo llegar de un punto geográfico a otro).</p>

<p><b>Ejercicios para PPT reorientar al paciente en persona</b> 5 minutos</p>	<p>Los cuidadores conocerán los ejercicios que pueden implementar para reorientar al paciente en persona.</p>	<p>Exposición informativa El moderador explicará a los cuidadores la importancia de la orientación persona, así como las dinámicas para potenciar la orientación en persona en los pacientes (reconocer adecuadamente su nombre, su edad, el nombre de sus familiares cercanos).</p>
<p><b>Técnica de PPT inoculación del estrés</b> Hojas blancas y lápiz. 10 minutos</p>	<p>Los cuidadores conocerán el plan de acción para llevar a cabo la técnica de inoculación del estrés.</p>	<p>Actividad El cuidador redactará las situaciones causantes de más estrés o angustia valorándolas del 1 al 10. Visualizará las situaciones que le generan estrés e intentará relajarse durante la visión de estas imágenes con la técnica de relajación muscular vista en la sesión 2. Preparará pensamientos que ayuden a contrarrestar las posibles ideas negativas que vayan a aparecer. Llevar a cabo este ejercicio en una situación real (en vivo).</p>

---

<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la tercera sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 4. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: Implementar la técnica de inoculación del estrés en el momento de mayor necesidad durante la semana y registrar cada día en la hoja/calendario: Del 1 al 10 ¿Qué tan estresado me sentí en el día?
--	---	---	---

---

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 5**

---

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT). Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.

---

<p><b>¿Qué dificultades tuvieron?</b> 5 minutos</p>	<p>Hojas/calendario de tareas</p>	<p>Brindar retroalimentación sobre las dificultades que tuvieron en la realización de la tarea.</p>	<p>El moderador brindará la siguiente instrucción: “bien, ahora vamos a ver qué nos costó trabajo en la semana, ¿Qué se les hizo difícil de la tarea?” De ser necesario, el moderador aclarará dudas brevemente.</p>
<p><b>Objetivos y PPT presentación de la sesión 5 sobre atención</b> 10 minutos</p>	<p>Hojas de evaluación</p>	<p>Los cuidadores conocerán el concepto de atención, los subtipos que existen de la misma y las dificultades más comunes que se pueden presentar en los pacientes.</p>	<p>Lluvia de ideas. Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben sobre atención. Exposición informativa. El moderador explicará que es y en qué consiste la atención y sus modalidades (selectiva y sostenida). Así mismo, se darán ejemplos sobre las dificultades más frecuentes de atención en los pacientes.</p>
<p><b>Ejercicios para mejorar la atención en los pacientes</b> 30 minutos</p>	<p>PPT Formatos de tareas.</p>	<p>Los cuidadores conocerán las actividades que pueden implementar para mejorar la</p>	<p>Exposición informativa. El moderador explicará a los cuidadores la importancia de la atención en los pacientes. Ejercicios lunes:</p>

---

atención en los pacientes. Leve: Pedir al paciente preparar la ropa lavada que se va a planchar de la que no necesita plancharse.

Moderada: Separar camisas, blusas y playeras.

Severa: separar los pantalones de las camisas.

Ejercicios martes:

Leve: Pedir al paciente hacer un sándwich él solo, donde únicamente le proporcionaremos las instrucciones para prepararlo.

Moderada: preparar un sándwich junto con el paciente.

Severa: preparar un sándwich junto con el paciente siendo el cuidador el modelo a seguir.

Ejercicios miércoles:

Pedir ayuda al paciente para que acomode los artículos de la despensa o mandado.

Leve: acomodar todo (a excepción de artículos muy pesados) en la cocina y en el baño.

Moderada: acomodar los artículos de la despensa (sólo los que van en la cocina).

Severa: acomodar artículos de uso diario en la alacena de la casa.

Por ejemplo: sal, azúcar, café y chocolate en polvo.

Ejercicios jueves:

---

---

Recortar viñetas o historietas cortas de algún periódico y ponerlas en desorden para que el paciente las pueda acomodar correctamente después de haberlas visto por 10 segundos.

Leve: ordenar una tira cómica larga (8 imágenes).

Moderada: ordenar una tira cómica no muy larga (4 a 5 imágenes).

Severa: ordenar una tira cómica corta (3 imágenes).

Ejercicios viernes:

Leve: limpiar los frijoles (separar las piedritas) para la comida.

Moderada: separar frijoles bayos de frijoles negros.

Severa: separar frijoles de garbanzos.

Ejercicios sábado:

Leve: pedir al paciente colorear una mandala con la mayor cantidad de colores posible evitando salirse de los bordes y se le tomará el tiempo.

Moderada: pedir al paciente colorear como mejor le convenga una mandala y se le tomará el tiempo.

Severa: pedir al paciente colorear como mejor le convenga un dibujo y se le tomará el tiempo.

Ejercicios domingo:

Leve: jugar lotería con el paciente utilizando el tablero completo (16 imágenes).

---

			<p>Moderada: jugar lotería con el paciente utilizando 12 imágenes.</p> <p>Severa: jugar lotería con el paciente utilizando el tablero con 8 imágenes.</p>
<p><b>Técnica de PPT</b></p> <p><b>meditación</b></p> <p>10 minutos</p>	<p>Los cuidadores conocerán el plan de acción para llevar a cabo la técnica de meditación.</p>	<p>Actividad.</p> <p>El moderador dará a los cuidadores las siguientes instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.</li> <li>2. Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.</li> <li>3. Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.</li> <li>4. Mantengámonos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.</li> <li>5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.</li> <li>6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.</li> </ol>	

---

<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la quinta sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 5. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: Practicar este ejercicio durante quince minutos al día (registrar). Reconocer lo que se siente al pasar un rato después de iniciada la técnica y al finalizar, anotar en una lista las cosas que le distrajeron durante el ejercicio.
--	---	--	--

---

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 6**

---

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT) Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>Objetivos y presentación de la sesión 6 sobre memoria</b> 10 minutos	PPT Hojas de evaluación	Los cuidadores conocerán el concepto de memoria y los subtipos que existen de la misma.	Lluvia de ideas. Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben sobre memoria. Exposición informativa. El moderador explicará que es y en qué consiste la memoria y sus modalidades (a corto y largo plazo).
<b>Ejercicios para mejorar la memoria en los pacientes</b> 30 minutos	PPT Formatos de tareas.	Los cuidadores conocerán las actividades que pueden implementar para mejorar la memoria en los pacientes y la forma de evaluar la misma.	Exposición informativa. El moderador explicará a los cuidadores la importancia de la memoria en los pacientes. Ejercicios lunes: Leve: pedir al paciente leer (o leer por él) una nota extensa del periódico (que abarque toda la hoja) y hacer todas las preguntas posibles sobre el contenido.

---

---

Moderada: pedir al paciente leer (o leer por él) una nota no muy extensa del periódico (que abarque la mitad de la hoja) y pedir que cuente todo lo que recuerde.

Severa: leer al paciente una nota corta del periódico sobre datos curiosos y después preguntar datos generales de la misma.

Ejercicios martes:

Leve: ver un programa de televisión reciente junto con el paciente, cuya duración sea de 40 a 60 minutos y al finalizar hacerle preguntas sobre lo que trató.

Moderada: ver un programa de televisión reciente junto con el paciente, cuya duración sea de 20 a 30 minutos y al finalizar hacerle preguntas sobre lo que trató.

Severa: Elegir un programa del gusto del paciente y verlo junto con él. Al finalizar, hacer preguntas sobre lo que trató.

Ejercicios miércoles:

Identificar la música favorita del paciente. Poner una canción de su gusto y preguntar lo siguiente:

Leve: ¿Te acuerdas de esta canción? ¿Te acuerdas de quién la canta? ¿Te recuerda algo? ¿Recuerdas cómo va?

---

---

Moderada: ¿Quién la canta? ¿Recuerdas cómo va la canción?

Severa: ¿Te acuerdas de esa canción? ¿Recuerdas cómo va la letra?

Ejercicios jueves:

Leve: Buscar un libro de cuentos que sea del agrado del paciente. Se leerá un cuento junto con el paciente y al final de la lectura se harán preguntas de lo que trató.

Moderada: Buscar un libro de cuentos que sea del agrado del paciente. Se le leerá un cuento al paciente y al final de la lectura se le harán algunas preguntas sobre lo que trató.

Severa: Buscar un libro que sea del interés del paciente. Se le leerá un párrafo corto al paciente y al final de la lectura se le hará alguna pregunta sobre lo que trató.

Ejercicios viernes:

Pedir al paciente que explique todo lo que recuerde de los siguientes acontecimientos familiares:

Leve: eventos recientes (la boda de sus hijos, su etapa laboral, su jubilación).

Moderada: eventos medianamente recientes (su juventud, el día de su boda, el nacimiento de sus hijos).

---

---

Severa: sus primeros años (la casa donde vivió cuando era niño, el pueblo, ciudad o barrio donde vivía; las navidades de su infancia).

Ejercicios sábado:

Leve: jugar memorama con el paciente. Para ello, se utilizarán 16 imágenes (8 pares de tarjetas).

Moderada: jugar memorama con el paciente. Utilizar 8 imágenes (4 pares de tarjetas).

Severa: jugar memorama con el paciente. Utilizar 6 imágenes (3 pares de tarjetas).

Ejercicios domingo:

Preparar una gelatina y poner la alarma 1 hora después de meterla en el refrigerador. Después, decir y preguntar lo siguiente al paciente:

Leve: ya está la gelatina en el refrigerador, cuando suene la alarma ¿La puedes sacar y desmoldar en el plato que está en la mesa, por favor?

Moderada: la gelatina ya está en el refrigerador, ¿Puedes sacarla de ahí cuando suene la alarma, por favor?

Severa: La gelatina se está cuajando en el refri y puse una alarma para que suene cuando esté lista. ¿Me podrías avisar cuando suene por si yo no la escucho, por favor?

---

<p><b>Técnica de PPT imaginación guiada</b> 10 minutos</p>	<p>Los cuidadores conocerán el plan de acción para llevar a cabo la técnica de imaginación guiada.</p>	<p>Actividad. El moderador dará a los cuidadores las siguientes instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacer la técnica de respiración con el diafragma. Poner música relajante de fondo o usar grabaciones con sonido de lluvia mientras se lleva a cabo la técnica.</li> <li>2. Con los ojos cerrados, imaginar un entorno natural que ayude estar relajado, como un jardín lleno de flores. Procurar que esa imagen sea muy vívida y detallada, de modo que capte toda la atención.</li> <li>3. Recorrer el entorno imaginado y explorarlo con todos los sentidos. Perderse en cada uno de los detalles de la escena. Moverse lentamente por el escenario como si se tuviera una ruta fijada.</li> <li>4. Al cabo de unos minutos, hacer que este entorno se desvanezca lentamente, mientras la atención vuelve a centrarse gradualmente en la respiración. Cuando ya no queda nada de esa imagen, abrir los ojos.</li> </ol>
<p><b>Reflexión de lo aprendido,</b></p>	<p>Hojas de registro de tareas.</p>	<p>Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la sesión 6. Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 6.</p>

---

<b>cierre de sesión y tarea</b>	Formato de evaluación de la sesión.	quinta sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Tarea (Paciente): Pedir al paciente que les platique lo que hizo en su semana. Calificar en el formato de evaluación: Bueno: cuando haya hecho las actividades sin ninguna dificultad. Regular: cuando haya hecho las actividades con cierta dificultad. Malo: cuando haya hecho con mucha dificultad la actividad o que no haya podido realizarla. El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea: Practicar el ejercicio de imaginación durante quince minutos al día (registrar). Reconocer lo que se siente al pasar un rato después de iniciada la técnica y al finalizar.
10 minutos	Formato de evaluación del paciente.		

---

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 7**

---

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT) Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	- Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>Objetivos y presentación de la sesión 7 sobre praxias</b> 10 minutos	y PPT Hojas de evaluación	Los cuidadores conocerán el concepto de praxias y los subtipos que existen de la misma.	Lluvia de ideas. Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben sobre praxias.  Exposición informativa. El moderador explicará que es y en qué consisten las praxias y sus modalidades (ideatorias e ideomotoras).
<b>Ejercicios para mejorar (mantener) praxias en los pacientes</b> 30 minutos	PPT Formatos de tareas.	Los cuidadores conocerán las actividades que pueden implementar para mejorar en praxias en los pacientes y la forma de evaluar las mismas.	Exposición informativa. El moderador explicará la manera de llevar a cabo la evaluación breve para identificar el tipo de alteración en praxias que presentan los pacientes.

---

---

El moderador explicará a los cuidadores las tareas a implementar en los pacientes de acuerdo al nivel de alteración:

Ejercicios lunes:

Leve: tender cama.

Paso 1: permitir que el paciente remueva las cobijas en orden, una por una.

Paso 2: le daremos una de las sabanas y veremos cómo intenta colocarla, podemos decirle cómo es más fácil hacerlo, o cómo puede guiarse, continuar así con las demás cobijas.

Paso 3: podemos ayudarle al paciente de un lado, haciendo la tarea más amena.

Moderada:

Paso 1: ayudarle a remover las cobijas en orden con el paciente, una por una.

Paso 2: colocaremos una de las sabanas para que el paciente observe cómo se hace y cómo puede guiarse, para que él coloque el resto.

Paso 3: podemos ayudarle al paciente de un lado, haciendo la tarea más amena.

Severa:

---

---

Paso 1: remover las cobijas por el paciente.

Paso 2: colocaremos una de las sábanas en la cama, permitiremos que el paciente acomode las esquinas de la misma por sí solo.

Paso 3: podemos ayudarlo al paciente de un lado, haciendo la tarea más amena.

Ejercicios martes:

Cuidado personal.

Paso 1: se brindará el apoyo a modo de actividad de la vida cotidiana y no como una tarea para rehabilitar praxias.

Paso 2: dependiendo de la rutina del paciente, se va a estimular el:

“¿Qué es?”, “¿Para qué sirve?”, “¿Cómo usarlo?”.

Paso 3: es importante que se haga con naturalidad y se hagan las correcciones necesarias con el ejemplo en nuestra persona o ella guiándose en el espejo.

Leve: “Muy bien, es hora de peinarnos. ¿Podrías pasarme el peine, por favor? Por cierto, ¿Quieres intentar un estilo nuevo de cabello? Sólo debes cepillar hacia atrás de este modo. Ahora te toca continuar con lo demás. ¿Te gusta?”

Moderada: “Ya es hora de peinarnos. ¿Podrías pasarme el peine, por favor?” Si el paciente no sabe cuál es, se le

---

---

deberá mostrar y decir el nombre del objeto. “Ahora, fíjate bien cómo le hago yo para que tú termines de peinarte sólo. Sólo debes peinarte de este modo, jalando el cabello hacia atrás y hacia un lado. ¿Te gusta cómo va quedando?”

Severa: “Mira, con este peine vamos a acomodar tu cabello. Yo usaré éste otro que es igual. Yo te peino de un lado y tú te peinas del otro, ¿De acuerdo? Fíjate en el espejo cómo lo hago y tú haces lo mismo, ¿Te gusta cómo va quedando?”

Ejercicios miércoles:

Ayudar al paciente a vestirse.

Leve: se brindará ayuda física, de modo que no incomode al paciente.

Consiste en colocar la mano suavemente sobre la mano del paciente, aplicando poca fuerza para que sepa a dónde dirigirla.

Moderada: para este caso, se brindará ayuda física, colocando al paciente frente a un espejo para que vea la manera correcta de colocarse la ropa. Se irán dando instrucciones cortas para colocar las prendas adecuadamente, siendo nosotros el modelo a seguir.

---

---

Severa: Para este caso, se brindará ayuda física al paciente para vestirse casi por completo, pidiéndole únicamente abotonarse la camisa, subir el cierre de su suéter y colocarse prendas pequeñas (gorros o bufanda).

Ejercicios jueves: Como parte de las tareas del hogar vamos a pedirle al paciente que nos ayude a doblar la ropa. Puede que se resista debido a que puede reportar “No sé cómo”.

Leve: le daremos al paciente prendas para doblar (pantalones, camisas y playeras). Es importante darle preferencia a la ropa del paciente para doblar. Si se le dificulta la tarea, podemos ser su modelo y enseñarle cómo nosotros doblamos la prenda.

Moderada: le daremos al paciente prendas sencillas de doblar (únicamente playeras y pantalones).

Severa: Es importante mostrar apoyo y ayuda o guía física.

Severa: le daremos al paciente prendas sencillas de doblar (únicamente playeras). Para esta tarea, nosotros doblaremos una parte de la ropa y el paciente doblará el resto.

Ejercicios viernes:

Uso de los objetos

---

---

Leve: Primero se le pedirá que encienda el televisor. Después se le solicitará cambiar de canal utilizando los botones con los números y al final, subir y bajar el volumen.

Moderada: para usar el control remoto, se le pedirá cambiar de canal utilizando los botones con los números y al final, subir y bajar el volumen.

Severa: Se le enseñará a tomar el control y a colocarlo hacia el televisor para encenderla. Para usar el control remoto, se le pedirá subir y bajar el volumen.

Ejercicios sábado:

Ejercicios bucales.

Leve: morder objetos o alimentos de diferentes consistencias, como una manzana.

Moderada: soplar todo tipo de objetos ligeros e instrumentos de viento, por ejemplo, una flauta o armónica.

Severa: Hacer sonidos velares, como:

Ka, que, qui, co, cu

Ga, gue, gui, go, gu

Ejercicios domingo:

Ponerse los zapatos.

---

---

Paso 1: identificar el izquierdo y el derecho, podemos colocar una estampilla roja en la suela derecha y una azul en la suela izquierda para guiarlo.

Leve: el paciente hará por sí solo esta actividad, y se le apoyará únicamente si se observa mucha dificultad en él para hacerlo.

Moderada: se le pedirá al paciente colocarse los zapatos. Nosotros seremos el modelo a seguir y él lo irá haciendo a la par.

Severa: se le colocará al paciente uno de los zapatos, para que observe cómo se hace y después él se colocará el otro por sí sólo. Una vez hecho lo anterior, se le pedirá amarrarse las agujetas, siendo también nosotros el modelo a seguir.

---

<b>El juego de la pelota</b>	Pelota pequeña, ligera y suave.	Los cuidadores participarán en una dinámica que les permitirá entrar en un estado de relajación.	El moderador dará a los cuidadores las siguientes indicaciones:  Paso 1: Los participantes formarán un círculo y se pasarán uno a otro una pelota pequeña. La pelota debe llegar a las manos de otro sin caerse.  Paso 2: La pelota no debe pasar de nuevo por las manos de quien la tomó antes.
------------------------------	---------------------------------	--	--

---

---

Paso 3: Los participantes que fallen en la dinámica de la pelota (ya sea que la arrojen mal, o que no logren atraparla). Dirá a los demás una frase corta respecto a cómo se siente en ese momento.

Paso 4: La actividad finalizará cuando todos los participantes hayan tenido la pelota en sus manos.

---

<b>Reflexión de lo aprendido, cierre de sesión y tarea</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión. Formato de evaluación del paciente.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la séptima sesión y conocerán las actividades a realizar durante la semana para ejecutar los conocimientos aprendidos.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 7. Tarea (Paciente): El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea, la cual consistirá en evaluar el desempeño del paciente al final de la semana respecto a las actividades llevadas a cabo. Se calificará como: Bueno: cuando haya hecho las actividades sin ninguna dificultad. Regular: cuando haya hecho las actividades con cierta dificultad. Malo: cuando haya hecho con mucha dificultad la actividad o que no haya podido realizarla.
--	--	---	---

---

---

**CARTA DESCRIPTIVA****SESIÓN 8**

<b>TEMA/ DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Revisión de tareas</b> 5 minutos	Lista de asistencia. Presentación Power Point (PPT). Hojas/calendario de tareas	Brindar continuidad con la sesión anterior, revisar el desempeño en casa de los cuidadores en cuanto a las tareas solicitadas.	Se dará inicio a la sesión saludando y preguntando qué tal les fue a los cuidadores con respecto a la tarea semanal. Después se les pedirá que pasen al moderador sus hojas/calendario de evaluación llevado a cabo en la semana. El moderador revisará rápidamente las tareas.
<b>Objetivos y PPT presentación de la sesión 8 sobre lenguaje</b> 10 minutos	Hojas de evaluación	Los cuidadores conocerán el concepto de lenguaje y los subtipos que existen del mismo.	Lluvia de ideas. Se les pedirá a los cuidadores que mencionen todo lo que saben sobre lenguaje. Exposición informativa. El moderador explicará que es y en qué consiste el lenguaje y sus modalidades (comprensión y expresión).
<b>Ejercicios para mejorar (mantener) el lenguaje en los pacientes</b> 30 minutos	PPT Formatos de tareas.	Los cuidadores conocerán las actividades que pueden implementar para mejorar el lenguaje en los pacientes y la forma de evaluar las mismas.	Exposición informativa. El moderador explicará la manera de llevar a cabo la evaluación breve para identificar el tipo de alteración en lenguaje que presentan los pacientes. El moderador explicará la importancia del lenguaje.

---

---

El moderador explicará a los cuidadores las tareas a implementar en los pacientes de acuerdo al nivel de alteración:

Ejercicios lunes:

Leve: Se recolectarán revistas que se tengan en casa que contengan imágenes sobre tecnología, herramientas y/o naturaleza.

Se le mostrarán varias imágenes de animales y plantas conocidas, por ejemplo, y se le pedirá que mencione sus nombres en voz alta.

Moderada: Se recolectarán revistas que se tengan en casa que contengan imágenes de muebles y objetos comunes en casa.

Se le mostrarán varias imágenes de muebles y artículos de decoración, por ejemplo, y se le pedirá que mencione sus nombres en voz alta.

Severa: Se recolectarán folletos que se tengan del supermercado (Walmart, Aurrera, etc.).

Se le mostrarán varias imágenes de diferentes artículos de la despensa y de uso diario, por ejemplo, y se le pedirá que mencione sus nombres en voz alta.

---

---

Ejercicios martes:

Leve: Se elegirán 10 objetos que el paciente use poco y se le pedirán de uno en uno.

Moderada: Se elegirán 7 objetos que el paciente use regularmente y se le pedirán de uno en uno.

Severa: Se elegirán 4 objetos que el paciente use diario y se le pedirán de uno en uno.

Ejercicios miércoles:

Leve: Se jugará ahorcado con el paciente. Para ello, se usarán palabras largas (por ejemplo: ramificación, acelerador) y se le darán pocas pistas para iniciar.

Moderada: Se jugará ahorcado con el paciente. Para ello, se usarán palabras no muy extensas (por ejemplo: caracol, pantalón) y se le darán algunas pistas para iniciar.

Severa: Se jugará ahorcado con el paciente. Para ello, se usarán palabras cortas (por ejemplo: gato, coco) y se le darán algunas pistas para iniciar.

Ejercicios jueves:

Se le pedirá al paciente formar palabras usando tarjetas con letras individuales. Esta tarea se hará a

---

---

manera de juego con el paciente, y para ello, se pueden escribir previamente las palabras en hojas y después, recortarlas y dividir las en sus diferentes letras para poder desordenarlas.

Leve: para este nivel, se utilizarán palabras largas (10 letras).

Moderada: para este nivel, se utilizarán palabras no muy largas (6 letras).

Severa: para este nivel, se utilizarán palabras cortas (4 letras).

Ejercicios viernes:

Para esta tarea se hará uso del buscador de voz que tiene teléfono celular y se le pedirá al paciente buscar cosas por nosotros repitiendo lo que le digamos.

Leve: para este nivel se le pedirá al paciente repetir palabras complicadas

Moderada: para este nivel se le pedirá al paciente repetir palabras no muy complicadas.

Severa: Para este nivel se le pedirá al paciente repetir palabras sencillas y cortas.

Ejercicios sábado:

---

---

para esta tarea se le pedirá al paciente repetir una serie de números, por ejemplo, un número telefónico.

Al paciente se le darán los números a repetir, los cuales deben ser grandes y entendibles.

Leve: se le pedirá dictar un número de teléfono extenso (13 dígitos, celular con lada añadida).

Moderada: Se le pedirá dictar un número de teléfono no muy extenso (10 dígitos, de celular sin lada).

Severa: Se le pedirá dictar un número de teléfono corto (8 dígitos, número local/casa).

Ejercicios domingo:

Como actividad recreativa, se le pedirá al paciente ayudarnos a resolver un crucigrama.

Leve: 10 preguntas para 10 palabras.

Moderada: 6 preguntas para 6 palabras.

Severa: 4 preguntas para 4 palabras.

---

**Técnica de relajación**    PPT

Los cuidadores conocerán el plan de acción para llevar a cabo la técnica de relajación.

Actividad.

El moderador dará a los cuidadores las siguientes instrucciones:

---

- 
1. Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.
  2. Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.
  3. Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y descende y se contrae al espirar.
  4. Mantengámonos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.
  5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.
  6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.
-

---

<b>Reflexión de lo aprendido y cierre de taller</b> 10 minutos	Hojas de registro de tareas. Formato de evaluación de la sesión. Formato de evaluación del paciente.	Los cuidadores reflexionarán sobre lo aprendido en la octava sesión y sobre todo lo aprendido en el taller.	Los cuidadores contestarán la hoja de evaluación de la sesión 8. Tarea (Paciente): El moderador dejará a los cuidadores la siguiente tarea, la cual consistirá en evaluar el desempeño del paciente al final de la semana respecto a las actividades llevadas a cabo. Se calificará como: Bueno: cuando haya hecho las actividades sin ninguna dificultad. Regular: cuando haya hecho las actividades con cierta dificultad. Malo: cuando haya hecho con mucha dificultad la actividad o que no haya podido realizarla.
---	--	---	---

---

### Anexo 3

#### Hojas de evaluación de sesiones

Fecha: 8 Feb. 2020	Sesión: 8
--------------------	-----------

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa		X		
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	X			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia	X			
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema	X			
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	X			
El aprendizaje que tuve hoy fue:		X		

Otros comentarios:

---

---

---

---

---

Fecha: 15 Febrero 2020	Sesión: 2
------------------------	-----------

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa	✓			
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	/			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia		/		
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema		/		
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	✓			
El aprendizaje que tuve hoy fue:	/			

Otros comentarios:

Gracias por las técnicas de relajación

---



---



---

Fecha: <u>Sábado 22</u>	Sesión: <u>3</u>
-------------------------	------------------

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa	/			
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	/			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia	/			
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema	/			
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	/			
El aprendizaje que tuve hoy fue:	✓			

Otros comentarios:

La motivación nacido buena para con ella  
y de tal forma nos pide estar con ella y veo que  
le agrada venir aqui  
Gracias por do tiempo

Fecha: 22-Febrero-2020 Sesión: 4

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa	✓			
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	✓			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia	✓			
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema	✓			
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	✓			
El aprendizaje que tuve hoy fue:	✓			

Otros comentarios:

La información presentada es concreta y fácil de entender.  
 El orientador presenta volumen adecuado y explica los temas de manera adecuada.

Fecha: 07 - Marzo - 2020	Sesión: 5 <sup>ta</sup>
--------------------------	-------------------------

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa	✓			
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	✓			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia	✓			
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema	✓			
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	✓			
El aprendizaje que tuve hoy fue:	✓			

Otros comentarios:

Excelente exposición de temas.  
 Claridad y fidelidad de la capacitación.

---



---



---

Fecha: 14-Mayo-2020	Sesión: 6
---------------------	-----------

Descripción	Excelente 	Buena 	Regular 	Puede mejorar 
La información durante la presentación fue clara y precisa	/			
La presentación tiene ilustraciones acordes al tema	/			
La presentación fue organizada y comprendí su secuencia	/			
Las actividades y videos me ayudaron a comprender mejor el tema	/			
La explicación de los temas por parte del presentador fue:	/			
El aprendizaje que tuve hoy fue:	/			

Otros comentarios:

Gracias por todo

Excelentes Diapositivas

Excelente Relajación

---



---



---