

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ESTRÉS Y LA SOBRECARGA EN  
CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA: UNA PROPUESTA DE  
TRABAJO

TESINA

QUE PRESENTA

SANDRA VILLAGÓMEZ PÉREZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR  
MTRA. IRMA ZALDÍVAR MARTÍNEZ

MÉXICO, D. F. ENERO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesina esta dedicada con mucho respeto, admiración y cariño a:

Mis abuelitos Ángel (q.e.p.d.) y Cruz, por todo el amor y cuidados que nos brindaron, por la constancia en el trabajo y su ejemplo de lucha.

Mi madre, por su ejemplo de perseverancia, por su amor incondicional, por la confianza depositada en mí. Por hacer de mí el ser humano que soy.

Mi hermana, por haber existido en mi vida, por su cariño y los sobrinos que me ha dado.

Mi padre, por enseñarme a amar la ciencia y hacer de los libros mis mejores amigos, por esta herencia. Por hacer de mí la profesionalista que soy.

Mi esposo, por su amor, por compartir su vida a mi lado, por la paz que me brinda. Por crear en mí el deseo de estar en casa.

Roberto Pérez, Álvaro Salazar y Carmen Castro (q.e.p.d.) que adelantaron el camino y a quienes tuve la dicha de conocer y querer.

Magdalena, Margarita, Delia y Laura; quienes se convirtieron en cuidadoras primarias de sus padres, velándolos siempre con amor y paciencia sin importar su estrés y sobrecarga. Mi fuente de inspiración para este proyecto. Gracias por su ejemplo de esperanza, de fe y de lucha.

Agradezco infinitamente a todos los que se vieron involucrados en la realización de este proyecto:

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado tanto: cultura, educación y diversión.

A los miembros de la familia Pérez Godínez por: el apoyo que me han brindado siempre, sus enseñanzas, su confianza y sus valores.

A la Mtra. Irma Zaldívar, por su dirección entusiasta y sus consejos para la culminación de este proyecto. A la Dra. Verónica Alcalá, a la Mtra. Fayne Esquivel, al Dr. Benjamín Domínguez y al Mtro. Pablo Valderrama por la orientación e intervención en esta tesina. Gracias por la paciencia para la lectura de esta tesina.

A la Dra. Luz Esther Rangel, a la Mtra. Laura F. Miranda y a la Gtta. Elisa Farías, mis maestras del diplomado en “Psicogerontología Integral”, por brindar parte de sus enseñanzas y su literatura. A mis compañeros del diplomado por compartir sus experiencias y su bibliografía.

A la División de Educación Continua por su apoyo a lo largo de este camino y a quienes me proporcionaron parte de su tiempo y conocimientos para culminar esta tarea: Juan Manuel Gálvez por su guía en este proceso; a Luis Mariano Gallardo por su apoyo y exigencia durante la elaboración de este proyecto; a los coordinadores de las instituciones de apoyo a cuidadores de pacientes con demencia por su asesoría.



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	4	
RESUMEN .....	6	
INTRODUCCIÓN .....	7	
CAPÍTULO I	<b>INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA.....</b>	11
	<b>Tipo de organización de las instituciones.....</b>	12
	Asociaciones civiles de voluntarios .....	12
	Grupos de autoayuda o apoyo.....	13
	Formación de cuidadores .....	16
	Centros de atención diurna .....	16
	Instituciones de larga estancia.....	17
	<b>Instituciones Nacionales.....</b>	18
	Clínica de la memoria INAPAM.....	19
	Taller de Gericultura de la clínica de la memoria.....	20
	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.....	21
	Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición.....	21
	<b>Instituciones Privadas.....</b>	23
	Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A.C.....	23
	Fundación de Alzheimer “Alguien con quien contar”.....	24
CAPÍTULO II	<b>DEMENCIA .....</b>	26
	<b>Demencia: Un síndrome orgánico.....</b>	26
	<b>Origen de las demencias .....</b>	26
	<b>Clasificación de las demencias.....</b>	27
	Demencias corticales.....	27
	Enfermedad de Alzheimer.....	28
	Enfermedad de Pick.....	31
	Demencias subcorticales.....	31
	Enfermedad de Parkinson.....	32
	Corea de Huntington.....	33
	Demencia Vascular.....	33
	Demencia multiinfarto.....	35
	Demencia por infartos estratégicos.....	36
	Otro tipo de demencias .....	36
	Demencia mixta.....	36
	Demencias tóxicas y metabólicas.....	37
	Demencias tóxicas.....	37
	Demencias carenciales.....	39
	<b>Incidencia.....</b>	39
	<b>Diagnóstico .....</b>	39
	<b>Rehabilitación .....</b>	43

CAPÍTULO III	<b>CUIDADORES</b> .....	45
	Toma de decisión para la asistencia a un paciente .....	47
	Cambio de roles.....	50
	Problemas físicos.....	50
	Aspectos laborales.....	51
	Aspectos económicos.....	51
	Problemas legales.....	52
	Problemas sociales.....	52
	Fricciones familiares.....	54
	Problemas psicológicos.....	55
	Salud en el cuidador.....	57
CAPÍTULO IV	<b>ESTRÉS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA</b> .....	59
	<b>Sobrecarga del cuidador</b> .....	59
	<b>Síntomas de estrés</b> .....	59
	Sistema inmunológico.....	60
	Sistema nervioso.....	61
	Síntomas psicológicos.....	61
	Sistema digestivo.....	62
	Sistema endocrino.....	62
	<b>Cambios en la salud física y mental de los cuidadores</b> .....	63
	<b>Proceso de estrés</b> .....	64
	<b>Mecanismos de afrontamiento en cuidadores</b> .....	64
CAPÍTULO V	<b>MANEJO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA. UNA PROPUESTA DE TRABAJO</b> .....	68
	Taller.....	74
	Sesiones de trabajo.....	78
BIBLIOGRAFÍA	.....	91
APÉNDICE	.....	99

## RESUMEN

La demencia implica un deterioro del funcionamiento mental del paciente, lo que interfiere en las actividades cotidianas y el medio social, además de presentar serios problemas de comportamiento a consecuencia de las alteraciones cognitivas que padece durante 5 a 10 años.

Con el tiempo, la salud física y mental de los cuidadores informales sufre una sobrecarga como consecuencia del estrés al que están sometidos. Ante la problemática que surge, es necesario proporcionar estrategias de manejo para afrontar los efectos del estrés sobre la salud y área social de cuidadores de pacientes con demencia. La propuesta de este proyecto está dirigida a identificar las fuentes de sobrecarga en cuidadores informales; evaluar el impacto en su salud y sus consecuencias en el rendimiento: laboral, personal, familiar, económico, social, físico y emocional; identificar las estrategias para afrontar la sobrecarga y conocer algunas técnicas para disminuir y manejar la sobrecarga en cuidadores informales.



## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la curva poblacional presenta un marcado incremento en la población cercana a los 60 años de edad (Miranda, 2003). La población de países desarrollados marca un elevado aumento en personas mayores. Se estima que para el 2010 en Europa, Australia, Estados Unidos y China, la población anciana será del 20% (Agüera, 2002). Al incrementarse la longevidad en la población también aumenta la probabilidad de padecer alteraciones cognitivas como es el caso de las demencias (Miranda, 2003).

Se considera que para el 2010 en América Latina la incidencia de un padecimiento demencial como es el caso de la Enfermedad de Alzheimer será de 2,5 millones de personas siendo el tipo de demencia de mayor incidencia 50-60% (Nieto, 2002). En México, las estadísticas plantean que asciende a 500 mil el número de pacientes, al menos, con la enfermedad de Alzheimer.

La información sobre las enfermedades demenciales en México es limitada. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) únicamente cuenta con datos de instituciones privadas, tan sólo en el 2003 reportaron que la población atendida fue de 1,000 pacientes con demencia (INEGI, 2003). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en clínicas con admisión psiquiátrica sólo reciben a pacientes con enfermedades en etapa aguda, sin embargo la demencia es un padecimiento crónico y por tanto no hay una admisión hospitalaria para esta enfermedad.

Debido a diversos aspectos, económicos, morales, sociales, personales, entre otros (Salvador, 2002) el 80% de los familiares de un paciente con demencia (Alberca-Serrano y López-Pousa, 1998) deciden prescindir de los

servicios de un cuidador formal o acudir a una institución y optan por atender a sus pacientes enfermos personalmente (Nieto, 2002).

El cuidador se enfrenta a una enfermedad que provoca a su familiar, deterioro fisiológico, cognitivo y conductual, durante toda la etapa de la enfermedad lo que implica entre 5 a 10 años de cuidados (Rangel, 2003); además de que invierte las 24 horas del día a la atención hacia el paciente (Mace, 1997). Estas circunstancias provocan en los cuidadores diferentes reacciones, en la mayoría de los casos se observa una sobrecarga que repercute en su salud, tanto física como emocional y en sus relaciones laborales y familiares (Nieto, 2002).

La sobrecarga se define como un profundo desgaste emocional y físico en el cuidador (Jerrom y cols, 1993); en el capítulo IV se hablará ampliamente de éste término y la manera en la que afecta al cuidador.

Aunque existen diversas instituciones dedicadas a la atención de pacientes con demencia y sus familias, por diversas razones como; miedo, tiempo, distancia, costos, los cuidadores no acuden a ellas, ni a psicoterapia por lo que el tipo de afrontamiento ante la sobrecarga es deficiente (López, 2003).

Por ello, el objetivo de la siguiente propuesta teórica, es la elaboración de un taller cuya finalidad sea: un mejor manejo de la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia, preservar su salud y tener mejores relaciones con otras personas; desarrollar y fortalecer habilidades de afrontamiento en ellos, mediante sesiones de trabajo en las que además de brindar información relativa a la sobrecarga, características de las demencias y

los problemas conductuales que generalmente se presentan en un paciente con alteraciones cognitivas y algunas posibles soluciones. Esta información se intercalará con el entrenamiento de técnicas psicológicas no invasivas como: ejercicios de respiración diafragmática, frases autogénas, ejercicios de imaginería guiada y ejercicio de relajación muscular progresiva; además de escritura emocional autoreflexiva.

El proyecto se desarrolla en tres capítulos que se enuncian a continuación.

Capítulo 1.- Aborda las características de un cuidador, tipos e instituciones que atienden a pacientes con demencia y que ofrecen diferentes alternativas para la atención y el apoyo a las familias, así como la importancia de acudir a estos centros.

Capítulo 2.- Menciona las características de una enfermedad demencial, tanto alteraciones cognitivas como de comportamiento del paciente y los principales problemas a los que se enfrenta un cuidador.

Capítulo 3.- Plantea las características de un cuidador informal de paciente con demencia, así como la manera en que repercuten en diferentes áreas de su vida.

Capítulo 4.- Desarrolla el estrés y la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. Principales síntomas en el organismo, cambios en la salud del cuidador informal y características de afrontamiento.

Capítulo 5.- Basado en una metodología para el manejo del estrés y estilos de afrontamientos se exponen las actividades del taller que busca

desarrollar y fortalecer habilidades de afrontamiento en cuidadores de pacientes con demencia.

El beneficio que obtendrá el cuidador al asistir a este taller se verá reflejado en que éste podrá:

- disminuir la sobrecarga que le producen los cuidados y atenciones hacia el paciente
- evitar que su salud se vea mermada por los cuidados que brinda
- comprender la enfermedad y los cambios en el paciente
- buscar grupos de apoyo o autoayuda y en su caso centros de día
- tomar decisiones sobre la evolución de la enfermedad
- llevar a cabo acciones para que los cuidados que brinda, no afecten sobremanera otras áreas de su vida.
- disminuir los conflictos con demás miembros de la familia
- dar solución a algunos síntomas del enfermo
- lograr que el paciente reciba los cuidados de una persona que entenderá su padecimiento

# **CAPÍTULO I**

## **INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA**

La demencia es un síndrome clínico, de inicio insidioso y que se refleja en trastornos cognoscitivos (memoria, lenguaje, atención, orientación espacial, pensamiento), de comportamiento (Mesulam, 2000) y emocionales (Ostrosky-Solis, 2003), con un deterioro progresivo que interfiere con las actividades de la vida diaria de quien la padece.

Por las características de la enfermedad, la persona que la padece requiere de cuidados que son proporcionados por un cuidador quien es una persona que brinda ayuda a otra persona que no puede atenderse por sí misma. Existen dos tipos de cuidadores: Cuidador informal y cuidador formal. El primero está conformado por familiares y/o amigos de la persona y carecen muchas veces de capacitación para llevar a cabo la tarea (Haber et al, 1997).

En cambio, los cuidadores formales, a parte de recibir ingreso económico por la atención que brindan, son personas que cuentan con una formación y capacitación profesional adecuada (Fradkin, 1992 y McConemm, 1994, Agüera, 2002). Este tipo de cuidadores son, enfermeras, médicos, psicólogos, abogados, psiquiatras, trabajadores sociales, entre otros (Miranda, 2004, Salvador, 2002).

También existen organismos interesados en conseguir una mejor calidad de vida para el enfermo y han tomado acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedad demencial. El trabajo que realizan

las instituciones dedicadas a la atención de pacientes con alteraciones cognitivas varía de acuerdo al tipo de objetivos que persiguen (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

## **TIPO DE ORGANIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES**

### **Asociaciones civiles de voluntarios.**

Son organizaciones no gubernamentales ni lucrativas constituidas en grupos de solidaridad. Estos grupos han conseguido que la opinión pública centre su atención en la importancia del cuidador y la necesidad de ayuda a pacientes y a la familia. Estos grupos son claves en la asistencia domiciliar y el centro de día. (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

- Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A.C.  
(AMAES)

Insurgentes Sur 594-402 col. Del Valle 03100 México D.F.

Tel. 55-23-15-26

- Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”

División del norte No. 1044, Col. Narvarte, México, D.F.

Tel. 5575-8320 5575-8323 Fax. 5575-0910

### **Grupos de autoayuda o apoyo.**

Son los miembros de la familia quienes se enfrentan al cuidado diario de un paciente con demencia (López, 2004), por lo que las instituciones buscan

que éstos compartan experiencias con otros cuidadores, además de sensibilizar a la comunidad para ayudar a sembrar esfuerzos y mejorar el cuidado del paciente en las instituciones, la familia y la sociedad, así como convencer a aquellas personas que niegan la presencia de Alzheimer dentro de su familia (Graham 1997).

Estos grupos surgen por iniciativa de la familia en respuesta a la carencia informativa y de recursos comunitarios. Proporcionan consuelo a las familias. Funciona a partir del intercambio de experiencias, comparten información, discuten problemas específicos, ventilan emociones y sentimientos. Fomenta el cuidado personal en los cuidadores. Ayudan a los cuidadores a enfrentar el estrés, incrementando la efectividad del cuidado del paciente. La Ciudad de México, cuenta con grupos de autoayuda en diferentes instituciones (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

Las asociaciones de Alzheimer apoyan a las familias proporcionando apoyo de tipo práctico y emocional a través de centros para cuidados diurnos, cursos de formación para cuidadores y profesionales y grupos de apoyo. El consejo a la familia y la terapia de apoyo son esenciales ya que la demencia representa una carga emocional y física cada vez más pesada para quienes están a cargo (López, 2004).

Los grupos de apoyo pueden ser conducidos por asociaciones de familiares o por alguna institución especializada para el servicio de sus derechohabientes. El objetivo primordial es brindar apoyo y ofrecer información adecuada sobre la enfermedad, implementar estrategias de manejo en el hogar y proponer un espacio comunitario para que los miembros de la familia, especialmente en cuidador primario no se sienta solo (López, 2004).

Los grupos de apoyo están diseñados para satisfacer las demandas de los cuidadores, ayudar a los pacientes y familiares a entender la enfermedad y aprender a vivir con ella, donde cada uno de los integrantes se sienta importante, lo que repercute en la mejor calidad de vida de los pacientes (Rodríguez, 2004).

Los cuidadores se reúnen para compartir sus experiencias, sentimientos, y otras ideas prácticas relacionadas con el reto que supone el cuidado. Para los cuidadores, los grupos de apoyo, permiten aclarar las modificaciones en el comportamiento y la personalidad del familiar demente (López, 2004).

Los asistentes a estos grupos se benefician de la ayuda mostrando una reducción en su depresión y consiguen un mejor reajuste de la dinámica familiar (López 2004).

- Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares A.C.  
Insurgentes Sur 594-402 col. Del Valle 03100 México D.F.  
Tel. 55-23-15-26
- Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”  
División del norte No. 1044, Col. Narvarte, México, D.F.  
Tel. 5575-8320 5575-8323 Fax. 5575-0910  
Segundo jueves de cada mes a las 6:30
- Grupo de Auto-Ayuda “Echegaray”  
Edificio de los colonos de Echegaray Hacienda de Temixco No. 12  
Col. Bosques de Echegaray, Naucalpan Edo. de México  
Tel. 56-96-55-16 y 55-45-86-28  
Tercer martes de cada mes 6:30 pm.



- Centro de Día Francisco Espinoza,  
División del Norte No. 1044, Col. Narvarte  
5575-8320 5575-8323  
Segundo Jueves de cada mes a las 6:30
- Hospital Regional “Adolfo López Mateos” ISSSTE.  
Servicio de Geriatría  
Av. Universidad y Río Churubusco Col. Florida  
Tel. 55-34-45-91  
Primer miércoles de cada mes a las 6:30 de la tarde
- Instituto Nacional de Neurología “Manuel Velazco Suárez”.  
Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama (Tlalpan)  
Tel. 56-06-38-22 ext. 1016  
Primer viernes de cada mes a las 6:30 de la tarde
- Instituto Nacional de Salud Mental  
Periférico nsur No. 2905, Col. San Jerónimo Lídice  
Primer viernes de cada mes a las 10:00 de la mañana

### **Formación de los cuidadores.**

Proporciona conocimientos acerca de la enfermedad, los cambios en la conducta del paciente, reacciones y emociones en relación al enfermo. La información se obtiene mediante grupos de apoyo, lectura, discusión y comentario de libros y folletos (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

- Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A.C.  
Insurgentes Sur 594-402 col. Del Valle 03100 México D.F.  
Tel. 55-23-15-26

### **Centros de atención diurna.**

Es una opción intermedia entre la atención en la familia y la institucionalización. Permite a la familia equilibrar trabajo, compromisos familiares y el cuidado del paciente. Busca prevenir o retrasar la institucionalización, fomentar la interacción social y la recreación; implementar programas de entrenamiento en rehabilitación o reforzamiento de habilidades (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

- Fundación Mexicana de Alzheimer “Alguien con quien contar”  
División del norte No. 1044, Col. Narvarte, México, D.F.  
Tel. 5575-8320 5575-8323 Fax. 5575-0910

### **Instituciones de larga estancia**

En México, son pocas las personas que llevan a su paciente a este tipo de instituciones (López, 2004) ya que son pocas, caras y de difícil acceso para la población en general (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

Recomendaciones para tomar la decisión de la institucionalización (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996):

- Decidir: cuándo, dónde, condicionantes, costos, disponibilidad de apoyo, acuerdo entre miembros de la familia, sentimientos contradictorios.
- Momento oportuno: evolución de la enfermedad, organización de la familia, agobio por la carga, patología concurrente, alto costo a domicilio, fallas en cuidadores pagados.
- Criterios para la selección: visitar numerosas instituciones; inspeccionarlas; verificar costos y contratos; filosofía y políticas; personal; relación pensionarios-personal; higiene; programa de manejo conductual y actividades; criterios de exclusión; uso de restricciones físicas, químicas y patológicas; ambiente físico, psíquico y social; servicios que se ofrecen; y planes de emergencia.

La atención de larga estancia en organismos públicos no se lleva a cabo en pacientes con demencia, ya que para internar a un paciente en clínicas y hospitales psiquiátricos se requiere de una enfermedad aguda, sin embargo las alteraciones cognitivas se consideran como un padecimiento crónico por lo que solo se le brinda atención en medicina externa (Jiménez, 2004).

En otros casos, se llevan a cabo algunos convenios de colaboración con albergues de iniciativa privadas para la internalización de pacientes con demencia (García, 2004).

## **INSTITUCIONES NACIONALES**

El apoyo, la atención y la información que se le proporciona a un paciente con demencia y su familia generalmente recae en instituciones y asociaciones especializadas en este tipo de alteraciones cognitivas o demencias. Esto es importante, ya que el diagnóstico preciso sobre el tipo de deterioro que tiene el paciente ayuda a poder detectar el tipo de padecimiento e incluso si es potencialmente reversible (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

El especialista puede ayudar en la orientación al paciente y a la familia sobre la predicción y curso de la enfermedad, permitiéndonos planear estrategias necesarias para el apoyo integral del paciente (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

La evaluación que el especialista hace respecto a los síntomas que presenta el paciente es determinar si existe deterioro cognoscitivo y si alcanza los criterios de una demencia. Su objetivo principal es (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996):

- Determinar un diagnóstico presuntivo claro
- Identificar causas tratables de deterioro cognoscitivo y otras afecciones tratables concurrentes
- Precisar las necesidades asistenciales del paciente y de su cuidador primario

Las instituciones nacionales con servicios especializados que atienden a pacientes con demencias son:

## **Clínica de Memoria del Instituto Nacional para Adultos Mayores (INAPAM)**

Sus objetivos son detectar procesos de deterioro cognoscitivo o demenciales en consulta externa, con métodos simplificados con el fin de (Rangel 2006):

- Realizar diagnóstico prefuncional.
- Instaurar tratamiento medicamentoso y no medicamentoso.
- Realizar acciones de Atención Primaria a la salud en el primer nivel de atención.
- Proporcionar apoyo e información a familiares y cuidadores.

Las acciones que persigue son:

- Consulta médica: Aplicación de Pruebas de Tamizaje
- Taller de Gericultura
- Apoyo Psicológico
- Capacitación Interna y Externa
- Investigación

## **Taller de Gericultura de la Clínica de Memoria INAPAM**

Busca orientar a la familia del paciente con demencia, con técnicas de Gericultura para la realización de las actividades de la vida diaria, mediante la

creación de un espacio propio para la capacitación de familiares e interesados en la atención de pacientes con demencia, para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Farías, 2006).

Sus objetivos son:

- Capacitar a quienes atienden a personas con demencia para: movilización, comunicación, alimentación, higiene y estimulación
- Elaborar programas individualizados acordes a las capacidades del paciente y personal
- Elaboración de material didáctico y auxiliares de bajo costo
- Apoyar a la familia y cuidadores para tener vida con calidad

### **Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"**

Ofrece grupos de Apoyo en diferentes padecimientos cognoscitivos

como:

- Pacientes con Enfermedad de Parkinson
- Pacientes con Ataxia
- Familiares de Pacientes con Alzheimer
- Pacientes con Distrofia Muscular
- Pacientes con Epilepsia
- Familiares de Pacientes con Esquizofrenia
- Pacientes con Esclerosis Múltiple
- Pacientes con Trastorno Bipolar
- Pacientes con Enfermedad de Huntington.

- Pacientes con Enfermedad Vasculare Cerebral

### **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”**

En la clínica geriatría del Instituto detectan algunos pacientes que presentan pérdida de memoria importante. El médico geriatra lo envía a la consulta de cognición o de memoria, integrada por un equipo interdisciplinario (médico geriatra, neuropsicólogo(a), trabajador(a) social) quienes evalúan el estado cognoscitivo mediante pruebas tamizaje por cada uno de los especialistas. Al concluir la valoración de caso se define el grado de deterioro del paciente, posteriormente es citada la familia para informarles el diagnóstico y darle información alternativa para el cuidado, seguimiento y manejo de su paciente, también se les invita a formar parte de un grupo de auto-ayuda llamado también como grupo de apoyo dirigido a familiares de pacientes con una demencia (Barragán, 2004).

El propósito de formar un grupo de apoyo para familiares de pacientes con deterioro cognoscitivo es el de ofrecer orientación y asesoría profesional de todo el equipo interdisciplinario que integra la clínica de Geriatría, el tener un espacio en donde puedan encontrar información que les ayude al cuidado de su paciente

El objetivo principal del grupo de apoyo es que esté formado por un grupo de profesionales de la clínica de Evaluación Geriátrica y que esté dirigido a familiares y cuidadores de pacientes con demencia que sean atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

El grupo se reúne una vez al mes. En cada reunión se invitan expertos sobre los temas de interés de grupo así como material didáctico correspondientes a los temas.

Otras instituciones como el Hospital Regional “Adolfo López Mateos” ISSSTE, no cuentan con grupos de autoayuda propios del hospital, sino que únicamente prestan sus instalaciones a las familias de pacientes con demencia y son éstas quienes se encargan de las actividades del grupo.

## **INSTITUCIONES PRIVADAS**

### **Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A. C. (AMAES)**

Su misión es crear conciencia sobre el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la sociedad mediante información y capacitación a fin de incidir en el cambio de patrones culturales y políticas que permitan proporcionar los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares (AMAES, 2006).

Sus objetivos son:

- Difundir conocimientos y las implicaciones sociales del Alzheimer y otras demencias



- Promover la salud y ayudar al bienestar psicológico y social de los pacientes con demencia y sus familias
- Promover y apoyar la investigación clínica y psicosocial orientada a encontrar la causa, curación y rehabilitación de la enfermedad de Alzheimer. Organizar una red de grupos de apoyo en todos los estados del país
- Formación de recursos humanos especializados para el manejo y la atención de estos pacientes
- Precisar en México la magnitud que representa la enfermedad y sus consecuencias
- Cuenta con un sistema de información: libros, folletos, artículos y reportes científicos de los principales centros de investigación del mundo, material audiovisual, localización de servicios, etc.
- Cuenta con un grupo de asesores científicos y médicos.
- Promueve seminarios, conferencias y cursos en México o en cualquier parte del mundo relacionado con el objetivo de la asociación.

### **Fundación de Alzheimer “Alguien con quien contar”**

La Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”, es una Institución de Asistencia Privada que brinda diferentes tipos de servicios: valoración geriátrica, personal capacitado, comida balanceada, fisioterapia, talleres de estimulación, terapia ocupacional, actividades sociales y culturales, capacitación al familiar, vigilancia de la salud y grupo de apoyo para familiares.

El programa de la Fundación Alzheimer " Alguien con quién contar" es un programa de atención diurna, destinado a quienes padecen Alzheimer, o algún otro tipo de demencia, que no ponga en peligro la integridad de los demás pacientes, brindándoles la oportunidad de integrarse a un grupo social, para lograr una mejor calidad de vida a través de una atención multidisciplinaria.

Dentro de sus objetivos están:

- Brindar protección física y mental a los enfermos.
- Ayudar a que la familia acepte y maneje la problemática del paciente.
- Satisfacer las necesidades primarias de los enfermos, ofreciéndoles: cuidado, alimento y actividades que se adecúen a sus condiciones físicas y mentales.
- Integrar al enfermo a un grupo social.
- Favorecer la relación con sus familiares.
- Retrasar el proceso de deterioro a través de terapias de estimulación.
- Dar apoyo a la familia.
- Orientar y capacitar a la familia, y a los cuidadores.
- Ofrecer tanto al paciente, como a su familia, una mejor calidad de vida.

La Fundación Alzheimer tiene por objeto el poder disminuir aquellos síntomas que proporcionan malestar, ansiedad, preocupación y hasta peligro para el enfermo o sus familiares (López, 2004b).

Todos los programas están encaminados a fomentar la participación del paciente en actividades ocupacionales, recreativas, culturales y sociales. Se enfatiza la atención a la salud de manera integral, tienen programas de terapia física, así como asistencia y seguimiento ante problemas conductuales y familiares; también se capacita y apoya a los familiares, para que puedan asistir al paciente en las actividades de la vida diaria (López, 2004b).

## CAPÍTULO II

### DEMENCIA

#### DEMENCIA. UN SÍNDROME ORGÁNICO

Cubero (2002) define a la demencia como: un síndrome de origen orgánico, adquirido, persistente con afectación de múltiples funciones intelectuales, sin alteración de la conciencia y que supone un descenso significativo en las capacidades sociales del individuo.

Las funciones superiores que se ven afectadas por el daño en la estructura cortical y subcortical del cerebro, son: memoria, lenguaje, atención, aprendizaje, condición motriz (Yuste, 2004).

#### ORIGEN DE LAS DEMENCIAS

Aunque de manera general, las demencias se caracterizan por una serie de trastornos cognitivos, la causa de éstas pueden ser diversas (Ostrosky-Solís, 1996, Ardila, 1992):

<b>Lesiones de tipo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Degenerativas</li><li>• Vasculares</li><li>• Traumáticas</li><li>• Infecciosas</li><li>• Obstructivas</li></ul>	<b>Otras causas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Metabólicas</li><li>• Tóxicas</li><li>• Carenciales</li><li>• Genéticas</li><li>• Por condiciones psiquiátricas</li></ul>
--	--

En el caso de las demencias degenerativas, el tipo de alteraciones cognitivas y conductuales así como la evolución de la misma, depende en algunos casos de la localización del trastorno.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS**

Joynt y Shoulson (Joynt, 1985) clasificaron las demencias de acuerdo a la localización de la alteración como se plantea en el siguiente cuadro:

<b>LOCALIZACIÓN</b>	<b>ENFERMEDAD</b>
Cortical	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
Frontosubcortical	Parkinson Corea de Huntington
Axial	Wernicke Korskakoff
Mixta	

### **Demencias corticales**

Estas demencias afectan principalmente la corteza cerebral y se caracterizan por alteraciones cognoscitivas; afectación en lenguaje, movimientos especializados y percepción; afasia, apraxia.

En etapas tempranas de la enfermedad estas alteraciones son sutiles, ya que la pérdida de tejido es gradual.

### **Enfermedad de Alzheimer (EA)**

La enfermedad de Alzheimer constituye entre el 50 a 60% de los trastornos demenciales (Agüera, 2002; SS, 2001, Arango, 2003). Suele afectar al 5 a 10% de las personas mayores de 65 años y casi la mitad en mayores de 85 años (Arango, 2003, Rains, 2002).

Las alteraciones que presenta un individuo con Alzheimer pueden ser: neuropatológicas: anormalidades neuroquímicas y estructurales; genéticos en menor porcentaje (López, 2003, Rains, 2002, Arango, 2003) y de otro tipo como el abuso extenso de drogas o alcohol, varias toxinas y virus lentos (Rains, 2002).

El desarrollo de la EA se puede dividir en tres estadios y cada uno presenta alteraciones diferentes:

Este padecimiento presenta una disminución en funciones como: memoria, lenguaje, praxias, gnosias y de ejecución. Con el paso del tiempo se produce un deterioro global en tales procesos (Arango, 2003).

	<b>Estadio I (leve)</b> <b>(1-3 años de evolución)</b>	<b>Estadio II (moderada)</b> <b>(2-10 años de evolución)</b>	<b>Estadio III (grave)</b> <b>(8-12 años de evolución)</b>
<b>Memoria</b>	Déficit de aprendizaje, memoria implícita conservada, evocación remota más o menos alterada	Evocación reciente y remota muy comprometidas	Deterioro grave, desorientación personal
<b>Habilidades visuoespaciales</b>	Atopognosia, dificultad en construcciones complejas	Apraxia constructiva, desorientación espacial	Deterioro grave
<b>Lenguaje</b>	Anomia discreta, disminución de la fluencia, perseveraciones	Afasia mixta, pérdida de comprensión	Ecolalia, palilalia, logoclonia, disartria, mutismo
<b>Praxias</b>		Apraxia ideomotora, pérdida de espacio especular	Apraxia geométrica, asomatognosia

	<b>Estadio I (leve)</b> <b>(1-3 años de evolución)</b>	<b>Estadio II (moderada)</b> <b>(2-10 años de evolución)</b>	<b>Estadio III (grave)</b> <b>(8-12 años de evolución)</b>
<b>Cognición</b>	Pérdida de introspección	Acalculia, deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio	Deterioro grave
<b>Personalidad</b>	Indiferencia, falta de	Indiferencia, irritabilidad	Desintegración

	iniciativa, irritabilidad		
<b>Síntomas psiquiátricos</b>	Depresión, ansiedad, ideas delirantes	Ideas delirantes, apatía, agresividad	Vociferación
<b>Sistema motor</b>		Deambulación, inquietud, tendencia a la hiperextensión o sedestación	Hipertonía, conductas de imitación, reflejos primitivos (succión, prensión) rigidez en las extremidades, postura en flexión
<b>Electroencefalograma (EEG)</b>		Enlentecimiento del ritmo de fondo	Enlentecimiento difuso
<b>Tomografía Computarizada (TC) / Resonancia Magnética (RM)</b>		Normal o signos de atrofia cortical	Atrofia cortical marcada
<b>Tomografía por emisión de positrones (PET) / Tomografía por emisión de fotones simples (SPECT)</b>	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral frontoparietal	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral frontoparietal	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral frontoparietal

- **Primer Etapa. *Amnésica*.** Se hacen presentes los primeros síntomas de la enfermedad en el paciente. Esta fase es importante para quienes rodean al enfermo, ya que se les debe orientar respecto al padecimiento y toda su sintomatología y tratamiento adecuado (Nieto, 2002).
- **Segunda Etapa. *Confusional*.** El trabajo de la familia consiste en adaptarse a las nuevas situaciones que se presentan. El paciente no logra reconocer a sus familiares, pero es capaz de percibir el afecto y tiene la necesidad de sentirse querido (Rangel, 2003 y Nieto, 2002).
- **Tercer Etapa. *Demencial*.** Se notan graves alteraciones en síntomas de las anteriores etapas. Aunque es incapaz de reconocer a sus familiares, aún en la fase terminal, es capaz de percibir quienes lo cuidan y quieren (Nieto, 2002, Rangel, 2003). La afasia le impide la comunicación (lenguaje), pero aprecia el contacto de la gente. Presenta además, incontinencia urinaria y fecal (Nieto, 2002). Es una etapa en la cual el cuidador debe procurar mover

al paciente y evitar el síndrome de inmovilidad, lo que traería úlceras por decúbito (Rangel, 2003).

La duración de la enfermedad puede variar entre 1, 5 y 10 años (Arizaga, 2003, Rangel, 2003) y la muerte generalmente es por enfermedades como anemia, neumonía o infección urinaria, más no por la demencia en sí (Rangel, 2003).

En muchas ocasiones, las conductas que llegan a presentar los pacientes que padecen de Alzheimer son: no entiende o no cumple con las indicaciones que le da el cuidador, sufre de accidentes en casa, está confundido, sufre de intoxicaciones, olvida donde están los objetos de uso cotidiano, rehúsa tomar el baño, tiene dificultades para vestirse, se niega a comer, deambula por toda la casa, tiene actitudes repetitivas, con frecuencia se le pierden los objetos, no duerme por las noches, sufre de incontinencia urinaria y/o fecal, delante de extraños hace o dice cosas que le apenan a la familia, se extravía, solo recuerda hechos muy remotos y no frecuentes, usted comienza a tener fricciones con los miembros de la familia (Selmes, 1997).

### **Enfermedad de Pick**

Esta enfermedad se presenta con un inicio insidioso con síntomas psiquiátricos poco específicos (depresión, ansiedad, inestabilidad emocional con cambios bruscos de ánimo, excesivo sentimentalismo, preocupaciones hipocondriacas, etc.). Conforme evoluciona la enfermedad van apareciendo las



características más marcadas de la enfermedad, de manera progresiva e insidiosa (Pelegrín, 2002).

Las características que presenta una paciente con enfermedad de Pick son: pérdida de las normas de comportamiento social, deterioro de la capacidad de autorregulación de la conducta, embotamiento, déficit de introspección. Los trastornos conductuales que se observan son: pérdida de cuidado e higiene corporal, rigidez e inflexibilidad mental, distraibilidad e impersistencia, hiperoralidad y cambios alimenticios, conducta perseverativa y estereotipada, conductas utilización (Pelegrín, 2002).

Los trastornos de lenguaje que se ven afectados con la enfermedad son: el habla, repetición persistente y sin sentido de una frase o palabra, incapacidad para hablar, lenguaje estereotipado y concreto, lenguaje automático conservado (Pelegrín, 2002).

### **Demencias subcorticales**

Este tipo de padecimientos constituye una serie de trastornos con cambios neuropatológicos en las estructuras subcorticales que se caracteriza por lentitud del procesamiento cognitivo, alteración de la memoria de evocación, alteración de la capacidad de manipular los conocimientos adquiridos previamente. Estos cambios pueden coexistir con trastornos del movimiento como temblor y distonía (Alegret, 2003).

### **Enfermedad de Parkinson**

Es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que produce principalmente déficit motores y alteraciones cognitivas (Olanow, 1998). Es un padecimiento que produce movimientos involuntarios (Rains, 2002), con disminución de la fuerza muscular, en partes del cuerpo no activas, con propensión a doblar el tronco hacia delante donde la persona que la padece pasa de caminar a correr; los sentidos y la inteligencia se mantienen sin daño (Alegret, 2003).

La enfermedad de Parkinson tiene una incidencia de 1% en la población mayor de 50 años, siendo más frecuente en hombres. La edad de inicio se sitúa alrededor de los 60 años. La duración media de este padecimiento es de 10 años aproximadamente (Alegret, 2003).

Los pacientes con enfermedad de Parkinson presentan alteración en las capacidades de evocación; de aprendizaje; memoria a corto plazo, de trabajo y asociativa y bajo rendimiento en la identificación espacial o de posición (Alegret, 2003).

### **Corea de Huntington**

El paciente que tiene enfermedad de Huntington, presenta pérdida cognitiva y síntomas psiquiátricos (ansiedad, depresión, manía y psicosis) y pueden preceder al trastorno de movimiento casi por un año. Los problemas en movimiento comienzan con pequeños movimientos involuntarios que aumentan en frecuencia y amplitud hasta involucrar alguna parte de las extremidades o extremidades completas. Conforme avanza la enfermedad se pronuncian los movimientos involuntarios y el deterioro cognitivo (Rains, 2002).

La prevalencia de la enfermedad de Corea es del 0.007%. La edad media de inicio es de 40 años (Alegret, 2003) y la duración de la enfermedad es entre 12 y 20 años (Alegret, 2003, Rains, 2002) y se puede presentar en promedio en el 50% de la descendencia de una persona con enfermedad de Huntington (Rains, 2003).

### **Demencia vascular**

Es causada por lesión vascular cerebral asociados con embolias específicas, eventos hemorrágicos isquémicos (no alcanzan el criterio de infarto) (Moríñigo, 2002). La demencia vascular se presenta en casos de arterioesclerosis o enfermedades hipertensas cardiovasculares que son secundarias a infartos cerebrales múltiples (Rangel, 2003). De inicio agudo o subagudo, evolución fluctuante o escalonada.

La mayoría de los casos de demencia vascular pasan inadvertidos y no reciben tratamiento (Zuccalá, 2001). Alrededor de la tercera parte de las personas mayores de 65 años que sobreviven a un infarto cerebral agudo, desarrollan demencia vascular en los tres meses siguientes al evento (Pohjasvaara, 1997).

La prevalencia oscila entre 1.5% a los 70 a 75 años y 14 a 16% a los 80 años y más. Es más frecuente en hombres y en razas negras, asiáticas e hispanoamericanas. Las tasas de prevalencia aumentan al doble cada 5.3 años a partir de los 65 años (Jorm, 1998).

Para Hachinski (Fischer, 1991), las características más importantes de la demencia multifartos son:

- Se puede determinar con precisión el inicio de la sintomatología como consecuencia de accidente vascular.
- El deterioro intelectual es inmediato (de un día a otro).
- Puede presentar mejoría de un infarto a otro, pero ésta puede desaparecer ante otro accidente.
- Presenta con frecuencia episodios de lucidez durante el día y períodos de confusión por la noche.
- La personalidad permanece intacta.
- Es frecuente la depresión y la sensibilidad a los fármacos.

Las lesiones provocadas por los accidentes vasculares repercuten en el tejido cerebral y afectan la memoria y otras funciones intelectuales (Mace, 1997).

Para el diagnóstico de demencia vascular, se basa en (Moríñigo, 2003):

- Información clínica, historia y exploración neuropsicológica y física
- Pruebas de neuroimagen
- Estudios funcionales hemodinámicos

Factores de riesgo en las demencias vasculares son: edad avanzada, bajo nivel educativo, presencia de disfagia, limitaciones de la marcha, pérdida del control urinario, fumar, hipotensión ortostática, presión arterial baja, grado de lesión de la sustancia blanca periventricular, hipertensión arterial, diabetes,

bajo nivel socioeconómico (menor atención médica, dieta inadecuada y pobre control de hipertensión (Román, 2003).

La autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, tanto en paciente con demencia vascular como hipertensos crónicos, se pierde o disminuye el mecanismo que mantiene estable la circulación sanguínea cerebral

### **Demencia multiinfarto**

Dentro de las demencias vasculares, la demencia multiinfartos es la más conocida, es ocasionada por la destrucción del tejido cerebral alrededor de 100 ml. Que resulta de la oclusión de vasos cerebrales grandes, con destrucción en área cortical y subcortical. En muchos pacientes con este tipo de padecimiento se llega a producir volúmenes muy limitados de infarto cerebral (Román, 2003).

### **Demencia por infartos estratégicos**

Son las demencias provocadas por infartos ubicados en estructuras relacionadas con el sistema límbico. Las lesiones del hipocampo aumentan cinco veces el riesgo de demencia (Román 2003).

El siguiente cuadro presenta las características que se diferencian entre un paciente con demencia vascular y demencia cortical (Alzheimer).

<b>Características</b>	<b>Demencia vascular</b>	<b>Enfermedad de Alzheimer</b>
Formato de comienzo	Súbito o gradual	Gradual
Evolución	Muy lenta, escalonada, con fluctuaciones	Deterioro progresivo e inexorable
Hallazgos neurológicos	Evidencia de déficit focal	Mínimos o ausentes
Memoria	Afectada en forma mínima	Déficit temprano y severo

Función ejecutiva	Déficit temprano y severo	Compromiso tardío
Tipo de demencia	subcortical	Cortical
Neuroimágenes	Infartos, lesión de sustancia blanca	Normal; atrofia del hipocampo
Marcha	Anormal (tempranamente)	Normal (usualmente)
Historia vascular	Factores de riesgo vascular	Poco frecuentes

## Otro tipo de demencias

### Demencia mixta

Se le denomina demencia mixta cuando el paciente presenta hallazgos clínicos y patológicos de la enfermedad de Alzheimer junto con patología vascular (SEP, 2000).

### Demencias tóxicas y metabólicas

Las demencias asociadas a alteraciones tóxicas y metabólicas se han clasificado dentro de las demencias secundarias, junto con las demencias debidas a infecciones, tumores, hidrocefalia y vasculitis (García de la Rocha, 2003).

Este grupo constituye entre el 1 a 10% de las demencias. Sin embargo este porcentaje presenta un descenso en la epidemiología en publicaciones más recientes (Weyting, 1995, Pérez, 1999).

### Demencias tóxicas

Altos niveles en el consumo de sustancias tóxicas produce ciertos efectos en la persona que los ingiere.

Alcohol.

Afecta al sistema nervioso y enfermedad de Marchiafava-Bignami (García de la Rocha, 2003) lo que provoca un cuadro clínico de inicio insidioso con confusión mental que avanza hacia el mutismo, temblores, rigidez, parálisis, convulsiones y coma.

Abuso de drogas.

- Cocaína. Las complicaciones neurológicas más comunes son convulsiones, temblores y mioclonías. Pero también puede provocar un cuadro sicótico.
- Metanfetaminas. Tienden a desarrollar cuadros parkinsonianos y daño cerebral
- Cannabis o marihuana. Desorientación y confusión, en dosis altamente elevadas, psicosis.
- Heroína. Puede desarrollar encefalopatía postanóxica.
- Fenciclidina. Alteraciones en la memoria y lenguaje, aparición de estados de confusión.

Fármacos.

- Litio. Temblores, ataxia y rigidez, otros signos pueden ser mioclonías, epilepsia o neuropatía periférica.
- Manganeso. Al inicio produce un cuadro de depresión, irritabilidad e insomnio y posteriormente cefalea, alucinaciones, rigidez intensa, acinesia, calambres.

- Plomo. DE forma inorgánica produce encefalopatía en niños y de manera inorgánica insomnio y pesadillas y posteriormente psicosis con alucinaciones y miedo exagerado.
- Mercurio. Irritabilidad, insomnio, temblor, parkinsonismo, ataxia, neuropatía óptica.
- Arsénico. Trastorno moderado de la memoria y la atención, cefaleas, polineuropatía y lesiones dérmicas.
- Talio. Neuropatía periférica de tipo desmielinizante, falta de concentración e insomnio, confabulación, alteraciones de la personalidad y alteraciones de conciencia y coma.

### **Demencias carenciales**

Déficit de niacina. Los síntomas iniciales son apatía, irritabilidad, depresión, posteriormente disminución de la atención y la memoria, luego presenta hipertonía, mioclonías y neuropatía periférica, puede presentar estupor y coma en caso de no tratarse.

Déficit de tiamina. Se asocia a alteraciones asociadas a ataxia troncular, bradipsiquia, alucinaciones, agitación psicomotriz y desorientación. Evoluciona en pérdida de memoria inmediata

### **INCIDENCIA**



La incidencia de esta enfermedad es de aproximadamente el 1% de la población mayor de 60 años y se duplica cada 5 años, hasta llegar de 30 a 50% en personas mayores de 80 años (Cummings, 1992).

## **DIAGNÓSTICO**

Es importante conocer el diagnóstico preciso para poder implementar el tratamiento apropiado, poder informar el pronóstico y planear el cuidado adecuado para el paciente y la familia. Este diagnóstico puede ayudar a implementar la rehabilitación para prevenir, retrasar o alterar la evolución del padecimiento. Este tipo de trabajo médico se puede llevar a cabo en las primeras etapas de la enfermedad ya que sólo en éstas es posible la rehabilitación del paciente (Nieto, 2002, Ostrosky-Solís, 2000a y 2000b).

Para evaluar a un paciente, el médico especialista realiza una historia clínica, antecedentes, evolución del cuadro clínico, examen neurológico, evaluación del deterioro cognoscitivo (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996):

1. Historia clínica. Puede revelar déficits en diferentes áreas del funcionamiento intelectual, para ello interroga al paciente principalmente en las dificultades que presenta para recordar eventos recientes y la manera en la que se desenvuelve en actividades de la vida cotidiana.
2. Antecedentes. Se indaga sobre los antecedentes: familiares de enfermedades demenciales, ingestión crónica de medicamentos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, otras enfermedades metabólicas, enfermedades venéreas previas, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades cronicodegenerativas del sistema nervioso central, adicción a alcohol u otras fármacos, cuadros depresivos, retraso mental.

3. Evolución del cuadro clínico. El tiempo de evolución de la declinación cognitiva es primordial. Una evolución aguda se presenta de días a un mes, una evolución subaguda de uno a seis meses y una evolución crónica más de seis meses.
4. Examen neurológico. Orientado a la búsqueda de signos anómalos asociados al deterioro intelectual.
5. Evaluación del deterioro cognoscitivo. Evaluación de la repercusión funcional y sobre todo del funcionamiento social laboral y familiar, interrogando al cuidador primario sobre el comportamiento del paciente. Es necesario emplear pruebas para investigar atención, orientación, lenguaje, memoria reciente y remota, relaciones viso-espaciales, práxias, cálculo y juicio y evaluación de las capacidades funcionales.

El manejo médico que se puede realizar en un paciente con demencia, depende mucho de la etapa en la que se encuentra la enfermedad (CONSENSOS FUNDSALUD, 1996).

	<b>INICIAL</b>	<b>INTERMEDIA</b>	<b>TARDÍA</b>
Consejo a los cuidadores	1. Información	1. Movilización	1. Alimentación hiperprotéica
Precauciones	2. Vigilancia de complicaciones	2. Paseos	2. Cama de hospital con colchón apropiado
	3. Planificación asistencial	3. Mantener rutinas fijas	3. Masajes
	4. Trámites legales	4. Gimnasia pasiva	4. Vigilar la aparición de escaras
	5. Revisiones médicas	5. Vigilar alimentación e hidratación	5. Vigilar la aparición de infecciones
	6. Organización de la vida del enfermo	6. Vigilar padecimientos	
	7. Adecuación de	7. Evitar polifarmacia	

Necesidades auxiliares	la dosis de medicamentos 8. Considerar cuidador	8. Asistencia domiciliaria 9. Atención en centros de día	6. Asistencia domiciliaria 7. Institucionalización
------------------------	--	---	---

Generalmente aparecen los signos conductuales en las etapas medias de la enfermedad, variando el ritmo de presentación y la relevancia. Estos signos se pueden reducir o anular mediante terapias adecuadas, no así el caso de los síntomas cognitivos (Cubero, 2002).

Los síntomas conductuales de la demencia se consideran secundarios a los cognitivos. Sin embargo para familiares y cuidadores constituyen los de mayor importancia debido a que modifican la calidad de vida del entorno, tanto del paciente como de la familia (Cubero, 2002).

Las alteraciones psiquiátricas que se presentan en las demencias determinan tanto el nivel de disfuncionalidad en el paciente como las dificultades en el cuidado del paciente, además del manejo de cuidadores. Algunos factores pueden ser determinantes. Estos pueden ser de tipos socioeconómico, estructura de personalidad, biológicos y seguridad social (Alarcón, 2003).

El paciente con demencia puede presentar cuadros de agitación motora en 80%, depresión en 40%, psicosis 33% (Grossberg, 1999), abuso de alcohol y psicotónicos 3 a 9%, trastornos del sueño y de ansiedad 11% (Tony, 1999).

A manera de resumen, la siguiente tabla, indica los síntomas que surgen en un enfermo con demencia.

<b>SÍNTOMAS CARÁCTERÍSTICOS DE LAS DEMENCIAS</b>	
<b>Cognitivos</b>	<b>Conductuales</b>
Amnesia Afasia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnomia</li> <li>• Parafasias</li> <li>• Ecolalia</li> <li>• Circunloquios</li> </ul> Apraxia Agnosia Desorientación Acalculia Incontinencia	Afectivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Manía</li> <li>• Ansiedad</li> </ul> Delirium Alucinaciones Apatía Agitación psicomotriz Insomnio Desinhibición

## **REHABILITACIÓN**

La mayoría de los programas de rehabilitación neuropsicológica dirigidos a pacientes con demencia se caracterizan por presentar las siguientes características (Fernández 2001):

- Individualizados con énfasis en las áreas más conservadas apoyándose en éstas para intervenir en las que se encuentren más afectadas.
- Se desarrollan de manera continua, con revisión continua para observar posibles beneficios y adoptar un programa acorde a las circunstancias nuevas que vayan surgiendo.
- Toman en cuenta la fase en la que se encuentra la enfermedad.
- Se adecuan al tipo de demencia que presenta el paciente.
- Evalúan el grado de conciencia de la enfermedad y motivación del paciente.

A continuación se enuncian las principales técnicas y métodos de intervención que se emplean como intervenciones de rehabilitación neuropsicológicas para pacientes con demencia (Arango, 2003).

- Programas de psicoestimulación sensorial y actividad
  - Terapia de orientación a la realidad
  - Terapia de reminiscencia
  - Musicoterapia
  - Terapia de validación
  - Psicomotricidad
  
- Entrenamiento cognitivo en capacidades específicas
  - Programa de psicoestimulación Integral
  - Programa de Activemos la Mente
  
- Técnicas de modificación de conducta
  
- Reestructuración ambiental
  - El cuarto de baño
  - La cocina
  - Los dormitorios
  - Los pasillos y escaleras
  
- Programas de rehabilitación por ordenador
  
- Nuevas orientaciones
  - Programa intergeneracional de rehabilitación

## **CAPÍTULO III**

### **CUIDADORES**

El cuidador es una persona que brinda ayuda a otra persona que no puede atenderse por sí misma al 100%. Existen dos tipos de cuidadores: Cuidador informal y cuidador formal.

Los cuidadores formales son personas que brindan un servicio de apoyo a cambio de un ingreso económico (Fradkin, 1992 y McConell, 1994, Agüera, 2002), tal como se expuso en el capítulo I.

El cuidador informal es aquella persona que no recibe ingresos por atender a otro individuo y generalmente son los amigos y/o familiares (Haber et al, 1997); este tipo de cuidadores pueden ser primarios o secundarios, de acuerdo al tiempo que dediquen al cuidado del paciente, si es tiempo completo o medio tiempo respectivamente, además de que pueden vivir con el paciente o separados de ellos (Fradkin, 1992 y McConell, 1994).

El cuidador informal, y sobre todo la familia, son los principales cuidadores hacia un paciente con demencia. La American Association of Retired Persons (AARP, 1998) consideró que este grupo de personas forman el 85% del total de cuidadores. De los cuales del 80 a 82% lo constituyen mujeres de entre 50-60 años (Kennedy, 1997, Garrido 2002). Las esposas y las hijas de los enfermos son en quienes recae la mayor responsabilidad de la atención hacia el paciente y en menor medida esposos e hijos (Stone, 1987). El parentesco con el paciente es de hija(o) en un 45-60% y la pareja el 19-31% (Garrido 2002). El 60% de los cuidadores dedican tiempo completo al cuidado

del paciente (Rice et al, 1993, Garrido 2002). Sólo el 11-23% de los casos recibe apoyo de cuidadores externos (formales) y/o de servicios de atención diurna (Garrido 2002).

Entre las tareas directas que lleva a cabo el cuidador informal se encuentran el soporte emocional, asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria como bañarse y vestirse (AARP, 1998; Salvador, 2002), autocuidados, toma de decisiones, asistencia y gestión financiera y legal; en algunos casos prevención y cura de heridas o úlceras e inyecciones (Salvador, 2002). El tiempo que estos cuidadores dedican al enfermo depende del deterioro que presente el paciente. Por ejemplo, los pacientes con daños cognoscitivos necesitan en promedio 13 horas diarias de cuidados (Kennedy, 1997) y en el caso de las demencias pueden requerir hasta 24 horas del día, los siete días de la semana y con frecuencia varios años de la vida del paciente (Mace, 1997).

Con la progresión de la demencia, el cuidador informal se empieza a hacer responsable de más tareas, sobretodo de las que tienen que ver con el autocuidado del paciente. También se empieza a preocupar por la seguridad del paciente en casa y la prevención de accidentes, modificando el entorno. Durante las etapas finales, el cuidador tiene que hacer frente a problemas de incontinencia, úlceras, insomnio, desnutrición, alteraciones en la deglución e inmovilidad, además de que los problemas anteriores se van agudizando con la enfermedad (Arango, 2003).

## **Toma de decisión para la asistencia a un paciente**

Los motivos que llevan a una persona a fungir como cuidador informal pueden ser variados, pero cualquiera que sea la razón, ésta influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcione (Fernández de Trocóniz y cols., 1997).

La familia cuidadora va haciendo frente a una serie de cambios que implican una mayor inversión de tiempo, tales como: aumento de gastos económicos, intercambio de roles, cambios en la dinámica familiar y relaciones interfamiliares (Arango, 2003).

Otra de las causas por las que los miembros de la familia toman la decisión de cuidar a su paciente se debe a la sensación de sentirse obligados por retribuirle los cuidados que a ellos les proporcionó. Sienten y piensan que nadie los va a cuidar mejor que ellos ni siquiera una institución con los conocimientos y el personal necesarios para proporcionarle tratamiento y rehabilitación (López, 2004).

En otros casos, la decisión de convertirse en cuidador no depende de uno mismo, sino que se asume el rol por cuestiones de cercanía, estado civil, situación laboral y está más predispuesta la persona que el resto de la familia (Salvador, 2002).

La asistencia al paciente se verá reducida o aumentada por diferentes aspectos. Algunos miembros de la familia estarán renuentes al cuidado del paciente, mientras que otros se volverán sobreprotectores. Este tipo de reacciones en los familiares puede provocar situaciones conflictivas entre ellos, además, las fronteras generacionales pueden desquebrajarse en fricciones a la



hora de atender al enfermo pues mientras uno percibe que exige y trabaja más, otro tiene una reacción de *aparente* indiferencia y falta de responsabilidad (Salvador, 2002).

El que alguno o varios miembros de la familia asuman el papel de cuidador puede deberse a diferentes factores (Salvador, 2002) entre ellos:

- Motivos altruistas: amor, afecto, sentimientos de cercanía y empatía positiva
- Norma social: por moral y sentimientos del deber, motivo más frecuente entre los cuidadores
- Motivos personales: evitación de culpa satisfacción de realizar algo bueno

En el capítulo II se mencionaron las características de los principales tipos de demencia que existen, teniendo en común alteraciones cognitivas que repercuten en el comportamiento del paciente.

Los síntomas conductuales de la demencia se consideran secundarios a los cognitivos. Sin embargo para familiares y cuidadores constituyen los de mayor importancia debido a que constituye la calidad de vida del entorno, tanto del paciente como de la familia (Cubero, 2002).

Ya se han mencionado cuales son algunas de las conductas que presenta una persona con demencia, de acuerdo al tipo y a la fase de la enfermedad (Selmes, 1997). Sin embargo, el cuidador también enfrenta otro

tipo contratiempos en su vida como consecuencia de los cuidados que brinda (Nieto, 2002, Mace, 1997).

El cuidador deberá ser paciente con el enfermo y estar preparado para poder afrontar los cambios que irá presentando su familiar enfermo (Nieto, 2002). Es importante conocer los cambios que un paciente con demencia sufre a lo largo de la enfermedad, ya que son cambios que repercuten tanto en el enfermo como en los cuidadores y demás miembros de la familia. En las demencias sufre tanto quien padece la enfermedad como quienes le rodean (Selmes, 1997) ya que es la familia quien, en la mayoría de los casos, se encarga de la supervisión, asistencia y cuidados (Arango, 2003).

Cuando la familia se enfrenta a una enfermedad lenta pero fatal, constantemente se verá afectada por una serie de eventos estresantes que agotarán sus recursos emocionales y materiales. Es entonces cuando se reorganiza en respuesta a los cambios que surgen de una enfermedad progresiva. Esta nueva organización afectará la vida normal, familiar y el desarrollo del ciclo de vida de sus miembros. En el caso de enfermedades demenciales, éstas provocan un gran estrés y alteran las normas establecidas en el hogar al grado incluso de cambiar roles drásticamente, aunque no a todos altera de la misma manera (Rolland 1994).

### **Cambio de roles**

Los roles y las responsabilidades de los miembros de la familia cambian cuando un integrante enferma. Este tipo de situaciones implica nuevos esfuerzos y más trabajo por adaptarse a ellas. Llegan a surgir sentimientos

negativos y problemas personales entre los miembros de la familia. Cambian las relaciones entre los cónyuges, entre padres e hijos, adaptaciones, cambio de roles y expectativas (Mace, 1997).

Surgen sentimientos de culpa en los cuidadores debido a roles, responsabilidades y expectativas que se establecieron años antes. Desacuerdos, resentimientos y conflictos familiares adquiridos con anterioridad y que se agravan ante la enfermedad (Mace, 1997).

### **Problemas físicos**

Los cuidados que brinda a largo plazo provocan estrés en el cuidador, produciendo una afectación del sistema inmunológico (Haley, 1997). Además, el esfuerzo que se requiere para mover al paciente le provocan problemas musculares como cervicalgias, lumbalgias, hernias y dolores de espalda (Arango, 2003).

### **Aspectos laborales**

Muchos de los cuidadores se ven en la necesidad de abandonar o reducir el tiempo en sus empleos (Simón, 2000). En otras ocasiones, el rendimiento en el trabajo se ve disminuido debido a que se vuelven más irritables, más tensos, les cuesta trabajo concentrarse y se vuelven más propensos a sufrir accidentes de trabajo, disminuyen su rendimiento e incrementan el nivel de ausentismo o llegan a perder su empleo (Arango, 2003).

## **Aspectos económicos**

Los cuidadores sufren de gastos financieros adicionales, como: transporte, dietas, medicamentos, servicios médicos y demás cambios que van surgiendo (Stone, 1987), lo que provoca una gran carga para los cuidadores (Simón, 2000).

Tan solo en México casi la mitad de la población carece de servicios médicos (CONAPO, 1998), lo que genera otro gasto para el cuidador. Además, el número de personas de la tercera edad va en aumento y con ello los padecimientos propios de esta edad, así como sus trastornos (Melero, compilado por García, 1994).

En la Fundación de Alzheimer “Alguien con quien contar” el nivel económico que prevalece entre los pacientes que asisten a esta institución es medio alto. Clases sociales más bajas no llevan a sus pacientes, debido a que algunas familias cuidadoras prefieren invertir dinero en otro tipo de gastos que ocasiona la enfermedad, en lugar de llevarlo a una institución privada. Además de que los cuidadores comentan que gastan más en transporte (taxi) de lo que le puede cobrar la institución (López, 2004).

Adicional a esta problemática, el aspecto financiero que padece el cuidador se convertirá en una fuente de estrés además de otros conflictos en diferentes áreas de su vida. Al menos, la mitad de los receptores de cuidados están postrados o usan sillas de ruedas. Su necesidad de ser trasladados de un lugar a otro puede producir tensión en músculos provocando dolor en el cuidador (AARP, 1998). Algunos cuidadores indican que su salud ha

empeorado a partir de cuidar a su paciente enfermo y notifican una salud más pobre en comparación con personas de su misma edad que no son cuidadores (Scharlach, Lowe y Schneider, 1991).

### **Problemas legales**

El paciente se ve incapacitado para llevar a cabo aspectos jurídicos por lo que el cuidador debe realizar trámites legales como la incapacidad, nombramiento de tutor, con la finalidad de hacerse cargo de las responsabilidades legales que derivan del cuidado del paciente (Arango, 2003).

### **Problemas sociales**

La indiferencia y menosprecio por parte de las diferentes instituciones de salud, así como la falta de interés en la investigación sobre el papel del cuidador en la sociedad, la insuficiencia de servicios médicos en etapas críticas de la enfermedad, la falta de información lleva a la sociedad a mostrarse cauto y temerosa respecto a las enfermedades mentales, lo que lleva al aislamiento y el rechazo social del paciente y del cuidador (Simón, 2000).

Debido al tiempo que invierten en los cuidados hacia el paciente, los cuidadores dejan de disfrutar de su tiempo libre para aficiones, vacaciones y desarrollan grupos sociales de amigos y familiares más pequeños y de poca frecuencia (Arango, 2003, Rancel, 2003), lo que constituye un factor de riesgo para desarrollar depresión y disminución de la función inmune (Rangel, 2003).

También se necesitan residencias especializadas con personal preparado. Centros de día con programas específicos a fin de mantener al enfermo el máximo tiempo posible con su propia autonomía y que le puedan brindar a la familia un mayor apoyo además de una buena planificación de ayuda domiciliaria, para resolver los problemas de la limpieza y procurar el descanso del cuidador para que pueda soportar las grandes tensiones que supone el cuidado diario de un paciente con demencia (Hernández, compilado por García, 1994).

La familia necesita de asesoramiento jurídico en materias legales para evitar conflictos posteriores a la enfermedad tales como la incapacidad de su paciente, herencias, jubilación, pensiones, entre otras (Hernández, compilado por García, 1994).

### **Fricciones familiares**

Las fricciones familiares que surgen a partir de la enfermedad demencial se deben a diversas circunstancias. Hay miembros de la familia que no ayudan porque no pueden aceptar la enfermedad de su familiar y se alejan evitando así angustiarse. Sin embargo esta situación es interpretada por los otros cuidadores como falta de responsabilidad y abandono (Mace, 1997).

Otra causa de conflicto en la familia es que cada persona está convencida de tener la razón respecto a los cuidados del enfermo. Generalmente, los parientes que no conviven con el enfermo no se solidarizan con el cuidador y se muestran muy críticos. En muchas ocasiones el cuidador

primario no expresa sus sentimientos a quienes viven lejos, por lo que a éstos últimos les es difícil entender la situación (Mace, 1997).

Parte de las implicaciones del cuidar al paciente está en el descuido hacia los demás miembros de la familia y la demanda de ellos hacia el cuidador, como lo son los hijos o cónyuge en su caso (Mace, 1997).

Algunos cuidadores informales optan por no comunicar al resto de la familia la situación que viven con su paciente enfermo ya sea por no agobiarlos, porque no quieren su ayuda o no es proporcionada y así, asumen de manera individual la responsabilidad de los cuidados del paciente (Mace, 1997).

Estos aspectos causan trastornos en el cuidador, que son detectados cuando los síntomas se agudizan. Presentan una agresividad constante hacia los demás, ya sea porque ellos pueden seguir con su vida o porque son capaces de ser felices a pesar de la problemática. La tensión contra otros cuidadores (auxiliares) surge por considerar que su trabajo como cuidador no está desempeñándose adecuadamente. Se aíslan del entorno socio-familiar. Presentan depresión, cansancio, ansiedad (Miranda, 2005).

Otro tipo de problemas a los que se enfrenta el cuidador son el poder encontrar a una persona de confianza que lo sustituya cuando él no pueda asistir al paciente, además de que constantemente le preocupa lo que le pueda ocurrir a su familiar; vive en tensión con el paciente e incertidumbre hacia la evolución de la enfermedad; diferencias en las percepciones respecto a las necesidades del paciente y las ocupaciones del cuidador (Nieto 2002).

## **Problemas psicológicos**

Conforme avanza el deterioro en el paciente, los cambios que éste presenta van interfiriendo en las actividades de la vida cotidiana y con ello las reacciones de la familia pasan de incertidumbre y preocupaciones al inicio de la enfermedad a ansiedad, tristeza, miedo, inquietud y desconcierto (Arango, 2003).

Ante la presencia de una enfermedad demencial, los familiares presentan con frecuencia miedo de desarrollar la enfermedad en la vejez. Viven angustiados ante la posibilidad de que este hecho se presente, cuando en realidad solo el 15% de las veces es de origen genético (Moron, 2000, López, 2004).

Las emociones que surgen en los cuidadores informales pueden ser positivas o negativas. Las primeras surgen de la satisfacción que les produce el contribuir al bienestar del familiar enfermo. Las emociones negativas, que son más frecuentes en los cuidadores, son la sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza (Moron, 2000; González, 2002; Fernández de Trocóniz, 1997).

Con elevada frecuencia, el cuidador se siente irritado, desasegado y nervioso por el comportamiento del paciente. Sus reacciones se deben, en gran medida, al estado mental en el que se encuentra y que es incapaz de dominar. Este tipo de reacciones se manifiestan de manera desmesurada, lo que incrementa el nivel de estrés (Moron, 2000, Selmes, 1997, González, 2002), además de tener ideas suicidas y baja autoestima (Moron, 2000).



Tanto la ira como conductas violentas son comunes en pacientes con demencia, sin embargo, en ocasiones el cuidador puede tomar estas actitudes de forma directa a su persona y reaccionar de la misma manera (Mace, 1997).

En muchas ocasiones el cuidador se siente abandonado, en un callejón sin salida, de soledad y aislamiento, resentido, enfadado, frustrado, con dificultades de afrontamiento. Vive un duelo adelantado, refiriéndose a su familiar enfermo como si estuviera muerto sintiendo tristeza, vacío emocional y enfado (González, 2002).

El enojo que los cuidadores refieren es hacia el enfermo, la familia, los amigos, las instituciones, profesionales y la sociedad (González, 2002).

### **Salud en el cuidador**

La asistencia hacia el paciente con demencia no es sencillo. Debido a los problemas cognitivos y de conducta del paciente, además de conflictos que surgen de los cuidados hacia el paciente, la salud del cuidador se verá afectada, y por otro lado, como consecuencia del tiempo que se le dedica a los cuidados del paciente el cuidador puede tener conflictos de relación entre los miembros de la familia

En estudios realizados con cuidadores de demencia (Alzheimer) se ha observado que estas personas están sometidas a una tensión fuerte y constante. La tensión crónica y a largo plazo hace que el cuidador empeore su salud con el tiempo (Cohen, 1997).

Se ha reportado que cuidadores exhiben gran estrés negativo psicológico y en particular altos niveles de depresión (Goode, 1998).

Más del 80% de los cuidadores de pacientes con demencia, admiten experimentar, con frecuencia, altos niveles de estrés, además casi la mitad de ellos sufren de depresión. Esta situación es perjudicial, ya que afecta directamente al cuidador e indirectamente al paciente (Miranda, 2004).

En los cuidadores se presenta una sobrecarga como consecuencia de los cuidados que se brindan directamente al paciente, así como suministrar asistencia con tareas que el paciente no es capaz de ejecutar independientemente. Los problemas de conducta del paciente y deterioros cognitivos son otro origen del estrés en cuidadores. El hecho de suministrar asistencia en los cuidados y controlar la conducta del paciente representan diferentes estresores y sitúan al cuidador ante diferentes tipos de demandas (Goode, 1998).

Las manifestaciones de estrés en el cuidador se plantearán en el siguiente capítulo.



## **CAPÍTULO IV**

### **ESTRÉS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA**

#### **SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

La sobrecarga del cuidador informal puede traducirse en problemas físicos, psicológicos o emocionales y financieros que surgen de los cuidados que proporciona, el tiempo que invierte en el paciente diariamente por muchos años y cuyas estrategias para la resolución de problemas son pasivas e inadecuadas (Jerom y cols 1993).

La sobrecarga objetiva surge a consecuencia de problemas de terceras personas (incontinencia, dificultades económicas, y trastornos de conducta) y la sobrecarga subjetiva son las reacciones emocionales que surgen en el cuidador debido a la tarea de los cuidados (González, 2003).

#### **SÍNTOMAS DE ESTRÉS**

Goode y sus colaboradores (1998), en un estudio longitudinal, encontraron que cuidadores informales de pacientes con demencia mostraban cambios significativos en su salud física y mental.

#### **Sistema inmunológico**

En décadas pasadas, se han observado las consecuencias del estrés prolongado en el organismo, por ejemplo alteraciones del sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986, Cohen, 1997), elevados anticuerpos latentes a los virus de herpes (Kiecolt-Glaser, 1986), problemas hormonales (Compilado por Cohen, 1997), así como a cualquier sistema del organismo.

Para Kiecolt-Glaser y Glaser los cuidadores de pacientes con demencia presentan una disminución en su respuesta inmunológica. A un grupo de cuidadores de pacientes con demencia les hicieron pequeñas heridas en el brazo y notaron que les tomo un promedio de nueve días (24% mas que el grupo control) sanar su herida (Cohen, 1997).

También se observa que la función inmune es más pobre y da lugar a infecciones del tracto respiratorio y respuestas más pobres al virus de la influenza (Vitaliano, 2003).

Bajo estos riesgos en su salud, los cuidadores reducen la resistencia a virus a causa de una reducción de anticuerpos y en cuidadores de mayor edad se corre el riesgo de adquirir el virus de influenza (Vitaliano, 2003)

En cuidadores con antecedentes de cáncer se ha observado una disminución en la respuesta natural de defensa al tumor y los cuidadores con antecedentes de hipertensión muestran un incremento en su presión arterial (Vitaliano, 2003), mientras que en cuidadores que no padecían enfermedades cardiacas, anteriores al asumir el rol de cuidador, presentaron enfermedades del corazón (Schulz y Beach, 1999).

## **Sistema nervioso**

La tensión del cuidado altera a los cuidadores en el sistema afectivo, simpático y neuroendocrínolo lo cual hace que se altere la función inmune. (Vitaliano, 2003).

### **Síntomas psicológicos**

Los cuidadores familiares, con gran frecuencia, desarrollan ansiedad y sintomatología depresiva asociada al cuidado (Vitaliano, 2003).

Las demandas de los cuidadores se ve reflejada en estrés y hábitos pobres en cuidados de salud (Vitaliano, 2004).

En cuidadores de pacientes con demencia, algunos signos de estrés son: negatividad, ira, agotamiento, irritabilidad, problemas de salud, distanciamiento social, ansiedad, depresión, insomnio, falta de concentración (Miranda, 2005).

Pena, confusión, enfado, culpa, frustración, agotamiento, desesperación y fracaso de las defensas psicológicas. A la larga enfado sin motivo concreto, temores vagos, recurso a remedios de curanderos, fatiga crónica y enfermedades psicosomáticas (Simon, 2000).

### **Sistema digestivo**

Alteración en hábitos alimenticios, alteraciones gastrointestinales (González, 2003).

### **Sistema endócrino**

Se elevan los niveles de hormonas estresoras, lo que simula una actividad fisiológica prolongada que puede llevar a enfermedades como la hiperglucemia, hiperinsulinemia, hipertensión y disminución de la función inmune. Cuando esta situación se prolonga el cuidador corre el riesgo de problemas coronarios, diabetes, hipertensión, obesidad y respuesta inmune pobre. (Vitaliano, 2004).

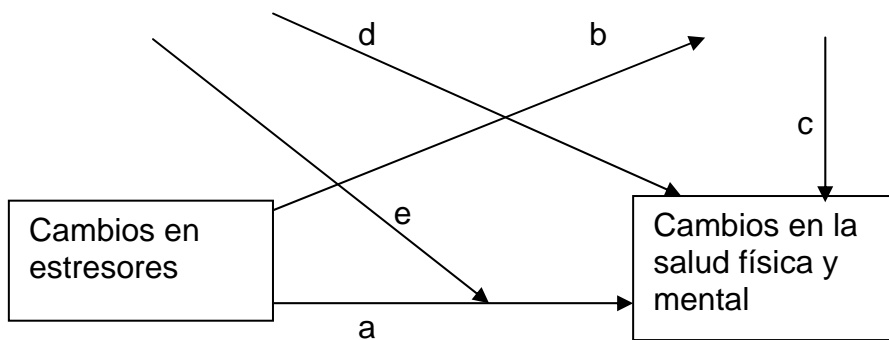
Vitaliano y cols. (2004) estudiaron el estrés negativo y hábitos de salud pobres y predijeron un gran riesgo fisiológico de adquirir el síndrome metabólico de 15 a 18 meses después de someterse a elevados niveles de estrés. El síndrome metabólico se caracteriza por presentar cinco signos fisiológicos que predicen enfermedades cardíacas y la exacerbación de que ocurra con el transcurso del tiempo, tales signos son: obesidad, elevada presión arterial, colesterol alto, altos niveles de glucosa y altos niveles de insulina (Vitaliano, 2004).

## **CAMBIOS EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS CUIDADORES**

Goode (1998) propuso un cuadro de los posibles mecanismos que podrían predecir los cambios en la salud física y mental de los cuidadores.

Cuidador inicial Recursos Psicosociales
---

Cambios en recursos Psicosociales de cuidadores
--



Los cambios en los estresores de cuidadores pueden tener un efecto directo sobre la salud de cuidadores (a) y pueden también producir cambios en los recursos psicosociales de cuidadores (b), lo que podría afectar su salud (c).

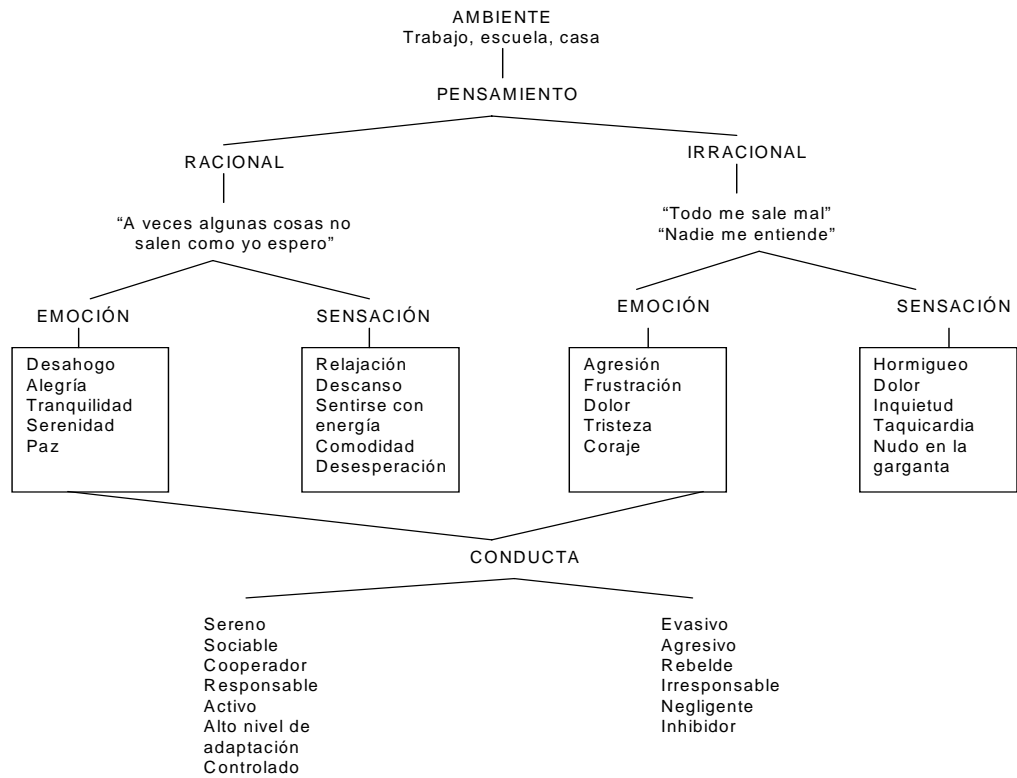
Los recursos psicosociales de cuidadores pueden proporcionar efectos protectores directos sobre los cambios en resultados en el tiempo (d).

Finalmente los recursos psicosociales de cuidadores iniciales pueden moderar la asociación entre los cambios de estresores en el transcurso del tiempo para proteger o amortiguar los efectos del estrés (e).

## PROCESO DEL ESTRÉS

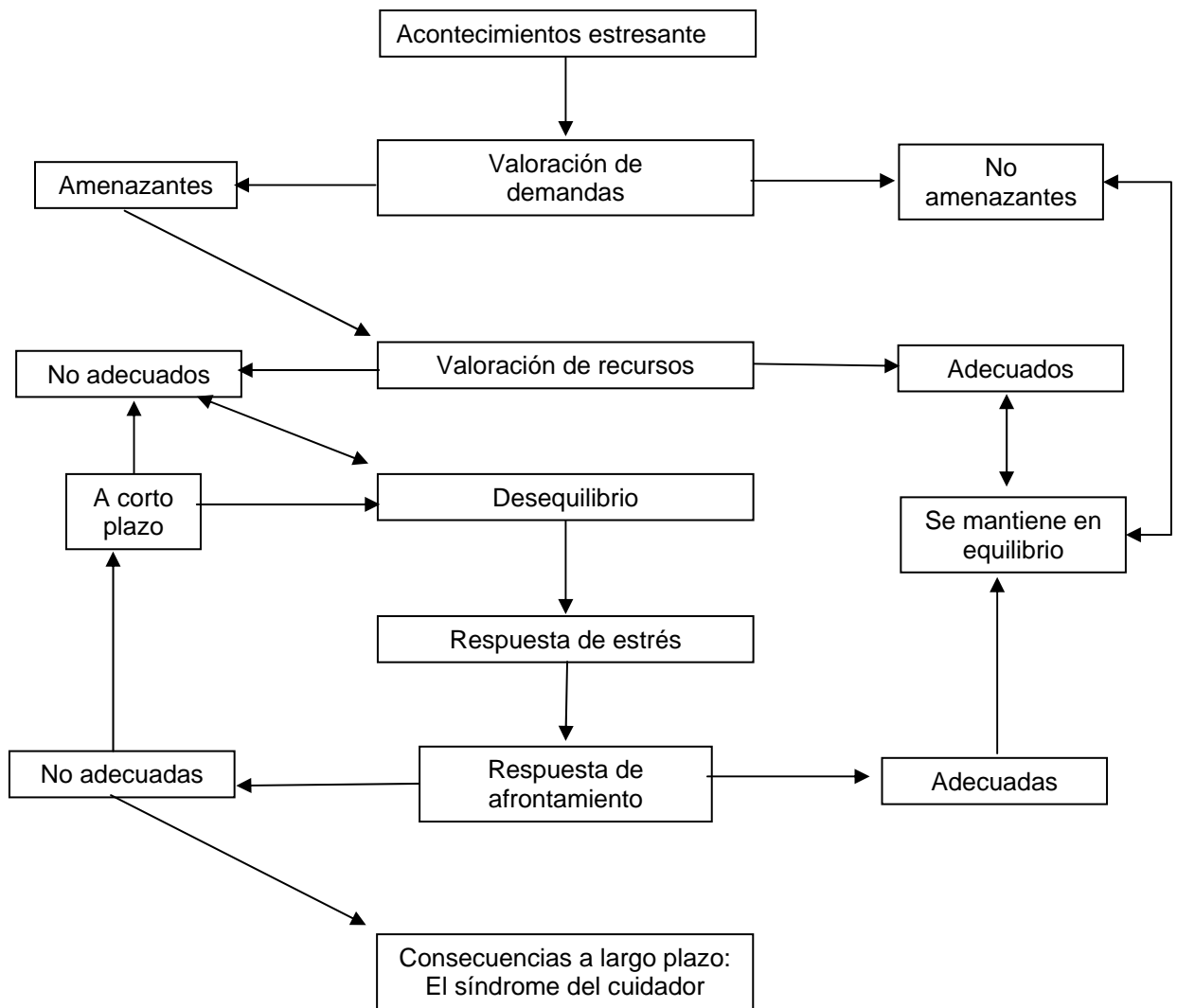
En el proceso del estrés intervienen diversos factores que interactúan entre sí, tal como se observa en el siguiente esquema (Domínguez y colaboradores, 2002).





## MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES

Rodríguez Marín (1995) propuso un modelo de estrés-afrentamiento del cuidador.



El estrés surge cuando la persona percibe una discrepancia o desequilibrio entre las demandas de una situación y los recursos que posee para hacer frente a ellas. Inicia con una situación en la que se produce un acontecimiento potencialmente amenazante y después la persona evalúa dicho acontecimiento como amenazante. Hay una activación del organismo que se caracteriza como una respuesta de ansiedad. Como la respuesta no es parte del equilibrio normal del organismo, la persona produce una respuesta

adaptativa para reestablecer el organismo y la persona entrará de nuevo en el ciclo de estrés (Rodríguez, 1995).

En el caso del cuidador, el estrés es el resultado de la situación objetiva y de la evaluación que haga de la situación, además de las capacidades de afrontamiento y recursos disponibles para hacer frente a las demandas percibidas. En la evaluación cognitiva de la situación el cuidador decide si las exigencias o demandas de ésta atentan su bienestar; evalúa si la situación es irrelevante positiva o estresante de acuerdo al significado daño/pérdida amenaza o desafío (Arango, 2003).

El cuidador presenta pérdidas económicas sociales entre otras. Al evaluar las demandas de la situación toma en cuenta los recursos de afrontamiento disponibles para manejar tales demandas. Los recursos pueden ser (Arango, 2003):

- Físicos/biológicos. Elementos del entorno físico de la persona y su propio organismo
- Psicológicos/Psicosociales. Autoestima, sentido de control, creencias para sostener la esperanza y habilidades para solucionar problemas
- Sociales. Redes sociales y sistemas de apoyo social donde puede obtener información, asistencia y apoyo emocional.

Cuando el cuidador no tiene la capacidad necesaria para manejar las demandas percibidas de cuidar a un paciente con demencia, a corto plazo la respuesta de estrés se manifiesta mediante la activación fisiológica y posteriormente respuestas emocionales cognitivas y de comportamiento.(Arango, 2003).

El cuidar a un paciente con demencia implica que el cuidador se enfrente a situaciones de carácter recurrente y si este no logra desarrollar habilidades adecuadas de adaptación, para lograr el equilibrio entre las demandas y sus capacidades de afrontamiento, se encontrará en una espiral de estrés constante que con el tiempo le provocará el “síndrome del cuidador”.

## **CAPÍTULO V**

### **MANEJO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA.**

#### **UNA PROPUESTA DE TRABAJO**

En el capítulo I se mencionaron las características de un cuidador formal como la persona que, a cambio de los cuidados que brinda, recibe un ingreso, además de contar con la formación y capacitación adecuada para el trabajo que realiza, como es el caso de enfermeras, médicos, psicólogos, abogados, psiquiatras, trabajadores sociales. Se enuncian también los tipos de instituciones y asociaciones que atienden a pacientes con demencia y brindan información y/o apoyo a sus familias, que son parte del apoyo con los que puede contar un cuidador, aunque éstos no asisten a estos lugares, ya sea por la distancia (ya que en su mayoría se localizan en la zona sur y poniente de la Ciudad de México) o por carecer de los recursos económicos para llevar a su paciente.

En el capítulo II se mencionan las características de una enfermedad demencial, cuyas alteraciones cognitivas y sobre todo conductuales que padece repercuten en las personas que le rodean. Se describen las características en general de las demencias y de acuerdo a la clasificación de éstas, se describen los principales tipos: Enfermedad de Alzheimer, presentándose en el 60% de los casos de demencia; Demencia Vascular, afectando el 15% de los casos de pacientes con demencia, así como otros tipos de demencia de menor incidencia.

En el capítulo III, se mencionan las características de los cuidadores informales primarios, quienes a parte de carecer de una formación profesional no reciben remuneración por los servicios y el tiempo que brindan. El 80-82% de los cuidadores informales primarios son mujeres mayores de 50 años ya sea la esposa o hija quienes proporcionan cuidados a su paciente en diferentes áreas en la vida del paciente las 24 horas del día en los años que viva el paciente con demencia. Se mencionan algunos motivos por los cuales los familiares de un paciente con demencia deciden cuidar directamente a su paciente, ya sea uno o varios miembros quienes lleven a cabo esta tarea.

En el capítulo IV se identifican diferentes situaciones que llevan a la sobrecarga de los cuidadores y cómo éstas se reflejan en la salud y bienestar de ellos, además de problemas físicos, laborales, económicos, legales, sociales, psicológicos, fricciones familiares, cambio de roles.

Existen varias formas en las que el individuo puede amortiguar los efectos del estrés y sus resultados son descubrir y confrontar los eventos estresantes. Los beneficios del manejo es que pueden (González, 2000):

- comprender mejor la experiencia negativa y colocarla en segundo plano
- disminuir los efectos biológicos
- *repensar* y *reaccionar* en un nuevo lenguaje los eventos estresantes

Mantenerse informado sobre la enfermedad, planificar el futuro del paciente y de familia, así como preocuparse por él mismo, son aspectos que ayudan al cuidador.

Contar con sentimientos, y sobre todo, aprender a manejarlos es de vital importancia para evitar que el cuidador se sienta abrumado ante la gama de emociones que va presentando (Miranda, 2004).

El adecuado manejo del estrés y sus emociones ayudan al cuidador a preservar su salud y tener mejores relaciones con otras personas. Los beneficios que se pueden adquirir no son solamente para el cuidador, sino también de manera indirecta para el paciente y los demás miembros de la familia (Miranda, 2005).

En el caso de cuidadores informales, Nieto (2002) considera la necesidad de responsabilizar a uno o varios miembros de la familia para fungir como cuidador o cuidadores. Aconseja valorar la relación entre el paciente y el familiar previa a la enfermedad, ya que las enfermedades demenciales pueden alterar la dinámica familiar impidiendo el bienestar de sus miembros, sin embargo, se puede augurar un buen pronóstico familiar si entre los miembros hay lazos afectivos sólidos y se puede recurrir al apoyo externo (Nieto, 2002).

Los problemas de autocuidado, que requieren gran asistencia al bañarse, vestirse o incontinencia, pueden proporcionar esfuerzo físico directo en los cuidadores, pero generalmente pueden ser controlados por el desarrollo de algunas técnicas apropiadas (Goode, 1998).

A fin de que se logre un buen control de la enfermedad es necesario y esencial que exista una buena comunicación entre los cuidadores y el enfermo, deben de existir reglas y acuerdos entre los miembros de la familia que propicien una adecuada comunicación y atención al anciano (Rolland 1994).

El 20% de los cuidadores llega desarrollar sobrecarga (Alberca y López-Pousa, 1998) y llegan a necesitar de un apoyo moral y psicológico por lo que requiere de un profesional (médico, geriatra, gericultista, psicólogos, psiquiatra, entre otros) que le escuche, le comprenda y además le dé soluciones prácticas. (Hernández, compilado por García, 1994).

Para poder brindar una orientación familiar adecuada, es necesario tomar en cuenta la relación que existe entre el enfermo y cada miembro de la familia, el número y las edades de cada miembro, el sexo y el factor económico (Rolland 1994).

Por ello es importante que el cuidador tome tiempo para sí mismo y cubrir sus ausencias con ayuda de familiares o atención de cuidadores formales. Estar en contacto con personas con la misma problemática ayuda al cuidador, además de asistencia médica en cuestiones de salud, tanto física como mental (Miranda, 2005), por lo que es importante que se acerque a Asociaciones de familiares, centros de día y grupos de autoayuda (Arango, 2003).

Los profesionales de la salud, deberán preparar a la familia con un sentimiento de control y capacidad que aliente hacia el tratamiento de su paciente y la del mismo cuidador. Para la familia, es básica la información sobre la enfermedad y el pronóstico, la necesidad de adaptarse al deterioro progresivo de su familia, anticipación oportuna en la planeación de la asistencia e institucionalización. Es importante que el cuidador participe en grupos de apoyo dirigidos por asociaciones dedicadas a la enfermedad, ya que ofrecen apoyo emocional e información relevante sobre la evolución de la enfermedad, los



cuidados que se requieren y sus repercusiones en la salud del mismo cuidador (CONSENSOS FUNSALUD, 1996).

Algunas instituciones privadas elaboran programas para los cuidadores en los que incluyen programas: de atención domiciliaria sanitaria y social, de información sobre los servicios sociosanitarios, psicosociales que informan sobre el proceso de envejecimiento y enfermedades más comunes, educativos que forman al cuidador para mejorar la calidad de vida de él y del paciente, psicoterapeúticos para reducir el estrés y trastornos psicopatológicos, grupos de auto ayuda

Otras estrategias empleadas para afrontar la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia son: creer en su propia pericia, valorar el apoyo de otros familiares; aprender sobre la enfermedad y el tratamiento de los síntomas; aceptar las propias limitaciones; aprender sobre la medicación y efectos secundarios; vigilar conductas autodestructivas; mantener la calma en caso de agresividad y solicitar ayuda; hacer frente a las conductas bizarras y problemas de higiene con firmeza y amabilidad; colaborar con miembros del equipo asistencial; conocer los recursos asistenciales comunitarios y concederse periodos de descanso vacacional (González , 2003):

Aunque la mayoría de los cuidadores manifiestan aspectos negativos respecto a los cuidados que brindan, también plantean un lado positivo. Expresan tener una vida mas organizada y planeada, conocer mejor a su familiar enfermo y corresponderle en apoyo y cuidados anteriores (González, 2003), Se vuelven más tolerantes a los trastornos mentales, forjan nuevas amistades, se sienten

satisfechos por serle necesario a alguien, unión familiar, acercamiento a la pareja y consuelo en la religión (González 2003).

Debido a la sobrecarga que presentan los cuidadores de pacientes con demencia y el impacto que tiene en su vida, surge la necesidad de desarrollar herramientas de afrontamiento en los cuidadores que los ayuden a reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida del entorno, por ello, la siguiente propuesta va dirigida al grupo de cuidadores informales primarios de pacientes con demencia cuyos objetivos son, que el cuidador podrá:

- Identificar las fuentes de su sobrecarga, su impacto en diferentes áreas de su vida y las estrategias que utiliza para su manejo.
- Identificar sus estrategias adaptativas y desadaptativas para afrontar la sobrecarga y fortalecer la utilización de las primeras.
- Adquirir habilidades necesarias para la evaluación y manejo en algunas áreas implicadas en la sobrecarga

## **TALLER**

### **IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y LA SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Al finalizar el taller el cuidador de un paciente con demencia será capaz de identificar las fuentes de su sobrecarga, su impacto en la salud y las estrategias que utiliza para su manejo. También adquirirá habilidades necesarias para la evaluación y manejo de la sobrecarga.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. El cuidador identificará su sobrecarga y evaluará el impacto en su salud, así como sus consecuencias en el rendimiento laboral, personal, familiar, económico, social, físico y emocional.
2. El cuidador identificará sus estrategias adaptativas y desadaptativas para afrontar su sobrecarga y fortalecerá la utilización de las primeras.
3. El cuidador aprenderá y practicará al menos dos técnicas para manejar y disminuir los efectos de la sobrecarga.

## **POBLACIÓN**

El taller está dirigido a un grupo, entre 10 a 15 personas, de cuidadores informales de pacientes con demencia, que de acuerdo a las estadísticas fluctúan alrededor de 50 a 60 años.

## **TIEMPO DEL TALLER**

Estará programado para llevarse a cabo en cuatro sesiones de dos horas cada una alternando un día con una sesión y un día de descanso.

## **ESCENARIO**

Habitación ventilada con la posibilidad de entrada y disminución de luz, aislada de ruidos e interrupciones.

Espacio mínimo de 20 metros<sup>2</sup>

Ubicación de sillas en forma de herradura

## **Estrés en cuidadores**

La sobrecarga del cuidador de un paciente con demencia, son los problemas físicos, psicológicos o emocionales y financieros derivados de los cuidados que brinda (González, 2003).

- Sobrecarga objetiva: problemas que surgen a consecuencia de las alteraciones del paciente con demencia y otras personas (incontinencia, dificultades económicas, y trastornos de conducta)
- Sobrecarga subjetiva: aspectos emocionales que surgen en el cuidador a consecuencia de los cuidados

En cuidadores de pacientes con demencia, algunos signos más frecuentes de estrés que se presentan son: negatividad, ira, agotamiento, irritabilidad, problemas de salud, distanciamiento social, ansiedad, depresión, insomnio, falta de concentración (Miranda, 2005). sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza (Fernández), desacuerdos, resentimientos y conflictos familiares (Mace, 1997), respuesta inmune pobre, tendencia a desarrollar herpes (Kiekolt-Glaser, 1986).

Esto es importante de tomar en cuenta en los cuidadores ya que de esta manera se puede observar si el cuidador presenta alguno o varios de los síntomas.

Una técnica para el manejo del estrés es la autorregulación emocional, la cual está asociada a la habilidad que tiene un individuo para ponerse tranquilo y relajado, para así ser capaces de pensar de manera objetiva (Domínguez, 2002).

Pensamientos irracionales pueden ser una causa de los problemas emocionales y el objetivo de esta técnica es detectar este tipo de pensamientos y

sustituirlos por otros de tipo racional, que son el tipo de pensamiento que corresponde a la realidad objetiva (Domínguez, 2002).

Por ello, como primer paso es importante identificar este tipo de pensamientos y que el cuidador pueda identificar los pensamientos automáticos que experimenta sin racionalizarlos previamente.

Lograr en el cuidador una apertura emocional. Puede presentar un estado inicial de tristeza u otro malestar emocional, pero éste pasará en el transcurso de algunas horas. Los beneficios psicológicos y fisiológicos se verán de inmediato.

Es importante que entienda que las situaciones problemáticas no se pueden cambiar, pero sí se puede modificar la interpretación que hace de ellas.

Las técnicas psicológicas no invasivas, como los ejercicios de relajación, ayudan al cuidador a identificar y controlar los niveles de tensión muscular.

El cuidador puede identificar los puntos de tensión del cuerpo y aprender a controlar el nivel de tensión en músculos específicos. No es recomendable en cuidadores con problemas de contractura muscular. Requiere supervisión de un especialista capacitado en ésta técnica.

## SESIÓN 1

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
	10 min.	Conocer el nivel de sobrecarga del grupo	Individual Los cuidadores contestarán el cuestionario de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) antes de iniciar la sesión	Cuestionario lápices
			Apoyo del ponente Se evaluarán y graficarán las respuestas para dar retroalimentación posteriormente	Gráfica
Presentación del taller	10 min.	El cuidador conocerá los objetivos del taller, así como sus expectativas hacia éste.	Ponente Presentación del ponente. Información sobre los objetivos generales y específicos del taller.	Láminas con la descripción de los objetivos
			Individual El cuidador planteará las expectativas del taller.	
			Ponente El ponente irá anotando las expectativas del grupo y planteará cuáles de éstas se podrán llevar a cabo en el taller.	Plumones de colores

## SESIÓN 1

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Identificando mi sobrecarga	15 min.	Mediante una lluvia de ideas, el cuidador identificará situaciones y síntomas de estrés que le aquejan, así como las estrategias de afrontamiento que emplea	Grupal Mediante una lluvia de ideas los participantes expondrán: situaciones estresantes, síntomas o sensaciones y estrategias para afrontar la sobrecarga. El ponente irá anotando en la tabla "identificando mi sobrecarga"	Tabla "identificando mi sobrecarga" Lápices
		El cuidador identificará el impacto de la sobrecarga en su salud	Ponente El ponente anotará en cuadro "sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia", el impacto de la sobrecarga en la salud del cuidador	Tabla "sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia"
		El cuidador conocerá el nivel de sobrecarga del grupo	Ponente Los puntajes obtenidos de la escala de sobrecarga ya graficados se presentarán al grupo	Evaluación de la escala de sobrecarga graficada
Sobrecarga en el cuidador	15 min.	El cuidador conocerá la definición de sobrecarga y las áreas a las que afecta de manera general a un cuidador	Ponente El ponente describirá la definición de sobrecarga y las áreas a las que afecta y de qué manera	Láminas resumen



## SESIÓN 1

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Ejercicio de respiración diafragmática	10 min.	El cuidador conocerá la manera de respirar de una manera saludable mediante una modalidad de respiración lenta y profunda	Individual Mediante una serie de indicaciones se describirá la forma y los ciclos de cómo respirar	Grabadora Grabación con el ejercicio
Retroalimentación	10 min.	El cuidador describirá las sensaciones de bienestar que le proporcionó el ejercicio de respiración diafragmática	Grupal Los participantes describirán las sensaciones percibidas a lo largo de la sesión.	Hoja con “sensaciones percibidas”
Introducción a ejercicios de escritura autoreflexiva	5 min.	El cuidador conocerá los beneficios de la escritura autoreflexiva	Ponente Se describirá al cuidador los beneficios de la escritura para el manejo del estrés	
Ejercicio A	10 min.	Mediante escritura autoreflexiva, el cuidador describirá sobre la experiencia de cuidar a un paciente con demencia, utilizando la primera persona del singular, cuyo objetivo es que se involucre directamente sobre tal problema (ser cuidador)	Individual Los participantes escribirán la experiencia de ser cuidador de un paciente con demencia.	Hojas de papel Lápices

## SESIÓN 1

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Mecanismos del cambio individual	20 min.	El cuidador identificará el grado de emoción que sintió durante el ejercicio.	Individual El cuidador anotará en la hoja de “mecanismos del cambio individual” las sensaciones del ejercicio	Hoja “mecanismos del cambio individual”
			Grupal Los cuidadores describirán las emociones sentidas durante el ejercicio y con sus propias palabras definirán el significado de ellas	
Cierre de la sesión	20 min.	Los cuidadores practicarán el ejercicio de respiración diafragmática en casa	Individual En su casa, los cuidadores llevarán a cabo el ejercicio de respiración diafragmática al menos tres veces a la semana	Hojas con el ejercicio de “respiración diafragmática”
		Los cuidadores resolverán el cuadro de “síntomas de demencia en mi paciente”	Individual Los participantes, a lo largo de la semana, irán anotando los síntomas de demencia de su paciente. Este ejercicio se retomaría en la sesión 2	Hojas “síntomas de las demencias en mi paciente”

## SESIÓN 2

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
	15 min.	Los cuidadores describirán si practicaron y cómo se sintieron con el ejercicio de respiración diafragmática en casa	<p>Grupal</p> <p>Los participantes irán exponiendo sus puntos de vista respecto al ejercicio, cada cuando lo llevaron a la práctica, en qué momento y cómo se sintieron</p>	Hoja con "sensaciones percibidas"
"Síntomas de demencia en mi paciente"	15 min.	El cuidador identificará los síntomas y características de la enfermedad demencial que afecta a su familiar enfermo	<p>Grupal</p> <p>Los participantes expondrán los síntomas que aquejan a su paciente y el ponente los agrupará y diferenciará entre los síntomas cognitivos y los conductuales</p>	Hojas resueltas de "síntomas en mi paciente"

## SESIÓN 2

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Identificando la enfermedad de mi familiar	5 min.	El cuidador conocerá los tipos de demencia, los síntomas y la evolución de ésta, así como sus principales causas	Ponente Se presentarán láminas resumen a los participantes y se expondrá brevemente la definición de demencia, las principales causas y su clasificación	Láminas resumen
	15 min.		Grupal Los participantes irán exponiendo los síntomas de la demencia siguiendo las láminas resumen, mediante la imitación del síntoma	Láminas resumen
	5 min.		Ponente Se presentarán láminas resumen a los participantes y se expondrá brevemente las fases de demencia	Láminas resumen

## SESIÓN 2

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Frases de entrenamiento autogénico	10 min.	Lograr en el cuidador una relajación mediante la inducción de sensaciones de calor y pesadez.	Individual Mediante una serie de frase inducir a sensaciones de relajación.	Una silla por cada participante Grabadora Grabación con el contenido de las frases de entrenamiento autogénico
Retroalimentación	10 min.	El cuidador describirá las sensaciones de bienestar que le proporcionó el ejercicio de frases de entrenamiento autogénico.	Individual Los participantes describirán las sensaciones percibidas a lo largo de la sesión.	Hoja con "sensaciones percibidas"
Ejercicio B	10 min.	Mediante la escritura emocional autoreflexiva, el cuidador describirá sobre la experiencia de cuidar a un paciente con demencia, a fin de identificar sus emociones y razonar sobre su problema (ser cuidador) utilizando palabras con carga emocional (negativas) y reflexionar sobre sus problemas (frases causales)	Individual Los participantes escribirán la experiencia de ser cuidador de un paciente con demencia.	Hojas de papel Lápices

## SESIÓN 2

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Retroalimentación	10 min.	El cuidador identificará el grado de emoción que sintió durante el ejercicio.	Individual Anotar en la hoja de “mecanismos del cambio individual” las sensaciones del ejercicio	Hoja con lista de emociones
Cierre de la sesión	5 min.	Los cuidadores practicarán el ejercicio de entrenamiento autogénico en casa	Individual En su casa, los cuidadores llevarán a cabo el ejercicio leyendo las frases de entrenamiento autogénico a su paciente al menos tres veces a la semana	Hojas con el ejercicio de “frases de entrenamiento autogénico”
		Los cuidadores resolverán el cuadro de “Apoyo al cuidador”	Individual Los participantes, a lo largo de la semana, irán anotando de que manera puede recibir apoyo el cuidador	Hojas “Apoyo al cuidador”

## SESIÓN 3

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
	15 min.	Los cuidadores describirán si practicaron y cómo se sintieron con el ejercicio de entrenamiento autogénico en casa	<p>Grupal</p> <p>Los participantes irán exponiendo sus puntos de vista respecto al ejercicio, cada cuando lo llevaron a la práctica, en qué momento y cómo se sintieron</p>	Hoja con “sensaciones percibidas”
Apoyo al cuidador	10 min.	Los cuidadores describirán el tipo de apoyo que puede recibir	<p>Grupal</p> <p>Los participantes expondrán el tipo de apoyo que pueden recibir</p> <p>Ponente</p> <p>El ponente agrupará las respuestas de los participantes en apoyo hacia el paciente y hacia el cuidador y dentro de éste si es un apoyo brindado por una institución o por familiares y amigos</p>	Hojas resueltas de “apoyo al cuidador”
Cuidando al cuidador	15 min.	El cuidador identificará los tipos de ayuda que puede recibir, tanto institucional como de amigos y familiares, así como los beneficios de practicar alguna actividad física	<p>Ponente</p> <p>Se expondrá lo que son los grupos de apoyo, la ayuda que brindan al cuidador y los beneficios que brindan las redes sociales y la actividad física. Se explicará mediante un ejemplo la toma de decisiones para llevar a cabo una actividad física</p>	Láminas resumen Bibliografía Lista de grupos de autoayuda

## SESIÓN 3

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Ejercicios de imaginación guiada	10 min.	Lograr en el cuidador una relajación mediante la inducción del ejercicio de imaginación	Individual Mediante una serie de indicaciones el cuidador irá introduciéndose en el ejercicio	Grabadora Grabación del ejercicio
Retroalimentación	10 min.	El cuidador describirá las sensaciones de bienestar que le proporcionó el ejercicio de imaginación guiada	Grupal Los participantes describirán las sensaciones percibidas a lo largo de la sesión.	Hoja con "sensaciones percibidas"
Ejercicio C	10 min.	Mediante la escritura emocional autoreflexiva, el cuidador describirá sobre la experiencia de cuidar a un paciente con demencia, utilizando la primera persona del singular, cuyo objetivo es que se involucre directamente sobre tal problema (ser cuidador) favoreciendo un proceso catártico	Individual Los participantes escribirán la experiencia de ser cuidador de un paciente con demencia.	Hojas de papel Lápices
Retroalimentación	10 min.	El cuidador identificará el grado de emoción que sintió durante el ejercicio.	Individual Anotar en la hoja de "mecanismos del cambio individual" las sensaciones del ejercicio	Hoja con lista de emociones Lápices



## SESIÓN 3

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Cierre de la sesión	5 min.	Los cuidadores practicarán el ejercicio de imaginación en casa	Individual En su casa, los cuidadores llevarán a cabo el ejercicio al menos tres veces a la semana	Hojas con el ejercicio de "imaginación"
		Los cuidadores resolverán el cuadro de "Ser cuidador de un paciente con demencia"	Individual Los participantes, a lo largo de la semana, irán anotando de que manera ha influido en su vida el ser cuidador de un paciente con demencia en diferentes áreas de su vida	Hojas "Ser cuidador de un paciente con demencia"

## SESIÓN 4

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
	10 min.	Los cuidadores describirán si practicaron y cómo se sintieron con el ejercicio de imaginación en casa	Grupo Los participantes irán exponiendo sus puntos de vista respecto al ejercicio, cada cuando lo llevaron a la práctica, en qué momento y cómo se sintieron	
Ser cuidador de un paciente con demencia	10 min.	Los cuidadores describirán el cuadro de "Ser cuidador de un paciente con demencia"	Grupo Los participantes describirán el impacto de ser cuidador de un paciente con demencia y de qué manera afecta diferentes áreas de su vida	Hojas resueltas "Ser cuidador de un paciente con demencia"
"Ser cuidador de un paciente con demencia, cómo afrontarla"	15 min.	El cuidador conocerá algunas técnicas para afrontar las alteraciones conductuales del paciente con demencia.	Ponente Mediante láminas resumen, se describirán los mecanismos de afrontamiento ante la sobrecarga empleados en el taller y algunas sugerencias para afrontar otras áreas	Láminas resumen
Ejercicio de relajación muscular progresiva	10 min.	El cuidador identificará los puntos de tensión del cuerpo y aprenderá a controlar el nivel de tensión en músculos específicos.	Individual Los participantes se sentarán en una silla. Se trabajarán diversos grupos musculares, tensando y relajando progresivamente, siguiendo las indicaciones de la grabación.	Grabadora Grabación del ejercicio

## SESIÓN 4

CONTENIDOS	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES UTILIZADOS
Retroalimentación	10 min.	El cuidador describirá las sensaciones de bienestar que le proporcionó el ejercicio de relajación muscular progresiva.	Grupo Los participantes describirán las sensaciones percibidas a lo largo de la sesión.	Hoja con "sensaciones percibidas"
Ejercicio D	20 min.	Mediante la escritura emocional autoreflexiva, el cuidador describirá sobre la experiencia de cuidar a un paciente con demencia, escribiendo en tercera persona del singular a fin de lograr un proceso de "distanciamiento psicológico"	Individual Los participantes escribirán la experiencia de ser cuidador de un paciente con demencia.	Hojas de papel Lápices
Retroalimentación	10 min.	El cuidador identificará el grado de emoción que sintió durante el ejercicio.	Individual Anotar en la hoja de "mecanismos del cambio individual" las sensaciones del ejercicio	Hoja con lista de emociones
Cierre del taller	10 min.	El cuidador planteará los beneficios obtenidos del taller	Grupo Los participantes describirán los beneficios obtenidos a lo largo del taller y los contrastará con sus expectativas	

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel (2002), *Psiquiatría Geriátrica*, Editorial Masson, Madrid, España.
2. Alberca, R. y López-Pousa, S. (1998). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Smitkline-Beecham
3. Alegret Llorens Montse, (2003), Demencias subcorticales: enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, parálisis suprarrenal progresiva, enfermedad de Wilson, en: Arango Lasprilla J. C., Fernández Guinea S. y Ardilla A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, Manual Moderno, México.
4. American Association of Retired Persons (AARP) and The Travelers Foundations (1998). *National Study of Caregivers:Final Report*. Washington, DC: American Association of Retired Persons.
5. Arizaga, R L, Harris P, Allegri R F, (2003), Epidemiología de las demencias en: Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel (2002), *Psiquiatría Geriátrica*, Editorial Masson, Madrid, España
6. Ardila A, Roselli M, (1992), Neuropsicología clínica, Prensa Creativa, Medellín
7. Arango Lasprilla J. C., Fernández Guinea S. y Ardilla A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, Manual Moderno, México.
8. Buceta J.M., Bueno A. M. Mas B, (2001), Intervención Psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo, Editorial Dykinson, Madrid
9. CONSENSOS FUNSALUD. *Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales*. Fundación Mexicana para la Salud Institución Privada al servicio de la comunidad (1996). México.
10. Cohen 1997, "Mente sana en cuerpo sano", Producido por Roundabout productions for TLC 1999, Discovery Communications, Inc., for de Learning Channel, Productor, Larsen K, Productor ejecutivo Lebrun N., editor Green S.
11. Cubero González Paulino (2002), *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*, Editorial Masson, España.
12. Cummings J, benson F (1992), Dementia: A clinical approach, Plenum, USA

13. Domínguez Trejo B. y colaboradores (2002), *Manual para el Taller teórico-práctico de manejo del estrés*, Plaza y Valdés Editores, México.
14. Fernández de Trocóniz Ma. Izal, Montorio Cerrato Ignacio, Díaz Veiga Pura, (1997) Cuando las personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.Imserso
15. Fernández S, (2001), Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral, *Revista de Neurología*, 33(1)
16. Fischer P Jellinger K, Gatterer G, Danielezyk W. (1991), *Neuropathological validation of Hachinsky's Ischaemic Score in dementias*, *Journal Neurol Neurosurg Psychiatr*.
17. Fradkin L. G. y Heath A., (1992) *Caregiving of Older Adults*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO, Inc.
18. García de la Rocha M L, (2003), Demencia asociada con condiciones tóxicas y metabólicas en: Arango Lasprilla J. C., Fernández Guinea S. y Ardilla A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, Manual Moderno, México.
19. García Pérez M. C., Pérez Fiz A. (1994). *Ancianidad, Familia e Institución, Ed. Amarú*
20. Garrido Barral Araceli, García de Blas González Francisca, "Atención a la familia del paciente con demencia" En Cubero González Paulino (2002), *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*, (pp. 89-107), Editorial Masson, España.
21. Goode Kathryn T., Haley William E., Roth David L., and Ford Greg R. (1998). *Predicting Longitudinal Changes in Caregivers Physical and Mental Health: A Stress Process Model. Health Psychology*. Vol. 17, No. 2, 190-198.
22. Grossberg G.T, (1999),Clinical implications of new dementia research, 152 APA Annual Meeting, Washington DC, may 18
23. Gwyther L.P. (1990). *Clinician and Family : A Partnership for Support In N.L. Mace (Ed) Dementia Care: Patient, Family and Community* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press
24. Haber J, Krainovich-Miller B, Leach A, Price Hoskins P. (1997), *Comprehensive psychiatric nursing*. Sant Louis, Missouri: Mosby

25. Hernández compilado por García Pérez M. C., Pérez Fiz A. (1994). *Ancianidad, Familia e Institución, Ed. Amarú*
26. INEGI (2003) Estadísticas del sector salud y seguridad social desglose geográfico, Cuaderno No. 20, Octubre, Edición 2003
27. Jerrom, B., Mian , I. y Rukanyake, NG. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown. *J Geriatr Psychiatry*, 8: 331-7
28. Joynt R, Shoulson I, (1985), Dementia, en: Heilman K y Valenstein E, *Clinical Neuropsychology*, 2nd ed. Oxford University Press
29. Jorm AF, Jolley D, (1998), The incidence of dementia. A meta-analysis. *Neurology* 1998;51
30. Kennedy J. y Walls C. (1997). *A National Profile of Intra-Household ADLi/IADL Assistans: Populations Estiates From the 1992 and 1993 Surveys of income and Program Participation* Department of Community Health, University of Illinois at Urbana Champaign.
31. Kiecolt-Glaser J., Glaser R. (September, 1986) *Psychosomatic. Psychological influences on immunity. V. 27*
32. Kiecolt-Glaser et. Al
33. Lazarus Richards S. (2000), *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*, Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer. Bilbao España, De stress and emotion. A new síntesis 1999 springer publishing company, inc. Traducción Jasone Aldekoa.
34. Lazarus Richards S., Lazarus Bernice N. (2000), *Pasión y Razón. La com`reunión de nuestras emociones*, Paidos España, dePasion and Reason 1994 traducción de Montse Ribas Casellas by Oxford University press, inc.
35. Mace Nancy, Rabins Peter, (1997). *Cuando el día tiene 36 horas. Una guía para cuidar enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer*. Editorial Pax México.
36. Mesulam M. (2000). Aging, Alzheimer Disease, an Dementia: Clínicl Neurobiological Perspectives. En: *Principles of behavioural and cognitive Neurology* 2nd ed. Oxford University press, Oxford
37. Miranda V. Laura Fabiola, 2003 Manual del Diplomado en Psicogerontología Integral, Introducción a la Gerontología, División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM

38. Miranda V. Laura Fabiola, 2004 Manual del Diplomado en Psicogerontología Integral, Psicogerontología y ética, División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM
39. McConell S, y Riggfs J.A. (1994), *A Public Policy Agenda: Supporting Family Caregiving* In. M.A. Cantor (Ed.) Family Caregiving. Agenda for the Future San Francisco, CA: American Society on Aging.
40. Melero, compilado por García Pérez M. C., Pérez Fiz A. (1994). *Ancianidad, Familia e Institución, Ed. Amarú*
41. Moríñigo Domínguez A, (2002) Las demencias: Demencia vascular en Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel, *Psiquiatría Geriátrica*, Editorial Masson, Madrid, España
42. Moron A Sánchez, 2000, Cuidar al cuidador del enfermo con enfermedad de Alzheimer, En: Martínez JM y Láinez JM (eds.), *El Alzheimer; Teoría y Práctica*, (pp. 255-261) Madrid
43. Nieto Carrero Marga (2002), *Ante la Enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. Ed. Desclée De Broywer. Crecimiento Personal Colección No. 75 Serendipity España.
44. Olanow CW, Jenner P, Tatton NA, Tatton WG, (1998) Neurodegeneration and Parkinson's disease. En: Jankovic J, Tolosa E. *Parkinson's disease and movement disorders*. William & Wilkins, Baltimore
45. Ostrosky-Solís Feggy (2003) Demencias: concepto, criterios, diagnósticos y clasificación en Arango Lasprilla J. C., Fernández Guinea S. y Ardilla A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, Manual Moderno, México.
46. Ostrosky-Solís F., López G, Ardila A, (2000a), Sensitivity and Specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-Speaking Population. *Applied Neuropsychology*
47. Ostrosky-Solís F, Castillo G, Gómez E, Aveleyra E, Castañeda M, (2000b) Índices Preclínicos de Alzheimer familiar: Un estudio de la Memoria Semántica. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*
48. Ostrosky-Solís F, Ardila A, Chayo R, (1996), Las demencias tratables y no tratables, en: *Rehabilitación Neuropsicológica*, Editorial Planeta, México
49. Pelegrín Valero C (2002) Las demencias: Demencias frontotemporales, en Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel (2002), *Psiquiatría Geriátrica*, Editorial Masson, Madrid, España

50. Pérez Martínez DA, de Toledo Heras M, Sainz Díaz L, et al, (1999), Demencias reversibles en la consulta neurológica extrahospitalaria, *Rev Neurol* 1999; 29
51. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R, Kaste M, (1997), Dementia three months after stroke. Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki Stroke Ageing Memory Study (SAM) cohort. *Stroke* 1997;28
52. Portera Sánchez Alberto prólogo de Selmes Jacques Antoine, Selmes Micheline (1997), *Vivir con la Enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para los familiares y todos aquellos que estén cercanos a una persona afectada por la Enfermedad de Alzheimer*, Ed. Meditor S.L. Madrid.
53. Rains Dennis G, (2002), *Principios de Neuropsicología humana*, McGraw-Hill Interamericana.
54. Rangel López Luz E., (2003) *Manual del Diplomado en Psicogerontología Integral, Bioindicadores del envejecimiento humano: normal y patológico*, División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM
55. Rice, D.P., Fox P.J., Max W., Webber, P.A., Linderman D.A., Hauck W.W., y Segura E. (1993). *The Economic Burden of Alzheimer's Disease Care Health Affairs*, 12(2): 164-176
56. Rolland John S. (1994). *Familias, enfermedad y discapacidad*
57. Román Gustavo, (2003) Demencia vascular: conceptos actuales, diagnóstico y tratamiento en: Arango Lasprilla J. C., Fernández Guinea S. y Ardilla A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, *Manual Moderno*, México.
58. SEP (2000) Consejo Español de Demencias, Madrid: Drug Pharma.
59. Saita Kamino Oscar, Halabe Cherem (1999). *Temas de Medicina Interna. Estrés y manifestaciones clínicas*. Asociación de Medicina interna de México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Vol V. Núm 3.
60. Salvador González M. T. (2002) Cuidado del paciente psicogeriátrico, en Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel, *Psiquiatría Geriátrica*, Editorial Masson, Madrid, España.
61. Sams W. Lynch P. (1996). *Principles and practice of dermatology*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Churchill Livingstone.
62. SEP (2000), Consenso español de Demencias, Madrid: Drug Pharma



63. Selmes Jacques Antoine, Selmes Micheline (1997), *Vivir con la Enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para los familiares y todos aquellos que estén cercanos a una persona afectada por la Enfermedad de Alzheimer*, Ed. Meditor S.L. Madrid.
64. Simon M D (2000), Calidad de vida de los familiares de los enfermos mentales en: Katschining Heinz, Freeman Hugh, Sartorius Norman, Calidad de vida en los trastornos mentales Ed. Masson
65. Scharlach A.E., Lowe B.F., Schneider E.I. (1991). *Elder Care and the Work Force: Blueprint for Action* Canada: Lexington Books
66. Stone R. Cafferata, G.L. y Sangl J. (1987). *Caregivers of the frail Elderly: A National Profile The Caregivers: Final Report*. Washisgton, DC: American Association of Retired Persons.
67. Tony H, Keene J, Faisbum CH, Jacoby R, McShane R, (1999), Natural history of behavioural changes and psychiatric syntoms in Alzheimer´s disease, a longitudinal study, *British Journal of Psychiatric*
68. Vitaliano P., Young H, Zhang J. (2004), Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 13(1) feb 2004, 13-16, Blackwell Publishing, United Kingdom
69. Vitaliano P., et al. (2003), A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease, *Pscychosomatic Medicine*, 64, 418-435
70. Weytingh MD, Bossayt PM, van Crevel H, (1995) Reversible dementia: more than 10% or less than 1%: A quantitative review. *J Neurol* 1995;242
71. Yuste Rosell N, Rubio Herrera R, Aleixandre Rico ;. (2004), *Introducción a la Psicogerontología*, Ediciones Pirámide, Madrid
72. Zuccalà G, Onder G, Pedone C, et al, (2001)Hipotensión and cognitive impairment: Selective association in patiens with heart failure. *Neurology* 2001;57

## CONSULTA ELECTRÓNICA

73. Alarcón Velandía Rafael, (2003) Alteraciones psiquiátricas en la demencia en IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
74. AMAES (Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares) (2006), en <http://www.amaes.org.mx>
75. Barragán Mónica (2004), Grupo de apoyo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
76. Farías Cázares Elisa (2004), Taller de Gericultura IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
77. Fundación (2006), Fundación Mexicana de Alzheimer “Alguien con quien contar” [www.alzheimer.org.mx](http://www.alzheimer.org.mx)
78. Graham Nori (2002 Noviembre.) Asociación Alzheimer de Monterrey A.C. el apoyo grupal al cuidador familiar de pacientes con Alzheimer en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León En: <http://www.geocities.com/lazosalzheimer/lazos-1997/lazos-12-04.htm>
79. López Robles Gabriel (2004), Objetivo y beneficio de los grupos de apoyo para los familiares de enfermos de demencia, IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
80. Rangel López Luz E. (2004) Clínica de la memoria del INAPAM, IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
81. Rodríguez Yaneth (2004) Grupos de apoyo del Instituto Nacional de Neurología y neurocirugía, IX Reunión Nacional Cuernavaca, México, marzo 2004 en: <http://www.aib.alzheimer-online.org/content/view/9/>
82. SS (2001) Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer, 21 de septiembre de 2001, encontrado en [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgsc/sala\\_noticias/campanas/1001-09-21](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgsc/sala_noticias/campanas/1001-09-21)

## OTRAS REFERENCIAS

83. González Salazar Luz M., Esqueda Mascorro Guadalupe. (Octubre, 2002). Taller vivencial: *Hacia una mejor calidad de vida: identificación y prevención del estrés*, Facultad de Psicología, División de Educación Continua. México
84. López Robles Gabriel (2003), Fundación de Alzheimer “Alguien con quien contar”, folleto informativo. México
85. Miranda V. Laura Fabiola (abril, 2005), Taller: *Colapso del cuidador*, División de Educación Continua, Facultad de Psicología UNAM, México
86. García Edith (2004), voluntarias Bizantinas de la Santa Cruz, Institución privada en convenio con el DIF, ubicado en Yucatán esquina Guerrero, col. Tizapán San Ángel, Del Álvaro Obregón, tel. 56162639, México, D.F.
87. Jiménez Meza Lourdes (2004) enfermera General de la clínica No. 10 del IMSS

# APÉNDICE

## CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

(Escala de Zarit)

### INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de frases que refleja como se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

<b>CON QUÉ FRECUENCIA</b> <i>(coloque una X en la opción elegida).</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que necesita?					
2. ¿Siente usted qué, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3. ¿Se siente estresada (o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener que atender además otras responsabilidades? (Ej. Con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzada (o) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritada (o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. SOLAMENTE SI EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE ¿Se siente incomoda (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					

<b>CON QUÉ FRECUENCIA</b> (coloque una X en la opción elegida).	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pueden contar?					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente insegura (o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada (o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Puntuación: Cada Ítem se puntúa de 1 (Nunca) a 5 (Casi Siempre). La puntuación mínima es por lo tanto de 22 y la máxima de 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte en:

No Sobrecarga: 22-46

Sobrecarga Leve: 47-55

Sobrecarga Intensa: 56-110

# **SESIÓN**

**1**

## **OBJETIVO GENERAL**

Al finalizar el taller el cuidador informal de paciente con demencia será capaz de identificar las fuentes de su sobrecarga, su impacto en la salud y las estrategias que utiliza para su manejo. También adquirirá las habilidades necesarias para la evaluación y manejo de la sobrecarga.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El cuidador podrá:

1. Identificar la sobrecarga y evaluar el impacto en la salud, así como sus consecuencias en el rendimiento laboral, personal, familiar, económico, social, físico y emocional.
2. Identificar sus estrategias adaptativas y desadaptativas para afrontar la sobrecarga y fortalecer la utilización de las primeras.
3. Aprender y practicar al menos dos técnicas psicológicas para manejar y disminuir los efectos de la sobrecarga.



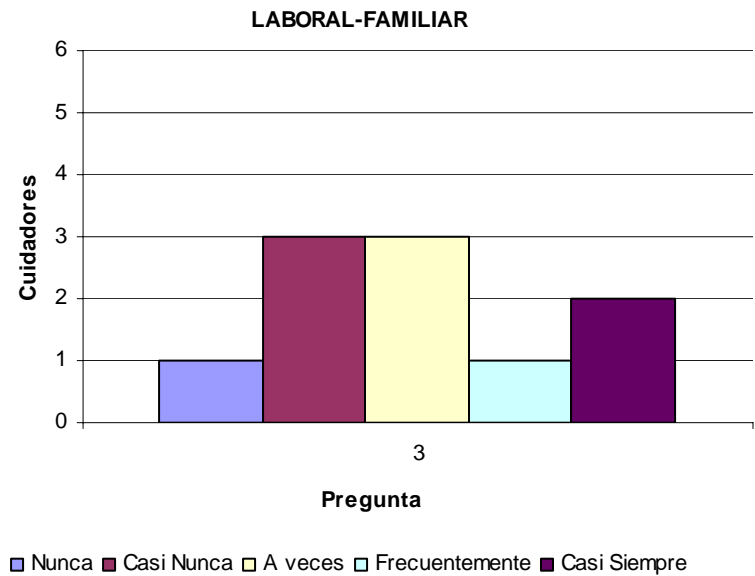
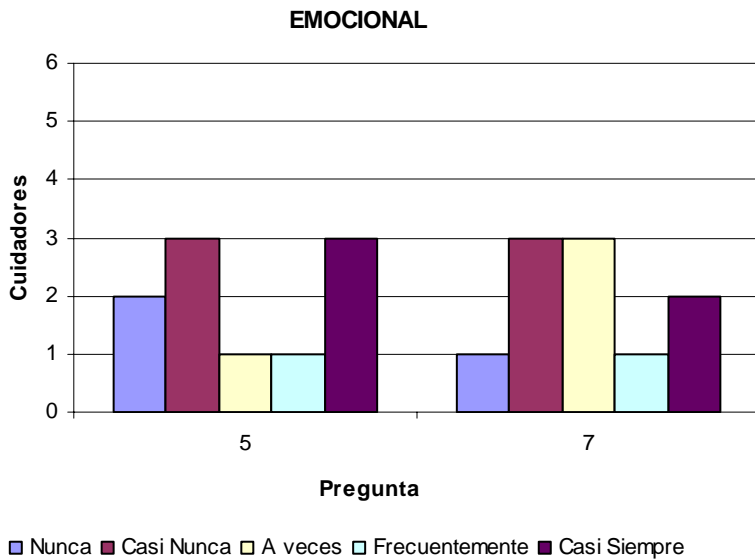
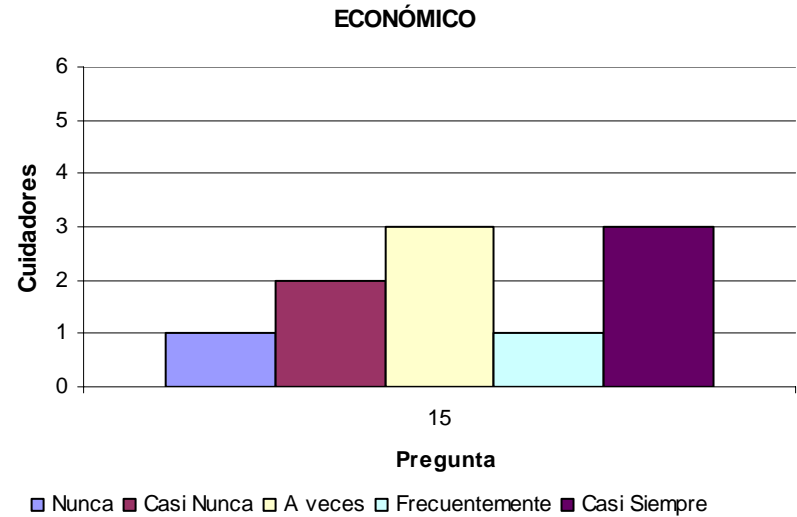
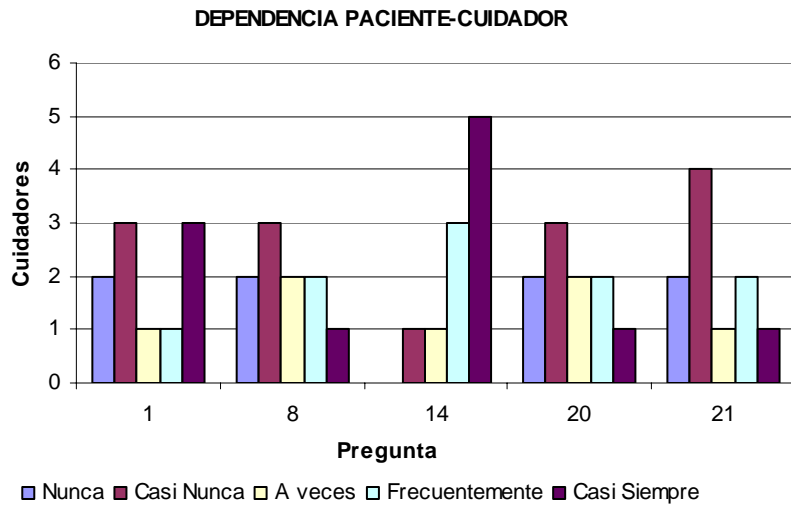


# **Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia**

(anotaciones del ponente)

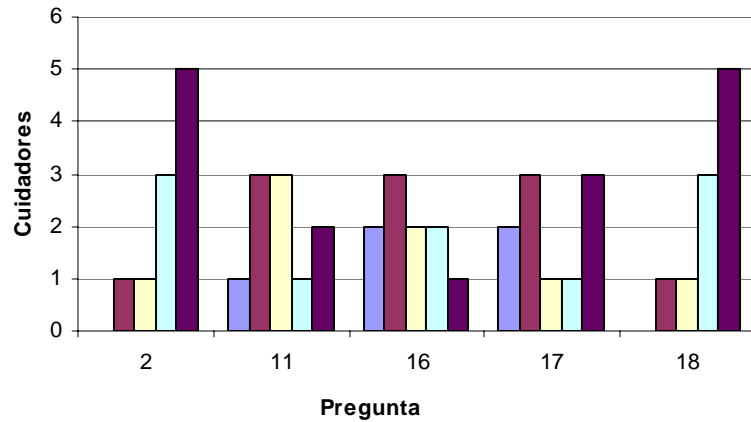
<b>Salud emocional</b>	<b>Salud física</b>	<b>Relación con otros</b>
Negatividad Ira Ansiedad Depresión Sensación de impotencia Sentimientos de culpabilidad Soledad Preocupación o tristeza Irritabilidad Angustia	Agotamiento Problemas de salud Insomnio Falta de concentración Respuesta inmune pobre Tendencia a enfermedades metabólicas	Desacuerdos Resentimientos y conflictos familiares Distanciamiento social

# Evaluación por áreas de la sobrecarga en el grupo (Escala de Zarit)



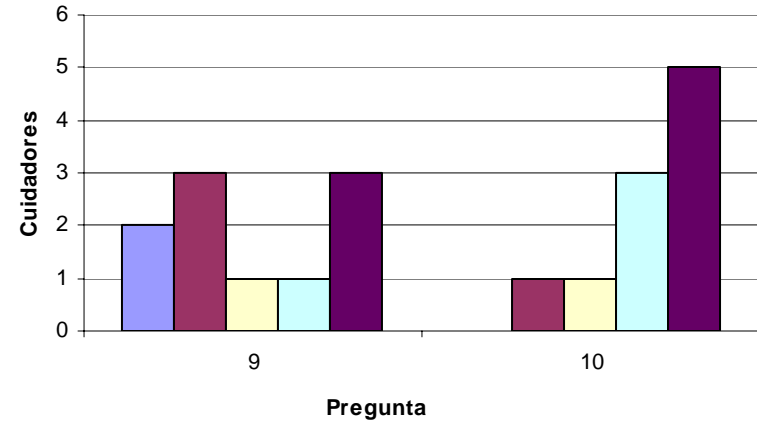
# Evaluación por áreas de la sobrecarga en el grupo (Escala de Zarit)

**PSICOLÓGICO**



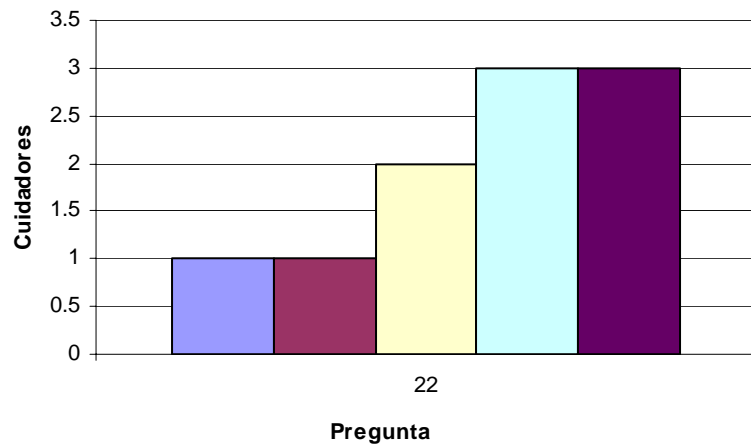
■ Nunca ■ Casi Nunca ■ A veces ■ Frecuentemente ■ Casi Siempre

**SALUD FÍSICA**



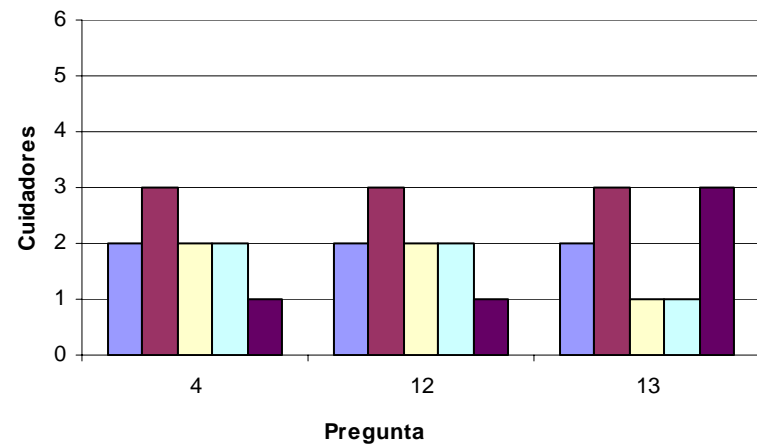
■ Nunca ■ Casi Nunca ■ A veces ■ Frecuentemente ■ Casi Siempre

**SOBRECARGA**



■ Nunca ■ Casi Nunca ■ A veces ■ Frecuentemente ■ Casi Siempre

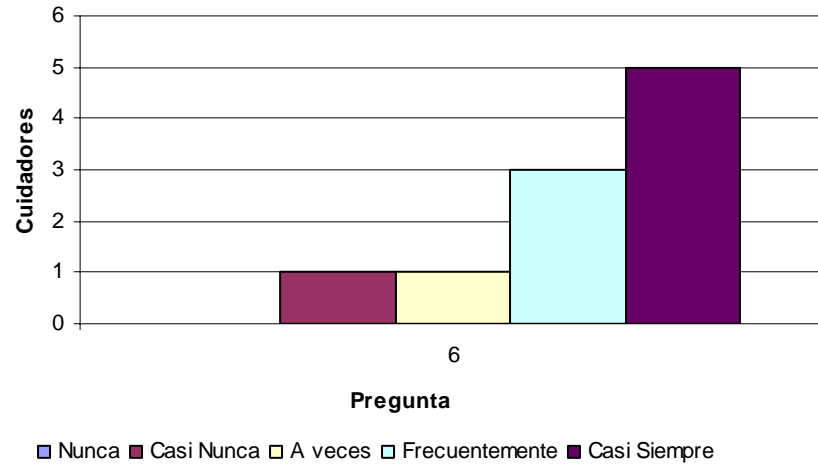
**SOCIAL**



■ Nunca ■ Casi Nunca ■ A veces ■ Frecuentemente ■ Casi Siempre

# Evaluación por áreas de la sobrecarga en el grupo (Escala de Zarit)

SOCIAL-FAMILIAR



# **SOBRECARGA**

El ser cuidador de un paciente con demencia es un factor estresante crónico que con el tiempo se ve reflejado en un desgaste del organismo que llevan al cuidador a dar respuestas de afrontamiento inadecuadas y desadaptativas.

- **Objetiva:** surge a consecuencia de problemas de terceras personas (incontinencia, dificultades económicas, y trastornos de conducta)
- **Subjetiva:** son las reacciones emocionales que surgen en el cuidador debido a la tarea de los cuidados

(González, 2003).

## **ÁREAS QUE SE VEN AFECTADAS EN EL CUIDADOR**

Problemas físicos, Aspectos laborales, Aspectos económicos, Problemas legales, Problemas sociales, Fricciones familiares, Cambio de roles, Problemas psicológicos, Salud en el cuidador



## EJERCICIO DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Siéntese cómodamente, con sus brazos y sus piernas extendidos; si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (4´)... Si lo prefiere, cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10´). Empezará a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzarán, a partir de sus pies a aflojarse hasta llegar a su cabeza (5´).

Después de unos segundos enfoque su atención en su respiración (4´); respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir cómo su estómago se va inflando (7´), aumentando de tamaño (10´); cuando deje salir el aire, tarde dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6´).

Tome aire de 3 a 6 veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales la respiración sale y el momento en el cual el aire entra (5´).

Fíjese en todo lo que le sea posible de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o más humedad en su nariz y otras cosas (7´).

Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención en una palabra, en una frase, en una imagen, un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire vaya saliendo lentamente; palabras como: relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (5´). Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7´). Trate de ver la palabra o la imagen con el "oído interno" (17´). Puede haber algunas distracciones, pueden ser sonidos o voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos; use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escogida (16´).

Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano. Continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13´).

Tómese su tiempo y empiece a abrir los ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y por último comente cómo se siente(7´).

El ejercicio ha concluido.

# **SENSACIONES PERCIBIDAS DURANTE EL EJERCICIO DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA**

Cuando me relajo puedo sentir...

---

---

---

---

---

## EJERCICIO “A”

“A PARTIR DE ESTE MOMENTO ESCRIBA SOBRE EL HECHO DE CUIDAR A UN PACIENTE CON DEMENCIA. ESCRIBA UTILIZANDO LA PRIMERA PERSONA DEL SINGULAR (YO, MÍ, A MÍ, ETC.), DE MANERA CONTINUA.

MIENTRAS ESCRIBA HÁGALO CON LA SINCERIDAD Y CON LA CONFIANZA DE QUE SU ESCRITO NO SERÁ DIVULGADO. NO SE PREOCUPE POR LA CLARIDAD DE SU LETRA, NI POR LA ORTOGRAFÍA, GRAMÁTICA O SINTAXIS. SI DE MOMENTO NO “RECUERDA NADA”, NO SE PREOCUPE, ESPERE A RECORDAR , ALGO LLEGARÁ.

TENDRÁ 10 MINUTOS COMPLETOS PARA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD”.

## ENCONTRANDO EL MECANISMO DEL CAMBIO INDIVIDUAL

EMOCIONES	"A"	"B"	"C"	"D"	TOTAL
1.- TRISTEZA					
2.- ALEGRIA					
3.- DOLOR					
4.- GUSTO					
5.- CORAJE					
6.- MIEDO					
7.- VERGÜENZA					
8.- INQUIETUD					
9.- LLANTO O GANAS DE LLORAR					
10.- ANGUSTIA					
11.- IMPOTENCIA					
12.- DESESPERANZA					
13.- DESAHOGO					
14.- RISA O GANAS DE REIR					
15.- OPRESIÓN					
16.- ALIVIO					
17.- RENCOR					
18.- DESESPERACIÓN					
19.- ODIO					
20.- ESPERANZA					
21.- TRANQUILIDAD					
22.- COMPASIÓN					
23.- FRUSTACIÓN					

# **SESIÓN**

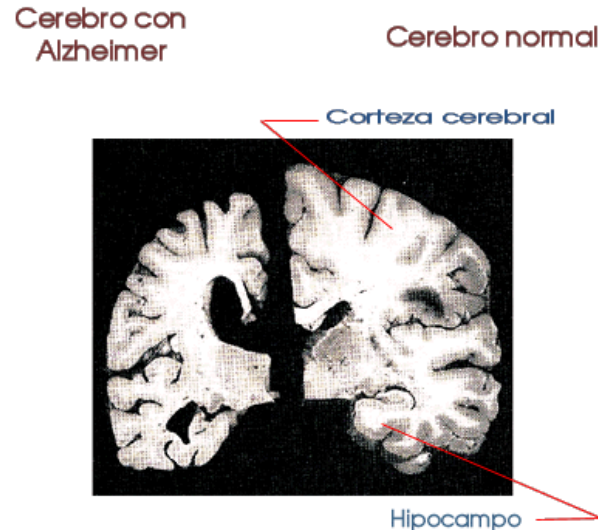
**2**

(TAREA QUE SE DEJÓ A LOS CUIDADORES EN LA SESIÓN 1)  
ANOTACIONES DEL CUIDADOR

<b>SÍNTOMAS DE DEMENCIA EN MI PACIENTE</b>		
<b>Problemas</b>	<b>¿Qué hace?</b>	<b>Otros</b>

# DEMENCIA

- “Síndrome de origen orgánico adquirido, persistente, con afectación de múltiples funciones intelectuales, sin alteración de la conciencia y que supone un descenso significativo en las capacidades sociales del individuo” (Cubero, 2002)
- Conjunto de síntomas causados por daño en la estructura cortical y subcortical del cerebro



- Supone un deterioro progresivo en funciones superiores: memoria, lenguaje, praxias (movimiento), gnosias (reconocimiento)

(Yuste, 2004, Introducción a la Psicogerontología)

## Posibles causas de la demencia:

Lesiones de tipo	Vascular Degenerativo Traumático Tóxico Infeccioso Tumoral
Otros	Genético

## Clasificación de las demencias

Demencias corticales	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick
Demencias subcorticales	Enfermedad de Parkinson Corea de Huntington
Demencia Vascular	Demencia multiinfarto Demencia por infartos estratégicos
Otro tipo de demencias	Demencia mixta Demencias tóxicas y metabólicas Demencias carenciales



# SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LAS DEMENCIAS

## Cognitivos

Alteraciones en la memoria (Amnesia)  
Alteraciones en lenguaje (Afasia)

- Disnomia
- Parafasias
- Ecolalia
- Circunloquios

Alteraciones en la capacidad motriz (Apraxia)  
Alteraciones en la capacidad de reconocimiento (Agnosia)  
Desorientación  
Acalculia  
Incontinencia

Aparecen siempre  
Ocurren desde el principio  
Progresan de manera continua  
La aparición y progresión de los distintos síntomas están en mutua relación  
Generalmente se conoce bien su fisiopatología  
Escasa efectividad del tratamiento

## Conductuales

Afectivos

- Depresión
- Manía
- Ansiedad

Delirium  
Alucinaciones  
Apatía  
Agitación psicomotriz  
Insomnio  
Desinhibición

No aparecen siempre  
Se presentan en diferentes momentos de la enfermedad  
Pueden tener un curso temporal definido y desaparecer  
Pueden aparecer síntomas en una esfera sin aparecer en otra  
Sus correlatos biológicos no están todavía bien aclarados  
Generalmente responde bien al tratamiento

## FASES DE LA DEMENCIA

FASE I DE 2-4 AÑOS	FASE II DE 2 A 10 AÑOS	FASE III DE 8 A 12 AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de memoria</li> <li>• Dificultad en el aprendizaje</li> <li>• Pérdida de memoria remota (leve)</li> <li>• Desorientación espacial</li> <li>• Cambios de humor</li> <li>• Síntomas depresivos (apatía, pérdida de iniciativa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en el lenguaje (afasia)</li> <li>• Amnesia motriz (apraxia)</li> <li>• Pérdida de la capacidad de reconocimiento (agnosia)</li> <li>• Fallos de memoria</li> <li>• Debilitamiento muscular, alteraciones posturales y de la marcha</li> <li>• Signos psicóticos (alucinaciones e ilusiones)</li> <li>• Aburrimiento, somnolencia, actos perseverantes</li> <li>• Mayor dependencia del cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agravamiento de síntomas cerebrales (rigidez muscular, temblores, crisis epilépticas)</li> <li>• Apatía</li> <li>• Pérdida de capacidades adquiridas (actividades de la vida diaria)</li> <li>• Pérdida de respuesta al dolor</li> <li>• Incontinencia urinaria y fecal</li> </ul> <p>El paciente termina encamado, con alimentación asistida y suele fallecer por neumonía, infección sistémica u otra enfermedad accidental</p>

## FRASES DE ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO

Las siguientes son frases para inducir a sensaciones de relajación que su cuerpo y su mente producen fácil y naturalmente. Dichas sensaciones pueden ocurrir o no, usted sólo déjese llevar por ellas.

Lea estas frases despacio, en un tono de voz suave y con ritmo melodioso. Repita cualquier frase las veces que usted considere necesario.

1. Me siento bastante tranquila(o).
2. Estoy empezando a sentirme relajada(o)
3. Siento mis pies pesados y relajados.
4. Siento mis tobillos, rodillas y caderas pesadas, relajadas y cómodas.
5. Siento mi pecho y estómago relajados y tranquilos,
6. Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y cómodos.
7. Siento mi cuello, mandíbula y frente cómodos y suaves.
8. Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo y relajado.
9. Sigo sintiendo todo mi cuerpo relajado y tranquilo.
10. Estoy bastante relajada(o).
11. Mis brazos y mis manos están pesados y calientes.
12. Me siento bastante tranquila(o).
13. Todo mi cuerpo está relajado.
14. Mis manos están calientes.
15. El calor está fluyendo a mis manos; están calientes.
16. Mis manos están calientes, relajadas y cómodas.
17. Continúo sintiendo mis manos de esa manera.
18. Siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado.
19. Mi mente está tranquila.
20. Aparto mis pensamientos; me siento calmada(o) y tranquila(o).
21. Me concentro en mis pensamientos de tranquilidad.
22. En el fondo de mi mente puedo verme relajada(o), cómoda(o) y tranquila(o),
23. Estoy alerta pero siento una tranquilidad interior.
24. Mi mente está tranquila.
25. Siento una tranquilidad interior.
26. Sigo gozando de estas sensaciones.
27. El relajamiento está por concluir. E cuerpo entero se reactiva con una respiración profunda y con las frases siguientes:

28. Siento vida y energía fluyendo por:

- Mis piernas
- Caderas
- Estómago
- Pecho
- Brazos
- Manos
- Cuello
- Cabeza

29 La energía me hace sentir ligera(o) y llena(o) de vida.

30. Despacio, y cuando lo considere oportuno, muevo mi cuerpo, brazos, piernas, abro los ojos y me pongo alerta.

## EJERCICIO “B”

### ENCONTRANDO EL MECANISMO DEL CAMBIO

“A PARTIR DE ESTE MOMENTO ESCRIBA SOBRE EL HECHO DE SER CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA. ESCRIBA UTILIZANDO LA PRIMERA PERSONA DEL SINGULAR (YO, MÍ, A MÍ, ETC.), DE MANERA CONTINUA Y LIBREMENTE.

MIENTRAS ESCRIBA HÁGALO CON LA SINCERIDAD Y CON LA CONFIANZA DE QUE SU ESCRITO NO SERÁ DIVULGADO.

EN ESTA OCASIÓN LE PRESENTAMOS UNA LISTA DE PALABRAS; INTENTE UTILIZAR EL MAYOR NÚMERO DE LAS QUE LE ACOMODEN A SU PROPIO ESTILO.

NO SE PREOCUPE POR LA CLARIDAD DE SU LETRA, NI POR LA ORTOGRAFÍA, GRAMÁTICA O SINTAXIS. SI LO PREFIERE PUEDE ESCRIBIR SOBRE EL MISMO TEMA DE SU PRIMER ESCRITO.

PARA ESTA ACTIVIDAD DISPONDRÁ DE 10 MINUTOS COMPLETOS”.

## LISTA DE PALABRAS

P.P.	P.N.	P.C.
AMOR	ODIO	DESCUBRÍ QUE...
AFECTO	FRACASO	AL FIN COMPRENDÍ QUE...
FELICIDAD	FEALDAD	DESPUÉS DE TIEMPO...
BIENESTAR	INTRANQUILIDAD	ESTOY BUSCANDO...
PAZ	INSOPORTABLE	ESTOY CERCA DE...
ARMONIOSO	DESTRUCTIVO...	SOSPECHO QUE...
BONITO	DESHONESTO	PRESIENTO QUE...
SERENO	TERRORÍFICO	POR FIN ENCONTRÉ QUE...
VIGOROSO	INTOLERABLE	LA RAZÓN DE...
AMABLE	DAÑINO	AHORA SE...
SATISFACTORIO	SUFRIMIENTO	EL SENTIDO ES...
DISFRUTAR	QUEBRANTOS	AHORA ESTÁ MÁS CLARO...

# SESIÓN

3

# APOYO AL CUIDADOR

(TAREA QUE SE DEJÓ A LOS CUIDADORES EN LA SESIÓN 2)  
ANOTACIONES DEL CUIDADOR

ATENCIÓN	INSTITUCIÓN	TIPO DE AYUDA QUE BRINDAN
PACIENTE		
CUIDADOR		



## APOYO AL CUIDADOR

ATENCIÓN	INSTITUCIÓN	TIPO DE AYUDA QUE BRINDAN
PACIENTE	Pública	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención médica</li><li>• Tratamiento</li></ul>
	Privada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento</li><li>• Rehabilitación</li></ul>
CUIDADOR	Pública	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información sobre el padecimiento</li></ul>
	Privada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centro de día para el paciente</li><li>• Grupos de apoyo</li><li>• Información general sobre la demencia</li><li>• Psicoterapia</li></ul>

## **INSTITUCIONES DEDICADAS A LAS DEMENCIAS**

Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares A.C.  
Presidenta Enf. Maité González de Cossio.  
Coordinación Lic. Lilia Mendoza.  
Insurgentes Sur 594-402 col. Del Valle 03100 México D.F.  
Tel. Fax. 55-23-15-16

Asociación Mexicana de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (AMAITE)  
Calle Niño de Jesús s/n esq. Calzada de San Buenaventura 4º piso Tlalpan 14000  
Tel. 55-73-15-00  
Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

Asociación Mexicana para el Estudio de las Enfermedades Degenerativas y Plasticidad Cerebral A.C.  
Centro de Investigación y Estudios Avanzados Instituto Politécnico Nacional  
Tel. 57-47-70-00 ext 5129

CENTRO DE DÍA “Francisco Espinoza”. Fondo de apoyo para la Enfermedad de Alzheimer.  
Franz Hals 119 Col. Alfonso XIII Mixcoac. Tel. 55-63-62-92 y 55-63-26-17

Grupo de Apoyo Centro de Día Francisco Espinoza,  
Fondo de apoyo para la enfermedad de Alzheimer.  
Segundo Jueves de cada mes 6:30 de la tarde.  
Grupo de Auto-Ayuda “Echegaray”  
Edificio de los colonos de Echegaray Hacienda de Temixco No. 12 Col. Bosques de Echegaray, Naucalpan Edo. de México  
Tel. 56-96-55-16 y 55-45-86-28  
Tercer martes de cada mes 6:30 pm.

Hospital General de México. Servicio de Geriátrica  
Av. Cuauhtémoc y Dr. Lucio

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”. Unidad de Psicogeriatría.  
Calzada San Buenaventura s/n esquina con Niño de Jesús  
Tlalpan tel. 55-73-15-00 ext. 147

Hospital Regional “Adolfo López Mateos” ISSSTE . Servicio de Geriatría  
Av. Universidad y Río Churubusco Col. Florida  
Primer miércoles de cada mes 6:30 de la tarde  
Tel. 55-34-45-91  
Dra. Rosalía Rodríguez.

Hospital Regional Gabriel Mancera  
Gabriel Mancera No. 8000 esq. San Borja Col. Del Valle.  
Último jueves de cada mes. Tel. 56-39-58-22

Instituto Nacional de Neurología “Manuel Velazco Suárez”.  
Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama (Tlalpan) Tel. 56-06-38-22 ext. 1016  
Primer viernes de cada mes, 12 del día

Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”. Clínica de Geriatría  
Vasco de Quiroga 15 Col Sección XVI Tlalpan 14000

Instituto Nacional de Salud Mental. Clínica de Envejecimiento  
Periférico Sur 2905 Magdalena Contreras 4º miércoles de cada mes  
Tel. 55-95-80-25 ext 152 55-95-86-73 55-95-81-39

# BENEFICIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR Y MODERADA

FISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS
<p>Reducción del riesgo de muerte prematura</p> <p>Reducción del riesgo de muerte por enfermedad cardiaca</p> <p>Reducción del riesgo (más del 50%) de desarrollo de enfermedades cardiacas, diabetes (tipo II), cáncer de colon y dolor de espalda</p> <p>Prevención / reducción de hipertensión</p> <p>Control de peso</p> <p>Desarrollo y mantenimiento saludable de los huesos, músculos y articulaciones</p> <p>Reducción de osteoporosis</p> <p>Reducción del debilitamiento general en personas mayores y disminución del riesgo de caídas</p> <p>Aumento de la capacidad funcional y de vida independiente</p> <p>Minimización de las consecuencias de diversas discapacidades (enfrentamiento al dolor)</p>	<p>Reducción de estrés, ansiedad y sentimientos de depresión y soledad</p> <p>Promoción del bienestar psicológico</p> <p>Control de otras conductas de riesgo</p>

## EJEMPLO PARA LA TOMA DE DECISIONES PARA LLEVAR A CABO UNA ACTIVIDAD FÍSICA

OPCIONES	A CORTO PLAZO		A MEDIO / LARGO PLAZO	
	Beneficios	Costes	Beneficios	Costes
Mantenerse físicamente inactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>No tengo que molestarme en hacer ejercicio</li> <li>No tengo que “ir corriendo” para que me dé tiempo de hacerlo todo</li> <li>Nadie me va a ver en ropa deportiva</li> <li>No voy a hacer el ridículo</li> <li>No me voy a cansar más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguiré estando gorda y descontenta con mi físico</li> <li>Me seguiré sintiendo cansada durante casi todo el día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los mismos que a corto plazo aunque me cansaré menos haciendo ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cada vez estaré más “foca” y me costará más moverme</li> <li>Me puede dar un infarto</li> </ul>
Realizar ejercicio físico saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bajar algo de peso</li> <li>Notarme más atractiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligación de ir a hacer ejercicio aunque no me apetezca</li> <li>Tener que “sacar tiempo” de donde no lo tengo</li> <li>Hacer el ridículo ante los demás y sentirme inútil</li> <li>Notar sensaciones de dolor durante los ejercicios</li> <li>Estar más cansada de lo normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bajar de peso y estar más contenta con mi cuerpo</li> <li>Poder hacer más cosas (tener más energía y cansarse menos)</li> <li>Poderme comprar ropa bonita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligación de seguir haciendo ejercicio para no volver a engordar</li> </ul>
Realizar ejercicio físico de cualquier manera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende más de mí. Puedo faltar cuando no me apetezca hacer ejercicio</li> <li>Notarme algo más atractiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguramente no haré tanto ejercicio como debería</li> <li>También tendré dolor y más cansancio cuando haga ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si consigo hacerlo con regularidad, los mismos que en la casilla de arriba, pero seguramente serán menos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente habré abandonado como me ha pasado otras veces</li> </ul>

## EJERCICIO DE IMAGINERÍA

Siéntese en una silla o sillón cómodo apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo, déjelos caer de manera natural.

Ahora deje pasar el aire por su nariz y, mientras lo hace, imagínese cómo el aire entra por su nariz y déjelo salir por la boca. Nuevamente repita el ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y cómo va entrando lentamente por su nariz, como si fuera un pedazo de nube suave y ligera que entra y llega a sus pulmones. El oxígeno que no necesite déjelo salir, déjelo que se vaya, que vaya saliendo por sus labios, sienta el movimiento de sus labios cuando el aire los mueve. Cómo levanta el labio superior y el labio inferior.

Continúe respirando tan lenta y profundamente como lo está haciendo, mientras trae a su memoria el recuerdo de un lugar que le agrada; siga trayendo a su memoria los objetos que tiene (puede ser agua, plantas, flores, árboles, nubes). También traiga los colores del lugar, visualice nítidamente la intensidad de los tonos. Vuelva a recordar los ruidos, los olores del lugar y la temperatura, mientras sigue respirando lenta y profundamente.

Puede estar solo o acompañado.

Siga visualizando este lugar, de preferencia escoja uno de los objetos: seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color; recuerde su olor. Mientras continúa respirando nuevamente, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos y guarde en su cerebro estas sensaciones para cuando las necesite.

Haga tres respiraciones profundas antes de concluir.

Ahora incorpórese, abra lentamente sus ojos. Comente sus experiencias.

## EJERCICIO “C”

### ENCONTRANDO EN MECANISMO DEL CAMBIO INDIVIDUAL

“A PARTIR DE ESTE MOMENTO ESCRIBA SOBRE EL HECHO DE SER CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA. ESCRIBA UTILIZANDO LA TERCERA PERSONA (ÉL, ELLA, ETC.), DE MANERA CONTINUA.

MIENTRAS ESCRIBA HÁGALO CON LA SINCERIDAD Y CON LA CONFIANZA DE QUE SU ESCRITO NO SERÁ DIVULGADO. NO SE PREOCUPE POR LA CLARIDAD DE SU LETRA, NI POR LA ORTOGRAFÍA, GRAMÁTICA O SINTAXIS. SI LO PREFIERE PUEDE ESCRIBIR SOBRE EL MISMO TEMA DE SU PRIMER ESCRITO.

PARA ESTA ACTIVIDAD DISPONDRÁ DE 10 MINUTOS COMPLETOS”.

# SESIÓN

4



## SER CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA

(TAREA QUE SE DEJÓ A LOS CUIDADORES EN LA SESIÓN 3) ANOTACIONES DEL CUIDADOR

SITUACIÓN	IMPACTO EN EL RENDIMIENTO...	QUE PUEDO HACER POR MI BIENESTAR
	Económico	
	Laboral	
	Personal	
	Familiar	
	Social	
	Físico	
	Emocional	
	Legal	

## SER CUIDADOR DE UN PACIENTE CON DEMENCIA

(Anotaciones del ponente)

SITUACIÓN	IMPACTO EN EL RENDIMIENTO...	QUE PUEDO HACER POR MI BIENESTAR	TALLER
	Económico		
	Laboral		
	Personal		Psicoterapia Pasatiempos
	Familiar		
	Social		Grupos de autoayuda Actividad física
	Físico		Ejercicios de relajación Actividad física
	Emocional		Escritura autoreflexiva
	Legal		

## EJERCICIO “D”

“A PARTIR DE ESTE MOMENTO ESCRIBA SOBRE ALGUNA EXPERIENCIA (RECIENTE O ANTIGUA), QUE CONSIDERE LA MÁS DOLOROSA DE SU VIDA, PERO EN ESTA OCASIÓN PLASME QUE CONSECUENCIAS PROVECHOSAS, BENEFICIOSAS O ÚTILES HA DEJADO ESTA EXPERIENCIA PARA SU VIDA COTIDIANA Y A PARTIR DE ELLO, QUÉ METAS SE PLANTEARÍA EN UN FUTURO, EVITE UTILIZAR LA PRIMERA PERSONA DEL SINGULAR. EN ESTA OCASIÓN ESCRIBA SU EXPERIENCIA UTILIZANDO LA TERCERA PERSONA (ÉL, ELLA, ETC.) Y DE MANERA CONTINUA.

MIENTRAS ESCRIBA HÁGALO CON SINCERIDAD Y CON LA CONFIANZA DE QUE SU ESCRITO NO SERÁ DIVULGADO. NO SE PREOCUPE POR LA CLARIDAD DE SU LETRA, NI POR LA ORTOGRAFÍA, GRAMÁTICA O SINTAXIS. SI LO PREFIERE PUEDE ESCRIBIR SOBRE EL MISMO TEMA DE SU PRIMER ESCRITO

TENDRÁ 10 MINUTOS COMPLETOS PARA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD”.

## EJERCICIO DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Siéntese cómodamente, con sus brazos y sus piernas extendidos; si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (4´´)... Si lo prefiere, cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10´´). Empezará a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzarán, a partir de sus pies a aflojarse hasta llegar a su cabeza (5´´).

Después de unos segundos enfoque su atención en su respiración (4´´); respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir cómo su estómago se va inflando (7´´), aumentando de tamaño (10´´); cuando deje salir el aire, tarde dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6´´).

Tome aire de 3 a 6 veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales la respiración sale y el momento en el cual el aire entra (5´´).

Fíjese en todo lo que le sea posible de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o más humedad en su nariz y otras cosas (7´´).

Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención en una palabra, en una frase, en una imagen, un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire vaya saliendo lentamente; palabras como: relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (5´´). Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7´´). Trate de ver la palabra o la imagen con el "oído interno" (17´´). Puede haber algunas distracciones, pueden ser sonidos o voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos; use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escogida (16´´).

Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano. Continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13´´).

Tómese su tiempo y empiece a abrir los ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y por último comente cómo se siente(7´´).

El ejercicio ha concluido.