



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“La demencia: estrés de los cuidadores-familiares y taller de
apoyo”

Tesina presentada para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Teresa de Jesús González Báez

Director de tesina:

Mtro. José Roberto Valderrama Hernández.

Asesores:

Dr. José Luis Rodríguez Sánchez

Dra. Rosalía Tenorio Martínez

Mayo 2019

Índice

CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN.....	4
1.1 Introducción.....	4
1.2 Antecedentes.....	5
1.3 Planteamiento del problema.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
1.5 Justificación.....	7
1.6 Definición de términos.....	8
CAPITULO II: DEMENCIA: CONCEPCIÓN Y CUADRO CLÍNICO DE ACUERDO AL DSM IV - R, DSM - V, CIE – 10.....	11
2.1 Criterios de diagnóstico del DSM IV – R.....	12
2.2 Criterios de diagnóstico del DSM – V.....	16
2.3 Criterios de diagnóstico del CIE – 10.....	18
2.4 Definiciones clínicas de la demencia.....	28
2.4.1 Demencias degenerativas primarias corticales.....	29
2.4.2 Demencias degenerativas primarias subcorticales.....	30
CAPITULO III: ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA DEMENCIA.....	32
3.1 Aspectos emocionales y afectivos.....	33
3.2 Aspectos cognitivos.....	40
3.3 Aspectos sociales.....	48

CAPITULO IV: CUIDADORES: VISTO DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO.....	53
CAPITULO V: PROPUESTA PSICOLÓGICA PARA UN TALLER INTEGRAL DE LA DEMENCIA.....	61
CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....	78
REFERENCIAS.....	82
APENDICES.....	93

CAPITULO I:

FUNDAMENTACION

1.1 Introducción

Desde un principio los seres humanos nos encontramos en situaciones que debemos enfrentar, las cuales nos van enriqueciendo en nuestra vida diaria. A medida que pasan nuestros ciclos de vida, debemos enfrentarnos con enfermedades especialmente en la vejez.

A partir de este planteamiento, podemos inferir en que la literatura y las investigaciones demuestran que a partir de los 65 años podemos presentar neurodegeneraciones propias de la edad. Sin embargo, hay casos en las que se presenta una neurodegeneración patológica llamada “demencia” y desencadenar una serie de problemas sociales

La presente tesina se realizó con el fin de que familiares, cuidadores y personas en general puedan entender los principios básicos del trastorno de la demencia. Y así, con la ayuda del taller para cuidadores de familiares que presentan el trastorno de la demencia que se propone aquí, puedan ofrecerles una mejor calidad de vida a sus enfermos y el entorno familiar y social sea más llevadero durante la enfermedad.

Para comenzar es importante indagar en lo que para nosotros es el concepto de demencia. Históricamente se le ha definido a la demencia como el cuadro en el que se produce un deterioro cognitivo progresivo e irreversible de las funciones psíquicas superiores.

Nos menciona Strehle, (1991) que la palabra demencia nos da a entender un declinamiento persistente de la mayoría de las funciones mentales. Por lo menos tres de las siguientes esferas se ven afectadas y son: lenguaje, memoria y habilidades visuales-espaciales, emociones, personalidad, cognición. Se puede adicionar que este autor ve a la demencia como algo múltiple. A lo largo de esta tesina encontraremos diferentes autores que clasifican a la demencia en distintas

formas, pero en general según la literatura se observa que la demencia senil, tiene repercusiones en el comportamiento del enfermo lo cual afecta la funcionalidad del mismo.

Desde la perspectiva de esta tesina defendemos la necesidad de un abordaje integral del paciente con demencia y su familia, que incluya una visión global un tanto biológica, funcional, psicosocial y de los problemas que se presentan día con día, básicamente centrada en la persona y el cuidador. En coordinación con intervenciones multi e interdisciplinadas.

1.2 Antecedentes

Los trastornos que hoy en día conocemos sobre la demencia, a lo largo de la historia han cambiado gracias a las diferentes investigaciones o a la sociedad misma. Muy brevemente veremos las épocas en la historia de cómo se ha modificado el concepto de demencia.

Desde la época de los romanos la palabra demencia tenía un significado que era “locura, fuera de la mente de uno” así se encuentra en la obra *De Rerum Natura*, Titus, (siglo I a.c) en esta época a cualquier tipo de trastorno intelectual o de la conducta era denominado demencia.

En la edad media se adoptaron los mismos criterios de los romanos para describir la demencia. Sin embargo, en el renacimiento tenían la creencia que la estupidez y la locura hacían referencia al concepto de demencia.

En el siglo XVIII la demencia aparece con el término de deficiencia mental extrema y en 1898 se incluyó el término de demencia presenil. Aparecía tanto la edad senil como antes de ella y esta era causada por una enfermedad orgánica cerebral.

En el primer cuarto del siglo XX ya se había formado el cuarteto de la demencia presenil: enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. A pesar de esto no había un interés por estas enfermedades y no fue hasta el año 50 en donde empieza a florecer la literatura del estudio sobre la demencia.

Desde entonces se ha venido desarrollando investigaciones sobre las demencias en todos los campos, desde neurólogos hasta los que estudian biología molecular y genética estudian la problemática en general de las demencias.

A partir del siglo XXI podemos ver que se asientan los criterios diagnósticos para las demencias que más prevalecen. Así mismo, se incorporan las bases para dar un diagnóstico más precoz de las mismas, especialmente para la demencia enfermedad de Alzheimer. En la actualidad están abiertas varias vías de investigación para saber más sobre causas y tratamiento de la demencia. (De la Vega, 2012)

1.3 Planteamiento del problema

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes con demencia son cuidados en casa, en general por el núcleo familiar haciéndose cargo del enfermo y alguna que otra vez cuentan con el apoyo de un médico de atención primaria. Podemos inferir que esta situación genera cambios importantes en la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta.

Hablar de la problemática a nivel social y de salud en el tema de las enfermedades demenciales es hablar tanto de familiares, y en específico del cuidador principal el cual cada día tiene que afrontar retos imprevistos, pérdida de control personal, alteraciones de salud tanto físicas como emocionales. No solo se centra en lo que sufre el cuidador principal sino también la importancia de crear talleres para que los familiares conozcan y se familiaricen con la enfermedad. Actualmente no se cuenta con mucha apertura de talleres, conferencias, asociaciones e información en general y eso hace que la enfermedad sea más difícil de sobrellevar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Dar a conocer la relevancia de los aspectos psicológicos de la demencia con la finalidad de establecer los lineamientos generales para crear un taller acerca de cuidados integrales para las personas con dicho padecimiento.

1.4.2 Objetivos Específicos

Comprender los signos y síntomas de la demencia

Identificar la manera en que afecta y modifica a la familia un miembro con demencia.

Identificar los cambios que se operan en los procesos psicológicos de los cuidadores formales e informales de personas con demencia.

Proponer un taller para el cuidado integral de las personas que padecen demencia.

1.5 Justificación

Sabemos que el envejecimiento es un proceso biológico, y que trasciende demográficamente. Creando con ello, que tengan que reestructurarse el sistema de salud para cubrir las necesidades sociales, médicas y por ende psicológicas de los ancianos, siendo las enfermedades cognitivas, demenciales y de Alzheimer más comunes. Por ende, implica un mayor costo, el tratamiento a personas que sufren de demencia y así mismo a sus cuidadores. Como cabría esperar, los cuidadores constituyen un grupo de alto riesgo debido a la progresiva carga emocional y deterioro de la personalidad del enfermo.

Algunos estudios en la población mexicana determinan que la presencia de enfermedades demenciales es más fácil de detectar en las mujeres que presentan síndrome metabólico, depresión o enfermedad cardiovascular.

El Instituto Nacional de Geriátrica de la Secretaria de Salud de México, menciona que para el 2050 alcanzará la cifra de más de 3.5 millones de mexicanos afectados por diferentes tipos de demencia, por ello se ha lanzado e impulsado una propuesta llamada el plan de acción de Alzheimer y otras

demencias (PAA) cuyo plan es dar a conocer el bienestar de las personas con demencias o enfermedades afines a sus familiares más cercanos, mediante el reforzamiento del sistema de salud mexicano en conjunto con todas las demás instituciones. (Gutiérrez, 2015)

La mayoría de los estudios; no solo en México, menciona que en una población mayor a los 65 años existe una prevalencia en enfermedades demenciales entre el 4% y 9%. Dicha prevalencia es mayor en mujeres, la enfermedad de Alzheimer es una de las demencias más frecuentes con un total del 50%-70%. Esta enfermedad provoca un aumento de mortalidad, morbilidad, dependencia y discapacidad de los pacientes. El 80% de los enfermos con demencia es cuidado por sus familiares más cercanos, el 87% asume costos totales contando la sobrecarga y la salud y calidad de vida de los cuidadores. (Gutiérrez, 2015)

En general el impacto económico de la demencia es muy grande por los costos sanitarios y sociales. Es necesariamente urgente desarrollar programas a nivel global y hacer que existan más recursos en cuanto a investigación, diagnóstico precoz, tratamiento, prevención y abordaje así se reduce la carga económica, sanitaria y social de la demencia.

1.6 Definición de términos

Demencia: Se le conoce como demencia a la enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades viso espaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales.

Síndrome del Cuidador crucial: problemática a la que se enfrentan los cuidadores y dan lugar a alteraciones sociales, físicas y psíquicas. (Bonet, LI; Llunch Bonet, Adalberto Morales López, Alfredo; Cabrera Adán, Maritza; Betancourt Navarro, Maritza, 2010)

Alzheimer: Es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. La Enfermedad de Alzheimer comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. Se van deteriorando las capacidades cognitivas, la toma de decisiones y llevar a cabo tareas cotidianas, o cambios en la personalidad en sus etapas avanzadas, la Enfermedad de Alzheimer conduce a la demencia y finalmente a la muerte. (Fidel Romano M, Daniela Nissen M, M. Del Huerto Paredes N, 2007)

Estrés: Se habla de estrés, cuando la estimulación es dañina, amenazante o ambigua. Se ha concebido, pues, el estrés como estímulo, aunque incluyendo su repercusión o impacto en el sujeto. (Pelechano V, 1991).

Deterioro cognitivo leve: El término `deterioro cognitivo leve´ (DCL) indica un estado inicial en el proceso demencial, considerado por algunos un estadio precoz de la demencia -en especial la de tipo Alzheimer- y por otros una entidad independiente. (Torrellas C, Sánchez J, 2011)

Demencias degenerativas primarias corticales: Se trata del prototipo de demencia cortical. Puede afectar a prácticamente cualquier esfera cognitiva, pero las manifestaciones características son déficit en la memoria a corto plazo. (Gustason, 1992)

Demencias degenerativas primarias subcorticales: El síntoma más aislado de las demencias subcorticales es la respuesta lenta que tienen ante los estímulos externos. Las personas que sufren demencias de tipo corticales se encuentran apáticas y con enorme desinterés. (Gustason, 1992)

Síndrome de burnout: se traduce como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 1991).

Red de apoyo: Se conceptúa por red social a la instancia mediadora en la que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional. (Cobb S, 1976)

Sensibilización: La sensibilización se asocia a los estímulos que nosotros podemos recibir a través de nuestros cinco sentidos y que de algún modo activan a nuestro cerebro despertando emociones, generando sentimientos, logrando estimular una parte emocional de nosotros mismos, y en general la sensibilización siempre tiene un objetivo. (Trill C, 2013)

CAPITULO II:

CONCEPCIÓN Y CUADRO CLÍNICO DE ACUERDO AL DSM IV- R, DSM – V, CIE – 10 Y DEFINICIONES.

En el presente capítulo se abordará el cuadro clínico de acuerdo con el DSM – IV.R, DSM – V y el CIE – 10. Así mismo, se describirá desde una óptica de la psicología como se manifiesta clínicamente la demencia

La demencia es un síndrome de carácter progresivo caracterizado por el deterioro principalmente cognitivo, dicha enfermedad afecta las siguientes esferas: orientación, comprensión, calculo, capacidad de aprender, pensar y aspectos como el desenvolvimiento social que interfieren en la vida diaria del enfermo, cabe mencionar que no se pierde la conciencia en su totalidad.

Para diagnosticar demencia es necesario que al menos se cuente con alguna alteración cognoscitiva como afasia, apraxia, agnosia o una alteración que pueda interferir de forma importante las actividades sociales y laborales del sujeto, en seguida algunas definiciones sobre estas alteraciones:

Según Bein y Ovcharava, (1970) Afasia es una alteración en la capacidad de utilizar el lenguaje, un déficit en la comunicación. Así pues, la Afasia se refiere, a una alteración adquirida en el lenguaje oral. Las afasias pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje.

Kleist (1907) describe a la Apraxia como una alteración en la ejecución del movimiento para realizar movimientos rápidos y seriados, tales como tocar el piano, presionar un botón entre otras.

Friedericks (1969) entiende por Agnosia a la deficiencia en el reconocimiento de objetos presentados sensorialmente, no puede reducirse solo a defectos sensoriales sino también deterioro mental, desordenes de la conciencia, inatención o falta de familiaridad con el objeto.

Ahora bien, la demencia se puede relacionar con enfermedades médicas, consumo de sustancias o exposición a tóxicos. Para establecer un diagnóstico sobre demencia principalmente se requiere la siguiente sintomatología: el deterioro de la memoria, los sujetos que la padecen tienen dificultad para aprender información nueva y posteriormente se olvidan de lo aprendido.

2.1 Criterios de diagnóstico del DSM IV - R

El DSM IV-R (APA, 2002) concibe a la demencia (F00- F03) como una enfermedad progresiva en la que las funciones corticales superiores tales como el pensamiento, la memoria, comprensión, la capacidad del lenguaje y el juicio sin perder la conciencia. Sin embargo, es necesario apuntar que la demencia puede cursar o no con delirium

A continuación se describe la sintomatología.

F05.0 Delirium debido por sustancias, por abstinencia de sustancias, debido a diversas etiologías

F05.0 Delirium debido por sustancias, por abstinencia de sustancias, debido a diversas etiologías, Criterios para el diagnóstico:
A. Alteración de la conciencia
B. Cambio en las funciones cognoscitivas
C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo.
D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad Médica.

Nota de codificación: Para la codificación se incluye el nombre de la enfermedad y el código F05.0 para cuando el delirium se da en una demencia que ya existe se usa el código F05.1 (APA, 2002, 133)

El F00 pertenece a la demencia tipo Alzheimer los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

Presencia de los múltiples déficit cognoscitivos. Al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
A. Afasia
B. Apraxia
C. Deterioro de capacidades motoras
D. Agnosia
E. Alteración de la ejecución

Tomado de APA (2002, pag. 133)

Como se sabe los déficits cognoscitivos provocan un deterioro significativo continuo, en los criterios A1 y A2 la demencia no se debe a déficits cognitivos si no a otras enfermedades que pueden ser tanto cardiovasculares, sistémicas o inducidas por sustancias tales como:

A. Enfermedad de Parkinson
B. Corea de Huntington
C. Hidrocefalia normotensiva
D. Tumor cerebral
E. Hipercalcemia
F. Neurocifilis
G. Infección por VIH

La sintomatología según criterios del DSM, IV (2002, 139-141)

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano. Su inicio es a los 65 años o antes:
A. Con delirium
B. Con ideas delirantes
C. Con estado de ánimo depresivo
D. No complicado

La sintomatología según criterios del DSM, IV (2002, 146)

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío. Su inicio es después de los 65:
A. Con delirium
B. Con ideas delirantes
C. Con estado de ánimo depresivo
D. No complicado

Para complementar la información en lo referente a la gravedad

<p>Deterioro de la memoria es más evidente en el aprendizaje de nueva información. La gravedad del deterioro debe ser valorada de la siguiente manera:</p>		
Leve	Moderado	Grave
<p>Aunque solo sea pérdida de memoria es suficiente para interferir con las actividades que normalmente hace el enfermo. Citas, lugares, pertenencias.</p>	<p>En esta etapa la memoria sufre una pérdida seria para la vida independiente. La nueva información solo es retenida brevemente. No se puede recordar información básica.</p>	<p>Se caracteriza por la incapacidad completa de retener nueva información. Solo son fragmentos aislados de información. No puede reconocer lugares aislados.</p>

<p>Déficit cognoscitivo caracterizado por un deterioro en el juicio y pensamiento, tales como la planificación y organización, en general en el procesamiento de información. La gravedad del deterioro intelectual debe ser diagnosticado de la siguiente manera:</p>
--

Leve	Moderado	Grave
El déficit cognoscitivo leve solo interfiere en rendimientos y actividades de la vida diaria. El individuo no se hace dependiente de los demás.	En este nivel de déficit cognoscitivo el individuo es incapaz de manejarse sin la asistencia de otros, solo puede realizar tareas muy simples.	Se caracteriza por la ausencia de la ideación inteligible ya sea de una forma real o virtual.

La gravedad de la demencia se expresa con el nivel de deterioro más elevado, como por ejemplo:		
G2 Conciencia del entorno [ausencia de obnubilación de la conciencia (como se define en FOS -	G3 Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social: 1. Labilidad emocional. 2. Irritabilidad. 3. Apatía. 4. Embrutecimiento en el comportamiento social.	Para que el diagnóstico clínico sea seguro, los síntomas del criterio 01 deben haberse presentado al menos durante seis meses. Si el período es más corto cuando inicia la enfermedad el diagnóstico sólo puede ser provisional.

Para el DSM – V lo conceptualiza como un trastorno cognitivo a continuación se detalla la información

2.2 Criterios de diagnóstico del DSM - V

El DSM V tiene una estructura más simplificada de la clasificación de los trastornos cognitivos, es puntual pero los detalles son complejos de entender.

Delirium: este estado se desarrolla rápido y existe disminución del estado de alerta, el paciente puede mostrar estados de alerta, defectos en la memoria o algún otro trastorno cognitivo.			
Delirium debido a otra afección médica.	Delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancias y delirium inducido por medicamentos.	Delirium debido a etiologías múltiples.	Otro delirium, especificado o no especificado.
Según el DSM V menciona que para diagnosticar delirium puede deberse a infecciones, traumatismo encefálico, epilepsia, trastornos endocrinos, medicamentos y varias enfermedades más que pueden afectar casi	La tipología para el diagnóstico del DSM V menciona que el alcohol y otras drogas, de cualquier clase, tienen capacidad para inducir delirium tanto en la intoxicación como en caso de abstinencia. Los medicamentos también pueden encontrarse relacionados (p. 483).	Nos menciona también que el delirium puede tener causas múltiples en un mismo paciente (p. 486).	Esta categoría Se utiliza cuando se desconoce la causa del delirium en el individuo o cuando no se acoplan los criterios diagnósticos para alguna otra variedad (p. 487)

<p>cualquier parte del cuerpo (p. 480). En el apéndice A2, se mencionan muchas de estas condiciones.</p>			
--	--	--	--

El DSM-5 encontramos la distinción entre el TN mayor y el TN leve. En el TN leve. Es posible que alguna de las etiologías no afecte la capacidad del individuo para ser independiente. No obstante, puede ser difícil discernir los límites entre un TN mayor y leve. Es posible identificar alguna de las variedades de TN siguientes:

TN mayor o leve debido a enfermedad de Alzheimer.	TN mayor o leve vascular.	TN mayor o leve debido a otras afecciones médicas.	TN mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos	TN mayor o leve debido a etiologías múltiples	TN no especificado.
<p>Inicia en forma gradual y suele avanzar en forma inexplicable.</p>	<p>Se da por una vasculopatía cerebral, experimenta pérdida de la memoria o</p>	<p>Gran número de enfermedades médicas puede inducir TN tales como: tumores</p>	<p>Entre 5 y 10% de los TN se relaciona con el consumo prolongado de alcohol, inhalantes o sedantes (p. 522).</p>	<p>De igual forma que el delirium, un TN puede tener varias causas en un mismo</p>	<p>Esta tipología es útil cuando se sabe que la condición cognitiva del Paciente se encuentra</p>

<p>Un poco más de la mitad de todos los TN son debidos a la enfermedad de Alzheimer. (p. 498).</p>	<p>de otras habilidades cognitivas. Tiene un inicio súbito y evolución fluctuante.</p>	<p>cerebrales, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, lesión cerebral traumática, VIH enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y TN frontotemporal.</p>		<p>paciente (p. 526).</p>	<p>comprometida, pero se desconoce la causa (p. 527).</p>
--	--	--	--	---------------------------	---

2.3 Criterios de diagnóstico del CIE - 10

Según el apartado trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos en el CIE 10 (OMS, 1992) menciona que el Alzheimer presenta rasgos neuropatológicos, tiene etiología desconocida y es una enfermedad primaria cerebral. Empieza de forma lenta y gradualmente va evolucionando, esto quiere decir que puede empezar en una edad madura o mucho antes (presenil) pero la mayor incidencia es en la etapa senil. En caso de comenzar mucho antes es posible que sea por antecedentes familiares debidos a lesiones en lóbulos temporales y parietales.

Según el apartado trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos en el CIE 10 (OMS, 1992) menciona que el Alzheimer presenta rasgos neuropatológicos, tiene etiología desconocida y es una enfermedad

primaria cerebral. Empieza de forma lenta y gradualmente va evolucionando, esto quiere decir que puede empezar en una edad madura o mucho antes (presenil) pero la mayor incidencia es en la etapa senil. En caso de comenzar mucho antes es posible que sea por antecedentes familiares debidos a lesiones en lóbulos temporales y parietales.

Para diagnosticar con el CEI 10 (OMS, 1992) las pautas son las siguientes:
A. Presencia de un cuadro demencial como el descrito arriba
B. Deterioro lento
C. Datos clínicos que sugieren que puede ser causada por hipotiroidismo, hidrocefalia, hipercalcemia, hematoma, deficiencia de vitamina B12, niacina, neurosífilis.
D. Signos neurológicos focales como hemiparesia, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz incluye al F00.1 pero en este el deterioro tiene una evolución más rápida, lesiones corticales superiores, afasias, agrafias, apraxias o alexias. En cambio en F00.1 comienza entre los 65 y 70 años de edad y el rasgo más notorio es la perdida de la memoria y su proceso es más tardío. CIE 10 (OMS, pag 28)

Criterios de diagnóstico del CIE - 10 en sus dos variantes: Igual a F00.0 el inicio con inicio temprano antes de los 65, incluyen:

A. Enfermedad de Alzheimer tipo 2

B. Demencia pre senil

Diagnóstico para demencia F00.1 CIE 10 (OMS, pag 29) síntomas de demencia F00.0 y F00.1 incluye:

A. Enfermedad de tipo Alzhéimer de tipo 1

B. Demencia senil

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta:

Esta demencia no tiene ninguna característica del diagnóstico tipo F00.o F00.1 ni de demencias mixtas, vascular y de Alzheimer.

F01 Demencia Vascul CIE 10 (OMS, pag 30)

Incluye a la demencia multi infarto, ictus transitorios con periodos de conciencia y pérdidas de visión. La demencia también puede ocurrir por accidentes vasculares agudos, infartos del tejido cerebral secundarios a una enfermedad vascular, incluida la hipertensiva.

Algunas pautas para el diagnóstico son: Deterioro cognoscitivo, deterioro de memoria, intelectual, signos neurológicos focales. La conciencia y la capacidad de juicio pueden estar conservadas, presencia de síntomas

neurológicos focales para esto se necesita una tomografía axial computarizada o una neuropatología. Alteraciones emocionales como llantos o risas. Algunas veces la personalidad se mantiene otras es notorio el cambio con egocentrismo, actitudes paranoides o irritabilidad.

En este apartado se incluye: Demencia arteriosclerótica, La demencia vascular puede ir de la mano con el Alzheimer. Se utiliza el código F00.2 CIE 10 (OMS, pag 32)

A. F01.0 Demencia vascular de inicio agudo
B. F01.1 Demencia multiinfarto
C. F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical
D. F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical
E. F01.8 Otra demencia vascular
F. F01.9 Demencia vascular sin especificación

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar CIE 10 (OMS, pag 32)

A. F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick
B. F02.1 Demencia en la enfermedad Creutzfeldt-Jakob
C. F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington
D. F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson
E. F02.4 Demencia por infección de VIH
F. F02.8 Demencia en otras enfermedades especificadas en otro lugar

Para saber la diferenciación cognitiva y etiológica de la demencia es necesario establecer el diagnóstico en base a el CIE 10 o al DSM IV-R, saber distinguir la demencia del delirium es importante, saber que la primer afectación de la demencia es la memoria y los déficits cognitivos que se presentan son la afasia, apraxia, y agnosia.

Para clasificación de las demencias es necesario que exista una enfermedad sistémica que la justifique por alguna patología vascular o la degeneración propia de la edad.

La demencia es un síndrome multietiológico y durante los últimos años se han encontrado dos patrones para clasificarlas, el primero incluye demencias corticales (Alzheimer). El segundo que son demencias subcorticales incluye Parkinson, Huntington y varios tipos de parálisis.

Para la clasificación etológica de las demencias hay tres categorías importantes:

- a) Demencias degenerativas
- b) Demencia vascular
- c) Demencias secundarias

Cuando la primera afectación es el sistema nervioso central nos estamos refiriendo a las demencias degenerativas primarias, estas son las que se dan con más frecuencia en la demencia tal es el caso del Alzheimer por mencionar a una de las más importantes. En las demencias degenerativas existen topografías específicas aunque la patología será variable.

Como demencias degenerativas primarias corticales tenemos al Alzheimer, de acuerdo a Gustafson “existiría un predominio cortical temporoparietal en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, de inicio tardío, en el caso del síndrome de Down con demencia tipo Alzheimer, y un predominio frontotemporal en formas atípicas de la enfermedad de Alzheimer” (Gustafson, 1992, pag 3)

Para Gustason (1992). La descripción que hace del trastorno de la demencia está en sintonía con los hallazgos del DSM – IV – R y el CIE – 10. Puede afectar a prácticamente cualquier esfera cognitiva, pero las manifestaciones características son los déficit en la memoria a corto plazo (fundamentalmente memoria explícita), en funciones viso espaciales, en la denominación y en la influencia verbal. Esta sintomatología frecuentemente se acompaña de disminución de iniciativa, ausencia de conciencia de enfermedad y pobre pensamiento abstracto. Con respecto. Inicialmente la enfermedad se caracteriza por olvidos frecuentes, desorientación temporal espacial parcial, dificultades con el cálculo y la denominación, reducción de iniciativa y ausencia de conciencia de enfermedad.

Roth (1952) recupero dos términos el concepto de organicidad y demencia para distinguir a los pacientes con problemas psiquiátricos cognitivos a pacientes con trastornos sensoriales.

Con el trabajo de Roth se eliminó el término de psicosis seniles en el CIE 7 y por consecuencia las siguientes actualizaciones. A pesar de que en la mayoría de estudios sobre demencia se sabe que es causada por lesiones.

Según la concepción del CIE-10 (OMS, 1992) y su etiología demostrable para la enfermedad de la demencia es una enfermedad o lesión cerebral que causa la disfunción cerebral. Se puede dividir en primaria refiriéndose a lesiones que son directamente al cerebro o bien; secundaria, como enfermedades sistémicas que afectan a diversos órganos.

La tipología para la demencia en CIE 10 es la siguiente:

FOO Demencia en la enfermedad de Alzheimer			
FOO.O Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.	FOO.I Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.	FOO.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.	FOO.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.
<p>1. Deben cumplirse los criterios de demencia en la enfermedad de Alzheimer (POO), y la edad de inicio debe ser anterior a los 65 años.</p> <p>1. Además, se requiere que esté presente al menos una de las siguientes circunstancias:</p> <p>a) Pruebas de un inicio y progresión relativamente rápidos.</p> <p>b) Además del deterioro de la memoria, debe haber afasia (amnésica o sensorial), agrafia, alexia, acalculia o apraxia (que indican la repercusión sobre el lóbulo temporal, parietal y/o frontal)</p>			

Tomado de CIE 10 (OMS, pag 296)

FOI Demencia vascular					
FOI.O Demencia vascular de inicio agudo.	FOI.I Demencia multiinfarto.	FOI.2 Demencia vascular subcortical.	FOI.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.	F01.8 Otra demencia vascular.	F01.9 Demencia vascular sin especificación.

Deben cumplirse los criterios de demencia en la enfermedad de Alzheimer (FOO) y la edad de inicio debe ser de 65 o más años.

2. Además, se requiere que esté presente alguna de las siguientes circunstancias:

a) Pruebas de inicio y progresión muy lentos y graduales (el grado de progresión sólo puede conocerse retrospectivamente tras el curso de

Tres o más años).

b) Predominio de deterioro de la memoria G 1.1 sobre el de deterioro

intelectual G1.2 (ver los criterios generales de demencia

Tomado de CIE 10 (OMS, pag 297)

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0	F02.1	F02.2	F02.3	F02.4	F02.8
Demencia en la enfermedad de Pick.	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.	Demencia en la enfermedad de Runtington.	Demencia en la enfermedad de Parkinson.	Demencia en la infección por VIR.	Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

Se clasifican aquí debidos a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad cerebrovascular. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, aunque raramente en edades avanzadas.

Nota diagnóstica:

La norma general del Capítulo V de la CIE-IO es otorgar códigos separados

sólo a estados clínicos que tengan algunas características clínicas individuales que los identifiquen. Hay pruebas clínicas para justificar esto en la demencia debida a la enfermedad de Pick (G31.0), en la enfermedad de Creutzfeld-Jakob (A81.0) y en algunos casos de la enfermedad de Huntington (G10). Y no la hay en la demencia que aparece en el curso de la enfermedad de Parkinson (G20) y de la infección VIH (B22.0), pero se han hecho excepciones a la norma en estos dos casos por su Interés clínico e importancia en salud pública.

Tomado de CIE 10 (OMS, pag 298)

F03 Demencia sin especificación. Debe utilizarse un quinto dígito para indicar la presencia de síntomas adicionales en la demencia de F00-03:
.x0 Sin síntomas adicionales .
. x1 Con predominio de ideas delirantes .
. x2 Con predominio de alucinaciones .
. x3 Con predominio de síntomas depresivos .
. x4 Con otros síntomas mixtos.
*Un sexto dígito debe utilizarse para especificar la gravedad de la demencia:
*.xx0 Leve.
*.xx1 Moderada.
*.xx2 Grave.

Tomado de CIE 10 (OMS, pag 299)

F05 Delirium no Inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas			
F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.	F05.1 Delirium superpuesto a demencia.	F05.8 Otro delirium.	F05.9 Delirium sin especificación.
<p>Síndrome orgánico cerebral de etiología no específica caracterizado por alteraciones concurrentes de la conciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, el comportamiento psicomotor, las emociones y el ciclo sueño-vigilia. La duración es variable y el grado de afectación varía de leve a muy grave.</p> <p>Incluye: Agudo o subagudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome cerebral. - Síndrome confusional (no alcohólico). - Síndrome psicoorgánico. - Reacción orgánica. 			

Tomado de CIE 10 (OMS, pag 300)

2.4 Definiciones clínicas de la Demencia

“La demencia es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales” (Molinuevo J, Rami L, Lladó A. 2007, pag 228) existen tres síndromes de demencia clínica según (Neary, 1998, pag 228)

- a) Variante frontal
- b) Afasia progresiva primaria no fluente
- c) Demencia semántica

Se tiene la idea de que la demencia solo implica un trastorno general de la pérdida de la memoria y esto ha despertado poco interés para hacer investigaciones clínicas a las demencias de tipo no cognitivo. Tras investigaciones en 1998 (Lund y Manchester, 1994, pag 228) esto ayudo a tener cambios importantes en cuanto a criterios de diagnóstico que siguen en la actualidad vigente.

Estos se reflejan en la conducta y en la personalidad del paciente, presenta un grave problema en modular su conducta ante situaciones social.

Existen definiciones clínicas y psicológicas sobre demencia. Como sabemos los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia llevan a los afectados a un sufrimiento personal junto con el deterioro de la memoria añadido.

En el año de 1996 la asociación internacional de psicogeriatría nombró el término Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia con siglas (SPCD) refiriéndose a las complicaciones cognitivas, psiquiátricas y conductuales propias de la demencia. En este término se explican dos tipos de síntomas:

- A) síntomas psicológicos mentales: depresión, ansiedad, psicosis
- B) síntomas conductuales: agresividad, hiperactividad motora, desinhibición

Desde una perspectiva psicológica podemos dar explicaciones para la comprensión de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia sabemos que durante la vida, los seres humanos forjan una personalidad y adquieren recursos para afrontar las circunstancias que se les presenten. Así pues, los síntomas psicológicos y conductuales son intentos fallidos ya que el ser humano se esfuerza en adaptarse a los cambios fisiológicos, patológicos y ambientales día con día.

Tanto en la conceptualización como en el diagnóstico de las demencias, se ha rescatado en el que se ha hecho un énfasis en el aspecto cognitivo, es de los aspectos de más importancia en cuanto a lo psicológico. Como se sabe que las características de la demencia son específicamente cognitivas y psicológicas, Esquirol en el año 1838 en su tratado *Des Maladies Mentales* propone otra visión de la demencia puede en la que viene acompañada de trastornos emocionales y no solo cognitivos. Las cuales, serán tratadas en el próximo capítulo.

Las clasificaciones más utilizadas tal como: DSM – IVR y el CIE – 10, son las que se distinguen entre síntomas cognitivos-conductuales y psicológicos, las diferentes dicto manías los presentan como síntomas positivos o negativos.

Siguiendo la misma línea de discusión de la demencia se abordara la definición que hay al respecto:

2.4.1 Demencias Degenerativas Primarias Corticales

Enfermedad de Alzheimer Según Gustafson y colaboradores (1992), como anteriormente se menciona es un trastorno con una etiología orgánica. Se trata del prototipo de demencia cortical. Puede afectar a prácticamente cualquier esfera cognitiva, pero las manifestaciones características son los déficit en la memoria a corto plazo (fundamentalmente memoria explícita), en funciones visuoespaciales, en la denominación y en la fluencia verbal. Esta sintomatología

frecuentemente se acompaña de disminución de iniciativa, ausencia de conciencia de enfermedad y pobre pensamiento abstracto.

2.4.2 Demencias degenerativas primarias subcorticales

Una característica de las demencias subcorticales es la afectación del sistema extra piramidal. Entre ellas la parálisis supra nuclear progresiva, atrofia multisistémica, enfermedad de Huntington y la más conocida el Parkinson. El síntoma más aislado de las demencias subcorticales es la respuesta lenta que tienen ante los estímulos externos. Las personas que sufren demencias de tipo corticales se encuentran apáticos y con enorme desinterés. Podemos mencionar que uno de los síntomas iniciales de la demencia es la bradipsiquia esta no tiene nada que ver con la apraxia o la afasia. A medida que la enfermedad va avanzando aparecen trastornos de lenguaje como la disnomia.

Siempre ha existido un problema entre definir a las enfermedades mentales en la psiquiatría, este debate se trasladó hacia los trastornos cognitivos a partir de observar el proceso de envejecimiento normal por la edad hacia el deterioro causado por la demencia. No es una cuestión simple porque no es imprescindible y se debe a los cambios de la propia naturaleza de envejecimiento cerebral.

El DSM IV- R y el CIE 10 trata de reunir y clasificar los trastornos cognitivos basándolo en distintos criterios la forma de presentación de la enfermedad, la edad de inicio, la afectación clínica y la etiología que es el Alzheimer. La tarea de las investigaciones tradicionales sobre demencia que se iniciaron en la última década del siglo XIX y a lo largo del siglo XX se demostró que son causadas por lesiones cerebrales, sin embargo, en las investigaciones recientes se sugiere que la demencia se da por la disposición genética, factores ambientales, deterioro cognitivo entre otras que ya se han venido mencionando a lo largo de este capítulo.

Como se sabe la mayoría de estas enfermedades que causan la demencia tienen un avance gradual preclínico, y estos criterios clínicos se cumplen cuando existe una larga evolución clínica en las lesiones cerebrales del paciente.

Para las siguientes actualizaciones del DSM V se ha contemplado llevar los pasos propuestos por Kendell (1989)

- a) Que sea clara la identificación y descripción
- b) Límites frente a síndromes relacionados
- c) Desenlace propio
- d) Respuesta diferente al tratamiento
- e) Anormalidades sustantivas
- f) Patrón genético

Sin embargo, aún no existe consenso entre la comunidad científica sobre la aceptación del DSM – V, por lo que se decidió concentrarse en el DSM - IVR

Es importante saber que con los próximos avances sobre neurociencias, exista un aporte sobre el envejecimiento cerebral y como se relaciona con el degeneración cognitiva y por consiguiente con las demencias. Es importante saber que aunque existen notables diferencias entre criterios de diagnóstico para diferentes tipos de demencia se ha alcanzado generalizar y tener una uniformidad por parte de los clínicos.

CAPITULO II:

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA DEMENCIA.

La demencia es una enfermedad que engloba diversas psicopatologías, y desde una perspectiva humana tienen un enorme impacto social a nivel mundial ya que el mayor índice de personas enfermas son ancianos y por ello es preocupante, involucra costos sanitarios y no solo eso, existe un énfasis importante en el dolor y sufrimiento tanto en el paciente, en el cuidador y en la familia. Por lo que va a impactar en las políticas de salud, en marcadas en los criterios emanados por la OMS. Dado es el caso de Cuba en donde se cuentan con equipos de atención gerontológica. Esto se refiere a una evaluación integral del anciano y el entorno más cercano a medida que se extiende esta labor se realiza una labor profunda, el diagnóstico de ancianos con demencia o algún otro trastorno cognitivo, ha ido en aumento, considerando por ende que resulta oportuna la atención precoz a quienes desempeñan el rol de cuidadores, pudiendo ser considerados también como población de riesgo.

Para las personas que sufren de demencia el comportamiento y el estilo de vida son determinantes en la salud de las personas. De tal manera, que facilitan o entorpecen su calidad de vida. Por ello, es importante saber en que afecta la demencia psicológicamente hablando, un ejemplo de esto es el diagnóstico que se dé, siempre tendrá implicaciones emocionales, psicológicas y sociales. Gracias a esto, los encargados del área de la salud han dado lugar a que se establezcan objetivos como la calidad de vida y el control de la enfermedad. Esto ha dado evolución hacia las enfermedades crónicas. Así mismo, tener un buen diagnóstico y pronóstico se debe gracias a la cantidad de aspectos psicosociales y estos surgen de las vivencias de los pacientes, amigos, familiares, personas que lo rodean. Cualquier diagnóstico de demencia u otra enfermedad crónica el objetivo que tiene es el de mejorar la calidad de vida.

Tres puntos importantes que abarcan una buena calidad de vida son: el bienestar espiritual, el físico y el psicológico. Ahora bien, podemos mencionar

que el bienestar psicológico tiene mucho que ver con el nivel de ansiedad, la cognición, la depresión y sobre todo la angustia que le genera al paciente la enfermedad y el tratamiento. Pacientes con enfermedades crónicas pueden reaccionar de forma esperanzada o por lo contrario con mucha fortaleza pero en el caso de la demencia los pacientes están muchas veces fuera de su realidad y no están realmente conscientes de lo que pasa.

Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (1995), propone que la perspectiva de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas se debe ver con carácter multidisciplinario en donde el funcionamiento psicológico, el social y los síntomas de la enfermedad estén en armonía. Con lo funcional se refiere a las actividades que se pueden ejecutar, actividades de acuerdo a la demencia.

La calidad de vida del paciente es de suma importancia porque se hace una valoración desde su adaptación tanto social, cognitiva y emocional.

3.1 Aspectos emocionales y afectivos

En el artículo que se ha realizado por Middeeshoven y Bargman (2006, citado por Hughes, J, C; Louw, S. J & Sabat, E.R, (sf)) trata de problematizar no solo el lado clínico de la demencia si no ampliar el modo de como comprendemos a la persona enferma de demencia de una manera mucho más completa y compleja. Sabemos que esto tiene consecuencias hacia los cuidadores el cómo entender y atender las necesidades de la persona que sufre demencia.

El principal fin del artículo anteriormente citado, es dar a conocer que la demencia no debe ser vista desde la óptica de una enfermedad cerebral, como ya hemos venido abordando en esta tesina, que es un “Trastorno con Múltiples Déficits Cognitivos” sin desplazar a el DSM IV (2000, pág. 129) establece de perspectivas en filosofía y psiquiatría el centrar más en las consecuencias que sufre el enfermo en su totalidad y particularmente.

Uno de los referentes del campo de la filosofía que sustentan las diferentes aproximaciones allí recogidas es el análisis existencial elaborado por Martin Heidegger en su obra *Sein und Zeit* (1936, citado por Redondo 2001). La importancia de esto fue situar el debate clínico y terapéutico dando a entender que por cuidar a uno terminaría enfermando el otro. “Cuando Heidegger habla de la necesidad de la interpretación cuenta con el hecho de que en la propia actividad de vivir hay una cierta comprensión. La vida sabe atemática y prerreflexivamente de sí misma, no es muda para consigo misma, no consiste en una serie de acontecimientos que discurren opacamente, sino que el vivir tiene en todo momento la conciencia filosófica de que está viviendo. Sin que haya una escisión ni una distancia en nuestra propia vida, sabemos permanentemente de nuestra condición de seres vivos”. (Redondo, P, 2001).

Middershoven, Guy Bargman (2006) en “Meaning-making in dementia: a hermeneutic perspective” recuperan la clave de la hermenéutica de la facticidad propuesta por Heidegger (2005) Según Heidegger, la hermenéutica es la existencia, nuestro propio existir en su facticidad y también mortalidad. El tema de la hermenéutica. Si facticidad es el nombre dado a “nuestro existir propio”, la hermenéutica pretende “indicar el modo unitario de abordar, plantear, acceder a ella, cuestionar y explicar la facticidad” (Heidegger, 2000, p. 27).

El primer punto es preguntar a la existencia que somos por el cómo de nuestro vivir, así como lo hace la hermenéutica, que para “apela a una relación de continuidad, indisoluble de hecho, entre el mundo y el ser de la existencia. Difícilmente puede pasarse por alto la problemática del conocimiento implícita en esta enunciación”.

En la actualidad conocerse se entiende que es el proceso y acto por el cual el ser humano conoce una cosa que pertenece al mundo, y por lo tanto presupone una distancia con eso que es susceptible de ser conocido, según el planteamiento apuntado, este conocer no es sino posterior a una comprensión original.

“De tal modo previo a cualquier conocimiento del yo y el mundo estamos comprometidos con la existencia. El mundo que nos rodea, el trato que tenemos con los otros y el mundo en el que estamos inmersos. Vivir resulta una apertura al sentido “el proceso de esta su autoconstitución existencial, el hombre puede engendrar el ámbito de inteligibilidad que le permitirá comprenderse a sí mismo, y a su situación con los demás y en el mundo.” (Mora, 1964, p. 614). Heidegger señala que la existencia es “la posibilidad más propia de sí mismo que el existir (la facticidad) es” (Heidegger, 2000, p. 34) la cita anterior se comprende mejor cuando se ve el modo en que el existente se relaciona con objetos y en general con las cosas en el mundo, esto se mantiene al modo de comprensión ligado al hacer al modo en el que antes de convertir las cosas y el mundo en objeto a tematizar ya estamos en trato con ellas.

Cuando se hace un análisis y vemos que hay una relación entre la existencia y el mundo adquiere un enfoque diferente cuando hablamos de demencia. Los síntomas más característicos de la demencia es que el paciente sufre un desajuste con la familiaridad propia, la conducta práctica y la relación que tiene con las cosas que lo rodean. Queda comprometido el sentido de lo que me rodea, pero no como algo ajeno, sino que de manera estructural se da el proceso de autoconstitución existencial en el que el humano está siempre involucrado. De este modo, se entiende que lo dramático de esta enfermedad radica en que compromete el proceso de construcción de sentido más elemental de nuestro descubrir cotidiano (Middershoven & Bargman, 2006, p. 179) sin embargo, al inicio se menciona que no se trata entender a la demencia de una forma cerrada sino de aventurar una comprensión de la enfermedad susceptible de ser integrada, que en definitiva contribuya a la mejora de las relaciones entre la persona que sufre demencia y su entorno. Es decir, lo importante es entender al dueño de la enfermedad que a la pura enfermedad.

Se señalaba, que el conocimiento descansa en una relación más original con el mundo, una relación pre-conceptual como se apuntaba, Middershoven y Bargman, (2006, pág, 181) “analizan el potencial de ese momento de ruptura.

Para eso, recuperan otros dos de los modos estructurales del ser de la existencia en su cotidianidad”.

El mundo o la familiaridad del mundo están ligada a la existencia de los otros. Vivimos invariablemente un mundo compartido. Debemos atender a la demencia en términos de relaciones, sabemos bien que el momento de desconcierto y angustia que experimenta una persona cuando la familiaridad del mundo se ve relacionada entre sí. Esto lo plantean Middershoven y Bargman como un momento de apertura sobre la fusión de “horizontes de comprensión” (2006, p. 185)

Siguiendo lo anteriormente expuesto en el párrafo anterior existe una amplia literatura científica, entre ellas se encuentra un estudio mexicano realizado por Valle A, Hernández, L M, Zúñiga V P y Martínez-Aguilera, (2015) el cual, nos da a conocer que es importante saber las condiciones personales y la relación que tiene la sobrecarga con el síndrome de burnout en el cuidador del adulto mayor.

La relevancia de la investigación radica en el hecho de que se estima que alrededor del mundo son 700 millones de personas de 60 años. En América latina y el caribe se tiene un aumento porcentual de personas mayores y una enorme disminución de menores de 15 años y de personas productivas con un rango de 15 a 59 años. (ONU, 2013). Lo que habla de que está cambiando la población por lo que resulta crucial la presente tesina y por ende, la implementación de herramientas teórico – prácticas para el manejo de pacientes con demencia y la prevención de tal manera que se puedan crear esquemas de políticas por parte del sector salud del gobierno.

Ahora bien llendo a la realidad en México, a partir del siglo xx se presentaron cambios poblacionales significativos en cuanto a edad y sexo, en Tamaulipas según censos del periodo 1990-2010, la población de adultos mayores aumentó 3.4% de 145,978 a 285,097; e incrementó de 6.5% a 8.7% respecto al total de la población. Todas estas modificaciones se dan por factores

relacionados con el aumento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad y la migración internacional en edades productivas. (INEGI, 2010)

Se hace referencia al cuidador informal el cual tiene preparación nula para realizar las actividades del cuidado del enfermo, se puede asignar de manera voluntaria, contratada entre otros. Los cuidadores familiares se clasifican como principales, primarios y secundarios esto depende del grado que asumen al cuidado del enfermo. (Fernández IM, Montorio-Cerrato I, Diaz-Veiga P, 1997)

Respecto a la calidad de vida de los cuidadores familiares de ancianos, sufren de agotamiento físico y emocional. Si el cuidador no se hace consiente de estos síntomas puede enfermar e ignorar que está deprimido. Algunos signos son el no alimentarse, distraerse o descansar. De esta manera el cuidador sufre un enorme desgaste a lo que se le llama el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout en México se traduce como el estar consumido, tronado o reventado, en el año de 1970 lo describe como la forma coloquial de la actitud que toman los trabajadores hacia su labor cotidiana (Mota Enciso F, Ordoñez Méndez A, Mollinedo Riveros L, 2011) Maslach y Jackson describieron al SB: signos y síntomas de agotamiento y cinismo en personas que trabajan con seres humanos.

La muestra fue de 52 cuidadores informales de ancianos de ambos sexos. Se utilizó cédula de datos personales, la escala de Zarit y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. El procesamiento de datos se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences versión 20. (M.J.De Valle-Alonso E.Hernández-López M.L.Zúñiga-Vargas P.Martínez-Aguilera, 2015)

El resultado que arrojó el estudio fue el siguiente: la media de edad de los cuidadores fue de 44 años, 58% están casados, 50% tienen escolaridad media superior, 45% son hijos de los seniles (35% son las hijas), el 27% trabajan como profesionistas, 73% tienen de 1 a 6 años cuidando al anciano; 42% dedica de 6-15 horas a su cuidado; 58% padece sobrecarga, con significancia ($r = 0.442$, $p < 0.001$) con las horas diarias dedicadas al cuidado. El Síndrome de Burnout mostró

bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión. (M. J. Valle, Alonso E. Hernández-López M. L. Zúñiga-Vargas P. Martínez-Aguilera, 2015)

Ahora bien, analizando las conclusiones del siguiente estudio, se llega a la siguiente conclusión: La sobrecarga y el síndrome de Burnout en los cuidadores familiares se encontraron bajos. El factor relacionado y el más importante con sobrecarga y Burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado. Con base en los resultados, lo que se propone en el estudio es establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a familiares de ancianos; con el fin de contribuir al bienestar de los cuidadores y así brindar un mejor cuidado al enfermo demencial.

El estrés que se vive durante la enfermedad de la demencia es a nivel mundial, en el estudio de Pérez C, M, Muñoz M A, Parra A, L del Pino C R, (2017) nos habla de tratar de analizar el tipo de afrontamiento y la carga en los cuidadores más cercanos de familiares mayores en Andalucía España.

Una fuente de estrés que afecta de manera importante la vida de la persona cuidadora, es precisamente la atención de personas mayores dependientes. La principal consecuencia negativa de los cuidadores es el sometimiento del estrés y a esto se le añade una carga subjetiva, (Zarit, 1980) menciona que “el estado de salud del cuidador, que se ve más afectado es el bienestar psicológico, finanzas, vida social y la relación que se tiene entre el cuidador y el enfermo. Esto nos dará un panorama de cómo está la situación del cuidado.

Entre más profundo sea la investigación entre las relaciones, el afrontamiento y la carga subjetiva. Se pueden mejorar la identificación de perfiles de riesgo de carga subjetiva y el diseño de actividades de prevención para los cuidadores de personas que sufren de demencia.

Con una muestra de 198 cuidadores primarios de familiares mayores dependientes. Algunas mediciones principales son las siguientes: “Afrontamiento (cuestionario Brief COPE), carga subjetiva (índice esfuerzo del cuidador de Robinson), carga objetiva (capacidad funcional [índice de Barthel], deterioro cognitivo [test de Pfeiffer], problemas de conducta de la persona cuidada [inventario neuropsiquiátrico de Cummings] y dedicación al cuidado de la persona cuidadora), género y parentesco” (Margarita P, Ángeles M, Laura P, Rafael del Pino Casado, 2017)

Los resultados que arrojó el presente estudio fueron los siguientes; “la mayoría de las personas cuidadoras eran mujeres (89,4%), hijas de la persona cuidada (57,1%), y compartían domicilio con esta (69,7%). Al controlar por carga objetiva, género y parentesco, se encontró que la carga subjetiva estaba asociada de forma positiva con el afrontamiento disfuncional ($\beta = 0,28$; $p < 0,001$) y de forma negativa con el afrontamiento centrado en emociones ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$), mientras que no había asociación con el afrontamiento centrado en problemas” (Margarita P, Ángeles M, Laura P, Rafael del Pino Casado, 2017)

En conclusión entendemos que el afrontamiento disfuncional está relacionado con una mayor carga subjetiva y lo centrado en emociones se relaciona con una menor carga subjetiva, es decir que el afrontamiento disfuncional puede aumentar la carga subjetiva y que el afrontamiento activo centrado en la emoción puede disminuir dicha carga subjetiva en cuidadores primarios de mayores dependientes, con independencia de la carga objetiva, el género y el parentesco. Además estos resultados son congruentes con la posibilidad de que el afrontamiento centrado en el problema carezca de eficacia en situaciones de bajo control. Emocional

La existencia de estudios relacionados con la demencia es de gran utilidad ya que así podemos estar empapados de lo que pasa emocional, socio afectiva y cognitivamente. Se ha encontrado un estudio el cual es elaborado por Garzón P M, Pascual C Y, Collazo L E C, Cárdenas R Y, (2016) Básicamente el objetivo: “identificar la relación entre los síntomas psicológicos-conductuales de los

cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado, y la depresión que experimentan sus cuidadores principales” (Garzón PM, Pascual CY, Collazo LEC, Cárdenas RY, 2016)

Con una muestra de 35 cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado del policlínico “Carlos Manuel Portuondo” de Marianao. Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se confeccionaron tablas de contingencia. Se evaluó la asociación a través de la prueba paramétrica coeficiente de correlación de Pearson (r)” (Garzón PM, Pascual CY, Collazo LEC, Cárdenas RY, 2016)

El resultado arrojado en el presente estudio menciona que: “Los síntomas psicológico-conductual que se asoció significativamente con la depresión percibida por los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada fue la euforia ($r=-0,470$, $p<.004$)” (Garzón PM, Pascual CY, Collazo LEC, Cárdenas RY, 2016)

Si bien; analizando el estudio, debemos considerar realizar muchos más programas de intervención dirigidos a cuidadores más cercanos del paciente demencial, cognitivo o con Alzheimer debido a la cercanía que existe con el enfermo ya que corren grave peligro de experimentar situaciones estresantes a nivel psicológico emocional.

3.2 Aspectos cognitivos

Sabemos que gracias a los paradigmas mentales, cognitivos y emocionales ha adquirido importancia la conceptualización de los diferentes tipos demenciales desde el diagnóstico como terapéutico. A pesar de esto existe una discrepancia de lo que ocurre con el paciente de demencia. En la clasificación del DSM IV-R y el CIE 10 se incluyen trastornos de demencia sindrómica.

Existen muchos tipos de conducta relacionados con la demencia pero los que afectan más al paciente con demencia y a su vida en general, son los relacionados con la conducta social. Sabemos que tanto nuestro comportamiento

y el estilo de vida que llevamos pueden determinar nuestra salud mental, diferentes estudios nos muestran que existe relación de forma significativa. Lalonde citado por la OMS, (1979) realizó un estudio en el que aporta que el nivel de salud en las poblaciones está determinado por cinco variables que interaccionan entre sí:

- a) La biología humana: envejecimiento/genética
- b) Medio ambiente: contaminación física: radiaciones/ruido
- c) Medio ambiente: contaminación biológica: bacterias/virus
- d) Medio ambiente: contaminación química: plaguicidas
- e) Estilo de vida y conductas insanas: Consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual sin métodos anticonceptivos estrés, entre otros.

Viéndolo desde otra perspectiva se ha observado, que la reserva cognitiva se vincula con los bajos niveles educativos y las personas pueden tener mayor riesgo de tener procesos neurodegenerativos. Puede ser una habilidad innata o a causa de experiencias vividas el poder asimilar los diferentes signos de la demencia, ejemplos claros son la ocupación laboral, el entorno social o la educación (Manly, y col, 2003).

Se le considera un mecanismo activo a la reserva cognitiva que está basada en los recursos aprendidos y esto se debe a la educación, inteligencia o profesión (Stern, y col, 1999). Diferentes autores lo nombran reserva cerebral y estas se basan en las características propias del individuo algunas particulares como el tamaño del cerebro, el número de neuronas, o la densidad de la sinapsis; esto ayuda a compensar las posibles enfermedades neurodegenerativas con las que pudiera cursar.

Se establece que la reserva cerebral de cada uno de nosotros puede estar genéticamente determinada tanto por la inteligencia innata como por las enfermedades hereditarias (Carnero Pardo, 2000).

Según Dennis, (2000) menciona que la reserva cerebral es igual al parenquima del sistema nervioso central que se adapta al cambio o al igual que la plasticidad, se adapta a la respuesta a los eventos normales y anormales ocurridos a lo largo de la vida. La reserva cognitiva está relacionada con la inteligencia, nos sirve para definir la eficiencia, la flexibilidad en la resolución de problemas a través de varias circunstancias viéndolo desde la experiencia y la educación. Sabemos que ambas, reservas la cerebral y la cognitiva interactúan entre sí; a mayor reserva cognitiva se consigue tener un mayor número de neuronas y por ende, la densidad sináptica, partiendo de la teoría las neurociencias actuales, que una neurona puede tener sinapsis con otras 100,000 neuronas (Kandel, 2000). Esto a su vez hace que se tenga un alto nivel educativo y ocupacional y las estrategias y habilidades conseguidas se desarrollan mucho mejor.

En los párrafos anteriores se menciona que el concepto de reserva cognitiva es el efecto que logra una buena educación, este concepto empieza a estudiarse no solo en el alzheimer (Sánchez, 2002) sino en las demencias vasculares (Bonaiuto,1990; Frantiglioni,1991; Gorelick, 1993 y Otto, 1995) y también hubo estudios en el deterioro cognitivo relacionado con el envejecimiento normal (Snowdon et al., 1989^a; Snowdon et al., 1989^b; Framer et al., 1995; Sánchez et al., 2002^b).

Se define al constructo de reserva cognitiva como la capacidad creciente en redes neuronales que dan respuesta a diferentes demandas, siendo un nuevo concepto teórico de reserva cerebral. Siguiendo esto, la reserva cognitiva sería algo normal utilizado por un cerebro sano durante ejecuciones de diversas tareas intelectuales.

Inicialmente el concepto anterior se utilizó para explicar la enorme diferencia entre la extensión del daño o la patología del cerebro y las implicaciones clínicas de ese daño. Dos personas pueden tener las mismas patologías pero alguna de ellas puede mostrar signos de mayor demencia que la otra. De otro modo, se ha propuesto un segundo tipo de reserva cognitiva que

nos habla de los pacientes con un mayor nivel educativo, mejor nivel ocupacional, o mayor inteligencia premorbid. Esto se compensa a combatir con mayor éxito la patología de la enfermedad por usar estructuras cerebrales que no se usan en cerebros sanos (Stern, 2002).

Hay muchas versiones de la hipótesis de reserva cognitiva: pasiva y activa. Entendemos por pasiva a la que postula que los cerebros grandes toleran más daño antes de que muestren una disfunción. Esto se debe porque al tener mayor número de neuronas sanas o puntos de contacto con mínimo dos células nerviosas significa que hay muchas más células disponibles cuando es afectado por un proceso patológico. (Katman, 1988)

La hipótesis activa nos hace énfasis en que una mayor reserva cognitiva se manifiesta en un uso más eficaz para cambiar las redes neuronales alternativas, esto le da sentido a que a más años de educación esto compensa a las patologías por medio de las redes alternativas (Stern, 2002).

En conclusión lo que puede hacer variable a la reserva cognitiva son las diferencias individuales en las siguientes variables: genéticas, las experiencias vividas, educación, formación, experiencias ocupacionales.

Según Friendland (1993) a través de diferentes tipos de educación el cerebro se activa y hace mejorar el flujo sanguíneo esto hace incrementar en mayor cantidad glucosa y oxígeno al cerebro.

Otros autores como (Mortimer, 2003) menciona que se desconoce porque la educación modifica a la demencia, existen dos explicaciones:

- a) A mayor escolarización se puede llevar una mayor conectividad de neuronas esto ocurre en las primeras etapas de vida y persiste durante el resto de vida
- b) La estimulación mental y el crecimiento neuronal puede estar relacionada con mayor educación, en contraste con el bajo nivel educativo puede desencadenar riesgos de padecer demencia durante la vida (Mortimer y Graves, 1993).

Ahora bien, para poder entrar en forma al tema central de la presente tesina se abordara el concepto sobre **el deterioro cognitivo** como la falta de capacidades mentales o intelectuales, como el lenguaje, la memoria, el pensamiento abstracto, la capacidad de hacer juicios y razonar. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas.

La frecuencia de los trastornos cognitivos varía según las clasificaciones y criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios. El declive intelectual relacionada a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia. (Barry PP, 1995)

El déficit cognitivo y la depresión es lo que más ocurre en ancianos, así pues hablando del problema cognitivo que el enfermo sufre en la demencia, es difícil ver la detección pero es evidente que las necesidades de la población exigen un énfasis en este aspecto.

Como cabría esperar, la mayoría de las funciones cognitivas sufren un grado de deterioro variable cuando llegan al envejecimiento. Como en la percepción, atención, habilidad viso espacial, orientación, memoria, lenguaje y calculo.

Las funciones que parecen relativamente estables son:

- a) Memoria semántica: si la información de los hechos son estables y se utilizan frecuentemente permanecen estables, pero la información específica declina, un ejemplo son los nombres. (Luo L, 2008)
- b) Memoria de procedimiento: en esta se dan las habilidades y hábitos, como manejar bicicleta o nadar; almacena información sobre cómo se deben hacer

las cosas. En general, los adultos mayores requieren más tiempo para aprender nuevas tareas.

Entre las funciones de memoria que son afectadas por el envejecimiento y la demencia se encuentran las siguientes:

- a) Memoria de trabajo: retener listas cortas de palabras, velocidad de trabajo. Aprendizaje verbal y viso-espacial, la mayor afectación cognitiva es la espacial. (Jenkins L, 2000)
- b) Memoria episódica: Es tan importante porque es la memoria de experiencias, de hechos de nuestra vida diaria. La memoria episódica y la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento y por ende en la demencia. (Head D, 2008)
- c) Memoria prospectiva: capacidad para recordar acciones del futuro. (Luo L, 2008)

En los últimos años ha habido un gran avance en cuanto a investigaciones relacionadas con las enfermedades de la demencia tanto Latinoamericanas como internacionales que engloban aspectos cognitivos, psicológicos y sociales esto es el resultado de un incremento significativo del número de pacientes con dicho trastorno. Así pues, En el estudio hecho por Broche P Y, (2017). Desde hace no mucho existe un aumento de personas que sufren demencia, sin embargo, gracias al control de algunos factores de riesgo en la población se puede reducir la tasa de enfermedades demenciales, conforme pasa el tiempo aumenta el número de personas que reciben un diagnóstico de demencia. Implementando un control de factores de riesgo en la población se puede reducir significativamente la tasa global de pacientes con trastorno cognitivo o algún tipo de demencia. Esto se convierte en un campo extenso para el desarrollo de salud y bienestar cognitivo. El objetivo de este estudio es lo que se debe considerar para para la concepción, diseño e implementación de programas que están orientados a la promoción de salud cognitiva y la prevención de demencias. Dicha propuesta para la promoción de salud cognitiva y prevención de demencias es la siguiente:

- A) Exploración de creencias y conocimiento general
- B) Educativo-formativa
- C) Investigación-implementación

Según el estudio “La promoción de salud cognitiva está llamada a convertirse en un importante recurso para reducir el declive cognitivo patológico y el riesgo de padecer demencias” (Broche Y, 2018). Para alcanzar este objetivo la prevención de demencias deben constituir y dar un mayor énfasis dentro de los sistemas de salud y de todas las esferas que la integran, finalizando en el diseño de programas específicamente dirigidos a reducir factores de riesgos relacionados con el deterioro cognitivo patológico, y la implementación de intervenciones en función del bien público.

Las dimensiones que sé que se utilizan para abordar la salud cognitiva y las acciones que se proponen tienen un mayor efecto dentro de los movimientos de la neuropsicología positiva, esta se ha orientado en la práctica enfocada en el estudio y la promoción de la salud cognitiva y demencial. (Randolph JJ, 2015)

En el estudio presentado se pudo incluir varias acciones dirigidas a tres grandes dimensiones, esto lo hace complementario y no excluyente. También se hace referencia a que es básico dar exploración de creencias y conocimiento general. Dando una orientación al estudio de riesgo y el nivel del conocimiento relacionado con las demencias. Como segunda propuesta está la educación-formación cuyo fin meramente es que las personas incrementen su conocimiento relacionado con salud cognitiva y así reducir un poco la tasa de riesgo. Por último la investigación-implementación recolecta el nuevo conocimiento de salud pública y demencial. (Broche P Y, 2017)

Siguiendo con el tema de las investigaciones en el ámbito cognitivo y la demencia, en el estudio de Llibre G, J, J Juan Pablo Diaz M, J.P; Rodriguez S, A, M; Peñalver A, I; Guartazaca G, E, P; Elena Rousseaux M E y Estellés Palls, M. T, 2018) El objetivo del siguiente estudio es describir la influencia de las

determinantes del estado de salud de la población en el desarrollo de los trastornos cognitivos.

Para llevar acabo esto, se consultaron 113 artículos en la Biblioteca Virtual Scielo y en las bases de datos Medline, Google Scholar, Cochrane y. Se seleccionaron 40, publicados en revistas nacionales e internacionales de gran impacto, por autores considerados expertos en esta temática.

El estudio arrojo que además de factores biológicos y genéticos, existen determinantes psicosociales como el nivel educacional y los estilos de vida que pudieran incidir en la aparición y desarrollo de las demencias. Entre estos últimos, aparecen los hábitos tóxicos, las relaciones sociales, antecedentes de depresión, nivel socioeconómico y otros. En este apartado; se ve desde una mirada crítica, acerca de los factores que favorecen al desarrollo de las demencias. Esto incluye el origen étnico, genética, género y educación. En el estudio se incluyeron datos importantes como los siguientes:

- a) Origen étnico y genética poblacional
- b) Género
- c) Educación
- d) Estilos de vida
- e) Hábito de fumar
- f) Consumo de alcohol
- g) Actividad física
- h) Factores nutricionales
- i) Relaciones sociales

En conclusión lo que se puede observar, el contraste de los determinantes del estado de salud de la población en el desarrollo de los trastornos cognitivos, son verdaderamente notables. Es necesario el estudio de estos determinantes y su contribución a la puesta en marcha de estrategias de intervención comunitaria que ayuden, sobre todo, a la población más vulnerable a tener una mejor calidad de vida.

3.3 Aspectos sociales

El mayor sufrimiento lo padece la familia y su entorno social cercano en específico, los cuidadores como principales afectados que comparten tiempo de su vida hacia los enfermos como cuidar y brindar su atención. Con el avance de la enfermedad será incapaz de reciprocitar esta dedicación y en muchas ocasiones reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas. Por ende, veremos un aspecto social más amplio y no solo enfocado al paciente sino a todo el entorno social incluyendo pacientes, familia y cuidadores.

Debido a la naturaleza del trastorno de la demencia no se encontraron estudios que hicieran referencia a la problemática social que padecen. Empero, existen diversos estudios que arrojan que la problemática a la que se enfrentan los cuidadores son problemas con alteraciones sociales, físicas y psíquicas. A este síndrome se le llama “del cuidador crucial” esto no solo se refiere a el ámbito clínico si no a los aspectos sociales y económicos. Se da por un cuadro llamado plurisintomático que como ya mencionamos arriba, afecta todas las esferas sociales y también niveles de frustración que pueden interrumpir las labores de cuidado. (Louro B I, 2003)

Se da por hecho que esta enfermedad provoca alteraciones en la familia ya que su aparición demanda de una redistribución de los roles familiares y genera un elevado estrés por las múltiples manifestaciones conductuales y el desconocimiento del proceso que las ocasiona, a nivel psicológico y emocional.

Las redes más importantes de apoyo para la vejez es la familia tanto en apoyo como en cuidado. La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en la ciudad de la Habana muestra una alta proporción de personas mayores que reciben apoyo familiar alcanzando la cifra de 93 % en dicha Ciudad. (Guzmán JM, Huenchuan S, 2005)

Es lógico que dentro de la familia no todos asuman la responsabilidad del cuidado del enfermo, por ello a las personas que tienen la mayor responsabilidad se les denomina cuidadores según (De los Reyes MC, 2001) se define al cuidador

como "Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales."

Como sabemos, Los cuidadores sufren en diferentes ámbitos de su vida, como físico, psicológico y socioeconómico todo esto se junta e interfiere al adecuado cuidado del enfermo y por consiguiente en la evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo una peor calidad de vida del cuidador.

En un estudio realizado por Garzón-M M J.Gutiérrez N B, García C. Pérez E. F.Gallardo .D T.Martínez-Valle Torres, (2017) nos habla sobre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades de Alzheimer sufre un deterioro en cuanto a salud se trata. En este estudio se evaluó de manera longitudinal la cvrs en los cuidadores esto durante un periodo de 12 meses. Por ende es importante considerar opiniones y preferencias de pacientes, cuidadores que sufren silenciosamente.

El metodo incluyó a 97 pacientes diagnosticados de EA según criterios NINCDS-ADRDA (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y de la Comunicación y Accidente Cerebrovascular y Asociación de Enfermedad de Alzheimer y Trastornos relacionados) y sus respectivos 97 cuidadores principales. Se analizaron datos sociodemográficas de ambos, clínicos de los pacientes, y datos en relación con el cuidado en la visita basal. La CVRS se midió con el cuestionario SF-36 en la visita basal y a los 12 meses. (Garzón-M M J.Gutiérrez N B, García C. Pérez E. F.Gallardo .D T.Martínez-Valle Torres, (2017)

Los resultados arrojados del presente estudio fueron: que las 8 dimensiones de la escala SF-36 en los cuidadores principales empeoraron de forma significativa a los 12 meses, salvo las dimensiones Función física y Función social, que lo hicieron de forma no significativa. Las puntuaciones en la visita basal fueron menores que las correspondientes a la población general. La dimensión que presentó peor puntuación fue Vitalidad. (Garzón-M M J.Gutiérrez N B, García C. Pérez E. F.Gallardo .D T.Martínez-Valle Torres, (2017)

En conclusión La calidad de vida (CVRS) en cuidadores de pacientes con Alzheimer empeora a lo largo de la evolución de esta y es peor que la de la población general, para su edad y género. En el estudio se muestra un análisis homogéneo de demencia y de Alzheimer, esto facilitara a gestores y a clínicos y será una estrategia más adecuada en donde el usuario será el más importante. (Garzón-M M J.Gutiérrez N B, García C. Pérez E. F.Gallardo .D T.Martínez-Valle Torres, (2017) social

Otro estudio reciente como el de Broche P Y, Fernández F B Z . González M.A, Hernández Pérez Y y Salazar G, (2018) nos habla y nos muestra que se puede explorar sobre las creencias y el conocimiento con el que cuenta la población sobre qué factores de riesgo nos pueden conducir hacia la demencia, así como también que medidas usar para su prevención. Esto específicamente en Cuba.

El método que se utilizó para el estudio fue de tipo exploratorio transversal, en cual se encuestó a 391 personas, con un rango de edad entre los 18 y 96 años. Los resultados fueron acomodados atendiendo a las variables sexo, rango de edad, escolaridad y contacto con demencia. (Broche P Y, Fernández F B Z . González M.A, Hernández Pérez Y y Salazar G, 2018)

Los resultados arrojados fueron los siguientes: “La demencia se ubicó como la cuarta enfermedad más preocupante para los participantes. El 64,5% consideró que el riesgo de demencia podía ser reducido y el 60% que la edad idónea para iniciar la prevención es posterior a los 40 años. La estimulación cognitiva y la dieta saludable fueron señaladas con más frecuencia como actividades útiles para reducir el riesgo, existiendo además poca presencia en el estilo de vida de los encuestados, de comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de presentar demencia” (Broche P Y, Fernández F B Z . González M.A, Hernández Pérez Y y Salazar G, 2018)

Analizando los resultados de la investigación se infiere que aunque la enfermedad de la demencia es un tema importante para la mayoría de los encuestados, es un hecho que aún no se tiene suficiente conocimiento sobre las

acciones a realizar para reducir el riesgo de padecerla. Con estos resultados se puede constituir un punto de partida para el diseño de nuevas políticas y potenciar nuevo conocimiento sobre la demencia y su prevención.

Otra problemática social como a la anterior y en cuanto a demencia es la deficiencia de instrumentos adecuados para la enfermedad. En el estudio de Papiol E G, M y Abades P M, (2015) nos muestra que las personas especializadas en salud, no disponen de instrumentos adecuados para identificar los diferentes tipos de dolores en los pacientes demenciales. En este estudio es importante identificar lo que se debe utilizar en enfermería para valorar al paciente demencial en etapa avanzada y así poder investigar directrices para futuras investigaciones.

El método que se utilizó en este estudio: fue la revisión bibliográfica de estudios desde 1996 hasta febrero de 2014 para identificar investigaciones sobre la valoración del dolor en cuidados geriátricos. El método utilizado para llevar a cabo esta revisión bibliográfica ha sido la búsqueda electrónica de investigaciones nacionales e internacionales mediante bases de datos como CINAHL, PubMed, Medline y Cochrane (Papiol E G, M y Abades P M, 2015)

Los resultados arrojados en el estudio fue que: Ninguno de los instrumentos desarrollados ha demostrado la suficiente validez, fiabilidad y sensibilidad. A pesar del desarrollo de estos instrumentos y del avance importante aunque ninguno de ellos sirve de mucha utilidad para el manejo del dolor en los pacientes demenciales.

Como conclusión de la investigación podemos decir que son necesarias más investigaciones para la creación de instrumentos eficaces, esto con el fin de dar un mejor tratamiento a los enfermos. Social

La falta de Instrumentos para atención, calidad de vida, información y creencias como lo hemos visto anteriormente en las investigaciones encontradas, las residencias para ancianos también son un grave problema si no se cuenta con el cuidado e instalaciones pertinentes. Tal cual se habla en el estudio de

Tortosa A, Granella A. Martínez M, (2016) el cual se trata de analizar los resultados y de eliminar lesiones físicas en pacientes con demencia que viven en residencias. Esto se hace más grande con el objetivo de un proceso más amplio para modificar el modelo de atención residencial.

El método utilizado fue: cuasi experimental en dos residencias desde mayo de 2010 hasta mayo de 2012. Se recoge información en 7 momentos temporales y se efectúa un análisis longitudinal. Tras formar al personal se retiraron progresivamente las sujeciones físicas en el centro El Puig, mientras que en el centro Conarda se mantuvieron las sujeciones. Las variables principales medidas fueron: caídas, psicofármacos administrados, así como diversos indicadores de estado mental y funcional (Norton, NPI, Minimental, Tinetti, Barthel). (M. Ángeles T, Rafael Granella, Fue mayora A, Martínez M, 2016)

Los resultados que arrojados por la investigación fueron los siguientes: En el centro en el que se eliminan todas las sujeciones físicas (El Puig), se observa una ligera mejoría en el número de caídas y sus consecuencias mejoran levemente, aunque no son estadísticamente significativas. Los ANOVA mostraron mejoras significativas en el centro que ha eliminado las sujeciones respecto a la prescripción de psicofármacos, al deterioro cognitivo y a las alteraciones de conducta. (Norton, NPI, Minimental, Tinetti, Barthel). (M. Ángeles T, Rafael Granella Amadeo Fuen mayora MaryMartínezb, 2016) social

Las conclusiones son que retirar sujeciones físicas no repercute negativamente en las caídas, sin embargo mejora ciertos aspectos del bienestar y la autonomía de los mayores como el deterioro mental y alteraciones de conducta.

CAPITULO IV:

CUIDADORES: VISTO DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

Sabemos que el cuidar a un enfermo con demencia requiere de responsabilidad y esto a su vez sostiene que la enfermedad afecta a todo el sistema familiar, esto compromete y modifica la dinámica y el funcionamiento normal de todo el grupo. Como sabemos hay muchos tipos y diferencias de comportamiento familiar, ejemplo de ello es que en algunas culturas patriarcales el deber de asumir que el papel de cuidador principal debe ser una integrante mujer de la familia, más adelante se ira hablando de cómo se comporta la enfermedad y la estructura familiar en conjunto.

Conforme se estudia este tipo de enfermedad, se demuestra que hay muchas variables que aumentan la carga del cuidador, siendo las principales:

1. Por un lado está el grado de deterioro
2. La pérdida de autonomía
3. La presencia de avances en los trastornos psiquiátricos y conductuales del enfermo

Esto conjuntamente hace que sea más difícil el manejo. Por otro lado, están las relacionadas con el cuidador, dentro de las variables que influye: la edad, el afrontamiento con el enfermo, el sexo, la motivación de cuidador, las redes de apoyo, el tiempo que se le destina al cuidado del enfermo entre otros. Otro punto importante es lo que se deriva de la relación afectiva cuidador-enfermo, tanto la previa como la actual.

Hay una amplia literatura de investigación que nos da un perfil de cuidador principal del paciente con demencia, en los estudios también existen mediciones sobre la carga y otras alteraciones que durante el ciclo de la enfermedad sufren los cuidadores, el resultado que arrojan son muy parecidas a diferentes países y regiones en donde se aplicaron. (Artaso, B. Goñi, A, Gómez, A. 2001)

Se ha visto comúnmente que las personas que cuidan a los enfermos son: del sexo femenino, las hijas de los cuidadores. Las cuales se encuentran en la mediana edad y a su vez tienen múltiples ocupaciones sociales, escolares, laborales y familiares, que provocan importantes alteraciones.

Cualquier cuidador a nivel psicopatológico que esté a cargo de un paciente con demencia presenta altos niveles de ansiedad y depresión y en mayor porcentaje morbilidad psiquiátrica apreciable, aunque a niveles subclínicos. (Artaso, B. Goñi, A. Gómez, A. 2001)

En un estudio realizado a 61 cuidadores informales de pacientes con demencia (demencia vascular y enfermedad de Alzheimer), los cuales fueron diagnosticados en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED), de la Ciudad de la Habana, de diciembre de 2004 a diciembre de 2005. Los cuidadores cumplieron con los siguientes requisitos:

- a) Ser cuidador informal de al menos un adulto mayor con demencia.
- b) Que la demencia haya sido diagnosticada en el servicio del CITED.
- c) Voluntad del cuidador de participar en el estudio.

Entre los resultados más importantes que el estudio arrojó:

A nivel sociológico se encontró que: La mayor parte de los cuidadores (55,7 %) tenía entre los 40 y 59 años, seguido del grupo de 60 años y más donde estaba el 36,0 %; sólo eran jóvenes, de menos de 40 años el 8,3 %. En relación con el sexo, 70,5 % eran mujeres y 29,5 %, hombres. La mayoría de los cuidadores (55,7 %) estaban casados, solteros el 41,0 % y viudos el 3,3%. Se encontró que el 73,8 % de los cuidadores eran los hijos de los enfermos, cónyuges en el 13,2 % y por último los nietos y los hermanos, 6,5 % cada uno.

Con respecto a la esfera psicológica la sintomatología significativa se encuentra: la angustia, el miedo y la desesperanza fueron los sentimientos

negativos que más experimentaban los cuidadores, en segundo plano experimentan la mayoría sentían ira y sentimiento de soledad.

Las conclusiones del estudio son las siguientes: Durante este estudio ha sido ampliamente investigada la percepción de la salud de los cuidadores se sabe que se ha afirmado que la salud del cuidador se afecta tanto en el orden físico como psicológico, y por ende se debe poner énfasis en este punto. Los problemas de salud referidos por los cuidadores del presente estudio corrobora lo planteado acerca de que las quejas sobre la situación psicológica de los cuidadores son múltiples y diversas, entre ellas, el dolor crónico del aparato locomotor, la cefalea tensional, la astenia, la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el insomnio por mencionar los más importantes. A su vez, se ha indicado en un estudio previo se encontró que los cuidadores tienen una alta tasa de automedicación, especialmente de diversos tipos de psicofármacos y analgésicos. (Schulz R, Beach SR, 1999)

La repercusión psicológica del cuidado de una persona mayor dependiente no se limita a la depresión y a la ansiedad, Existen infinidad de emociones negativas y difíciles de manejar por las que pasan los cuidadores, Por ejemplo, en el estudio de Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG, (1995) encuentra en 42,0% de los cuidadores, la aparición de tristeza y deseos de llorar, 32,0% confiesa tener sentimientos de culpabilidad si no se encontraban al lado del paciente. Las reacciones emocionales adversas encontradas fueron: ansiedad, depresión, miedo, frustración, resentimiento, impaciencia y culpabilidad. Las cuales se encontraban sin diagnosticar y sin tratar. Otro estudio (citado por) revela que casi la mitad de los cuidadores se sentían solos en el cuidado, más de la mitad sentía miedo por el futuro, y otro tanto tenía depresión.

Es urgente incorporar a los nuevos programas de intervención psicológica para cuidadores, la forma de identificar y manejar de una manera adecuada estos sentimientos, que interfieren en el cuidado del paciente y dañan la calidad de vida, tanto del cuidador y el paciente.

Seguir usando modelos tradicionales que se enfoquen a respuestas individualistas no sirve de gran ayuda ya que la demencia nos exige un modelo que sea amplio e integrador imponiéndose así una visión sistémica. Es importante hacernos una pregunta. Según Navarro Góngor y Beyebach (1995) ¿Quiénes son afectados por la demencia? Es difícil decidir a quién afecta, actualmente es un reto para la familia, El enfermo, el sector salud y la sociedad en general.

Al ser una enfermedad progresiva y neurodegenerativa la persona presenta cada día mayor demanda de parte de familiares y no podrá responder en solitario. El principal proveedor de cuidados será la familia y se irán agregando hasta a las instituciones.

Una forma de analizar es hacerlo interaccionalmente dentro de una cultura y una sociedad que se va integrando con la propia enfermedad. La forma en la que todo el contexto social ve a la demencia influirá en la manera en que todo el sector salud preste sus servicios, la familia que convive con un enfermo demencial sufre de estigmatización-normalidad o conspiración de silencio y comunicación fluida. La persona enferma tiende a experimentar en un principio dolencia.

La demencia genera cierta dependencia y para abordar el impacto de la demencia en el contexto familiar es necesario analizar la relación que tienen el enfermo demencial, la red social-familia, y la red de profesionales. Debemos tener presente que todas estas interacciones pueden traer conductas positivas o negativas y por ende estas se van agravando conforme avanza la enfermedad (aunque en la medida que aumenta el estrés se tendera hacia conductas negativas). Esto se producirá a distintos niveles ya que se afecta a la estructura interna y los aspectos emocionales y la relación con el entorno.

Sin embargo, hay que resaltar que todas las familias son diferentes y mientras algunas están un poco más preparadas para responder a un cambio rápido otras no. Según Rolland (2000) Las mejores preparadas cuentan con una

mejor flexibilidad, comunicación, intercambio de roles y muy tolerantes a estados afectivos cambiantes. Los familiares deben ser conscientes de que la enfermedad suele alargarse y esto puede agotar al que cuida, por ende los miembros tienen que luchar contra la flexibilidad de roles, el impacto emocional, la dependencia y el impacto que les puede traer el cambio de personalidad de su familiar psicológicamente hablando. De una forma diferente, se puede experimentar algún tipo de duelo por las innumerables pérdidas que se producen durante la enfermedad.

Después de un tiempo la demencia avanza y por ende, es necesario pedir ayuda a personas profesionalizadas. A lo largo de toda esta tesis, hemos venido hablando de que la demencia se da durante la etapa de envejecimiento y esto relativamente choca con valores y estigmas sociales ya que varios de los hijos de los cuidadores están educados a pensar que si pedimos ayuda a un profesional es sinónimo de abandono como en el caso de los asilos que muchas de las veces es sinónimo de abandono. Hoy en día se puede trabajar la culpabilidad en nuestros cuidadores y la manera en como envuelve a la demencia.

El significado que se construye desde la óptica de la demencia va de la mano con el constructo familiar, ya que la demencia no solo parte desde la biología o síntomas cuantificables, si no el efecto que tiene sobre el entorno familiar. Esto depende del nivel social, cultural, familiar (Kleinman, 1988). Kleinman (1988) en su conceptualización va exponer 3 niveles de dolencias creando diferentes significados de la enfermedad para adaptarse a ella fácilmente:

- 1- Aspectos biomédicos. Como profesionales de la salud
- 2- Dimensión simbólica. La red social como la familia perciben los síntomas como sobrellevan esto y como les dan respuesta.
- 3- Dimensión social. Este aspecto engloba problemas físicos con aspectos sociales, económicos, políticos.

Para integrar lo anteriormente expuesto Rolland (2000) incluye sistemas de creencias y las tres esferas paciente, familia y profesionales. De esta manera se puede actuar de manera conjunta teniendo en cuenta influencias entre sí. Si solo se ve la parte biológica y no la afectación psicológica, se creara un desajuste entre profesionales y familiares.

Desde el punto de vista sistémico la vivencia del entorno familiar ante una dolencia como la demencia, no se puede entender aislada de la historia familiar. Analizar las vulnerabilidades de cada uno de los integrantes de la familia es básico para entender las diferentes dinámicas familiares. Para resolver todos estos conflictos es necesario abordar cara a cara a todas aquellas familias que continúan con conflictos sin resolver y son una carga más para los desafíos que presenta la demencia en sí. Se debe analizar la relación entre familiares y la persona con demencia. Es decir, no puede tener el mismo impacto la enfermedad en un adolescente que tiene proyectos de vida comenzando o una persona más adulta así como el ciclo de vida de cada miembro de la familia.

Algo interesante mencionar, es el impacto de la enfermedad sobre los hijos. Este afectara al rol del hijo jerárquico. Aquí se intercambia el rol y el hijo toma el rol que corresponde a los padres incluyendo el aspecto emocional. Según las situaciones la demencia puede cambiar los proyectos de los hijos, así como condiciones de estudiar, los que se acaban de comprometer. En esta línea se encuentran los hijos solteros que son los que la mayoría de las veces “tienen el deber de asumir las tareas de cuidado” después de la enfermedad y del fallecimiento se debe replantear la vida del cuidador y acceder a un abordaje terapéutico al hijo cuidador.

Será preciso analizar la estructura familiar teniendo en cuenta la efectividad de la organización así como la disposición a superar los desafíos en la vida. Las familias con más miembros y que conviven constantemente tenderán a sobreimplicarse en la enfermedad, por lo contrario los que están más separados se pueden desligar del proceso doloroso de la demencia y cuidados (Beybach,

1995) Es de suma importancia analizar cómo es la organización en la familia refiriéndose a los cuidados. Como primera alternativa los profesionales deben fomentar la comunicación y negociación de roles ante nuevas situaciones tratando de asignar al cuidador principal sin un acuerdo de todos los miembros.

La manera en cómo se aborda al cuidador no debe ser de modo aislado al resto de la familia. La negociación de roles y la comunicación familiar debe existir en todos los miembros esta debe ser rutinaria y aclarar que para la práctica clínica es difícil reunir a todos los miembros de la misma familia por cuestiones de tiempo y movilidad.

El abordaje que se maneja en familias con enfermos demenciales en gran medida puede ser un enfoque sistémico ya que destaca la interacción y el contexto como parte fundamental, el comportamiento individual tiene lugar en este contexto (Rolland, 2000). Los terapeutas que trabajen desde este modelo deberán ayudar a toda la familia para que se fomente un cambio y el bienestar del cuidador principal. En el caso de la demencia lo principal es ver como es la interacción de la enfermedad con el individuo, su familia y los demás sistemas

Esta teoría de los sistemas en la familia, es uno de los marcos con más influencia y de un enorme enfoque holístico, a la familia se le considera como el punto importante de atención y un sistema interaccional. Esto nos permite conocer la dinámica y lo que ocurre internamente como preocupaciones de la propia enfermedad a través de la vida diaria. La familia, según este enfoque funciona como una unidad en la cual se genera interacción y esto hace que tengan dependencia mutua entre sus miembros. (Wright L, Leahey M, 2009)

Sin embargo, aunque nos hemos dado cuenta que para entender y dar una valoración debemos conocer la interacción de la familia, el enfermo y la persona que cuida. Pero la realidad es que no se toma en cuenta, y no se adopta a la actual investigación o la práctica. En nuestro país y en general la investigación de tipo sistémica es escasa. Se debe hacer notar que necesitamos

más estudios que incluyan a la familia, cuidador, y enfermo en un enfoque totalmente holístico y sistémico (Guillen M, 2006)

Sin embargo, es muy importante lograr esta parte fundamental de hacer que los profesionales escuchen con atención y aprecien las experiencias de todas las partes de la familia en el cuidado del enfermo demencial como un conjunto. De esta manera nos posicionamos mejor para cuidar de la persona enferma pero además al mismo de su familia, se puede comprender mejor las interacciones y el apoyo reciproco que se establecen en los diferentes sistemas como el familiar y enfermedad.

Como sabemos la enfermedad de la demencia y cualquier derivación no solo se enfoca a la carga y estrés familiar, también incluye el compromiso humanitario, el afecto, la fidelidad y solidaridad entre sus miembros; con esto mismo se fortalece toda la unidad familiar (Cohen C, 2002) Existen familias que son capaces de reforzar todo esto para descubrir las capacidades de su familia, inculcar el valor de la responsabilidad. Transformar esta vivencia lo mejor posible es determinante para la salud emocional y el bienestar de la familia para seguir cuidando a su familiar.

Es deber que la familia cuente con un sistema de atención que destaque los valores, lo competentes y las esperanzas de cuidar bien a su paciente, es bueno considerar que el cuidado de la familia es una oportunidad para que crezca y tengan gratificaciones todos los miembros. Evidentemente sabemos que la atención y el apoyo mayoritariamente atienden las carencias del cuidador principal como tema principal y familia, pero emiten parte fundamental de lo que las familias conocen, quieren y pueden hacer.

CAPÍTULO V:

PROPUESTA PSICOLÓGICA PARA UN TALLER INTEGRAL DE LA DEMENCIA

Si partimos del hecho de que la familia y el cuidador tienen un papel crucial en la enfermedad de la demencia, es de suma importancia que ellos conozcan y estén empapados de cualquier información referente y relevante a los cuidados en las tres esferas: **físico, psicológico y emocional**. Así como también el avance que tiene su familiar de la de la enfermedad.

A lo largo de esta tesina se ha venido abordado el tema de demencia, su concepción, descripción clínica, etiología, aspectos emocionales y psicológicos entre otros, saber lo antes mencionado nos abre grandes panoramas, para ofrecer una mejor calidad de vida y atención a nuestros familiares o pacientes. Así pues, vemos entonces que tiene sentido que el taller propuesto por la presente tesina parta de que los cuidadores principales necesitan en muchas ocasiones recibir un taller en donde los involucre de enfermo a familiar.

El Objetivo general: Los cuidadores deben estar abiertos al aprendizaje de técnicas y conocer nuevas formas de convivir con sus enfermos, ya que el cuidador y el núcleo familiar también son responsables de la calidad de vida del enfermo. Es importante enseñar el proceso para tener una sana convivencia durante la enfermedad y acostumbrarse a asumir elecciones y decisiones personales conscientes.

El presente taller estaría diseñado para trabajar con las siguientes características:

1. Cuidadores o familiares cercanos
2. Estaría integrado por 10 cuidadores
3. Tiempo 50 min. Por sesión
4. Durante 6 días
5. En el módulo 5 estarían presentes un médico y un trabajador social.

La estimulación constante de una persona con demencia es fundamental para mantenerle presente y en contacto con la realidad. Además permite y facilita la interacción con su cuidador lo que mantiene su autoestima y su ánimo positivo.

El taller está constituido por:

MODULO I:

INTRODUCCIÓN AL TALLER

Objetivo particular: hacer que el grupo se sienta en confianza entendiendo lo que es la enfermedad de la demencia así el grupo podrá abrirse y tener una participación activamente.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	Forma de trabajo
Registro	Se colocara hoja para anotar nombres completos de los asistentes. Se otorgara etiquetas para identificar a cada persona por su nombre.	Hojas Lapiceros Etiqueta.	5 min.	Los asistentes se empezaron a familiarizar unos con otros
Bienvenida	Se darán unas palabras de bienvenida a los cuidadores asistentes.		5 min.	Los participantes se entran en report y se sintieron en

				confianza
Rompe hielo	El grupo formará un círculo y los cuidadores dirán su nombre y algo que los identifica. Técnica para romper el hielo. Decir algo bueno de sí mismo y de la primera persona que está a su izquierda		10 min	Les ayudo a reforzar cualidades positivas
Actividad empatía con mi familia "El cuento de las emociones"	El grupo, deberá reconocer sentimientos y emociones ajenos. Así como Comprender los motivos y conductas de los demás. Sentados en círculo, escucharán un pequeño texto, al finalizar se les harán unas preguntas sobre el contenido del texto, relacionadas con los sentimientos. Las preguntas son: ¿Por qué estaba triste y desesperada Ana?, ¿Por qué motivos se enfadó Ana?, ¿Qué sentimientos le causaba a su padre el ver a Ana y a sus hijos? ¿Cuáles eran los sentimientos de los hermanos de Ana hacia ellos?	Tapete para yoga	20 min	Hicieron conciencia de lo importante que es conocerse para poder brindar la a sus familiares
Reflexión	Se le proporcionará un cuestionario a cada cuidador, lo contestarán y al final	Cuestionario Lapiceros	20min	La mayoría quedo

	comentarán sus respuestas.			satisfecho con sus respuestas
--	----------------------------	--	--	-------------------------------

MÓDULO II:

QUE ES LA DEMENCIA Y COMO LA VIVE EL CUIDADOR.

Objetivo particular: Dar a conocer a los cuidadores la importancia de saber lo que es la enfermedad de la demencia y cómo repercute en su vida diaria, este módulo les ayudará a brindarle a su familiar y brindarse ellos mismos una mejor calidad de vida cumpliendo cada uno con su rol.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	Conclusiones	Forma de trabajo
Retroalimentación	Comentaremos sobre la sesión pasada y que es lo que aprendimos de ella.		10min	se rompió la tensión con éxito	Individual
Explicación "Que es la demencia"	El grupo escuchará la exposición y al finalizar responderá ante el grupo las siguientes preguntas ¿Qué tanto conozco de la enfermedad, y cómo repercute en mi persona?	Computadora, diapositivas	20 min	Obtuvieron un panorama más claro de la enfermedad	Individual
Actividad "Autoevalúe su situación"	Se le proporcionará un cuestionario a cada cuidador con las siguientes preguntas: • ¿Cómo ha afectado el cuidado a su vida cotidiana? • ¿Hasta qué punto el cuidado le sobrecarga, sobrepasa o supera?	Cuestionario Lapiceros	10 min	Pudieron darse un momento para entender la situación	Individual

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su estado de ánimo? • ¿Cuál es su nivel de tensión? 				
Reflexión ¿Hasta qué punto el cuidado me ha sobrecargado?	Después de haber respondido el cuestionario de forma individual, los cuidadores expondrán ante el grupo comparando sus respuestas con la reflexión “hasta qué punto el cuidado me ha sobrecargado”		15 min	Los cuidados de hicieron consientes de cuanto se han descuidado	Individual
Cierre de sesión y meditación	Entre todo el grupo comentar que es lo que les gustó sobre la sesión y que tan importante es para ellos escuchar las señales de alarma y la importancia de cuidarse para su familiar.	Almohadas Tapate para yoga Bocinas	10 min	El grupo hizo hincapié en que autoevaluar su situación les ayudó a entender la importancia	Individual

UNIDAD III:

DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA, LA IMPORTANCIA DE PONER LÍMITES A NUESTRO ENFERMO DEMENCIAL Y ENTORNO FAMILIAR

Objetivo particular: Concientizar a los cuidadores sobre la influencia positiva o negativa que tiene el poner límites hacia su familiar y el entorno.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	conclusiones	Forma de trabajo
Retroalimentación	Comentaremos sobre la sesión pasada y que es lo que aprendimos de ella.		10 min		individual
Actividad Comunicación asertiva, aprender a decir "NO"	Deberán escribir un pequeño texto en donde imaginen alguna de esas situaciones en las que les gustaría decir que no, seguido de la pregunta: ¿Cómo lo haría? Al finalizar deberá haber retroalimentación de todo el grupo junto con el Psicólogo	Hojas de colores Lapiceros	15 min	Los participantes hicieron conciencia de lo mal que les hace sentir el no poder decir que no.	individual
Reflexión y plática "Compartir cuidados es una de las mejores formas de prevenir y aliviar la sobrecarga"	Después de la actividad tomarán un papelito con su turno y deberán comentar ante el grupo estas dos preguntas: ¿Cómo se reparte el cuidado del enfermo demencial? ¿Cómo le gustaría que el cuidado de su familiar estuviese repartido?	Papelitos de colores Un recipiente Plumones	15 min	La mayoría de los participantes menciono que el mayor trabajo se lo lleva el	individual

				y que les gustaría que se turnaran entre familia una vez por semana.	
Actividad "La tarta del cuidado"	El ejercicio consiste en que los participantes se imaginen una tarta, la cual tienen que dividir en trozos que representen la cantidad de cuidado y atención que cada miembro de la familia le dedica a su familiar. Al finalizar dirán como se sintieron y si les causó alguna reacción las partes repartidas.	Tapate para yoga o cojines Música para meditar Bocinas	15min	Algunos se dieron cuenta de la nula repartición equitativa que existe en sus familias, y sugirieron que se sentirían mucho mejor si al menos fuera un poco más equitativas las reparticiones.	individual

				ciones	
Cierre de sesión	Entre todo el grupo comentarán una cosa que les haya gustado del taller y una que no, al finalizar todos se darán un abrazo.		10 min	Quedaron satisfechos con las actividades.	grupales

UNIDAD IV:

CUIDAR DE MÍ PARA CUIDAR A MI FAMILIAR

Objetivo particular: Descubrir la importancia de darnos cuenta que cuando vivimos con enfermos demenciales en las diferentes esferas de la vida, se afectan en el cuidador, así mismo, saber la importancia de saber trabajar ciertas emociones nos ayuda a brindarle y brindarnos una mejor calidad de vida cumpliendo con nuestros roles.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	Conclusiones	Forma de trabajo
Retroalimentación	Comentaremos sobre la sesión pasada y que es lo que aprendimos de ella.		5 min		Grupales
Actividad Reconociendo nuestras emociones	Se les dará un cuestionario en donde señalen las reacciones emocionales que en su opinión aparecen Con más frecuencia en el	Cuestionario Lapiceros	15 min	El grupo llegó a la conclusión que las emociones que más aparecen cuando cuidan a su familiar son	Individual

	<p>proceso de cuidar y su intensidad de 1 (poco) a 3 (mucho), al finalizar, trataran de comentar que les causó el darse cuenta de sus emociones.</p>			<p>culpa, soledad, tristeza aburrimiento e impotencia. Se hicieron consientes de la importancia de canalizar todos esos sentimientos para ellos estar bien.</p>	
<p>Actividad Como proceder ante el sentimiento de tristeza</p>	<p>En parejas deberán conversar e Identificar cuándo surge el sentimiento de tristeza en ellos, después</p> <p>Responderán como se puede trabajar con esta emoción:</p> <p>Evitándola.</p> <p>Cambiándola.</p> <p>Aceptándola.</p> <p>Ser tolerante con una/o misma/o.</p>	<p>Hojas Lápiz lapiceros</p>	<p>10 min</p>	<p>Todos llegaron a la conclusión que es necesario aceptar la situación y ser tolerante con uno mismo para así poder trabajar el sentimiento e ir sanando.</p>	<p>Grupal</p>
<p>Actividad papa caliente, como combatir la culpa</p>	<p>Todo el grupo formará un círculo en el piso y comenzaremos aventando una pelota, al miembro del grupo que le</p>	<p>Pelota Tapete para yoga</p>	<p>15 min</p>	<p>En general el grupo participó de manera entusiasta y las frases que más se escucharon</p>	<p>grupala</p>

	<p>toque deberá a completar la frase “me gustaría que mi demás familia “desearía que...” omitiendo la palabra “deber”</p>			<p>fueron: “ me gustaría que mi familia me apoyara más/entendiera” “desearía tener tiempo para mi”</p>	
<p>Actividad</p> <p>Proyección de video “Los diez nunca que el cuidador debe respetar ante un enfermo de Alzheimer””</p>	<p>Durante la proyección del video los cuidadores se darán cuenta de lo que se debe evitar decir al enfermo y así aprender a manejar emociones. Al finalizar comentaran en que están de acuerdo o desacuerdo y que agregarían conforme a lo ya se ha aprendido.</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p>	<p>10 min</p>	<p>Los participantes llegaron a la conclusión de estar de acuerdo en los 10 tips y agregarían tolerancia, respeto, amor y cariño.</p>	<p>grupales</p>
<p>Reflexión y cierre de sesión</p>	<p>El grupo reflexionara sobre la responsabilidad que tenemos al cuidarnos y la importancia de saber manejar nuestras emociones para así cuidar de nuestros enfermos de una</p>		<p>5 min</p>	<p>Fue una sesión conmovedora y todos los participantes aprendieron la importancia de tener una salud emocional para cuidar a su enfermo.</p>	<p>individual</p>

	manera más saludable.				
--	-----------------------	--	--	--	--

MODULO V:

ENTORNO SOCIAL Y LA DEMENCIA

Objetivo particular: Muchas veces durante la demencia nos sentimos desesperanzados y con un sentimiento de desolación, lo más recomendable es buscar ayuda a profesional como: psicoterapeutas, médicos (internistas, psiquiatras y neurólogos), enfermeras, y trabajadores sociales. Por ello el objetivo de este módulo nos enfocaremos en el Entorno terapéutico psicólogos, médicos, enfermeras e instituciones dedicadas a la demencia.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	Conclusiones	Forma de trabajo
Retroalimentación	Comentaremos sobre la sesión pasada y que es lo que aprendimos de ella.		10min	se rompió la tensión con éxito	Individual
Reflexión Como nos ayuda durante la enfermedad buscar diferentes asociaciones civiles que atiendan a la demencia	El grupo después de la reflexión mencionará al menos 3 cosas positivas de buscar asociaciones.	Computadora, diapositivas	20 min	Se dieron cuenta de que existen instituciones dedicadas a la enfermedad y de que no están solos. Para afrontar la situación	Individual

				que están viviendo	
Reflexión Importancia de la relación médico paciente cuidador y sus múltiples beneficios	Al finalizar, cada integrante del grupo escogerá un papelito al azar con una pregunta ya sea para el médico o el cuidador. Tendrán que responder cosas tales como: "Como me he sentido la relación con mi médico y enfermo a lo largo de la enfermedad" "Que tanto puede involucrarse el médico en situaciones personales"	Papelitos plumones	20 min	Se dieron cuenta de que algunas veces no se sienten en confianza con su doctor y eso les trunca el poder relacionarse y sobrellevar mejor la enfermedad.	Individual
Reflexión Hasta qué punto tocar fondo y asistir a psicoterapia	Al finalizar la reflexión se hará un pequeño debate entre todos del porque si es obligatorio asistir a terapia y del porque no lo necesitaríamos tanto. Al término del debate se llegará a una conclusión.		15 min	El grupo concluyo junto con la psicóloga que es muy necesario asistir a una terapia psicológica para cuidar de nosotros mismos y así brindar la mejor atención a nuestro familiar.	Individual

Cierre de sesión y meditación	Entre todo el grupo comentar que es lo que les gustó sobre la sesión y meditar sobre la importancia de pedir ayuda a diferentes instancias relacionadas con la demencia, al finalizar harán ejercicios de respiración.	Almohadas Tapate para yoga Bocinas	10 min	El grupo en general obtuvo un panorama a mayor instancia dedicada al cuidado de enfermos demenciales y comprendió que es mucho mejor acudir a una para no sufrir de sobrecarga al cuidar a nuestro familiar.	Individual
-------------------------------	--	--	--------	--	------------

UNIDAD IV:

CIERRE DE TALLER

Objetivo particular: El objetivo de este módulo es básicamente que le dejó el taller al grupo individualmente y personalmente. Está enfocado en lo que aprendió el cuidador durante este taller y el nivel de conciencia que obtuvo a partir de los temas tratados sobre la enfermedad.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL	TIEMPO	Conclusiones	Forma de trabajo
Retroalimentación	Comentaremos sobre la sesión pasada y algo significativo de las sesiones anteriores. Que fue lo que aprendimos de ellas.		10min	El grupo se conmovió y llegó a la conclusión de que cada uno encontró algo positivo en alguna sesión	Individual
Actividad El círculo del aprendizaje de la enfermedad demencial	El grupo se toma de las manos, la mano derecha significa la capacidad de ayudar extendida hacia la mano izquierda de un compañero simbolizando que está recibiendo nuestra ayuda. Ambas manos representan la necesidad y la posibilidad de intercambio. Y al mismo tiempo en que recibimos ayuda podemos brindar ayuda. Se		20 min	Con esta actividad se dio la posibilidad de valorar el aprendizaje y acompañamiento grupal a lo largo del taller. Además se pudo trabajar integración, interacción	Grupal

	intercambian miradas, Cada integrante deberá mencionar de uno o dos aprendizajes que se lleva al finalizar el curso o taller, y que quiera compartir con sus compañeros/as. Al concluir, deben autorregularse unos aplausos.			n y retroalimentación.	
Actividad Retazos	Se deberá distribuir a cada participante varios retazos de telas de diferentes colores. Con marcadores deberán escribir en cada uno alguna palabra o frase con el que identifique a uno de sus compañeros. Ese retazo simboliza una experiencia o aprendizaje sobre la enfermedad, por lo que todos llevamos puesto un gran abrigo hecho de diferentes retazos. Una vez finalizada la actividad cada uno compartirá verbalmente los retazos que se llevan puesto.	Pedazos de tela de diferentes colores Marcadores Seguritos	20 min	El grupo logra que Cada integrante reconozca lo importante de aprender de experiencias de los otros en el proceso de aprendizaje. También aprendieron que es importante Promover las manifestaciones de reconocimiento entre los miembros	Grupal

				de la familia.	
Actividad El cuadro final "la demencia"	Se deberá distribuir a cada integrante un cuadrado de cartulina blanca de 15 cm cada lado y pinceles, cada participante deberá, de manera creativa, hacer un dibujo sobre el mismo. La consigna es que la pintura que realicen retrate y sintetice la experiencia vivida antes del taller y después del taller. Una vez finalizado deberán explicar al resto del grupo el significado de cada dibujo y el por qué. Respondiendo preguntas como se sienten, cual fue el cambio de antes y después entre otras.	Cartulinas Pinturas Marcadores Colores	15 min	El grupo noto un gran cambio en ellos mismos después de tomar el taller. Se sintieron muy cómodos.	Individual y grupal
Actividad Convivio	Se le pedirá al grupo que se pongan cómodos, se relajen y disfruten. El objetivo es ayudar a que los integrantes puedan despedirse valorando el espacio compartido. Se armara en el centro habrá una mesa con bebidas y comida para compartir. Formarán una gran ronda para hacer un brindis. Se les propondrá que se tomen unos minutos para pensar por qué brindaría cada uno, Una vez que todos y todas las integrantes hayan pronunciado su mensaje se procederá	Almohadas Tapate para yoga Bocinas	10 min		Grupal

	a levantar los vasos y brindar en grupo y darse un aplauso.				
--	---	--	--	--	--

CAPITULO VI:

DISCUSIÓN

La demencia es una enfermedad muy difícil de sobre llevar tanto para el paciente como para el cuidador, como sabemos el cuidador es aquella persona que convive a diario con el ser humano que padece de demencia, sobre quien recae la responsabilidad de disponer a diario de los elementos necesarios y suficientes como para materializar su convivencia en forma más o menos satisfactoria y eficiente para las dos partes.

Entendemos al cuidador como el polo más sano de la pareja cuidador-demente y estamos convencidos dentro de este contexto que la salud del demente va a depender de la salud (física y mental) de su cuidador. Es importante señalar que tanto psicólogos, trabajadores sociales, como médicos y familiares juegan un papel importante en la calidad de vida que al enfermo de demencia se le pueda ofrecer. Esto conlleva a dar la importancia a la presente tesina.

Las conclusiones que nos deja la presenta tesina es entender que la demencia existe y es necesario hacer más investigaciones para sensibilizar a las personas que cuidan al paciente y así ofrecer una calidad de vida mucho mejor a personas de la tercera edad que tengan el presente trastorno. Es importante hacer un énfasis sobre América Latina, a lo largo de la tesina me pude percatar que existe variedad en investigaciones sobre enfermedades demenciales en Cuba y Chile, pero en México es difícil encontrar investigaciones sobre la enfermedad, de las personas que cuidan a dichos pacientes y clínicas que apoyen a la misma. Es necesario crear asociaciones en conjunto, ofrecer terapias (tradicionales y alternativas) y cuidados para los pacientes y a su vez brindar psicoterapia, asesoramiento psicológico y revisión médica a los cuidadores, ellos son parte importante del proceso de la enfermedad.

En la elaboración del taller como se puede observar se realizara trabajó con los cuidadores, bien sabemos que es una parte importante para lograr el bienestar de nuestro paciente, así mismo, sí el cuidador se encuentra en

bienestar óptimo aumenta la probabilidad que nuestro paciente/familiar que presenta demencia tendrá como resultado una calidad de vida y un cuidado mucho mejor. El brindar información y explicar detalladamente sobre lo que significa y tener demencia es base fundamental para el cuidador. Es de alto valor psicoterapéutico el poder trabajar con sus emociones, respiración y técnicas de relajación es importante que se deba llevar a cabo durante un taller impartido para cuidadores de enfermos que sufren de demencia.

En la actualidad no hay tratamientos para detener los trastornos de demencia o para hacer que su progreso sea más lento, como vimos en un apartado de la tesina de que habla de los existen cierto tipo de medicamentos disponibles para tratar ciertos síntomas conductuales así como los delirios, depresión, rigidez muscular, entre otros pero no uno para retardar el avance de la enfermedad ni mucho menos para evitar que se da la misma, lo que si podemos hacer es tener comportamientos saludables tales como:

- Hacer ejercicio
- Tener una dieta buena
- Evitar lesiones cerebrales
- Hacer actividades mentales
- Escuchar música
- Socializarse
- Tener comportamientos saludables para el corazón

Algunos factores pueden disminuir el efecto del daño desarrollando más conexiones entre las neuronas, algo que previniendo daño. Con más conexiones entre las neuronas, la función puede ser más larga mantenido a pesar de daño al cerebro.

Uno de los enfoques principales de la tesina es el cuidador y el aspecto social que vive la familia, sabemos que durante la enfermedad el cuidador puede reaccionar con algunas conductas inapropiadas, agresividad, enfado, frustración y una serie de enfermedades debido a que se sentirá incapaz de realizar

cuidados adecuados. En este caso es debidamente necesario buscar ayuda profesional como enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos. El “**síndrome del cuidador crucial**” visto en este documento, nos da aportaciones sobre la problemática social y económica pero la falta de aportaciones en cuanto el estado físico o emocional de los cuidadores merece ser investigado a fondo.

Los puntos clave para dar un diagnóstico sobre demencia son: que se cuente con una alteración cognoscitiva como la afasia, la apraxia y la agnosia. O en su defecto alteraciones que intervengan vida social o labores propias del sujeto. La sintomatología principal que se da para el diagnóstico es: el deterioro de la memoria, dificultad para aprender información y retenerla (DSM – IVR y CIE – 10).

Es completamente cierto que las enfermedades demenciales son peligrosas, incurables y sumamente difícil enfrentar en el entorno social y familiar, así mismo tenemos conciencia que es una enfermedad degenerativa y que los conocimientos que tenemos sobre ella son muy pocos e inciertos. Más difícil aún se convierte el enfrentar al entorno familiar cuando sabemos que nuestro familiar poco a poco ira aumentando la amnesia irremediablemente entre otras cosas. Sin embargo, debemos ser introspectivos con nosotros mismos y aceptar que con la ayuda de la unión familiar, médicos, enfermeras, psicólogos, talleres y terapias para el cuidador, la solidez, la empatía y la unión pueden ayudar en gran medida a retrasar el recrudecimiento de los síntomas de la enfermedad y a nuestro familiar.

Hoy en día los avances en investigaciones, tecnología médica, medicina, psicología y terapias alternativas, otorgan posibilidades a un largo futuro de nuevos conocimientos y tratamientos que nos abren las puertas a posibilidades de encontrar alguna cura. Ante esto, solo nos queda tener conocimiento e informarnos sobre la enfermedad y estar al margen de ofrecer ayuda a nuestros familiares cuidadores, a nuestros enfermos y a cualquier red de apoyo o asociación relacionada con enfermedades demenciales. Recordemos que el

apoyo es de gran ayuda para sobrellevar un mal tan conocido como lo es la demencia.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-R*. Barcelona: Masson.
- Artaso. B, Goñi, A. Gómez, A.R. (2001). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatría*. 17 (2) 69-73 39-43.
- Anderson, C.S. Linto, J. Stewart, E.G. (1995). A population- based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. (26). 843-9.
- Argelaguer, A. (S/F). Neuropsicopatología de la demencia. Psicopatología de los trastornos psicológicos y conductuales en la demencia. https://www.researchgate.net/publication/235722038_Neuropsicopatologia_de_la_demencia_Psicopatologia_de_los_trastornos_psicologicos_y_conduc_tuales_en_la_demencia Arturo Argelaguer Autonomous University of Barcelona.
- Aranda, C. Pando, M. (2003). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *issn electrónica*. 1609 – 7445. vol. 16. (n.º 1). pp. 233 - 245
- Ardila, A., (2005). *Las afasias, Primera edición*. Universidad de Guadalajara Coordinación Editorial Francisco Rojas González. 131 Col. Ladrón de Guevara 44600 Guadalajara, Jalisco, México.
- Ardilla, A. (S/N). Apraxia Cinética, Ideomotora, Ideacional y Conceptual International University Miami, Florida, EE.UU. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Enero-Diciembre, Vol.15, Nº1, pp. 119-139 119 ISSN: 0124-1265
- Barry, P.P. (1995). Medical evaluation of demented patient. *Med Clin North Am*. (78). 779-93

- Bonaiuto, S. Rocca, W.A. Lippi, A. Luciani, P. Turt, F. Cavarzeran, T. (1990). Impact of education and occupation on prevalence of Alzheimer's disease (AD) and multi-infarct dementia (MID) in Appignano. Marceta Province, Italy. *Neurology*, 40 (1). 346.
- Bonet, L.I. Llunch, B. Morales, A. Cabrera, A. Betancourt, M. (2010). Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería versión On-line Rev Cubana Enfermer* (v.26). n.2 Ciudad de la Habana ISSN 1561-2961
- Bein, E.S. Ovcharova, P.A. (1970). *Clínica y rehabilitación de las afasias*. Sofia: Meditsina (en ruso).
- Beyebach, M. (1995). Enfermedad terminal, muerte y familia. *Familia: revista de ciencias y orientación familiar*. (nº 11). 1995. pp. 55-84.
- Broche, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. *Rev Cubana Salud Pública online*. (vol. 44). n.1, pp.153-165. ISSN 0864-3466.
- Broche, Y. Pérez, A. Fernández, Z. Fleitesa, B. González, B. Hernández, M.A. Salazar, Y.I. (2018) *Conocimiento público y creencias sobre las demencias: un estudio preliminar en la población cubana, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas*. Santa Clara, Cuba
- Carnero, C. (2000). Educación, demencia y reserva cerebral. *Revista de Neurología*. 31(6). 584- 592
- Cáceres, R. (S/F) *Realidades psicosociales en las familias de personas con demencia*. Psicóloga y Terapeuta Familiar.
- Canga, C.G. Vivar, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Naval Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. Anales Sis San Navarra*. (vol.34). no.3 Pamplona sep./dic.

- Charro, C. Diéguez, L. González, L.A. (2010). La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal C. *psicogeriatría*. (4). 227-232
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0227_0232.pdf
- Cohen, C.A. Colatoni, A. Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding on the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry*. 17 (2). 184-8.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. (38). 300-314.
- De Hoyos, M.C. Tapias, E. Meseguer, C.M. Sánchez, M. Otero, A. (2015). Demencia en la comunidad autónoma de Madrid durante el periodo. 2002-2012. (Volume 30) Issue 7. 416-424
- Dennis, M. Spiegler, B.J. Hetherington, R. (2000). News Survivors for the New Millennium: Cognitive Risk and Reserve in Adults with Childhood Brain Insults. *Brain and Cognition*. (42) 102-105.
- De los Reyes, M., (2001). *Construyendo el concepto de cuidador de ancianos*. Foro de Investigación, Envejecimiento de la población. Curitiba, Brasil: MERCOSUR.
- De la Vega, R. Zambrano, A. La demencia en la Historia [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, junio 2012 [Consulta: 27 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/historia.asp>.
- De Hoyos, Alonso. Tapias, E. Meseguer C.M. Sánchez, M. Otero, A. (2015). Evolución del consumo de fármacos específicos para la demencia en la comunidad autónoma de Madrid durante el periodo 2002-2012. Volume (30). Issue 7. Pages 416-424
- Espin, A. M. (s/f). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana, Cuba

- Espín, A.M., Seco, T., (1998) *Metodología de intervención educativo-terapéutica en cuidadores de ancianos con demencia de Alzheimer*. Rev Arg Geriatria. 18:18-27.
- Esandi, N., Canga, A., (S/F). *Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer*
- Fernández, I.M., Montorio, I., Diaz, P., (1997) *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares*. Madrid: IMSERSO
- Fredericks, J.A. (1969). The agnosias. In: Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Nother-Holland.
- González, M. (S/A). *Manual para el cuidador de pacientes con demencia, recomendaciones para un cuidado de calidad*. Ludveck México S.A de C.V.
- Garre, O. J. (2017). *Criterios diagnósticos de demencias: a las puertas del cambio de paradigmas Hospital santa Caterina*. Alzheimer real invest demenc 2017
- Garzón, F.J. Maldonado, M. Gutiérrez, N. García, F. Pérez, A. Gallardo, T. Martínez, M.D. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Neurología. (Volume 32). Issue 8. Pages 508-515
- Geòrgia, P.E. Mercedes, A.P. (2015). Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica Gerokomos (vol.26). no.3 Barcelona.
- Garzón, P.M. Pascual, C.Y. Collazo, L. Cárdenas, R.Y. (2016). Depresión en cuidadores principales y síntomas psicológicos conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer Geroinfo. (11). 1

- Gustafson, L. (1992). Clinical Classification of dementia conditions. *Acta Neurol. Scand.* (139). 16-20
- Guzmán, JM., Huenchuan, S., (2005). *Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada*. Reunión de expertos. Santiago de Chile: CELADE- CEPAL
- Guillén, M., (2006). *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Madrid: Fundación BBVA
- Gutiérrez, L.M. Arrieta, I. (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gac Med Mex.* (151). 5
- Gutiérrez, L.M. Arrieta, I. (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gac Med Mex.* (151). 667-73
- Head, D. Rodríguez, K. Kennedy, K. Raz, N. (2008). Neuroanatomical and cognitive mediators of age-related differences in episodic memory. *Neuropsychol.* (22). 491-507.
- Howard, R. McShane, R. Lindesay, J. Ritchie, C. Baldwin, A. Barber, A. (2012) Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease *N Engl J Med.* (366) pp. 893-903
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados del Censo de población y vivienda*. México: INEGI; 2010
- Jenkins, L. Myerson. J, Joerding, J. Hale, S. (2000). Converging evidence that visuospatial cognition is more age-sensitive than verbal cognition. *Psychol Aging.* (15) 157-75.
- kandel, (2001). *Las neurociencias*. Panamericana. México.

- Katzman, R. (1993). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*. (43). 13-20
- Kleist, K. (1907). Kortikale (innervatorische) apraxie. *Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie*. (28). 46-112.
- KLEINMAN, A.M. (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books
- Louro, B. I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev cubana de salud pública*. 29 (1). 48-51.
- López, M., (2014). *7 ejercicios para mejorar tu empatía*. México.
- Lund & Manchester Groups (1994). Consensus statement. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, (57). 416-8.
- Luo, L. Craik, F. Aging and memory (2008). A cognitive approach. *Can J Psychiatry*. (53). 346-53.
- Llibre, J.J. Díaz, Diaz J. P. Rodríguez, A.N. Ibis, A. Guartazaca, E.P. Rousseaux, E. Estellés, M.T. (2018). Determinantes del estado de salud de la población y su influencia en el desarrollo de los trastornos cognitivos. *Rev Cubana Salud Pública*. (44). 1.
- Molinuevo, J., Rami, L., Lladó, A., (2007). *In Peña-Casanova J, ed. Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Middershoven, G. Bargman, R. (2006). Meaning – making in dementia: a hermeneutic perspective. En, Hughes, J, C; Louw, S. J & Sabat, E.R, (sf). *Dementia, mind, meaning and the person*. (pp. 179 – 191). New York: Oxford University Press

- Manly, J. Touradji, P. Tang, M.X. Stern, Y. (2003). Literacy and Memory Decline Among Ethnically Diverse Elders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. (25). 680-690.
- Mota, F, Ordoñez, A. Mollinedo, L. (2011). *Burnout en profesores de Villahermosa Tabasco: Análisis correlacional con variables sociodemográficas y laborales*. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. México.
- Monte, G. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*. (46). 4-7
- Morrison, J., Enriquez, G., Mendoza, J.J., (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico*. 1a edición. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Montañés, P., De Brigard, F., (2005). *Neuropsicología clínica y cognoscitiva*. Bogotá, D.C. – Colombia.
- Neary, D. Snowden, J.S. Gustafson, L. Passant, U. Stuss, D. Black, S. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. (51). 1546-54.
- Navarro, J., Beyebach, M., (1995) *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas. (2013). Informe sobre desarrollo humano. El ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.

- Osborne, H. Simpson, J. Stokes, G. (2010) The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*. (14). 503-15
- OMS (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (2013) Informe sobre desarrollo humano. El ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ortega, C., López. F., (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Universidad de Almería, España.
- O'Brien, J.T. Burns, B.A.P. (2011). Dementia Consensus Group, Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. (25) pp. 997-1019. 6
- Perez, M.V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038 Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana 8-*
- Pérez, M. Muñoz, M.A. Parra A.L. Del Pino, R. (2016). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. Volume (49). Issue 7. Pages 381-388.
- Pelechano, V. (1991). Familia, stress y enfermedad. Análisis y modificación de conducta. 17 (55). 729-774.
- Romano, F. Nissen, D. Paredes, M. (2007) Enfermedad de Alzheimer. Dr. Carlos Alberto Parque *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. (Nº 175). Noviembre

Roblesa, A. Del Serb, T. Alomc, J. Peña, J. y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología* con el refrendo del Comité Científico de la Sociedad Española de Neurología. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 17 (1). 17-32

Roblesa, T. Del Serb, A. Alomc, J. Peña, J. y Grupo Asesor del Grupo de Neurología con el refrendo del Comité Científico de la Sociedad Española de Neurología. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer 17(1). 17-32

Redondo, P., (2001). *Experiencia de la vida y fenomenología en las lecciones de Friburgo de Martin Heidegger (1919 – 1923)*. Tesis de doctorado. Salamanca, España. Ediciones Universidad de Salamanca. Vattimo.

Reyes, J.C. Rosich, M. Bordas, E. Gaviria, A.M. Vilella, E. Labad, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*. (50) 653-60.

Reyes, J.C. Rosich, M. Bordas, E. Gaviria, A.M. Vilella, E. Labad, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*. (50). 653-60.

Rodríguez, M.A. Sánchez, J.L. (2004) Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*. vol. 20. (nº 2). 175-186.

Rodríguez, J., (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Randolph, J.J. (2015). Positive neuropsychology: A framework for cognitive health. *NAN Bull*. 29 (2). 25-6.

- ROLLAND, J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Sociedad Española de Neurología. (2018). *Demencias: un estudio preliminar en la población cubana*, Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U.
- Sánchez, J.L. Rodríguez, M. Carro, J. (2002). Neuropsychological Variables in Sporadic Late Onset Alzheimer Disease in Subjects of Spanish Nationality: A Fast and Efficient Assessment Procedure. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*. 15 (3). 207-215
- Snowdon, D.A. Ostwald, S.K. Keenan, N.K. Keenan, N.L. (1989). Years of life with good and poor mental and physical function in the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*. (42). 1055-66.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve Theory and re-search application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*. (8) 448-460.
- Schulz, R. Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 282(23). 2215-9.
- Strehle, B. Hirsch, G. y cols. (1991). Codon restriction theory of aging and development. *J Theor Biol*, (33) 429-474.
- Takkal, A. (2017). Una aproximación hermenéutica a la producción plástica-visual y la demencia. *Arte, Individuo y Sociedad Fuera de casa*. ISSN: 1131-5598
- Torrellas, C. Sánchez, J. (2011). *Revista de neurología*. ISSN 0210-0010. Vol. 52. (Nº 5) págs. 300-305
- Tortosa, M.A. Granella, R. Fue Mayora, A. Martínez, M. (2016) Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* Volume (51). Issue 1. Pages 5-10

- Trill, C. (2013) Sensibilización, Importancia.org.
<https://www.importancia.org/sensibilizacion.php>
- Valle, M.J. Hernández, A.E. López, M.L. Zúñiga, P. Martínez, A. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor, Enfermería Universitaria. Volume (12). Issue 1. 19-27.
- Villajero, A. Galendea, M. Ortiz, E. Llamas, M. Llanero, C. López, M. Prieto, J. (2017). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Neurología Available online 14 December
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action (WHO/MNC/03.01). Washington.
- Wright, L.M. Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Zarit, S.H. Reever, K.E. Bach, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden Gerontologist. (20). 649-654

APENDICES

Actividad empatía con mi familia “El cuento de las emociones”, modulo 1

Texto

Ana vive con su papá que es un enfermo demencial, su papá al principio era poco dependiente y con el tiempo fue avanzando su enfermedad. A pesar de ser poco consiente de su realidad se sentía maltratado por Ana ya que siempre se enfadaba con él por ser necio y no hacer las cosas correctamente, le gritaba y muchas veces lo desesperaba tanto que llegaba a decir que no lo quería.

Su padre al ver esto lloraba y dentro de sus momentos de lucidez tenía sentimientos de confusión y pensaba que lo mejor era estar lejos de su hija para no hacerla sufrir, ninguno de los dos se entendía pero ambos sabían que se amaban mutuamente. Ana vivía en una crisis de tristeza por no saber qué hacer. A pesar de esto Ana tenía tres hermanos los cuales nunca cooperaban en tareas para ayudar a su padre, sentía que era la única con la carga de la enfermedad de su padre y sus hermanos no se daban cuenta de ello. Sus hermanos tomaban una actitud de irresponsabilidad porque no vivían con Ana y su padre, y tenían familias aparte.

Reflexión Modulo 1

¿Qué esperan del taller?

¿Qué les dejó la primera sesión?

¿Creen que es necesario que existan este tipo de talleres para sobrellevar la demencia?

¿Se sintieron cómodos con sus compañeros de taller?

¿Qué es la demencia?

La demencia es un síndrome de carácter progresivo caracterizado por el deterioro principalmente cognitivo, dicha enfermedad afecta las siguientes esferas: orientación, comprensión, calculo, capacidad de aprender, pensar y aspectos como el desenvolvimiento social que interfieren en la vida diaria del enfermo, cabe mencionar que no se pierde la conciencia en su totalidad.



- ▶ Se tiene la idea de que la demencia solo implica un trastorno general de la perdida de la memoria y esto ha despertado poco interés para hacer investigaciones clínicas a las demencias de tipo no cognitivo. Tras investigaciones en 1998 (Lund y Manchester, 1994, pag 228) esto ayudo a tener cambios importantes en cuanto a criterios de diagnóstico que siguen en la actualidad vigente.



- ▶ Estos se reflejan en la conducta y en la personalidad del paciente, presenta un grave problema en modular su conducta ante situaciones social. Para los cuidadores es una carga sumamente pesada de cuidados y atenciones que muchas veces o si no es que siempre afecta el estado emocional del que esté a cargo.



Persona cuidadora (actividad reconociendo mis sentimientos, módulo IV)

Satisfacción

Culpa

Enfado

Alegría

Preocupación

Tristeza

Ternura

Soledad

Vergüenza

Amor

Resignación

Aburrimiento

Enriquecimiento personal

Impotencia

Abatimiento

Solidaridad

Miedo

Asco

Actividad: “Los diez nunca que el cuidador debe respetar ante un enfermo de Alzheimer” video, Modulo IV

<https://www.youtube.com/watch?v=kcQtfxobRkl>

Reflexión, Modulo V. Como nos ayuda durante la enfermedad buscar diferentes asociaciones civiles que atiendan a la demencia.

En algunos hospitales, agencias locales de la tercera edad, distintas agencias de la ciudad o del condado, Centros de Recursos para Cuidadores y otras organizaciones nacionales e internacionales: gubernamentales o privadas, se ofrecen consultas y evaluaciones gratuitas o de bajo costo específicamente concebidas para los ancianos con enfermedades demenciales, aplicadas por médicos y trabajadores sociales, estos profesionales pueden ser muy útiles para orientarle sobre los mejores servicios de cuidado en su localidad, aconsejarle sobre los recursos de la comunidad, ayudarle a procurar los servicios y brindarles a usted y a su ser querido un sentido de continuidad y familiaridad a lo largo de

la enfermedad. Los beneficios que se otorgan son infinitos tales como apoyo psicológico, acompañamiento durante la enfermedad, seguridad, tranquilidad emocional, bienestar físico para cuidadores, entre otros.

AGUASCALIENTES

Fundación Familiares de Alzheimer Aguascalientes, A. C. (Facebook). Sierra Nevada 221, Bosques del Prado Norte, 20127

Centro del Día, Sra. Ruth Landgrave. Sierra de la Canela 236. Fracc. Bosques. Aguascalientes, Ags. Tel. +449 9129113 y 9143785

SAN LUIS POTOSÍ Ciudad Valles, S.L.P.

Asociación Vallense de Alzheimer y Enf. Sim., A.C. Sra. Elia Lyde Vda. De Méndez. Boulevard 48. Sur Zona Centro 79000 Ciudad Valles, S.L.P. Tel/Fax: +481 3821042

CIUDAD DE MÉXICO

Alzheimer México, I.A.P. "Una esperanza de vida"
<http://www.alzheimermexico.org.mx/>

Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A. C. (AMAES). Aralia 22, Pueblo Tlacopac, 01049 Álvaro Obregón, CDMX

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" Av. Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama, Del. Tlalpan, - Tel. 5606 3822.
<http://www.innn.salud.gob.mx>

Instituto Nacional de Geriátría. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. La Magdalena Contreras Teléfonos: 55739087 y 56551921
www.geriatria.salud.gob.mx

TAMAULIPAS Ciudad Victoria, Tamps.

Sra. Sofia Zagástegui. Diez Berriozábal 1054. Col. Centro 87000 Ciudad Victoria, Tamps. Tel +834 3141871 Fax: 834 3164990

Ciudad Madero, Tamps.

Sra. Nora Eneida de la Garza de Acevedo. Querétaro 402 Poniente, Esq. Con Guerrero. Col. Unidad Nacional 89410 Ciudad Madero, Tamps. Tel. +833 216 14 35 Fax.: 833 2568073 Email: neyni@prodigy.net.mx

Fundación Alzheimer Reynosa (Facebook)

MORELOS Cuernavaca, Mor.

Asociación Morelense de Alzheimer A.C. <http://amoalz.org/>

Adela Hernández Galván UNISEP. Popocatépetl y Pico de Orizaba. Col. Volcanes. Cuernavaca, Mor. Tel: 777 3193140 Fax:+777 3207149. Email: adehg@yahoo.com. El grupo de apoyo se reúne el primer domingo de cada mes 12:00horas. En Calle 10 Este Lote 3, Manzana 256-b, Los Robles CIVAC, Jiutepec, Mor. C.P. 62500

Guadalajara, Jal.

Dr. Víctor Fdo. Villa Esteves. Fundación Alzheimer, Guadalajara, A.C. Centro Día y Grupo de Auto Ayuda. Calle Esturión 3187. Col Residencial Loma Bonita Guadalajara, Jal. Tel. +33 36 324241. Centro de Día “Les Champs Elyses” Av. Xóchilt 194. Col. Ciudad del Sol 45050 Zapopan, Jal. Tel/fax: +33 31 210143 Email: alzheimergdl@hotmail.com <https://www.alzheimergdl.com/>

SONORA

Dra. Berta Covarrubias M. Asociación Sonorense de Alzheimer. Calle Tres y Ley Federal del Trabajo. Edificio Cree. Fracc. Bugambilias 83140. Hermosillo, Son. Tel/Fax: +662 2101662 <http://alzheimer sonora.org/>

Obregón, Sonora

Estancia Alzheimer Dorita Ojeda, I.A.P. <http://www.alzobregon.org.mx/>

GUANAJUATO

Fundación Alzheimer León "Alguien con quien contar", A.C. / Instituto de la memoria

Sra. Ileana Hernández de Sojo. Fundación de Alzheimer León. Centro de Día. Jacarandas 212. Club Campestre 37120 León, Gto. Tel: +477 7737555

<http://institutodelamemoria.org.mx/blog/nuestra-historia/>

MICHOACÁN

Dr. Guillermo Arce Menocal. Asociación Alzheimer de Morelia. Calle de Ana Ma. Gallaga

911-A, 2do. Piso. Col. Centro o Cuauhtémoc 58000 Morelia, Mich. Tel/Fax: +443 3131761 Email: arceme@yahoo.com. (El grupo de apoyo se reúne el primer viernes de cada mes a las 19:00 Horas).

Asociación Michoacana de Alzheimer y Similares I.A.P. (FACEBOOK)

NUEVO LEÓN

Sra. Alicia Vargas de Treviño. Asociación Alzheimer de Monterrey, A.C. Av. Loma Grande 2713 Ingt. 3. Col. Lomas de San Francisco 64710 Monterrey, Nuevo León
Tel/Fax: +8183 336948 y 336713. Email: alzheimmty@infosel.com
<http://alzheimermonterrey.com/>

OAXACA

Asociación Oaxaqueña de Alzheimer y Enf. Sim., A.C. Informes con la Srita. Ma. Elena Gutiérrez Ruíz. Segunda Privada de Jacaranda 204 o Maya Fernández. Col. San Felipe del Agua 68020 Oaxaca, Oax. Tels: +951 5200526-5200403. Tel/Fax: +952 5164571. El Grupo de Apoyo se reúne en Casa Hogar los Tamayo, el primer día de cada mes a las 18:00 p.m.

HIDALGO

Federación Mexicana de Alzheimer y Enf. Similares, A.C.

Dra. Rita Esquivel Valdéz. Presidenta. Real de catorce 101. Fracc. Real del Valle Pachuca Hgo. Tel: 771 7190296 y 97 Email: fedma2000@hotmail.com
www.fedma.net

Asociación de Alzheimer y Enf. Similares, A.C. Hidalgo Carretera Cubitos La Paz 122 Fracc. Lomas Residencial Pachuca. Pachuca, Hgo. Tel: +771 7194752

PUEBLA

Dr. J. Sergio Juárez R.25 Oriente 407, Altos A. Col. El Carmen 72530. Puebla, Pue. Tel: +222 2377338 Fax: +222 2941320 Email: amd44@starmedia.com

COAHUILA

Dra. Blanca I. Martínez de Alba. Centro Alzheimer de la Laguna, A.C. Hidalgo 2351 Ote. Col. Centro 27000 Torreón, Coah. Tel/Fax: +8717132718 Email: bimir2000@yahoo.com.mx <http://www.alzheimer torreon.com.mx/>

GUERRERO

Asociación Guerrerense de Alzheimer y Enfermedades Similares (AGAES) (sin datos).

http://lasmemoriasdelalzheimer.blogspot.com/2017/09/directorio-de-asociaciones-y-grupos-de_4.html

Internacionales

NIDA

Asociación internacional de demencia

OMS

Reflexión: Importancia de la relación médico paciente cuidador y sus múltiples beneficios, Modulo V.

Dada la falta de tratamientos que mejoren o estabilicen en el largo plazo los síntomas de las demencias, el cuidador es el principal apoyo que permitirá la supervivencia y calidad de vida del paciente. En ese sentido, se debe incluir también una adecuada relación médico cuidador, la cual deberá estar siempre guiada por el respeto a la dignidad, valores y derechos del paciente

En todos los campos de la medicina, la exposición repetida del médico al sufrimiento, invalidez y muerte, le hacen vulnerable a perder la perspectiva del paciente como un humano que sufre, viéndolo más bien como un conjunto de síntomas y signos. En el caso de la demencia, el riesgo de “cosificar” al paciente es aún mayor, dada la paulatina pérdida del sentido de la realidad y su cada vez más precaria participación en la entrevista médica y toma de decisiones. No debemos olvidar que el paciente demente a menudo es un ser sufriente. Aún en ausencia de conciencia de enfermedad, suele sentirse amenazado por la pérdida de atribuciones, deterioro en las relaciones e incluso por ideas delirantes y alucinaciones. En este sentido, la relación empática constituye algo importante a estos males. Aun cuando el paciente haya perdido la capacidad de comunicarse o de memorizar hechos, la memoria emocional y la comunicación no verbal suelen estar preservadas hasta etapas tardías. Este aspecto de la relación, que pone a prueba el profesionalismo y humanidad del médico, es un requisito fundamental.

Reflexión: Hasta qué punto tocar fondo y asistir a psicoterapia. Modulo V

Las terapias psicológicas para el tratamiento en cuidadores de enfermos demenciales suelen ser más eficaces desde un principio. Esto es así porque la base de la intervención psicológica se centra en las habilidades emocionales del cuidador que aún conserva, ya sea de manera total o parcial. El objetivo es que la carga de cuidar a su familiar sea lo menos pesado posible.

Los psicólogos juegan un papel muy relevante ayudando al paciente cuidador a gestionar sus emociones, tan intensas en algunos casos especialmente cuando la conciencia de su familiar empieza a ser intermitente y esta parece descontrolarlo todo.

Siempre resulta complicado asumir que un familiar tiene una enfermedad grave, pero si esa enfermedad implica que te olvide, aunque él siga estando presente, duele más.

Ante esto, explicar a la familia en qué consiste la enfermedad a la que se enfrentan resulta muy útil. Junto con tratar un posible sentimiento de culpabilidad por tener que delegar su cuidado en otros, como los centros de mayores, porque con sus trabajos no pueden hacer otra cosa. También todo lo contrario, lidiar con el síndrome del cuidador, porque primero hay que cuidarse para poder cuidar.