



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

“CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR DESDE EL MODELO PSICOEDUCATIVO, PARA LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON DEMENCIA SENIL (ALZHEIMER) EN LA CLÍNICA “CARDENAL PABLO MUÑOZ VEGA”

**Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
Para obtener el título de Psicólogo Clínico**

**Profesor guía
WAGNER VILLACÍS**

**Autor
Judy Margarita Sánchez Mendoza**

**Año
2011**

DECLARACION DEL PROFESOR GUIA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencia para un eficiente desarrollo del tema y tomando en cuenta la Guía de Trabajos de Titulación correspondiente”

Wagner Villacís
Dr.: Psicología Clínica
1709175846

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Judy Sánchez M
1721753778

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que me dieron la oportunidad y el apoyo para estudiar lo que me gusta y sobre todo por no dejarme caer y darme esos ánimos para seguir adelante.

A mi hermana, por su infinita confianza en mí y su apoyo incondicional.

A mi abuelo que fue la fuente de inspiración para la realización de esta investigación, y a toda mi familia por ser valientes y enfrentar esta terrible enfermedad juntos, con amor y comprensión siempre.

A todos muchas gracias.

Judy Sánchez Mendoza

RESUMEN

La enfermedad del Alzheimer como muchos la llaman es la enfermedad del siglo, un mal que afecta al grupo de adultos mayores, con síntomas degenerativos causantes de incapacidad en quien lo padece, su tratamiento es aún tema de investigación, pero existen psicofármacos que ayudan a retardar el progreso de la enfermedad.

Un Programa de Apoyo psicológico bajo el modelo psicoeducativo, constituye una alternativa para el aprendizaje de nuevos conocimientos, desarrollo de habilidades de afrontamiento y por ende mejorar el bienestar físico y emocional de familias que fungen como cuidadores de un miembro diagnosticado con Alzheimer. El objetivo de esta investigación es la construcción e implementación de un programa de talleres psicoeducativos para familias con miembros diagnosticados Alzheimer. La utilización de información científica actualizada acerca de la enfermedad de Alzheimer es la metodología utilizada para la construcción de los talleres en los cuales participaron familiares de enfermos de Alzheimer en la Clínica Pablo Muñoz Vega del Valle de los Chillos de Quito.

ABSTRACT

Alzheimer disease as many call it the disease of the century, a disease that affects the elderly group with degenerative symptoms causing disability in those who suffer, treatment is still controversial research, but there are psychotropic drugs that help delay progress of the disease.

A psychological support program under the psychoeducational model is an alternative to learning new knowledge, developing coping skills and thus improve the physical and emotional health of family caregivers who serve as a member diagnosed with Alzheimer's. The objective of this research is the construction and implementation of a psychoeducational workshops for families with members diagnosed with Alzheimer's. The use of current scientific information about Alzheimer's disease is the methodology used for the construction of workshops in which families participated in the Alzheimer's in the Clinic Pablo Muñoz Vega of the Valle de los Chillos of Quito.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	----------

CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO

1. ENVEJECIMIENTO	4
1.1. Conceptualización de envejecimiento	4
1.2. Características	5
1.2.1. Cambios morfofuncionales	5
1.2.2. Cambios psicológicos.....	7
1.3. Bases biológicas del envejecimiento.....	8
1.4. Cambios neuronales en la edad avanzada	9
1.5. Enfermedad mental y Envejecimiento	10
1.5.1. Demencia	10
1.5.2. Definición	11
1.6. Clasificación de las demencias	13
1.6.1. Demencia tipo Alzheimer.....	13
1.6.2. Demencia vascular.....	14
1.6.3. Demencias corticales y subcorticales	15
1.6.4. Otras demencias	16
1.6.5. Enfermedades que se pueden confundir con la Demencia.....	17
1.6.5.1. Depresión	17
1.6.5.2. Epilepsia	17
1.6.5.3. Síndrome de Down.....	18
1.6.5.4. Enfermedad del VIH SIDA.....	18

Capítulo II

2. ALZHEIMER	20
2.1. Conceptualización del Alzheimer	20
2.2. Etiología (causa)	23
2.3. Características Clínicas	24
2.3.1. Características cognoscitivas	24
2.3.1.1. Pérdida de memoria o Amnesia	24
2.3.1.2. Alteración del lenguaje (afasia/disfasia)	25
2.3.1.3. Desorientación	26
2.3.2. Características físicas o motoras	26
2.3.2.1. Apraxia (dispraxia)	26
2.3.2.2. Neurológicos	27
2.3.3. Características conductuales	27
2.3.3.1. Apatía	27
2.3.3.2. Hiperactividad	28
2.3.3.3. Agresividad	28
2.3.3.4. Sueño	28
2.3.3.5. Alimentación	29
2.3.3.6. El comportamiento repetitivo	29
2.3.3.7. El Apego	29
2.3.3.8. Esconder objetos	29
2.3.3.9. El Deambular	29

2.3.3.10. Cambios de personalidad	29
2.3.3.11. Las falsas ideas y alucinaciones	30
2.3.3.12. El comportamiento sexual inapropiado	30
2.3.3.13. La violencia y la agresión	30
2.3.3.14. La depresión y la ansiedad	30
2.4. Diagnóstico y Tipos	31
2.4.1. Tipos	32
2.5. Tratamiento	33
2.5.1. Tratamiento farmacológico	33
2.5.2. Suplementos y alternativas	34
2.6. Fases del Alzheimer	35
2.6.1. Fase Inicial	35
2.6.2. Fase intermedia	35
2.6.3. Fase Terminal	36
2.7. Enfermedad y familia	37
2.7.1. Conceptualización psicológica de la enfermedad	37
2.7.2. Impacto de la enfermedad en la familia	37
2.7.3. Alteraciones del ciclo evolutivo	39
2.7.4. Rediseño de roles familiares	41
2.7.5. El cuidador primario	42

CAPITULO III

3. Modelo Psicoeducativo

3.1. Conceptualización del modelo psicoeducativo	45
3.2. Reseña histórica	46
3.3. Estrategias	47
3.4. Procedimiento y técnica de intervención	50
3.4.1. Procedimiento.....	50
3.4.2. Técnicas.....	50
3.5. Construcción de talleres	51
3.5.1. Metodología.....	52

CAPITULO V:

4. Programa de Apoyo Familiar

4.1. Taller1: Presentación y descripción del programa	53
4.1.1. Taller informativo acerca del programa bajo el Modelo psicoeducativo.....	53
4.2. Taller 2: La experiencia del Alzheimer para el paciente y la familia	56
4.2.1. Taller informativo acerca de la enfermedad	56
4.3. Taller 3: La experiencia del Alzheimer para el paciente y la familia	58
4.3.1. Taller informativo acerca de las características	

Clínicas (físicas y conductuales) de la enfermedad de Alzheimer.....	58
4.4. Taller 4: La experiencia del Alzheimer para el paciente y la familia	60
4.4.1. Taller informativo acerca del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.....	60
4.5. Taller 5: La experiencia del Alzheimer para el paciente y la familia	62
4.5.1. Taller informativo acerca de las etapas de la Enfermedad de Alzheimer.....	62
4.6. Taller 6: Conexión con las familias. Cuidador primario	64
4.6.1. Taller informativo acerca de: como mejorar su trabajo ...	64
4.7. Taller 7: Cuestiones ocupacionales.....	66
4.7.1. Taller de asignación de tareas ocupacionales y reintegración.....	66
4.8. Taller 8: Cierre	68
4.8.1. Taller de seguimiento y evaluación	68

CAPITULO IV:

5. CAPÍTULO V OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivo general	70
5.2. Objetivos específicos	70
5.3. Determinación de la metodología	70
5.3.1. Características de la muestra	70
5.3.2. Ámbitos de intervención	71
5.3.3. Métodos y técnicas a utilizar	71
5.3.4. Entrevista a profundidad	71
5.3.5. Entrevista enfocada	71
5.3.6. Observación participativa	71
5.3.7. Test de Zarit	72
5.3.8. Revisión bibliográfica.....	72
6. Tratamiento de la información obtenida	
6.1. Análisis de los datos obtenidos	73
6.1.1. Reflexiones cualitativas de los datos obtenidos	74
6.1.2. Representación gráfica de la información	75
7. Conclusiones	78
8. Recomendaciones	80
9. Glosario	81
10. Bibliografía	84
11. Anexos	89

INDICE ANEXOS

11.1. Anexo 1 Test de Zarit	90
11.2. Anexo 2 Presentaciones de Power point	92
11.2.1. Taller 1	92
11.2.2. Taller 2	92
11.2.3. Taller 3	92
11.2.4. Taller 4	92
11.2.5. Taller 5	92
11.2.6. Taller 6	92
11.2.7. Taller 7	92
11.2.8. Taller 8	92
11.3. Anexo 3 Carta de compromiso	92
11.3.1. Carta de compromiso taller 1	92
11.3.2. Carta de compromiso taller 7	92
11.4. Anexo 4 lectura	93
11.5. Anexo 5 Videos	94
11.5.1. Video taller 2	94
11.5.2. Video taller 4	94
11.5.3. Video taller 5	94
11.5.4. Video taller 6	94

11.5.5. Video taller 7	94
11.5.6. Video taller 8	94
11.6. Anexo 6 Hojas de registro	94
11.6.1. Hoja de registro taller 2	94
11.6.2. Hoja de registro taller 3	94
11.6.3. Hoja de registro taller 5	95
11.7. Anexo 7 Cuestionario de evaluación	96
11.8. Anexo 8 Cuestionario de Entrevista	96

INTRODUCCION

Una investigación resulta interesante cuando existe una problemática que la necesite, el envejecimiento y todo lo que este conlleva actualmente es un tema que demanda una investigación exhaustiva, puesto que la población de adultos mayores ha crecido en los últimos tiempos y con ello las enfermedades características de esta población.

El presente trabajo de investigación surge de una experiencia con personas diagnosticadas con demencia senil (Alzheimer), el progreso de la misma, y la necesidad de crear un programa dirigido hacia las familias que son los que padecen más de cerca esta enfermedad.

La adultez mayor es una etapa por la cual atraviesan las personas entre 60 y 65 años de edad donde se desarrollan una serie de cambios físicos y psicológicos, que de alguna manera limitan sus actividades diarias y eso sin añadir la adultez mayor con una enfermedad como el Alzheimer, que viene a ser otra historia.

El Alzheimer es considerado como enfermedad social, pues no afecta solo al paciente, sino a su entorno familiar, por lo tanto el propósito de este trabajo de investigación es la creación de un programa psicoeducativo con la idea de que las familias de los enfermos de Alzheimer tengan un apoyo, que va a brindar sobre todo soporte a la comunidad, a través de la educación, la comunicación, y con el fin de que el enfermo mejore su calidad de vida.

El Alzheimer como se la conoce, es la enfermedad del siglo, es decir, que en los últimos tiempos ha tomado gran auge y forma parte del grupo de tipos de demencias, esta se ha vuelto la más común y es la causante de discapacidad en los adultos mayores, debido a su sintomatología progresiva.

La incapacidad que produce la enfermedad del Alzheimer, demanda un cuidado especial, parecido a la de un niño y los familiares que son los que casi siempre hacen el papel de cuidador y que en su mayoría de veces no están

preparados para una situación así, debido a la falta de campañas informativas para educar a la gente acerca de la enfermedad, es así que el cuidado se vuelve pesado y difícil de realizarlo.

Es por eso que el objetivo principal de la presente investigación es implementar un modelo psicoeducativo en un programa de apoyo familiar con miembros diagnosticados con Alzheimer y como objetivos específicos están primeramente, diseñar y elaborar un programa de talleres psicoeducativos de contención y apoyo familiar para familias con miembros diagnosticados con Alzheimer, como segundo, movilizar recursos para enfrentar mejor la enfermedad sobre la base de una alianza entre pacientes, familias y profesionales (creación de redes), tercero y último implementar un programa con talleres psicoeducativos a familias con miembros diagnosticados Alzheimer (cuidador primario)

En el contenido de la investigación, se encontrará información actualizada de temas que conciernen y se relacionan con una etapa importante, por la que todo ser humano experimenta y esta es la adultez mayor.

El primer capítulo le corresponde al envejecimiento y sus características más comunes de tipo morfo funcionales y psicológicas y sus bases biológicas, seguido de un tema tan primordial como la enfermedad mental y el envejecimiento, con una breve conceptualización y clasificación acerca de la demencia y sus tipos.

En el segundo capítulo se encuentra el tema principal de la presente investigación esta es la enfermedad el Alzheimer con su conceptualización, etiología, bajo diferentes características clínicas, diagnóstico, fases y tratamiento, representada de una manera muy amplia, así mismo el lector relacionará la enfermedad y la familia, con contenidos como el impacto de la enfermedad en la familia, el rediseño de roles y el cuidador primario, que es quien padece la enfermedad junto con su familiar afectado.

A continuación en el tercer capítulo le corresponde al modelo psicoeducativo con una breve reseña histórica, conceptualización, estrategias, procedimiento y técnica de intervención, misma que se aplicará en la construcción de los talleres.

Y para finalizar, el programa de apoyo familiar, con la construcción de talleres, dividido en 8 sesiones con las actividades correspondientes.

CAPÍTULO I ENVEJECIMIENTO

1.1. Conceptualización de envejecimiento

Cuando se escucha la palabra envejecimiento, el común de las personas trae a su mente imágenes de ancianos y se los relaciona con la palabra deterioro o algo que ya no es útil, muchas veces con un significado negativo; es por eso que hoy en día en la sociedad que vivimos el envejecimiento es considerado como algo vergonzoso, sin considerar que se trata de un evento natural por el que atraviesa el ser humano; pero hay quienes ven al envejecimiento como un suceso importante que llena de orgullo.

Históricamente los ancianos eran apreciados, admirados por la experiencia y sabiduría, mismos que eran dignos de respeto por parte de las personas jóvenes, por el contrario en la actualidad el criterio ha cambiado el anciano es visto como una molestia o una carga, son marginados por su limitada capacidad producto de su avanzada edad.

El envejecimiento puede ser definido desde varios términos como cambios físicos, cambios orgánicos y roles sociales, puesto que no existe un consenso sobre la naturaleza de este proceso.

Pues de este modo, se puede establecer un concepto propio de lo que llamamos envejecimiento. Biner y Bourliere (2006) definen el envejecimiento como “una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre los seres vivos.”¹

Pero apegándose a la afirmación que hace el Dr. Duarte médico general del Hospital Real San José de Guadalajara (2009), quien dice que el envejecimiento es un proceso natural, continuo e irreversible que sufre el ser

¹ Millán. J. (2006) Principios de geriatría y gerontología. (pp. 21). Madrid: MacGraw-Hill

humano², entonces el envejecimiento viene a ser parte del desarrollo evolutivo del mismo, que puede durar un periodo sumamente prolongado y que puede presentar distintas manifestaciones, adaptaciones al medio ambiente y vivencias.

1.2. Características

El envejecimiento como proceso evolutivo del ser humano, llega cuando sus facultades físicas e intelectuales empiezan a fallar, por tanto implica: cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales considerados como normales.

El envejecimiento del ser humano consta de características muy numerosas y diferentes para todos los adultos mayores. Debido a que existe el envejecimiento de tipo fisiológico, que se caracteriza por el paso del tiempo, que provocará cambios morfológicos y estructurales en todos los órganos y sistemas del organismo que varía en el tiempo según los individuos. Y hay un envejecimiento de tipo patogénico, que se caracteriza por alteraciones patológicas.

Entre las características principales del envejecimiento del adulto mayor encontramos:

1.2.1. Cambios morfofuncionales

Es un conjunto de cambios en el organismo del ser humano con relación al paso del tiempo, entre los que están según José Carlos Millán y col., (2006) los siguientes:

- a. Cambios en el aspecto físico: la persona va a adquirir un aspecto con relación a su edad, en la cual provocará una pérdida de estatura de alrededor 1cm cada diez años a partir de los 50 años, además se producirá un incremento de peso corporal que puede ser un causante de

² Romero. U. (2008) artículo electrónico

la poca actividad física y así mismo una pérdida de agua en el organismo.

- b. Cambios en el sistema nervioso: aquí se da una pérdida de neuronas, pérdida de capacidad de transmisión interneuronal debido a la disminución de neurotransmisores cerebrales.
- c. Cambios en el sistema cardiovascular: aquí se darán cambios en las arterias con un incremento de sustancias principalmente colesterol y alteración en la conducta del impulso eléctrico del corazón.
En cuanto al riñón se va a producir una disminución de la capacidad de depuración, debido a la depreciación del flujo sanguíneo, así mismo la vejiga pierde su reacción y en el hombre se dan molestias en la próstata como infecciones e incontinencia.
- d. Cambios en el aparato respiratorio, las capacidades pulmonares se ven afectadas, al momento de respirar, pues debido a alteraciones degenerativas de las estructuras muscoesqueléticas.
- e. Cambios endócrinos: en la mujer se da la menopausia, algunas hormonas se modifican, en el hombre las capacidades físicas y reproductivas se ven afectadas por causa de la disminución de la testosterona, lo que produce la andropausia.
- f. Cambios en el sistema muscoesquelético: pérdida de masa ósea en las mujeres, lo que perjudica a nivel de fuerza, resistencia y velocidad de acción.
- g. Cambios en la percepción sensorial: pérdida del gusto, disminución de sed, lo que tiende a una deshidratación severa.
- h. Cambios en la capacidad inmunitaria: pues ésta se ve afectada, en lo que tiene que ver con un incremento de agentes externos que atacan al individuo contrayendo enfermedades y virus.³

1.2.2. Cambios psicológicos

³ Millán. J. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Cap. 2 (pp. 39-40). Madrid: MacGraw-Hill

Según Isabel González y col. (2000) existen estudios donde afirman que el envejecimiento tiene efectos negativos sobre las funciones cognitivas, pero cabe decir que los efectos se dan de manera individual, no es general para todos los adultos mayores.

- a. Inteligencia: existen dos tipos de inteligencia, fluida y cristalizada. La primera en la adolescencia se desarrolla totalmente y luego empobrece constantemente; y la segunda se desarrolla hasta los 20 años y persiste, e incluso puede aumentar en la edad mayor.
- b. Memoria: se va deteriorando con la edad por el declive físico y mental, pero el cambio que se produce no es exagerado como muchas de las veces se piensa, es decir, que no necesariamente un adulto mayor como regla general pierde la memoria, en todo caso se da lo que se conoce como pérdida de memoria asociada a la edad, que consiste en problemas para aprender nueva información, falta de atención y problemas para recordar ciertas cosas, ésta se da en adultos mayores sanos que no se deben a ningún trastorno psicológico u orgánico.
- c. Lenguaje: mejora el vocabulario, pero afecta en la fluencia verbal.
- d. Atención: Cuando envejecemos nos distraemos con más facilidad en las tareas y más aun cuando las tareas son complejas, también depende de lo o estímulos que se presentan.
- e. Envejecimiento social: el rol social es uno de los campos más afectados que el adulto mayor experimenta, puesto que se da en un contexto de relaciones sociales, como lo es la familia, amigos y comunidad; por ejemplo, una de las etapas de la vida importante para muchas personas es la jubilación, donde se da un rol social importante que afecta de manera brusca, para unos es considerado como una expulsión o abandono y para otros como la libertad, pero la misma inactividad afecta en el proceso de envejecimiento, las personas entran en crisis en muchos de los casos. La viudez es otro ejemplo que puede generar un problema en el adulto mayor de igual manera, pero en estudios realizados por Lopata (1973) afirman que un 20% de personas

viudas se adaptan con facilidad a la nueva realidad, aunque esto significa un cambio radical en sus vidas.

- f. Principales enfermedades psicológicas: la depresión es la principal enfermedad, por el hecho de que las personas adultas mayores son las más vulnerables, por los cambios producidos por la edad avanzada como enfermedades, jubilación, viudez, estilo de vida, problemas socioeconómicos, entre otros.⁴

1.3. Bases biológicas del envejecimiento

La comprensión del envejecimiento biológico atraviesa por un sin número de teorías, puesto que no se sabe con exactitud el porqué del envejecimiento en los seres humanos.

Medvedey (1990) alega que existen diversas teorías acerca del envejecimiento.

Entre las teorías investigadas están:

- a. La teoría genética que se basa en la premisa de que las células están programadas automáticamente a morir.
- b. Teorías no genéticas, que afirman que con el paso del tiempo se dan cambios a nivel molecular y en sus elementos, mismos que alteran las funciones, por el deterioro de las células hasta llegar a su muerte. Otra teoría no genética, afirma que la acumulación de materias extrañas, en especial en aquellas células que no se dividen, como las neuronas y las células del músculo cardíaco y esquelético, esto afectará a las funciones celulares.
- c. Teorías orgánicas y sistémicas que se basan en que varios sistemas y aparatos del organismo, con el pasar del tiempo, presentan cambios que alteran su funcionamiento causando la disminución del sistema inmune del ser humano, haciendo propenso al individuo a captar enfermedades e infecciones.

⁴ Millán. J. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Cap. 4. (Pág.113-136). Madrid: MacGraw-Hill

- d. Teoría del desgaste: se basa en la debilitación de las células debido a las causas externas y causas internas, hay factores que influyen en el proceso de envejecimiento: ejercicio, alimentación, actividad a lo largo de la vida, hábitos.
- e. Las células y los tejidos deben tener los nutrientes y el oxígeno necesario para su funcionamiento, puesto que la alimentación, el estrés, tabaco, alcohol, drogas y otros que ayudan a un desgaste de las neuronas.⁵

1.4. Cambios neuronales en la edad avanzada

El envejecimiento del sistema nervioso central tiene como indicador el deterioro intelectual y amnésico. Los cambios en el tejido nervioso vinculados con la edad resultan en muerte y atrofia neuronal, acumulación de lipofucsina y en hiperactividad astrocitaria; también se produce aumento de sustancia amiloide perivascular y aparición de ovillos neurofibrilares en ciertas zonas.⁶

Los cambios neuronales en el envejecimiento todavía siguen siendo un tema de investigación hasta la fecha, es por eso que muchos se han dirigido a enfermedades neurológicas dependientes de la edad y sus mecanismos neuronales para explicarse esta interrogante.

Entre los estudios que se han hecho se ha llegado a dos conclusiones, la primera es que no existe con exactitud la probabilidad de que los sistemas de neurotransmisión afecten más en el envejecimiento y la otra conclusión se basa en la importancia de la oxidación de moléculas biológicas en el proceso de envejecimiento.⁷

⁵ Millán. J. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Cap2. (Pág.23-28). Madrid: MacGraw-Hill

⁶ Zona Médica (2006). Envejecimiento: Envejecimiento Normal. Extraído el 20 de Mayo del 2010, desde: <http://zonamedica.com/neurologia/envejecimiento-envejecimiento-normal/>

⁷ Coria. F. (2002) Patología clínica y molecular del envejecimiento celular del envejecimiento cerebral. (Pág. 12-13)

En conclusión el envejecimiento, se ha definido como una serie de cambios, que afecta en las capacidades del ser humano, por ser un proceso natural e irreversible, este se caracteriza por la disminución de sus facultades físicas e intelectuales por lo tanto esto implica cambios celulares, orgánicos y funcionales.

En cuanto a las bases biológicas del envejecimiento se ha hablado mucho, existen un sin número de teorías alrededor del tema, como genéticas, no genéticas, de desgaste, entre otras, todas llegan a la conclusión de que existe un deterioro celular lo cual provocaría el envejecimiento.

Los cambios neuronales de la edad avanzada, siguen siendo tema de estudio, pero se dice que existen cambios en el tejido nervioso que afectan al cerebro, y reduce sus capacidades, también por otra parte se habla de una mala oxidación de moléculas biológicas, lo que da pie a un envejecimiento del cerebro.

1.5. Enfermedad mental y Envejecimiento

1.5.1. Demencia

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) la población de la tercera edad ha ido en aumento en los últimos años, alcanzando un 9% del total de la población Ecuatoriana. A la vez, se percibe la prevalencia de enfermedades particulares que tienen que ver con la edad.

La causa más importante actualmente de incapacidad en personas de la tercera edad, es decir a partir de los 65 años, es la demencia. Lo que significa, carencia de capacidad para seguir adquiriendo conocimientos nuevos, disminución de memoria, problemas de orientación, cambios en el carácter, en fin es un deterioro global de la capacidad mental del ser humano.

La demencia es una enfermedad que impacta tanto a quien la padece como a los familiares directos, en el ámbito emocional y en el ámbito económico, ya que en Ecuador no existen programas dirigidos hacia el manejo y prevención de la demencia, y la mayoría de entidades que brindan servicios a adultos mayores son privadas y, no todos tienen acceso a ellas.

1.5.2. Definición

El término demencia deriva del latín "de" (privativo) y "mens" (mente, juicio). Secundino López-Pousa (2002) define la demencia como un conjunto de síntomas y signos, es decir, un síndrome causado por una causa orgánica.

Otros autores afirman que su origen es multicausal, y que afecta en el deterioro de las funciones mentales superiores, en especial la memoria, lo que provoca incapacidad funcional en el contexto que se desenvuelve el adulto mayor.

Cabe decir que el estado de conciencia se conserva, pero la demencia aumenta progresivamente, y es irreversible en la mayoría de los casos, reduciendo la independencia total del sujeto.

Según Marcela I. Feria (2005), especialista en gerontología y tanatología, la "demencia se caracteriza por olvidos pequeños y sin importancia, intranquilidad y/o apatía, inconsistencias en las actividades diarias, conductas y frases repetitivas".⁸

La demencia impide captar nuevos aprendizajes, también existe un deterioro del lenguaje; problemas para pronunciar palabras, o nombrar objetos, deterioro en el área motora; incapacidad para vestirse, comer solo; problemas de orientación, olvidan el lugar donde están, el día y la hora; cambios en el carácter; a menudo se muestran agresivos y ansiosos; confusión en la identificación de personas cercanas como a familiares, entre otros.

Las alteraciones que se dan pueden ir agravándose progresivamente, incluso apareciendo otras, creando dependencia total en el cuidador primario, afectando así su vida cotidiana.

La prevalencia de la demencia actualmente es muy difícil de determinar en nuestro país, puesto que no existen estudios acerca de esta, es así que no existen datos estadísticos, para saber el porcentaje de adultos mayores que

⁸ Feria. M. (2005) Alzheimer: una experiencia humana. (pp. 6). México D.F: Pax México.

padezcan demencia de algún tipo. Es importante mencionar que la demencia es un problema de salud pública, pues ésta se relaciona con el envejecimiento, fenómeno que actualmente en Ecuador ocupa un 9% de la población del país, según el INEC.

- a. La demencia posee algunos factores predisponentes según Javier de la Fuente Rocha y colb., (2007) en su obra la demencia que a continuación se mencionan: Sexo: el riesgo recae más en la mujer que en el varón, se presume que es por causas hormonales.
- b. Antecedentes familiares: pues aquí el riesgo se duplica, si existen familiares afectados con la demencia.
- c. Edad: las personas que bordean los 60 y 65, es decir, la tercera edad están predispuestos a ser afectados.
- d. Factores genéticos: el cromosoma 19 es el afectado, puesto que posee uno o dos alelos e4 en el gen de la APOE. Lo que induce a un posible desarrollo de la demencia en un 50%.
- e. Educación: un pobre desarrollo intelectual o una escolaridad muy baja lo que no permite conexiones neuronales y lo que genera un posible desarrollo de demencia.
- f. Traumatismo cerebral: es un factor predisponente para la demencia.
- g. Hipertensión: se relacionan estrechamente con la demencia.
- h. Raza: existe mayor prevalencia en la raza blanca.

Estos factores predisponentes mencionados, juegan un papel importante, puesto que estos determinan de alguna forma el futuro de la persona, es decir a nivel de la salud, lo que permite que las personas planifiquen su estilo de vida, y en lo posible lo restablezcan de un modo mejor, con el fin de prevenir esta enfermedad.

1.6. Clasificación de las demencias

Los criterios alrededor de las demencias son muchos, para la presente investigación se han considerado las demencias en 4 grupos, de acuerdo a las partes del cerebro más afectados y su importancia.

Entre ellas están:

- a. Demencia de tipo Alzheimer
- b. Demencia vascular
- c. Demencias corticales y subcorticales
- d. Otras demencias

1.6.1. Demencia tipo Alzheimer

La demencia de tipo Alzheimer, hoy por hoy se la considera como la demencia más frecuente y, la primera causa de muerte en las personas adultas mayores. Esta se caracteriza por afectar directamente al cerebro de manera progresiva y degenerativa, afecta el pensamiento, la conducta y sobre todo la memoria.

Y como síntomas frecuentes de ésta demencia están: la desorientación de lugar, tiempo y espacio, dificultad para recordar situaciones recientes, dificultad para realizar actividades cotidianas, repetición de frases, palabras y preguntas, problemas en aprender conocimientos nuevos, alucinaciones, agresividad, conducta inapropiada, entre otras; que a medida que pasa el tiempo la enfermedad avanza y los síntomas son cada vez más graves, determinantes y difíciles de sobrellevar.

La edad es el principal factor de riesgo para que esta enfermedad ocurra, puesto que afecta a personas de aproximadamente 65 años de edad, pero es importante mencionar que existen más factores de riesgo, que predisponen al sujeto a contraer la demencia como son:

- a. Antecedentes familiares: en los que algún miembro hubiera padecido enfermedad de Alzheimer
- b. Enfermedades cardiovasculares
- c. Traumatismo craneoencefálico: factor importante en el desarrollo de demencia tipo Alzheimer
- d. Abuso de alcohol y tabaquismo: determina un deterioro de las funciones superiores.
- e. Deterioro cognitivo: por baja escolaridad

f. Diabetes

La causa de la demencia tipo Alzheimer aún no es clara, pero sin embargo se habla de hechos concretos que se relacionan con esta, y son los que llamamos factores de riesgo, que predisponen a la persona a adquirir esta enfermedad; y que se han mencionado anteriormente.

En cuanto al tratamiento, no existe uno que cure definitivamente, pues es una demencia irreversible y progresiva, existen algunos criterios acerca de un tratamiento que pueda enlentecer los síntomas de la demencia, y así mejorar la calidad de vida del adulto mayor y se refiere a psicofármacos que mejoran el funcionamiento cognitivo y que afecta al neurotransmisor conocido como acetilcolina, también se utiliza terapia hormonal y antioxidantes que pueden retardar la progresión de la enfermedad o sus síntomas.

En la actualidad existen medicamentos que están bajo investigación, que en un futuro, cuando se haya comprobado su efectividad, seguramente lanzaran al mercado para el consumo de personas afectadas por esta demencia.

1.6.2. Demencia vascular

Según el Instituto Nacional de Neurología Cognitiva de Buenos Aires, la demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia y la define como un accidente cerebral, esta ocurre cuando el flujo sanguíneo del cerebro es bloqueado por un coágulo en una arteria, lo que produce muerte de neuronas por falta de oxígeno y da paso a un accidente cerebro vascular que como consecuencia de esto la persona presenta síntomas de demencia, parálisis en una lado del cuerpo, problemas en el habla y coordinación y movimiento⁹.

⁹ INECO. Demencia Vascular. Extraído el 15 de junio del 2010, desde: <http://www.neurologiacognitiva.org/clinica.php?clinica=9>

Existen factores de riesgo que predisponen a la persona a que ocurra una demencia vascular y entre ellos están: antecedentes familiares con problemas del corazón, colesterol alto, exceso de peso, diabetes, entre otros. La calidad de vida, hábitos y alimentación, son factores importantes que tienen que ver en la ocurrencia de una demencia vascular.

La demencia vascular presenta diversos tipos como:

- a. Demencia multi- infarto, se caracteriza por presentar pequeños accidentes cerebro-vasculares casi imperceptibles que pueden provocar mareos, debilitamiento entre otros; dejando daños crónicos, como la demencia.
- b. Enfermedad de Binswanger, es causada por daño en los vasos sanguíneos de la sustancia blanca, es la consecuencia de tener la presión alta.

1.6.3. Demencias corticales y subcorticales

Luís Fernando Pascual Millán (2002) en el libro Enfermedades de Alzheimer y otras demencias, afirma que la demencia cortical se caracteriza por la afectación de funciones que dependen del procesado neocortical asociativo, es decir afectaciones localizadas en la corteza cerebral y que deterioran las funciones del lóbulo frontal; entre estas se encuentran, problemas en la orientación, memoria, inatención, alteración del lenguaje, alteración conductual, trastornos motores, problemas de lenguaje, entre otras.

Las patologías representativas de este tipo de demencia son: la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick.

- Enfermedad de Pick: de origen aún desconocido, pero se dice hipotéticamente que su causa es la acumulación de zinc en el cerebro. Esta enfermedad afecta áreas cerebrales, como a los lóbulos temporales, que como consecuencia existe un déficit en el área de comprensión, creación de lenguaje verbal, reconocimiento de olores y sonidos; y en el lóbulo frontal, afectando el área de creación del pensamiento abstracto, indiferencia e inestabilidad emocional.

La demencia subcortical, afectan en el área del tálamo, sustancia blanca, núcleos del tronco y cerebelo; ésta se caracteriza por presentar un cuadro de bradipsiquia, apatía, trastornos motores, la alteración de la memoria es más tardía y menos grave.

Las enfermedades más características de esta demencia son:

- Enfermedad de Huntington: es una enfermedad hereditaria, afecta en el sistema motor, se presenta en los años primeros y medios de la edad adulta y se caracteriza por presentar sacudidas en primera instancia y por ser una enfermedad degenerativa; las sacudidas se vuelven violentas hasta desarrollar una incapacidad. La demencia que ocurre como síntoma de esta enfermedad va acompañada de depresión, ansiedad, irritabilidad, entre otras.
- Enfermedad de Parkinson: tiene un origen desconocido, y se caracteriza por la pérdida de células nerviosas en la sustancia gris. Sus síntomas son, temblor y rigidez, lentitud en los movimientos, lenguaje y pensamiento y demencia aumentando su gravedad cuando la enfermedad de Parkinson está muy avanzada.

1.6.4. Otras demencias

- Demencias axiales, éstas se caracterizan por afectación en el lóbulo temporal, hipocampo e hipotálamo, mismos que se encargan de las funciones de la memoria y el aprendizaje en las que se ven afectadas, al igual que presentan problemas motores como temblores, descoordinación en los movimientos. La enfermedad que representa a esta demencia es la enfermedad de Wernicke-Korsakoff, que se presenta por lo general en personas alcohólicas, con afectaciones en la memoria reciente y en el aprendizaje, pueden presentar alucinaciones y temblores.
- Demencia global: se caracterizan por presentar déficit combinados, tanto de las demencias corticales, subcorticales y vasculares. La demencia global se presenta en la enfermedad de Alzheimer en etapa final.

1.6.5. Enfermedades que se pueden confundir con la demencia

1.6.5.1. Depresión

Según Pedro Álvarez autor del artículo ¿Depresión o Demencia?, No Confundir¹⁰, afirma que la depresión y la demencia se pueden confundir, pues estas comparten síntomas similares, y hace diferencias bien marcadas, en donde asegura que las personas que padecen depresión se aquejan de pérdida de memoria y las personas que padecen de demencia, no les dan importancia a la falta de memoria. Es decir, la depresión, no es una demencia, dado que esta no afecta las funciones superiores del adulto mayor, sino afecta en el estado de ánimo, en el apetito, irritabilidad, entre otros; a diferencia de la demencia que afecta en forma global a la persona, hasta el punto de llegar a depender de la otra persona debido a su incapacidad.

1.6.5.2. Epilepsia

Según Caramelli P y Martins Castro LH (2005) en su artículo demencia asociada con la epilepsia asegura que debido a las convulsiones causadas por anomalías neurobiológicas, la demencia aparece como síntoma de la epilepsia, entonces se llega a la conclusión de que esta es la responsable de la aparición de deterioro cognitivo, en especial de la memoria episódica.

Y en otros casos los psicofármacos como los barbitúricos y las benzodiazepinas, pueden ser responsables del deterioro cognitivo y déficit de memoria. Lo que nos lleva a pensar, que las convulsiones y algunos psicofármacos son las causantes de la demencia, pero vista como un síntoma de la epilepsia.

¹⁰ Álvarez, P. ¿Depresión o Demencia?, No Confundir. Saludymedicinas.com.mx. Extraído 29 de Junio del 2010, desde: <http://www.saludymedicinas.com.mx/articulos/528/depresion-o-demencia-no-confundir/1>

1.6.5.3. Síndrome de Down.

El síndrome de Down al igual que las enfermedades anteriores presenta como síntoma la demencia, y la más común es la de tipo Alzheimer, que aparece alrededor de los 40 años de edad.

La existencia de una asociación entre síndrome de Down y enfermedad de Alzheimer se observó, por primera vez, en 1948, aunque la naturaleza de este vínculo no se determinó hasta los años setenta y ochenta, cuando aumentó el número de estudios sobre este cuadro. El síndrome de Down está causado por un exceso de material genético en el cromosoma 21. Este material genético incluye el gen APP, responsable de la síntesis de la preproteína amiloide, a partir de la cual se sintetiza la proteína β -amiloide que es uno de los factores clave en la producción de los cambios neurodegenerativos propios de la enfermedad de Alzheimer.¹¹

1.6.5.4. Enfermedad del VIH SIDA

Se cree que el virus de inmunodeficiencia humana VIH infecta al cerebro causando una demencia, dañando a las células nerviosas del cerebro, aun esta premisa no es esclarecida con exactitud, puesto que es una hipótesis, pero aparece a casi el 80% de personas con sida, y en la etapa final antes de morir, pero, al igual que las otras enfermedades, la demencia aparece como un síntoma más del VIH sida.

En conclusión, la demencia, es la causa principal de incapacidad hoy en día, y está definida como un síndrome de origen multicusal, que va progresando de manera degenerativa y que en la mayoría de los caso son irreversibles, ésta afecta en el deterioro de las funciones mentales superiores,

¹¹ Fundación Down 21 (2010) Extraído el 25 de junio de 2010, desde: http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=464%3Asalud-mental&catid=81%3Aproblemas-de-salud&Itemid=2071&limitstart=10

principalmente la memoria y debe ser bien diferenciada de otras entidades patológicas.

CAPÍTULO II ALZHEIMER

Alois Alzheimer, médico alemán, fue quien descubrió la enfermedad neurodegenerativa del Alzheimer en el año 1906, con el caso de una mujer de 51 años de edad, que presentaba síntomas, como: pérdida progresiva de memoria, trastornos de delirio celotípico, desorientación, afasia, apraxia, agnosia e incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, hasta llegar a su muerte. Su cerebro fue donado a Alois Alzheimer y después de largos estudios, esta enfermedad fue llamada como enfermedad de Alzheimer (EA) y en 1910 se utilizó por primera vez en el manual de psiquiatría.

En una primera instancia, la enfermedad de Alzheimer fue considerada y tomada en cuenta muy poco por su baja frecuencia, es decir, no le dieron mayor importancia, pero en los últimos años, dado el incremento de la esperanza de vida y por ende el envejecimiento de la población, ha ido aumentando su frecuencia y se han realizado varios estudios.

2.1. Conceptualización del Alzheimer

Secundino López Pousa (2002) define a la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad neurológica, pues esta se caracteriza por la pérdida irreversible de las neuronas, llevándola así a desarrollar una demencia progresiva, que se identifica por un deterioro cognitivo funcional, modificaciones en el estado de ánimo y alteraciones psicóticas y de la conducta.

La enfermedad del Alzheimer afecta a las personas de la tercera edad y muy raramente afecta a personas entre 40 y 50 años de edad. El Alzheimer como se ha mencionado antes, es una demencia progresiva, por lo tanto es una causa de incapacidad en el adulto mayor, y afecta de manera general en el

entorno familiar, y más aun al cuidador primario, puesto que el enfermo de Alzheimer va perdiendo sus habilidades para realizar actividades de la vida diaria.

Según la Clasificación de trastornos mentales CIE 10 define a la enfermedad de Alzheimer como:

Una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores (...)¹²

La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Y según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, se define a la enfermedad del Alzheimer como:

Demencia tipo Alzheimer

A. la presencia de los múltiples déficit cognoscitivos, se manifiesta por:

¹² DSM-IV-TR. (pp. 230-233) :Barcelona: Masson

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información aprendida previamente)
 2. Una (o más) de las alteraciones cognoscitivas:
 - (a) Afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) Alteración de la ejecución (p.ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de la actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
- D. Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, Hematoma Subdural, Hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 3. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 4. Enfermedades inducidas por sustancias.
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

2.2. Etiología (causa)

Los estudios acerca del origen o causa de la enfermedad de Alzheimer, han sido muchos, pero los resultados no han sido buenos, puesto que todavía no existe una causa exacta que la produce. Los estudios que se han realizado hasta ahora coinciden, al afirmar que pueden existir varias causas que produzcan la enfermedad.

Marcela I. Feria (2005), al igual que otros investigadores como Vicente Fernández Merino (2000), hablan de hechos concretos que se relacionan con la posibilidad de predisponer a las personas y contraer esta enfermedad y es lo que ellos llaman factores de riesgo y mencionan algunos en sus obras.

Existen factores de riesgos que al parecer están confirmados, pero existen otros que se los consideran como probables, lo que nos lleva a pensar que existen contradicciones, pues es aún incierta la etiología de la enfermedad de Alzheimer.

Entre los factores de riesgo más nombrados están:

- a. Edad: el envejecimiento presenta un riesgo importante para contraer la enfermedad.
- b. Antecedentes familiares: si existen un factor hereditario, el riesgo es más grande.
- c. Factores genéticos: el cromosoma 19 es el afectado, puesto que posee uno o dos alelos e4 en el gen de la APOE. Lo que induce a un posible desarrollo de la demencia en un 50%.
- d. Educación: el bajo desarrollo intelectual no permite conexiones neuronales y se cae en el riesgo de contraer la enfermedad.
- e. Síndrome de Down: las personas que lo padecen, desarrollan las mismas placas seniles que los enfermos de Alzheimer.
- f. Traumatismo cerebral: es un factor predisponente para la demencia.
- g. Enfermedades cardiovasculares
- h. Factores externos: exposición a sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, aluminio, o un estilo de vida estresante; entre otros

2.3. Características Clínicas

En la enfermedad de Alzheimer se presentan un sin número de manifestaciones clínicas, está claro, que por ser una enfermedad progresiva, los síntomas, van apareciendo y arraigándose mucho más a medida que la enfermedad avanza.

Las características clínicas que se presentan son de diferentes tipos, como de tipo cognoscitivo, motor, y conductual.

2.3.1. Características cognoscitivas.

Según Alberca.R. y Lopez. S. (2002), la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por presentar un sin número de características cognoscitivas que son: pérdida de memoria o amnesia, alteración del lenguaje (afasia/disfasia) y desorientación.¹³

2.3.1.1. Pérdida de memoria o Amnesia

El síntoma inicial de la enfermedad de Alzheimer suele ser la pérdida de memoria, lo que significa una afectación a nivel del hipocampo. La amnesia o falta de memoria, dificultad aprender y retener, entonces así, el enfermo pregunta frecuentemente lo mismo, como datos recientes que se habían mencionado, y lo recuerdos de hechos pasados, están intactos

Esta pérdida de memoria, muchas de las veces no permite reconocer a los familiares o el olvido de realizar actividades normales que antes las realizaba como: manipulación de objetos, dificultad para hacer compras, para conducir el auto, entre otros.

¹³ Alberca. y Lopez. S. (2002). Enfermedades de Alzheimer y otras demencias. Cap. 17 (pp. 236-241). Madrid: Medica Panamericana.

2.3.1.2. Alteración del lenguaje (afasia/disfasia)

La dificultad para entender y pronunciar palabras, esto se ve afectado en el área del lóbulo temporal.

En esta área el adulto mayor tiene dificultad para comprender lecturas algo complejas, dificultad para reconocer el nombre de objetos de uso diario, y pierde el hilo de la conversación con facilidad.

A medida que la enfermedad avanza se va agravando, pues el lenguaje cada vez se hace más carente hasta llegar a repeticiones de frases simples y cortas; también se puede presentar, balbuceos, sonidos, sin sentido y hasta llegar al mutismo

Es importante aclarar que esto no es una regla general para todos quienes padecen Alzheimer, es decir, que otros pueden mantener su lenguaje muy fluente.

2.3.1.3. Desorientación

La orientación en los enfermos de Alzheimer, se ve afectada con la hipofunción del giro cingulado posterior.

El adulto mayor que padece Alzheimer presenta problemas de orientación tanto en tiempo y espacio, pues estos, olvidan lugares conocidos, el día en el que viven, la hora y son incapaces de aprender rutas nuevas, pues estos desconocen muchas de las veces hasta su propia casa.

Esto desencadena fallos en su juicio crítico, y pensamiento abstractos, se les imposibilita hacer mas de dos cosas a la vez, su estado de ánimo y comportamiento es muy vulnerable. Incluso presentan problemas para reconocer los rostros de sus familiares.

2.3.2. Características físicas o motoras

Alberca. R. y López. S. (2002) el Alzheimer presenta de igual manera características físicas o motoras como apraxias y neurológicas que se explican a continuación¹⁴ :

2.3.2.1. Apraxia (dispraxia)

La apraxia aparece como síntoma del Alzheimer, pues esta afecta en el lóbulo parietal, y se caracteriza déficit en la capacidad para realizar actividades o movimientos anteriormente aprendidos, sin importar que sus extremidades sentidos y músculos estén intactos.

La apraxia ideatoria e ideomotora son los dos tipos de apraxia que se empeoran en la enfermedad de Alzheimer. La primera se refiere a que la persona no puede realizar una actividad en orden apropiado, como hacer una cama, primero van las sábanas y luego las cobijas, ellos lo hacen al contrario. La segunda apraxia se refiere a que la persona no puede realizar una tarea aprendida con cierto objeto, por ejemplo, el cepillo de dientes se lo utiliza para lavar los dientes, el enfermo de Alzheimer, lo puede utilizar para peinarse o para escribir.

La dispraxia afecta enormemente la vida diaria del adulto mayor de sus familiares, no se pueden desenvolver solos en la cocina, limpieza y trabajo doméstico en general, pues estas tareas necesitan habilidades motoras funcionales para realizarlas.

Lo que muchos autores afirman es que las dificultades que se presentan a nivel motor se deben, principalmente, a las afecciones dispráxicas y no al déficit mnésico.

¹⁴ Alberca.R. y Lopez. S. (2002). Enfermedades de Alzheimer y otras demencias. Cap. 17 (pp. 241-243). Madrid: Medica Panamericana.

2.3.2.2. Neurológicos

La marcha, el equilibrio, convulsiones y espasmos son los síntomas más frecuentes en el Alzheimer, aquí el enfermo no puede controlarlo, y se le dificulta sobre manera realizar movimientos correctos, y al igual que la enfermedad avanza, estos síntomas empeoran, a pesar de que sus extremidades no presentan ningún problema y esto puede desencadenar un problema de incontinencia urinaria, ya sea por la inmovilidad o la desorientación del espacio que le impide recordar el lugar donde queda el baño, y así un sin número de cambios físicos generales, en lo que tiene que ver: postura encorvada, pérdida de peso, imposibilidad para caminar y moverse.

2.3.3. Características conductuales

Los cambios conductuales o comportamentales que se dan en los adultos mayores que padecen la enfermedad Alzheimer son muy variables, los autores de la obra Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer (2004), nombran algunos entre los que están¹⁵:

2.3.3.1. Apatía

La apatía muchas de las veces es confundida con depresión, pero en la realidad no es así, la apatía es típica de la demencia de Alzheimer, en donde el adulto mayor, es indiferente a cualquier actividad que haga, pues no le causa interés, ni emociones, inicialmente es percibida como algo pasajero, pero a medida que la enfermedad avanza, esta se va acentuando, en donde el paciente es incapaz de prestarle interés a una actividad, que incluso puede resultar hasta divertida.

¹⁵ Cenproex. (2004). Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. Cap. 7 (pp. 61-68). Sevilla: Mad, SL.

2.3.3.2. Hiperactividad

La ansiedad o agitación es lo más frecuente que se presenta en el Alzheimer, por ende es de tipo psicomotriz, la persona aquí tiene movimientos sin sentido, se muestran nerviosos, caminan con rapidez de un lado a otro y se les dificulta permanecer sentados.

2.3.3.3. Agresividad

Este es un causante de problemas para el cuidador primario, aquí es necesario la utilización de psicofármacos. Los enfermos de Alzheimer presentan conductas agresivas, peligrosas, estas pueden ser agresiones verbales (insultos) y agresiones físicas (golpes empujones, patada). Estudios realizados afirman que los hombres son más propensos a mostrar agresividad, y a medida que se empeora el deterioro cognitivo, la agresividad va aumentando.

2.3.3.4. Sueño

Por el hecho de la desorientación que se presenta en esta demencia, la confusión del día y la noche también puede afectar al enfermo de Alzheimer, presentando trastornos de sueño, lo que lleva a la deambulación nocturna por toda la casa, pues esto se puede combatir con la administración de fármacos que ayuden a la reconciliación del sueño, siendo esto necesario para que el adulto mayor tenga un buen descanso.

2.3.3.5. Alimentación

Los atracones o rechazo de comida pueden darse en el Alzheimer, las dos son problemáticas y pueden afectar la salud.

Una buena alimentación es necesaria para el enfermo de Alzheimer, pues este necesita de fibra, calcio, hierro, vitaminas y líquidos, para su buen funcionamiento, ya que poco a poco irá necesitando ayuda para la utilización de los cubiertos, y la alimentación.

2.3.3.6. El comportamiento repetitivo

El adulto mayor, por presentar dificultad para recordar, adopta un comportamiento repetitivo, es decir, que hará la misma pregunta frecuentemente, o querrá ir al baño o a un lugar a cada momento, éste olvida que ya contestaron a su pregunta o que ya fue al baño o que ya hizo lo que tenía que hacer.

2.3.3.7. El Apego

La persona con Alzheimer, se siente insegura, por el hecho de darse cuenta que algo está fallando en él, entonces este querrá mantenerse lo más cerca a un familiar, este puede ser su esposa o el cuidador primario.

2.3.3.8. Esconder objetos

Los enfermos de Alzheimer, tienden a guardar cosas en lugares muy recónditos, que se les hace difícil recordarlo luego, esto puede desencadenar en una desconfianza en los que le rodean, ellos pensarán que le están robando.

2.3.3.9. El Deambular

La persona con Alzheimer, por causa de la desorientación, puede deambular por la casa o incluso salir a la calle, con el peligro de perderse. Lo que puede convertirse en un problema para los cuidadores y tendrán que poner especial cuidado en la seguridad de su familiar.

2.3.3.10. Cambios de personalidad

Las personas de edad adulta adoptan diferentes cambios de personalidad, la desconfianza se apropia de ellos, haciendo que se alejen de las personas, convirtiéndose en huraños o celosos de los demás.

2.3.3.11. Las falsas ideas y alucinaciones

Debido a los cambios complicados que se dan en el cerebro de una persona que padece Alzheimer, pueden ver o escuchar cosas que no son reales, es decir, experimentan alucinaciones o delirios constantes, que predispone a la persona a vivir con frecuencia angustiados.

2.3.3.12. El comportamiento sexual inapropiado

La persona con Alzheimer puede desnudarse en público, toparse sus partes íntimas sin ningún pudor, lo que puede ocasionar incomodidad a su cuidador, puesto que lo hace en presencia de otra gente.

2.3.3.13. La violencia y la agresión

El cambio de humor y las emociones en las personas con Alzheimer están en constante cambio, unas veces se mostraran enojadas y violentas, se les dificulta expresar sus sentimientos y entender las acciones de los otros, por tanto ellos lo tomaran de manera negativa.

2.3.3.14. La depresión y la ansiedad

Depresión, sentimientos de tristeza e infelicidad se presentan en el Alzheimer aquí el que la padece experimenta estos sentimientos y entorpece sus actividades, mostrando indiferencia, afectando a su rutina diaria.

2.4. Diagnóstico y Tipos

Actualmente, el Alzheimer se lo puede diagnosticar con certeza con una autopsia, esto significaría que el adulto mayor solo después de la muerte, sabría si la enfermedad que tuvo, fue Alzheimer, lo cual es imposible.

Es por eso que, mientras el paciente vive, el diagnóstico que el médico hace no es cien por ciento seguro, sino simplemente probable. Ahora, es importante pensar que detectar la enfermedad del Alzheimer en su fase temprana mejor; esto ayuda tanto al paciente como a su entorno a prepararse

para el futuro en cuanto a la enfermedad, síntomas y medidas de protección que se deben tomar en el hogar.

Para un diagnóstico acertado, los médicos utilizan instrumentos apropiados como:

- a. Anamnesis
- b. Test adecuados para medir el grado de funcionamiento de la memoria, atención, lenguaje, entre otros.
- c. Exámenes médicos físicos y de laboratorio.

Con el fin de descartar posibles demencias o enfermedades que se le parezcan y también para determinar el funcionamiento neurológico, físico y emocional del adulto mayor.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10) propone algunos criterios o pautas de diagnóstico para la enfermedad de Alzheimer como:

- a. Presencia de un cuadro demencial (...)
- b. Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
- c. Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral ó sistémica capaces de dar lugar a una demencia (...).
- d. Ausencia de un inicio apoplético súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).

En un cierto número de casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea imposible de diagnosticar en la práctica clínica.

Incluye: Demencia degenerativa de tipo Alzheimer.¹⁶

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares y la Asociación de Alzheimer han establecido criterios para el diagnóstico de Alzheimer, en los que se mencionan:

- a. Demencia confirmada mediante un examen clínico y neuropsicológico.
- b. Problemas en al menos dos áreas del funcionamiento mental.
- c. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otra función mental.
- d. Ningún trastorno de la conciencia (no existen períodos en blanco).
- e. Comienzo de los síntomas entre los 40 y los 90 años de edad.
- f. Ninguna otra enfermedad que pudiera incluir demencia.¹⁷

2.4.1. Tipos

El Nacional Institute of Neurological and Communicative Disorders diferencia y define tres tipos de enfermedad de Alzheimer y son¹⁸:

- a. Definitivo: se establece por la evidencia histopatológica a partir de la biopsia o en la autopsia.
- b. Probable: se caracteriza por una demencia establecida mediante cuestionarios, confirmada por valoraciones neuropsicológicas con déficit en áreas de la cognición, empeoramiento progresivo de la memoria, ausencia de las alteraciones de la conciencia, entre otros.
- c. Posible: se diagnostica según Cummings y Cotman 1995:
 1. Cuando el paciente muestra un síndrome demencial sin causa aparente pero se compara a la típica enfermedad de Alzheimer.

¹⁶ Psicomed.net. Cie 10 Pautas de diagnostico de la enfermedad de Alzheimer. Extraído desde: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F00.html

¹⁷ The National Institute on Aging (NIA) Nuevas técnicas para ayudar en el diagnóstico de Alzheimer. Extraído el 15 de julio del 2010 desde:

<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/LaEnfermedaddeAlzheimer/Parte2/T%C3%A9cnicas.htm>.

¹⁸ González, R. (2005) Enfermedad de Alzheimer Clínica, tratamiento y rehabilitación. (pp. 4). Barcelona: Mass Masson.

2. El paciente sufre un trastorno cerebral secundario o enfermedad sistémica suficiente para producir demencia, pero sin ser esta la causa de la demencia
3. El paciente muestra gradualmente un simple déficit con ausencia de otras causas identificables.

2.5. Tratamiento

La cura para el Alzheimer, es aun un tema de investigación, por ser una demencia progresiva y degenerativa, la cura para ésta todavía no existe.

Lo que podemos encontrar, son tratamientos efectivos que ayudan a retardar la evolución de los síntomas, desorientación y agitación, disminución del progreso de la enfermedad, manejo de comportamiento, apoyo a los miembros de la familia y mejoramiento en la calidad de vida del paciente.

2.5.1. Tratamiento farmacológico:

Según Marcela I feria (2005) uno de los tratamientos farmacológicos más efectivos son aquellos que ayudan a inhibir la colinesterasa, este es un químico que se encuentra en el cerebro y que bloquea la acción de la acetilcolina, estos ofrecen alivio sintomático, y funcionan en etapas leves y moderadas, con efectos colaterales, según el medicamento.

Estos fármacos actúan en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, en el área del pensamiento, memoria, apatía y en las alucinaciones, el efecto de estos fármacos, dura mientras existan neuronas que produzcan y recepten acetilcolina. La enfermedad avanza y los fármacos dejan de funcionar.

Otro fármaco que nombra Martha I feria (2005) que se ha utilizado en la enfermedad de Alzheimer y ha dado buenos resultados es la Memantina, desde hace 15 años ha sido prescrita en Alemania, y se dice que está diseñado para tratar el Alzheimer en etapas moderadas a severas, este fármaco protege los nervios del cerebro contra cantidades descomunales de glutamato, químico liberado por las células dañadas por la enfermedad de Alzheimer.

Este fármaco actúa bloqueando parcialmente uno de los receptores del glutamato, proporcionando mejoría en la función cognitiva, en las capacidades funcionales y reduce la dependencia del cuidado.

2.5.2. Suplementos y alternativas

La idea de tomar vitaminas y productos naturales, es evitar así posibles daños que sufren las células en el cerebro, desencadenando los síntomas típicos de la enfermedad de Alzheimer.

Entre los suplementos que Vicente Fernández (2000) nombra como efectivos esta:

1. Antioxidantes como la vitamina E y el ginkgo biloba, que retardan el daño celular.
2. Vitamina B, fortalece el sistema nervioso.
3. Estimulación física y neuropsicológica, mantienen las funciones activas y estimulan las funciones que están en proceso de deterioro.
4. Soporte médico y en el hogar: constantes chequeos médicos, en los sentidos y la dieta son de vital importancia para impedir complicaciones. Proporción de apoyo en el hogar, la empatía por ejemplo con el enfermo de Alzheimer, sin perder la paciencia simplifica un poco el trabajo.

En conclusión la enfermedad de Alzheimer, tiene una afectación a nivel cerebral, esta no es parte de un envejecimiento normal como se creía, su etiología aun es incierta, pero existen factores de riesgo que predispone a la persona desarrollar el Alzheimer. Esta se caracteriza por un deterioro en las funciones superiores pero en especial la función cognitivas.

Existen ciertos criterios para su diagnóstico, pues cabe decir que solo con una autopsia se podría llegar a un diagnóstico mucho más eficaz. En cuanto al tratamiento para una cura de la enfermedad, todavía no existe, pero se dispone de fármacos que ayudan a enlentecer los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

2.6. Fases del Alzheimer.

El cerebro es el motor que dirige las funciones del cuerpo del ser humano, es por eso que cuando este empieza a fallar debido a la muerte de las neuronas se atrofia, desarrollando un deterioro en las funciones cognitivas, físicas y conductuales.

2.6.1. Fase Inicial

La enfermedad de Alzheimer atraviesa fases progresivas hasta llegar a la muerte.

La fase Inicial, muchas de las veces es complicada detectarla puesto que los síntomas son tomados por los familiares en primera instancia como algo sin importancia.

Esta fase se caracteriza por fallos en las funciones cognitivas como:

- La memoria, olvidan datos como citas,
- Fallos ocasionales en la orientación espacial,
- Dificultada para recordar una palabra.

Alteraciones conductuales como:

- Alteraciones en el estado del ánimo
- Dificultad para desarrollar su trabajo

2.6.2. Fase intermedia

En esta fase los síntomas son moderadamente graves, tanto que ya existe una demanda de cuidado.

Esta se caracteriza por fallos en las funciones cognitivas como:

- La memoria de evocación está afectada de forma manifiesta. Repiten la misma pregunta con mucha frecuencia.
- Desorientación en tiempo y espacio es intensa, pregunta constantemente la hora y la fecha, y comienza a tener dificultades en lugares conocidos, y sale solo sitios cercanos.

- El lenguaje es pobre al igual que la escritura, más bien elemental.

Alteraciones conductuales como:

- Síntomas depresivas
- Ideas delirantes
- Rara vez con alucinaciones
- Ansiedad.
- Incapaz de conducir
- Fallos en la cocina, riesgos con el agua y fuego, no puede realizar compras.
- Escasa Rigidez en sus miembros, lentitud en su movilización.

2.6.3. Fase terminal

En esta fase el enfermo esta en un estado avanzado y terminal, es completamente dependiente para todas las tareas básicas de la vida, incluso es necesario que le den de comer, lo asean, que lo muevan.

Alteraciones cognitivas como:

- La memoria intensamente afectada, no recuerda ni sus datos personales, no reconoce a sus familiares.
- Desconoce el mes el año y el lugar en donde está.
- Emite algunas palabras o sonidos.

Alteraciones neurológicas:

- El síndrome de Parkinson suele ser evidente.
- Existe una rigidez total
- No controla esfínteres
- Se levanta y se sienta continuamente
- Pierde la capacidad de caminar.

Alteraciones conductuales:

- Las alteraciones de la percepción son evidentes y el comportamiento suele ser agitado
- Dificultad para aceptar ordenes y ayuda
- Se pierde en su propia casa

- Necesita ayuda para vestirse
- Agresividad
- Necesita cuidado todas las horas del día.

2.7. Enfermedad y familia

2.7.1. Conceptualización psicológica de la enfermedad

La enfermedad del Alzheimer, es percibida por la familia como una enfermedad que causa un desbalance y desequilibrio en la familia, afectando de manera determinante en sus relaciones, puesto que el familiar afectado, demanda cuidados pesados y la desinformación acerca del Alzheimer dificulta la aceptación de la misma.

2.7.2. Impacto de la enfermedad en la familia

Cuando el adulto mayor presenta cambios importantes en el contexto que se desenvuelve y su familia los percibe con facilidad, provocará miedo ante la enfermedad.

El impacto que sufre la familia, al principio es muy fuerte, la adaptación al cuidado, la comprensión de los cambios, la reorganización son causas de conflictos y por consiguiente lleva a la familia a un ajuste a su nueva vida.

El cuidado primario casi siempre, en un 85%, esta proporcionado por la familia según algunos investigadores como Marcela I Feria (2005).

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con Alzheimer, toda la familia se ve afectada, la vida personal del o los cuidadores se altera, el tiempo es casi inexistente y los demás familiares experimentan miedo y rechazo.

El enfermo de Alzheimer mucha de las veces ha asumido roles importantes en el contexto familiar y por la enfermedad deja sus roles de lado, demandando más cuidado a la familia, creándose nuevas y pesadas obligaciones. Este es el momento en que los problemas en la familia surgen.

La demanda de cuidado es el conflicto que con seguridad surge en todas las familias, se dificulta decidir quién es el que cuidará al enfermo y posiblemente el reconocimiento del esfuerzo que hace el cuidador, por parte de la familia, será escaso o ninguno. Por otra parte los gastos económicos será otro tema de conflicto.

Según Ángela María Peco (2005), autora de cursos especializados en la enfermedad de Alzheimer, La familia pasa por algunas etapas de adaptación a la situación de cuidado:

- a. La primera etapa se refiere a la negación de la enfermedad en su familiar, el miedo y la incertidumbre bloquea a la familia, tratando de “esconder” los síntomas que presenta, una forma de negar.
- b. La segunda etapa se refiere a la búsqueda de información y surgimiento de sentimientos negativos para afrontar la enfermedad; la familia o cuidador busca información acerca del Alzheimer. La frustración, la pérdida de control, ira, sentimientos negativos en general surgen de la pregunta que se hacen, el por qué les toca vivir una situación como esa a ellos. Los especialistas aconsejan que se tome conciencia de estos sentimientos y se hable de ellos con otra persona.
- c. La tercera etapa se refiere a una reorganización en todo el contexto en el que se desenvuelve el adulto mayor, este puede ser el hogar, con sistemas de seguridad, para evitar accidentes lamentables. En esta etapa el auto control y aceptación de la enfermedad está más afianzado y el Alzheimer puede ser más llevadero.
- d. La cuarta etapa se refiere a la resolución, etapa en la cual la familia y su cuidador sienten mayor seguridad frente a la enfermedad, son más capaces de enfrentar los cambios progresivos del enfermo de Alzheimer.

2.7.3. Alteraciones del ciclo evolutivo

La familia es concebida como un grupo celular dentro de la sociedad y tiene funciones bien establecidas que están en constante cambio según su contexto.

La teoría sistémica afirma que la familia es un sistema, con objetivos comunes y jerarquización entre los miembros, es de tipo abierto, es decir que intercambia información con su contexto y sus miembros utilizan la comunicación análoga o digital y pueden surgir dos fenómenos como: la homeostasis o morfogénesis

“Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución”.¹⁹

Según Haley (1981) la familia como sistema atraviesa una serie de fases normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío).

La transición de una fase a otra, puede dar paso a una crisis o conflicto familiar, la modificación por medio de una organización óptima de la estructura familiar ayuda a la superación de la crisis o conflicto.

El ciclo evolutivo de la familia típica según McGoldrick y Carter (Ochoa: 1995) consta de seis fases importantes que vive la familia a lo largo de la vida y estas son:

- a. Joven adulto independiente
- b. Matrimonio Pareja (recién conformada)
- c. Familia con hijos pequeños
- d. Familia con hijos adolescentes
- e. Salida de los hijos
- f. Familia en las últimas etapas de la vida

El paso de una fase a otra trae consigo cambios, lo que provocará crisis o conflictos inevitables entre los miembros de la familia y necesariamente la familia debe adaptarse y resolver sus conflictos.

Las familias con miembros diagnosticados Alzheimer, sufren una crisis grave debido al diagnóstico, puesto que esto significa una alteración en su ciclo

¹⁹ Minuchin, S; Fishman, Charles (1997). Técnicas de terapia familiar. (pp.) Barcelona. Paidós.

evolutivo que provocará grandes cambios distintos de las familias típicas, ya que la enfermedad de Alzheimer es sinónimo de discapacidad. Por lo general las últimas etapas del ciclo evolutivo como: salida de los hijos y familia en las últimas etapas de la vida, son aquellas que se verán afectadas, los patrones disfuncionales aparecen y las tareas se deberán redefinir y establecerlas.

El proceso emocional que afronta la familia con un miembro diagnosticado Alzheimer es asimilado con dificultad, por lo que tendrán necesariamente que adaptarse, resolver la crisis, redefinir las reglas y establecerlas.

Slaikeu (1984) señala que la mejor forma de solucionar las crisis es haciendo una “reorganización y reintegración del funcionamiento en el sentido que el suceso de crisis se integre dentro de la manufactura de la vida dejando a la persona abierta en vez de cerrada al futuro”.²⁰

Entonces la familia, deberá aceptar reorganizarse para actuar ante la nueva situación y prepararse al futuro que les espera con un diagnóstico como la enfermedad del Alzheimer, que implica mucha información para lograr un buen manejo de la misma.

En la afectación de las últimas etapas del ciclo evolutivo, después de un diagnóstico de Alzheimer en la familia, salen a relucir patrones disfuncionales como: dependencia económica y emocional de los hijos, mal distribución de responsabilidades, mitos o limitaciones propios del adulto mayor, desconocimiento y por ende miedo a la enfermedad, entre otras, que en primera instancia dificulta asimilar la realidad.

Las tareas que se debe realizar en las etapas afectadas, son de vital importancia para poder asumir la realidad y sobre todo manejarla para un mejoramiento en la calidad de vida tanto del adulto mayor afectado por el Alzheimer como la familia que hace el papel de cuidador, ya sea este hijos/as, esposa/o o nietos.

²⁰ Slaikeu, K. (1996). Intervenciones en crisis. (pp.). Ed. El manual moderno

Entre las tareas están: desarrollo de la relación adulto-adulto entre los padres y los hijos, aceptación de la discapacidad de su familiar, reorganización de responsabilidades o tareas entre los cuidadores, educación en lo que tiene que ver al Alzheimer, construcción de redes sociales de apoyo, soporte terapéutico y preparación para la muerte del familiar afectado con la enfermedad del Alzheimer.

2.7.4. Rediseño de roles familiares.

Cada miembro de la familia cumple con un rol o una función, esto equilibra el sistema familiar, permitiendo una comunicación con su núcleo.

Los roles familiares son asignados inconscientemente, están definidos por la cultura y por la familia, la función de los roles familiares, es mantener la estabilidad del sistema familiar.

En una familia que atraviesa la quinta fase de su ciclo vital, la salida de los hijos, sumado un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en uno de los padres, los roles que estaban establecidos en primera instancia, pueden cambiar por completo y es aquí donde se necesita de un rediseño de roles familiares.

El rediseño de nuevos roles puede ser una causa de conflicto, puesto que se presentan nuevas responsabilidades en los miembros de la familia. El informarse acerca de la enfermedad permitirá a los miembros de la familia crear nuevos roles que le ayudara a manejar la enfermedad, adaptarse y estabilizarse como familia.

Por lo general, los hijos son los que se harán cargo del cuidado del adulto mayor afectado por el Alzheimer y para ser más específicos las hijas son las que asumen el papel de cuidador primario.

Los hijos varones en su mayoría se hacen cargo del tema económico y legal que conlleva una enfermedad degenerativa como el Alzheimer. Las nueras y los nietos, son otro grupo de ayudantes para atender a una persona

con Alzheimer pero son poco los casos, puesto que las nueras por ser familiar político, es incomodo y los nietos muchas de las veces son adolescentes y van a necesitar un soporte extra para lidiar con la situación.

Los roles de los padres cambian, la edad no les permite seguir asumiendo las mismas funciones y peor aun si es afectado por la enfermedad de Alzheimer puesto que ésta afecta a sus capacidades en general, tanto así que necesitaran los mismos cuidados de un niño. El adulto mayor cónyuge de la persona afectada, asumirá un papel no solo de esposa/o y abuela/o, sino también de cuidador/a o enfermera/o. Los hijos e hijas del padre afectado, dejarán o sumarán a sus funciones o roles de madres/padres, esposos/as, a cuidadores primarios de su familiar, puesto que es una enfermedad que demanda cuidados especiales.

En algunos casos, los familiares de las personas diagnosticadas de Alzheimer acuden a servicios de enfermería o incluso la institucionalización del enfermo, es decir que el enfermo de Alzheimer pasa a ser parte de alguna institución que se especialice en ofrecer servicios de cuidado para personas adultas mayores.

Los roles se van rediseñando a medida que avanza la enfermedad, la flexibilidad del cuidador con el familiar es de vital importancia para que la relación mejore y puedan permanecer unidos.

2.7.5. El cuidador primario

El cuidador principal es aquel en el que recae todo el peso que se necesita para esta atención. El especialista Lluís Conde Sala (1993) en sus estudios asegura que el cuidador primario por lo general, en un 85%, suele tener vínculos afectivos de parentesco con la persona que padece Alzheimer, pues reside en ocasiones en la misma casa, y se dispone a brindar la atención que necesita el adulto mayor, el 20% de los cuidadores son hombres, y el 70% de los cuidadores primarios tiene dificultades para llevar una vida normal.

El cuidado de las personas que padecen Alzheimer, suele ser de 24 horas al día y esto desarrolla síntomas en el cuidador, como el estrés físico,

estado de ánimo bajo, las actividades y relaciones externas a la familia disminuyen, entre otros.

La situación de los cuidadores primarios puede ser diversa, ya sea cuidador primario soltero/a que cuida a su madre, cuidador primario casado/a con hijos que atiende a su cónyuge, cuidador primario con hijos pequeños que atiende a su madre o padre con Alzheimer y a eso se suma muchas veces el no disponer de medios económicos para contratar servicio de ayuda, lo que desencadena frustración en el cuidador primario.

Ahora es importante señalar que existen dos tipos de cuidadores, que son el cuidador familiar y cuidador profesional.

Passarell (1996) hace diferencia entre el cuidador familiar y el cuidador profesional, los dos experimentan situaciones similares con la diferencia que el cuidador profesional, tiene más experiencia y sabe cómo enfrentar ciertas situaciones.

Entre las diferencias que se mencionan están: el tiempo, el cuidador familiar no tiene un horario fijo, es decir, no se puede desconectar de las tareas de atención al enfermo de Alzheimer. El Apoyo, el cuidador profesional no puede compartir la responsabilidad de cuidado con otras personas. La relación, del cuidador familiar tiene un vínculo emocional con el enfermo de Alzheimer que crea una motivación para cuidar al familiar.

El estrés que conlleva ser un cuidador primario de tipo familiar, desencadena situaciones insostenibles, Levin, Sinclair y Gorbach (1983,1985) en sus estudios realizados encontraron que la poca red de apoyo informal, así como la mala salud psicológica de los cuidadores familiares son determinantes para el ingreso de los familiares enfermos en una institución.

CAPITULO III MODELO PSICOEDUCATIVO

3.1. Conceptualización del modelo psicoeducativo

El modelo psicoeducativo es entendido como una propuesta de entrenamiento para abordar un problema de salud mental.

Hogarty (1986), asegura que la “psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta debe redundar en primer término en beneficio del paciente y su objetivo consiste en mejorar su calidad de vida y la de su familia, creando ambientes bajos en estresores, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar”.²¹

El modelo psicoeducativo propone una guía con el objetivo de enseñar a las familias y pacientes a manejar la enfermedad mental diagnosticada por medio de información acerca de la misma, también ofrece técnicas para tomar medidas de protección, para evitar el estrés en la familia a causa del cuidado, además ayuda a una integración social y construcción de redes de apoyo, entre otros.

“Los talleres psicoeducativos tienen como objetivo ayudar a los cuidadores que están experimentando problemas para enfrentar situaciones estresantes generadas por el cuidado” afirma McCallion y Toseland (1995)

El modelo psicoeducativo se enfoca en la disminución de la carga que un adulto mayor diagnosticado con trastorno mental significa para su familia, su intervención se basa en modificar comportamientos, sentimientos y formas de manejo de la enfermedad, lo que da como resultado una mejor visualización y manejo del trastorno mental.

²¹ Mendoza, M. y Hernández, O. Programa de psicoeducación para mejorar el desempeño de personas con diagnóstico de esquizofrenia.(pp. 2) Extraído el 20 de Agosto del 2010 desde: www.uv.mx/facpsi/revista/vol52009/documents/4-ORALIA.pdf -

La psicoeducación se puede dirigir a un individuo, a un grupo o familia, pero siempre con la misma objetividad.

La Psicoeducación individual, grupal o familiar, se basa literalmente en diálogos ya sea de uno o más profesionales de la salud mental con un individuo o grupo, estos pueden ser familiares del afectado o el o los afectados en sí; por medio de información, procedimientos y técnicas de intervención lograr los objetivos planteados en primera instancia.

El modelo psicoeducativo, propone programas con talleres en donde los principales aspectos o actividades que tiene como normativa son:

- Soporte a las familias con un miembro diagnosticado con un trastorno mental.
- Educar por medio de información actual del trastorno mental en cuestión y manejo de estrés
- Creación y desarrollo de nuevas habilidades y aptitudes a los familiares.
- Promover un compromiso con el cuidado de su familiar.

3.2. Reseña histórica

El término psicoeducación fue utilizado en 1911 por John E. Donley y fue en 1980 que Carol Anderson y sus colaboradores, desarrollaron la psicoeducación por medio de una guía dedicada a las familias con miembros diagnosticados con esquizofrenia. El objetivo de esta investigación era educar a las familias en lo que tiene que ver a la esquizofrenia y disminuir sus recaídas y reingresos a los hospitales.

Anderson incluyó un desarrollo de técnicas para el manejo del estrés producido por la enfermedad y el cuidado del familiar, desarrollo de actitudes y conductas positivas en los enfermos de esquizofrenia,

Carol Anderson, propuso el modelo psicoeducativo como alternativa a la terapia familiar, afirmando que la psicoeducación es más efectiva, puesto que este proporciona una atención ininterrumpida a los pacientes y sus familias y se evita las luchas de poder entre los profesionales así como la consiguiente fatiga del clínico.

Actualmente la psicoeducación no se limita a familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico. Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría, el diálogo entre psiquiatras, terapeutas familiares, psicólogos, trabajadores sociales y otros ha permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular.²²

La psicoeducación, tiene su historia, se dice que la efectividad en las familias y por ende en el paciente afectado por el trastorno mental es muy buena, es por eso que se ha desarrollado desde la esquizofrenia, ampliándose en otros trastornos mentales como la TDA, (trastorno de alimentación), depresión, trastorno bipolar, entre otros, con ajustes de acuerdo al trastorno.

3.3. Estrategias

Erickson afirma “una psicoterapia es buscada, en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro...se precisa cambiar la situación actual, y una vez establecido tal cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes...”²³

Todo comportamiento del ser humano es una respuesta adaptativa a su contexto.

Utilizando el pensamiento estratégico en psicoeducación, nos permite desarrollar un modelo de intervención que posibilite establecer objetivos y

²² Builes Correa, M. V., y Bedoya Hernández, M. H. (Dec 2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 35, 4. p.463. Recuperado el 17 de agosto del 2010 desde: http://find.galegroup.com/gps/start.do?prodId=IPS&userGroupName=uame_cons

²³Tàndem (Serveis Psicològics i Psicoteràpi). Terapia Estratégica. Extraído el 22 de agosto del 2010 desde: http://www.tandempsicoterapia.com/terapia_estrategica.html

caracterizar el problema que las familias (grupos) sufren por el cuidado de un familiar diagnosticado con Alzheimer.

Las intervenciones estratégicas por parte del psicólogo, se basan en identificar caminos de conocimientos y acciones funcionales para los grupos, aquí el trabajo está orientado hacia el cambio.

Por tanto, la solución del problema se busca mediante la aplicación de estrategias que rompan el sistema de percepciones y reacciones que lo mantienen en el presente.

Los adultos al adquirir nuevos conocimientos y aplicarlos a su contexto, pueden aumentar su seguridad personal y experimentar los resultados logrados de su aprendizaje y para esto el terapeuta debe utilizar estrategias adecuadas.

Las estrategias en lo que se refiere a la intervención pueden definirse como líneas de pensamiento que informan las actuaciones del psicólogo ordenándolas a un fin.

Una de las estrategias importantes que en psicoeducación se toma en cuenta, es la de facilitar el planteamiento de metas a corto y largo plazo, estas serán programadas en cada sesión con el fin de motivar a los grupos a cumplir las metas, tomando lo que produjeron durante cada sesión y aplicarlo a su contexto, en este caso el cuidado del familiar diagnosticado con alzhéimer.

Las estrategias serán programadas por el terapeuta de acuerdo a las necesidades de los grupos, en este caso tomará estrategias de comunicación, utilizando un lenguaje adecuado para la comprensión de los participantes del programa; estrategias de enseñanza a través de analogías, estas permitirán mostrar a las familias la relación existente entre el conocimiento científico y lo cotidiano; la utilización de material técnico como videos, fotografías, entre otros facilitan una comprensión más sencilla de lo enseñado: discusiones, lluvia de ideas, preguntas, entre otras estrategias didácticas que ayudan para el desarrollo de un taller.

Como otra estrategia importante está la del liderazgo, el terapeuta adoptará un liderazgo informativo y participativo que motive a las familias a lograr los objetivos planteados.

La empatía es una estrategia que facilitará una buena relación entre terapeuta y grupo, misma que permitirá una apertura significativa del grupo y por consiguiente un buen manejo del mismo.

Brindar información científica, con un lenguaje adecuado y comprensible para los grupos es otra estrategia, esto permitirá una mayor credibilidad y sobre todo un aumento de conocimiento en los grupos acerca del tema o problema que se está tratando.

Las estrategias de tipo terapéutico que el psicólogo puede utilizar son²⁴:

- a) Promoción de esperanza, con el fin de que los grupos vean que el cambio es posible, buscando sus propios recursos para lograrlo.
- b) Construcción de una relación de confianza mutua, esto facilitará la apertura emocional de los grupos con el terapeuta, para lograr los objetivos deseados y que los talleres sean manejables.
- c) Proporción de de alternativas de experiencia, por medio de la información los grupos se irán entrenando para que sus conductas sean nuevas y satisfactorias tanto para el cuidador primario como PARA el familiar.
- d) Preguntas circulares, esto permitirá la identificación de los grupos, y la creación de nuevos esquemas respecto al tema.
- e) Neutralidad por parte del terapeuta, el psicólogo como agente de cambio, deberá mantener una imparcialidad con los grupos para obtener así la confianza de los mismos.

²⁴ Navarro J. (1995). Avances en terapia Familiar Sistémica. (pp.30-33). Barcelona: Paidós.

3.4. Procedimiento y técnica de intervención

3.4.1. Procedimiento

La psicoeducación, es una intervención terapéutica, que maneja un procedimiento relativamente sencillo y técnicas para intervenciones adaptables y cómodas para los participantes.

El procedimiento consta de ciertos pasos como:

- a. Convocatoria: esta se desarrollará por medio de llamados, recomendaciones o afiches, en los lugares donde se realizarán los talleres, estos pueden ser en clínicas, hospitales, entre otros que llamen la atención de los interesados.
- b. Explicación del programa psicoeducativo: el informar a los grupos acerca del trabajo que se va hacer es importante, puesto que la gente sabrá que el modelo es un medio de aprendizaje acerca del tema que posiblemente desconozcan.
- c. Explicación de objetivos del programa: informar los objetivos a los grupos, para que ellos sepan que específicamente van a trabajar y sobre todo para orientarlos.
- d. Desarrollo de talleres: es un paso importante porque es aquí donde los participantes trabajaran su problema y donde los cambios se facilitarán satisfactoriamente, llegando a los objetivos.
- e. Seguimiento: contactarse con los grupos para conocer su estado general y saber cómo se está manejando la enfermedad, o en su defecto conocer si se necesita darle continuidad a la intervención.

3.4.2. Técnicas

En cuanto a las técnicas de intervención, el terapeuta utilizará las siguientes:

- a. Mostrar los recursos al consultante: por medio de los talleres, el psicólogo como agente de cambio, proporcionará intervenciones que permitirá al grupo conocerse y explotar sus alternativas frente al cambio.
- b. Demostración de comprensión y respeto, es considerada como técnica, puesto que tiene que ver con la relación terapéutica consultante-paciente, ayuda crear un buen rapport.
- c. Confrontación, señalamiento e interpretación: esta técnica diseñada para la concientización de uno mismo y del contexto en el que se desenvuelve.
- d. Desensibilización sistemática, ensayos de conducta: su objetivo es enfrentar la realidad actual que el consultante vive y que le provoca insatisfacción y la creación de nuevas alternativas de experiencias o realidades.
- e. Entrenamiento de habilidades, prescribiendo estrategias específicas para el afrontamiento de problemas o conflictos, a través de la educación proporcionada por el terapeuta.
- f. Técnicas de solución de problemas: es un proceso cognitivo y conductual que ofrece a las familias diferentes opciones de respuestas para afrontar un conflicto, desarrollando habilidad para la selección de opciones eficaces de respuestas para los problemas o conflictos.

Las técnicas que el modelo psicoeducativo utiliza son:

- a. Técnicas de observación, técnicas corporales (relajación y respiración), técnicas participativas (dinámicas y de análisis), técnicas de comunicación con el fin de movilizar y motivar a las familias a la educación, participación y compromiso del cuidado de sus familiares.
- b. La intervención que el terapeuta hace, debe dar cierto sentido de seguridad para la exposición de sus experiencias, la internalización de sentimientos y la apertura a los participantes del programa a ese cambio de esquema, actitud y sobre todo de aprendizaje.

3.5. Construcción de talleres

El problema se construye a través de la realidad, es decir que el ser humano va construyendo su realidad de acuerdo a cómo es percibido el mundo que le rodea o el contexto en el que se desenvuelve, para así obtener su propio conocimiento.

3.5.1. Metodología

La construcción de talleres para un programa psicoeducativo consta de varios pasos necesarios para su realización, estos talleres van dirigidos a familias con enfermedades crónicas, mismas que buscan un objetivo específico.

Los talleres deben fomentar la resolución de problemas y la adquisición de capacidades.

Tomando la metodología constructivista, cada uno de los participantes de los talleres serán los responsables de crear su propio conocimiento, es decir que el psicólogo utilizará como metodología la entrega de información y la invitación a crear razonamientos que hagan posible la resolución de sus problemas y el paso al cambio.

Un programa consta de talleres, pero para esto se debe tomar en cuenta ciertos puntos para su construcción, la organización es muy importante para lograr eficacia en los talleres.

Condiciones para el diseño de un taller son:

- a. Especificar a quien va dirigido el taller
- b. Duración del taller
- c. Condicionamiento del espacio físico donde se desarrollará el taller
- d. Adquisición del material necesario para el desarrollo del taller
- e. Nombrar el Tema del taller que sea de fácil comprensión que invite a las familias a la participación del mismo.
- f. Especificar los Objetivos del taller

Las condiciones antes mencionados, son puntos que el terapeuta debe pensar, para no perder la claridad de lo que desea realizar y sobre todo es una forma de prepararse para el diseñar el contenido del taller.

Cabe mencionar que los talleres en ocasiones son parte de un programa, lo que da lugar a afirmar, que un taller es impartido en una sesión, y depende de la estructura del programa el número de talleres, cada taller posee objetivos y temas diferentes.

Paulo Freire (1989) propone una metodología para la educación popular o educación para adultos, utilizando el diálogo como método, con algunas técnicas; es decir que el diálogo se lo adapta a cada contexto e individuo, logrando que los participantes se vuelvan activos en sus participación, y se lo utilizará en el desarrollo de los talleres, puesto que se realizarán bajo un modelo psicoeducativo.

Los talleres, por ser medios que servirán para educar, atravesarán un proceso tomado de la educación popular adaptándolo a los cuidadores primarios del programa, como:

- a. Concientización: se trata de reconocer la realidad y lo que se hace frente a ella de una forma crítica pero constructiva.
- b. Construcción de nuevas alternativas de funcionamiento y comprensión de la misma.
- c. Cambio en su actuación para el mejoramiento de su entorno.
- d. Actuar sobre la realidad.

Este proceso será básicamente en el que los talleres trabajarán, con el fin de cumplir los objetivos, proporcionando una dirección para su ejecución.

CAPITULO IV PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR

4.1. Talleres

TALLER 1: PRESENTACION Y DESCRIPCION DEL PROGRAMA Taller informativo acerca del programa bajo el modelo psicoeducativo				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
Dinámica Me llamo y me gusta.	Romper el hielo	Formar un círculo con los participantes y se presentan diciendo por ejemplo "Me llamo Pascual y me gusta leer" a la vez se va representando con gestos. Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción de la primera persona "el se llama Pascual y le gusta leer". Después se presentará del mismo modo, hasta llegar al último participante.	Lugar o espacio	10'
<u>Vivencias</u>	Conectarse con la experiencia.	A continuación voy a aplicarles un test llamado Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, consta de 22 preguntas, en las que tienen que poner una puntuación de Nunca=0, Rara vez=1, Algunas veces=2, Muchas veces=3 y Casi siempre=4., al final se suman los puntos y sacan los resultados.	Copias del test, esferos o lápices. Ver anexo 1	10'

<u>Reflexión grupal</u>	Razonar la vivencia	<p>En este espacio compartiremos la experiencia de haber tomado el test y mostrar el resultado que sacamos, después cada persona escribirá en un papel como se sintió y pasará al frente de sus compañeros a compartir.</p> <p>Formar grupos pequeños y pensar en cómo mejorar la experiencia.</p>	Hojas de papel y esferos.	10' 5'
<u>Definición</u>	Educar	Información acerca del programa bajo el modelo psicoeducativo	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver anexo 2	10'
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Pedir que se sientan cómodamente, cierren por un momento los ojos, mientras presten atención a su respiración, luego el psicólogo evoca situaciones placenteras para los participantes. Después de haber conocido de que se tratará el programa quisiera que piensen en lo que termine de hablarles y me digan lo que esperan del programa y cómo esto les va a ayudar para su vida. (Discusión con todos los participantes)		10'
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	Escribir que es lo que más les llamó la atención de lo antes expuesto y debatirlo en grupo.	Hojas de papel y esferos	6'

<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	En esta parte final del taller quisiera que hagamos un compromiso escrito con la asistencia a los talleres y luego lo compartamos con los compañeros.	Carta de compromiso. Ver Anexo 3.	6'
---------------------------	---------------------------	---	-----------------------------------	----

TALLER 2: LA EXPERIENCIA DEL ALZHEIMER PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA
Taller informativo acerca de la enfermedad

ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<p><u>Dinámica</u></p> <p>Pedro llama a Pablo</p>	<p>Lograr que los miembros del grupo, graben los nombres de sus compañeros y logren memorizar rostros y actitudes divertidas de los participantes.</p>	<p>Se forma un círculo con los participantes, todos ellos sentados. El jugador que está a la cabeza comienza diciendo su nombre y llamando a otro jugador, ejemplo: "Pedro llama a María",</p> <p>María responde "María llama a Juan", Juan dice "Juan llama a Pablo", etc.</p> <p>El que no responda rápido a su nombre paga penitencia que puede ser: contar un chiste, bailar con la escoba, cantar.</p>	<p>Lugar o espacio.</p>	<p>10´</p>
<p><u>Vivencias</u></p>	<p>Conectarse con la experiencia.</p>	<p>A continuación vamos a reconocer un video acerca de nuestro tema el Alzheimer.</p>	<p>Lugar o espacio, video e infocus. Ver anexo 5.</p>	<p>5´</p>
<p><u>Reflexión grupal</u></p>	<p>Razonar la vivencia</p>	<p>Reunirse en parejas y comentar el video, sacar conclusiones y compartir con el grupo.</p>	<p>Lugar o espacio, video e infocus.</p>	<p>10´</p>
<p><u>Definición</u></p>	<p>Educar</p>	<p>Alzheimer</p> <p>Conceptualización del Alzheimer</p> <p>Etiología (causa)</p> <p>Características cognoscitivas.</p>	<p>Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver anexo 2</p>	<p>10´</p>

<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Ejercicio de relajación, comentar con el grupo acerca de las características clínicas que experimenta su familiar.	Lugar o espacio	6´
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel, escribir dudas acerca de lo antes expuesto y luego compartirlo con el grupo para que entre todos vayan respondiendo y ayudándose a terminar con las dudas.	Hoja de papel, esferos	10´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	Como actividad final de este taller quisiera que hagamos una tarea, que va relacionada con lo que hemos aprendido hoy, en casa pongan fija atención a su familiar que padece Alzheimer, en lo que hace en cómo actúa en todas sus actividades diarias y relacionemos con los videos que hoy hemos visto y tratemos por un momento ponernos en su lugar.	Hoja de registro y esferos. Ver anexo 6	3´

<p align="center">TALLER 3: LA EXPERIENCIA DEL ALZHEIMER PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA Taller informativo acerca de las características clínicas (físicas y conductuales) de la enfermedad de Alzheimer.</p>				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<p><u>Dinámica</u> El Detective</p>	<p>Analizar la importancia de manejar bien las preguntas y el saber escuchar para obtener información valiosa y confiable.</p>	<p>Cada participante elegirá una hoja de papel del recipiente, la leerá sin dejar ver a nadie y la pondrá de nuevo en el recipiente, el participante que haya sacado la X será el asesino y el participante que haya sacado la O será el detective. El detective saldrá del salón y esperará, los participantes cierran los ojos y solicite al asesino que mate a su víctima, llamen al detective, quien empezará a hacer preguntas para tratar de averiguar quién es el culpable.</p>	<p>Varios pedazos de hojas de papel un pedazo por participante (una con una X anotada en ella y otra con una O, el resto en blanco).</p>	<p>15´</p>
<p><u>Vivencias</u></p>	<p>Conectarse con la experiencia.</p>	<p>A continuación pasará a entregar una hoja para que la lean.</p>	<p>Hoja de lectura. Ver Anexo 4</p>	<p>10´</p>
<p><u>Reflexión grupal</u></p>	<p>Razonar la vivencia</p>	<p>Abrir una discusión con todo el grupo acerca del escrito antes leído, compartir la experiencia de lo que significó para cada uno.</p>	<p>Lugar o espacio</p>	<p>5</p>
<p><u>Definición</u></p>	<p>Educar</p>	<p>Características físicas o motoras y Características conductuales del Alzheimer</p>	<p>Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver</p>	<p>15´</p>

			Anexo 2	
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Ejercicio de y respiración. Después de relajarse, compartir con el grupo alternativas de manejo que hayan aplicado con su familiar frente a estas características típicas del Alzheimer.	Lugar o espacio	15´
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel, escribir cual de todas las características cognoscitivas y conductuales de la enfermedad antes mencionadas su familiar ha experimentado, compartir con el grupo.	Hojas de papel y esferos.	5´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	Tarea en casa, después de haber compartido con el grupo alternativas de manejo de ciertas características o síntomas del Alzheimer, ponerlos en práctica con su familiar y en el próximo taller compartir cómo fue la experiencia. Marcar en la hoja de registro las características (físicas y conductuales) de la enfermedad de Alzheimer que experimenta actualmente su familiar.	Hoja de registro. Ver anexo 6	3´

TALLER 4: LA EXPERIENCIA DEL ALZHEIMER PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA Taller informativo acerca del diagnostico y tratamiento de de la enfermedad de Alzheimer.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<u>Dinámica</u> La noticia	Romper el hielo	"A diario recibimos noticias, buenas o malas. Algunas de ellas han sido motivo de gran alegría, por eso las recordamos con mayor nitidez. Hoy vamos a recordar esas buenas noticias". Anotar en la hoja las tres noticias más felices de su vida compartir con el grupo y todos podemos aportar opiniones y hacer preguntas.	hojas de papel y esferos	10´
<u>Vivencias</u>	Conectarse con la experiencia.	Vamos a ver un video acerca de la enfermedad de Alzheimer.	Lugar o espacio, video e infocus. Ver anexo 10	5´
<u>Reflexión grupal</u>	Razonar la vivencia	Después de haber visto el video, quisiera, que el grupo comente acerca del video y analice si estamos fallando en el cuidado de nuestro familiar, en referencia al video	Lugar o espacio	10´
<u>Definición</u>	Educar	Diagnóstico y tipos Tratamiento farmacológico y Suplementos y alternativas de la enfermedad del Alzheimer.	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver Anexo 2	10´
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Ejercicio de relajación, para reducir la ansiedad y provocar un ambiente más relajado en el grupo. A	Lugar o espacio	10´

		continuación en grupo comentar acerca de los diferentes tratamientos para la enfermedad del Alzheimer y pensar en cuales han sido de mayor utilidad para su familiar, compartirlo con el grupo.		
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel anotar los diferentes tratamientos antes mencionados que más les llamó la atención y escribir, cuál de ellos lo utilizan con su familiar.	Lugar o espacio, hojas de papel y esferos.	10´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	Tarea para la casa, escribir una carta dirigida a su familiar, diciendo todo lo que siente por él/ella contándole todas las cosas positivas que está sacando de los talleres a los que asiste, entregar a su familiar.	Hojas de papel y esferos.	3´

TALLER 5: LA EXPERIENCIA DEL ALZHEIMER PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA
Taller informativo acerca de las etapas de la enfermedad de Alzheimer.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<p><u>Dinámica</u> La canasta de frutas</p>	Romper el hielo.	Formar un círculo con sillas, el número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes; designar a cada uno con el nombre de la fruta. Estos nombres los repite varias veces, asignando a la misma fruta a varias personas. El animador empieza a relatar una historia (inventada); cada vez que se dice el nombre de un fruta, las personas que ha recibido ese nombre cambian de asiento (el que al iniciar el juego se quedó de pie intenta sentarse), pero si en el relato aparece la palabra "canasta", todos cambian de asiento. La persona que en cada cambio queda de pie una penitencia.	Espacio o lugar, sillas	10´
<p><u>Vivencias</u></p>	Conectarse con la experiencia.	A continuación vamos a ver un video que está relacionado con nuestro tema de hoy, aquí nos daremos cuenta de las diferentes etapas de la enfermedad.	Lugar o espacio, video e infocus. Ver Anexo 5	5´
<p><u>Reflexión grupal</u></p>	Razonar la vivencia	Ejercicio de relajación y respiración, en su mente observen a su familiar que padece la enfermedad de Alzheimer, como ha ido evolucionando, que cambios ha tenido haciendo una comparación de cómo fue el antes y como es ahora. Compartirlo	Lugar o espacio.	10´

		con el grupo		
<u>Definición</u>	Educar	Etapas del Alzheimer: inicial, intermedia y terminal	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver Anexo 2	10´
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Acabamos de escuchar ciertas recomendaciones para cada etapa, ahora quisiera que pensemos en ellas y deliberemos cuales de estas son las que nos podrían ayudar sobre manera en nuestro trabajo como cuidadores. Compartirlo en grupo.	Lugar o espacio.	15´
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	Seguramente después de terminar de escuchar la información que expuse, ya ubicamos a nuestro familiar que está a nuestro cuidado en una etapa, ahora les pido que escriban en cuál etapa lo ubican y porque, añadiendo características.	Lugar o espacio, hojas de papel y esferos.	10´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	En la siguiente hoja de registro quiero que vayan marcando las características que más se apegan a su familiar, para conocer de forma más exacta la etapa en la que atraviesa su enfermedad.	Hoja de registro, esferos. Ver anexo 6	3´

TALLER 6: CONEXIÓN CON LAS FAMILIAS. CUIDADOR PRIMARIO Taller informativo acerca de: como mejorar su trabajo				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<u>Dinámica</u> Se murió chico	Diferenciar los diferentes estados de ánimos en los participantes, de acuerdo a la emoción que sienten	El facilitador asigna a cada participante un estado de ánimo diferente. Para desarrollar la dinámica, los participantes según los estados de ánimos, tienen que decir la frase "Se murió Chico", el primero lo puede decir con alegría (risa), el segundo con tristeza (llorando), el tercero con enojo (rabia) y el cuarto con despreocupación (poco le importa), etc.	Lugar o espacio y tarjetas con consigna	15´
<u>Vivencias</u>	Conectarse con la experiencia.	A continuación vamos a reconocer un video que está relacionado con el tema de hoy y que necesito que prestemos atención para luego poder comentarlo.	Lugar o espacio, video e infocus. Ver anexo 5	3´
<u>Reflexión grupal</u>	Razonar la vivencia	Después de haber visto el video, quiero que hablemos acerca del mensaje que emite, puesto que va dirigido para ustedes que son los cuidadores primarios de su familiar. ¿Cómo creen que podemos evitar nuestro propio descuido? ¿Qué es lo que vamos hacer para lograr mantenernos como unas personas sin sobrecarga?	Lugar o espacio	15´

<u>Definición</u>	Educar	Cuidador primario y recomendaciones para lograr un cuidado efectivo.	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver Anexo 2	10´
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Ejercicio de relajación y visualizarse poniendo en práctica las recomendaciones, evocadas por el facilitador.	Lugar o espacio.	10´
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel vamos a hacer una lista de recomendaciones para lograr un mejor cuidado para nosotros como cuidadores. Intercambiar entre los participantes y comentar.	Hojas de papel y esferos.	10´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	En casa vamos a aplicar la lista de recomendaciones para lograr un mejor cuidado para nosotros como cuidadores, que intercambiamos con los demás participante. Compartir la próxima semana con el grupo.	Lista de recomendaciones y esferos.	3´

TALLER 7: CUESTIONES OCUPACIONALES Taller de asignación de tareas ocupacionales y reintegración				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<u>Dinámica</u> ¿Cómo es mi situación actual?	Ayudar a los participantes a descubrir cuál de las cuatro áreas de vida les es de mayor significado en el momento actual, para poder elaborar objetivos, actividades y necesidades de cambio dentro de su situación actual en cada área.	Repartir a los participantes los cuestionarios y solicitar comenten sus resultados en el grupo.	Espacio o lugar, cuestionario y esferos.	10´
<u>Vivencias</u>	Conectarse con la experiencia.	A continuación vamos a ver un video, que corresponde a nuestro tema principal que la enfermedad de Alzheimer.	Lugar, video e infocus. Ver Anexo 5	5´
<u>Reflexión grupal</u>	Razonar la vivencia	A continuación, quisiera que pensemos en lo que acabamos de ver, y reflexionemos acerca de la actitud de la señora del video. ¿Quién cree que si estuviera en la misma situación haría lo mismo que hace la señora del video?	Lugar o espacio	10´
<u>Definición</u>	Educar	Asignación de tareas ocupacionales y reintegración	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver	10´

			Anexo 2	
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	<p>Ejercicio de relajación y respiración.</p> <p>Después de escuchar las diferentes recomendaciones antes expuestas, quisiera que hagamos conciencia acerca de que vamos hacer para mejorar la calidad de vida de nuestro familiar y la nuestra como cuidadores. Compartir con el grupo, hacer preguntas y recomendaciones para mejorar.</p>	Lugar o espacio.	10´
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel, escribir cuales han sido las recomendaciones que aprendimos hoy y que nunca la habíamos puesto en práctica, compartir en grupo.	Lugar o espacio	10´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	Ahora vamos a hacer un compromiso, con el objetivo de que nuestro trabajo como cuidador primario no sea tan desgastante, poniendo en práctica lo que aprendimos hoy.	Hoja de compromiso y esferos. Ver Anexo 3	5´

TALER 8: CIERRE Taller de seguimiento y evaluación				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONSIGNA	MATERIAL	TIEMPO
<u>Dinámica</u> Regalos	Cierre del proceso, motivación de afiliación, aprendiendo a "Dar y a Recibir". Propiciar la reflexión y la aceptación de los demás.	El Facilitador indica a los participantes que aquel que quiera darle un regalo simbólico, que puede ser una idea o un deseo, a otra persona, lo podrá hacer escribiéndolo en una de estas tarjetas. La persona que recibe el regalo leerá la tarjeta y reflexionará sobre lo que dice y no hará ningún comentario, el facilitador analiza la vivencia haciendo preguntas como: ¿Cómo se sienten?, ¿De qué se han dado cuenta?, ¿Cómo valoran ese regalo?, ¿Qué utilidad piensa darle?	Tarjetas y lápices.	10´
<u>Vivencias</u>	Conectarse con la experiencia.	A continuación vamos a ver un video motivacional.	Lugar, video e infocus. Ver anexo 5	5´
<u>Reflexión grupal</u>	Razonar la vivencia	A partir de lo que vieron o escucharon. ¿Qué piensan? ¿Qué mensaje es lo que ustedes pudieron captar?	Lugar o espacio.	10´
<u>Definición</u>	Educar	Resumen acerca de todos los temas antes mencionados.	Lugar o espacio, presentación power point e infocus. Ver Anexo 2	10´
<u>Visualización</u>	Aplicar la definición	Ejercicio de relajación, mientras traen a la	Lugar o espacio	10´

		imaginación, como será su vida de hoy en adelante, después de haber terminado el programa.		
<u>Ensayo</u>	Integrar la información	En una hoja de papel, escribir, lo que más les ha llamado la atención, y que sienten que han adquirido como conocimiento nuevo.	Lugar o espacio, hojas de papel, esferos	5´
<u>Integración</u>	Complementar la enseñanza	A continuación quiero que hagan un dibujo acerca del antes y después del programa, es decir su estado actual, como se sienten ahora, que es lo que piensan, etc.	Lugar, hojas de papel y lápices de colores.	10´

CAPÍTULO V OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivo general

Implementar el modelo psicoeducativo en un programa de apoyo familiar con miembros diagnosticados con Alzheimer.

5.2. Objetivos específicos

- Diseñar y elaborar un programa de talleres psicoeducativos de contención y apoyo familiar para familias con miembros diagnosticados con Alzheimer.
- Movilizar recursos para enfrentar mejor la enfermedad sobre la base de una alianza entre pacientes, familias y profesionales. (creación de redes)
- Implementar un programa con talleres psicoeducativos a familias con miembros diagnosticados Alzheimer. (cuidador primario)

5.3. Determinación de la metodología

5.3.1. Características de la muestra

Una vez terminado la construcción del programa de apoyo familiar desde el modelo psicoeducativo, se lo aplicó a 6 familias con el fin de realizar una retroalimentación de cómo funciona el proceso y así comprobar las hipótesis planteadas.

El programa duro 8 sesiones con una duración de una horas y media y constó con una frecuencia semanal.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión:
-Familias con miembros diagnosticados demencia senil Alzheimer	-Familias con miembros no diagnosticados demencia senil Alzheimer
-Familias que sus miembros acudan a la Clínica "Cardenal Pablo Muñoz Vega"	-Familias que sus miembros no acudan a la Clínica "Cardenal Pablo Muñoz Vega"
-Familias con miembros diagnosticados demencia senil Alzheimer de ambos sexo.	-Familias con miembros diagnosticados demencia senil Alzheimer de un solo sexo.
-Familia que acudan a los talleres con el cuidador primario.	-Familias que no acudan a los talleres con el cuidador primario.

5.3.2. Ámbitos de intervención

La institución que colaboró en el presente trabajo de titulación se denomina “Clínica Cardenal Pablo Muñoz Vega”, fue creada por la Facultad de la PUCE como servicio social y funciona gracias al convenio con la Arquidiócesis de Quito, ésta ofrece servicios de consulta externa, cirugía, maternidad y hospitalización, está ubicada en el Valle de los Chillos, puente nueve, urbanización La Armenia – Casa del Sagrado Corazón de Jesús.

La Clínica Cardenal Pablo Muñoz Vega, cuenta con equipos básicos para la atención, está dirigida a todo tipo de población, es decir no ha categorizado, por tanto el servicio es comunitario. El director de la institución actualmente es el Dr. Guamantica.

5.3.3. Métodos y técnicas a utilizar

Con el fin de cumplir con los objetivos y comprobar las hipótesis antes planteadas, se aplicó entrevistas a psicólogos y psiquiatras, tests psicométricos a los participantes del programa, la observación participativa y la revisión bibliográfica como técnicas de investigación.

5.3.4. Entrevista a profundidad

Es una técnica para obtener definición personal de la situación. La Entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente a/o en colaboración con el entrevistador

5.3.5. Entrevista enfocada

Se puede decir que la Entrevista enfocada, es una Entrevista en profundidad pero específicamente dirigida a situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida.

5.3.6. Observación participativa

La observación participativa permite recoger información en el medio natural de la persona con un mínimo de interferencia que permitirá conocer el comportamiento y así poder obtener un registro detallado de cada observación. Esta técnica fue utilizada en la aplicación del programa, es decir en los diferentes talleres.

5.3.7. Test de Zarit

Valora o mide el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de personas de la tercera edad afectados de trastornos mentales, este test consta de 22 preguntas, relacionadas con sensaciones que los cuidadores experimentan cuando cuidan de otra persona y cada una de las cuales se puntúa como: 0nunca, 1rara vez, 2algunas veces, 3bastantes veces y 4casi siempre. Ver anexo 1

5.3.8. Revisión bibliográfica

En la presente investigación, se utilizó hallazgos de otros estudios publicados referentes al tema, por medio de consultas bibliográficas como libros, guías, artículos de internet, seleccionadas y recopiladas, que ayudaron a la elaboración del marco teórico del trabajo de investigación y por ende llegar al cumplimiento sus objetivos.

CAPÍTULO VI TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

6.1. Análisis de la información recolectados

Una vez realizada la investigación teórica se procedió a entrevistar a varios profesionales (psiquiatra y psicólogos) para conocer su experiencia y su opinión acerca de la enfermedad y del tratamiento a través del modelo psicoeducativo.

Los profesionales entrevistados manifestaron conocer sobre la enfermedad pero no tener ninguna experiencia real con el modelo psicoeducativo.

Durante la aplicación de los talleres se pudo obtener información acerca de las características y del nivel de conocimiento de los cuidadores primarios asistentes, obteniéndose los siguientes resultados:

Se pudo conocer que el nivel de conocimiento de los participantes sobre la etiología, características y tratamiento de la enfermedad era el resultado de su propia experiencia con los familiares que estaban a su cuidado, y no correspondían a los conceptos científicos sobre la enfermedad

De igual forma se conoció que los estados emocionales que los participantes del programa mostraban, eran síntomas de tensión como preocupación, inseguridad y agobio.

Los resultados de la exploración del nivel de sobrecarga del cuidador, a través del test de Zarit reflejaron que ningún cuidador asistente al programa mostraba o se encontraba en algún nivel de sobrecarga que presenta el test antes mencionado.

Desde el segundo taller en adelante, debido a la información impartida sobre las características de la enfermedad, se pudo observar un progresivo cambio, tanto en el nivel de conocimientos que tenían los cuidadores como en su actitud, la cual se torno más tranquila frente al cuidado diario del familiar afectado, como lo expresaron en cada uno de los talleres

Los nuevos aprendizajes que los cuidadores fueron incorporando estaban relacionados con la comprensión de la enfermedad y muchas características relacionadas con ella, que antes del programa se conceptualizaban de una manera diferente.

A partir del sexto taller se observó que los cuidadores primarios, desde una mayor estabilidad emocional, manifestada por ellos mismos, es decir, aprendiendo a cuidarse ellos primero, sentían que estaban realizando un mejor trabajo con sus familiares.

En la evaluación final del programa todos los asistentes expresaron que los contenidos del taller le parecieron adecuados, que los objetivos del programa se cumplieron, las actividades realizadas (lecturas, videos) para captar el contenido de los talleres fue muy útil, y calificaron el programa como muy bueno.

6.1.1. Reflexiones cualitativas de los datos obtenidos

Se pudo comprobar que el nivel de información que tenían los participantes era el resultado únicamente de su experiencia directa con sus familiares enfermos y que no habían tenido ningún proceso educativo de ninguna naturaleza, ni información pertinente por parte de los profesionales de salud. Por lo tanto la actitud que ellos habían desarrollado para cumplir con esta tarea era el resultado de esos conocimientos precarios, mas su buena voluntad e incluso desde su respuesta emocional.

Por consiguiente los estados emocionales que mostraban los cuidadores, caracterizados por tensión, preocupación, inseguridad y agobio resultan lógicos tanto así que podían afectar en el cuidado de su familiar y de sí mismos; potencializando el problema y sus consecuencias.

Los cambios actitudinales que reportaron los asistentes al programa son el resultado de una orientación teórica adecuada en un ambiente propicio relajado, de confianza y apertura que se logra en un programa de esta naturaleza.

6.1.2. Representación gráfica de la información

A continuación, se muestra las puntuaciones totales, representadas en los resultados del test de escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

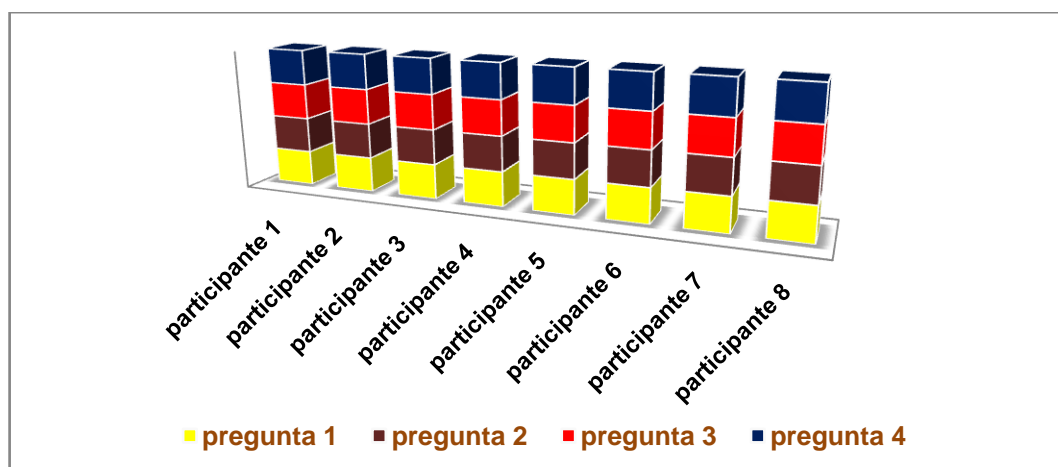
Puntuación total del cuestionario de Zarit.



Las puntuaciones que los participantes del programa obtuvieron fueron bajas, es decir, que las puntuaciones fueron menores a 47 puntos, mismos que registra en el cuadro de interpretación del test como: “no sobrecarga”. Lo que indica que los participantes, no tienen ningún riesgo de caer en sobrecarga y así desencadenar una enfermedad como cuidador, salvo de 2 participantes que obtuvieron calificaciones acercándose a posible sobrecarga leve, pero nada de qué preocuparse.

Por otra parte, los resultados de las evaluaciones finales que hicieron los participantes de los talleres del programa de apoyo familiar aplicado, se llegó a los siguientes resultados de las 4 primeras preguntas:

Grafico de respuestas de la evaluación final



En las 4 primeras preguntas del cuestionario de evaluación, las respuestas fueron de opción múltiple, e iban en sentido de más a menos es decir que tenían una jerarquización de orden o grado de importancia y los resultados que se obtuvieron fueron perfectos, puesto que la totalidad de los participantes calificó a las preguntas con una puntuación máxima, aceptando así al programa de una manera satisfactoria y útil para ellos.

En cuanto a la última pregunta de la evaluación final, se trató de pedir una recomendación acerca del programa, en la que hubo respuestas de todo tipo como:

Participantes	Pregunta 5 Recomendación
Participante 1	Programas de otros temas (enfermedades)
Participante 2	Información acerca del Alzheimer para toda la sociedad
Participante 3	Continúen los talleres psicoeducativos
Participante 4	Programas psicoeducativos dirigidos a enfermeras o cuidadores informales.
Participante 5	El programa se dicte en hospitales
Participante 6	Programas o charlas más frecuentes.
Participante 7	Las información de los talleres siempre se actualicen

Las respuestas en general, refiere a la difusión de programas psicoeducativos, lo que quiere decir, que el programa que ellos experimentaron o participaron, es un buen marco de referencia, o por lo menos surtió resultados favorables para ellos y de alguna manera creen que servirán de ayuda para otras personas que se encuentran en la condición que ellos se hallaban antes del programa.

7. CONCLUSIONES

- La información empírica acerca de la enfermedad del Alzheimer, que tiene el cuidador primario, influye en la comprensión de la enfermedad y en consecuencia en el cuidado eficiente hacia el familiar afectado.
- El modelo psicoeducativo es viable para la construcción de un programa de apoyo a familias con un miembro diagnosticado con demencia senil (Alzheimer) porque puede satisfacer las necesidades informativas y sociales que los cuidadores primario demandan; porque ayuda a la comprensión de las características típicas de la enfermedad; crea nuevas alternativas de cuidado, moviliza recursos para enfrentar la enfermedad, favoreciendo la creación de redes sociales de apoyo; y porque se convierte en una alternativa que construye un ambiente para reducir la ansiedad y el estrés que implica el manejo de la enfermedad.
- El diseño del programa con esta metodología, que incluye actividades individuales y grupales, reflexivas y emotivas; es favorable para el desarrollo de condiciones propicias para el bienestar de los cuidadores primarios, lo cual puede incidir en la reducción de la carga que implica el manejo de la enfermedad.
- Los participantes asistieron y admitieron al programa de manera satisfactoria, a causa de que alegaban que era de gran ayuda y soporte, por tanto les ayudó a la aceptación de sentimientos culpabilizadores
- Nuevas estrategias para enfrentar la enfermedad (paciencia, tolerancia), fueron los que los participantes del taller desarrollaron, puesto que eran

sentimientos que les costaba mantener por no tener los conocimientos necesarios de la enfermedad.

- Se logró una interacción y comunicación entre las familias del programa, creando redes de apoyo, por la misma identificación que se daba en los talleres.
- El modelo psicoeducativo, según los profesionales entrevistados no es muy utilizado en el medio con programas, sino en terapias psicológicas individuales en hospitales como afirma el doctor en la entrevista.

8. RECOMENDACIONES

- Diseñar e implementar una materia con el tema del modelo psicoeducativo en la carrera de psicología clínica, para que los estudiantes conozcan de esta alternativa terapéutica que puede ser una vía de solución y apoyo a familias con miembros diagnosticados Alzheimer y otras enfermedades de esa naturaleza.
- Implementar cátedras referentes a enfermedades típicas del adulto mayor, puesto que hace falta y como psicólogos debemos conocer más afondo acerca de estas enfermedades que afectan los diferentes roles familiares de manera significativa.
- Crear redes de apoyo en los hospitales y clínicas, donde las personas que estén a cargo de un familiar diagnosticado Alzheimer puedan establecer asociaciones entre pacientes, familias y profesionales.
- Promover más investigaciones acerca de la enfermedad de Alzheimer para la creación de programas específicos y aplicables en nuestro contexto.
- Crear campañas informativas acerca de la enfermedad del Alzheimer para la sociedad, con el fin de proporcionar a la población conocimientos efectivos que ayuden a un manejo eficiente de la enfermedad.
- Emplear el modelo psicoeducativo, en programas de apoyo familiar, con diferentes enfermedades, para que de esta manera conseguir establecer campañas informativas, modificar las diferentes habilidades de manejo y educar a la gente en temas importantes como cuidar a un enfermo.

9. GLOSARIO

- **Alelo.-** es cada una de las formas alternativas que puede tener un gen que se diferencian en su secuencia y que se puede manifestar en modificaciones concretas de la función de ese gen.
- **ApoE.-** La apolipoproteína E (APOE), es una molécula de la familia de apoproteínas y el principal componente de las apoproteínas en los quilomicrones. Tiene afinidad por un receptor específico que se encuentra en los hepatocitos y otras células del organismo.
- **Apoplético.-** Que padece apoplejía.
- **Arteriosclerosis.-** se refiere a un endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre. La arteriosclerosis por lo general causa estrechamiento de las arterias que puede progresar hasta la oclusión del vaso impidiendo el flujo de la sangre por la arteria así afectada
- **Atrofia generalizada.-** En términos biológicos consiste en una disminución importante del tamaño de la célula y del órgano del que forma parte, debido a la pérdida de masa celular. Las células atróficas muestran una disminución de la función pero no están muertas. Con respecto a lo anterior se puede precisar que un perfecto metabolismo celular no depende únicamente de un aporte eficaz de sustancias nutritivas, sino que también de una correcta utilización de éstas; esto es solamente posible cuando las células viven en un ambiente idóneo para su estructura morfológica y funcional
- **Celotipia.-** Forma de delirio basado en el temor a la infidelidad de la pareja.
- **Colinesterasa.-** es un término que se refiere a una de las dos siguientes enzimas con el (Número de Comisión de Enzima 3.1.1.7
- **Cromosomas.-** son los portadores de la mayor parte del material genético y condicionan la organización de la vida y las características hereditarias de cada especie.
- **Delirium.-** Cuadro agudo consistente en confusión mental agitada acompañada de trastornos importantes del estado general y de la consciencia.

- **Dispraxia.-** Falta de coordinación en movimientos voluntarios
- **Estrés oxidativo.-** es causado por un desequilibrio entre la producción de oxígeno reactivo y la capacidad de un sistema biológico de detoxificar rápidamente los reactivos intermedios o reparar el daño resultante. Todas las formas de vida mantienen un entorno reductor dentro de sus células.
- **Fragmentación.-** tipo de reproducción en que el animal se divide en dos o más fragmentos, cada uno de los cuales regenera un organismo completo.
- **Glutamato.-** Sustancia química presente en el cerebro que activa los receptores del sistema nervioso, para permitir la entrada de la cantidad correcta de calcio en una neurona.
- **Hemiparecia.-** paresia (parálisis incompleta) que afecta a un lado del cuerpo
- **Hidrocefalia normotensiva.-** aumento en el líquido cefalorraquídeo en el cerebro que afecta su funcionamiento
- **Hipercalcemia.-** Presencia excesiva de potasio en la sangre.
- **Hipotiroidismo.-** Hipofunción de la glándula tiroidea y trastornos que origina; escasez de tiroxina.
- **Lipofuscina.-** es un pigmento compuesto por polímero de lípidos y fosfolípidos, derivados de la peroxidación de los lípidos poliinsaturados de las membranas subcelulares.
- **Memantina** se usa para tratar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer. La memantina pertenece a una clase de medicamentos llamados antagonistas de los receptores de NMDA. Funciona al reducir la excitación anormal en el cerebro.
- **Neurosífilis.-** Es una infección del cerebro o de la médula espinal que ocurre por lo general en personas que han tenido sífilis sin tratamiento durante muchos años.
- **Niacina.-** Es un tipo de vitamina del complejo B y es hidrosoluble, lo cual significa que no se almacena en el cuerpo.

- **Ovillos neurofibrilares.-** grupos de material deteriorado producidos por la muerte y degeneración de las células. Están presentes en altas concentraciones en las áreas relacionadas con la memoria del cerebro afectado de Alzheimer.
- **Subdural.-** Debajo de la dura (de la membrana resistente) cubriendo el cerebro y la médula espinal.
- **Sustancia amiloidea.-** material deteriorado resultante de la muerte y degeneración de las células cerebrales, presente en elevada concentración en las zonas relacionadas con la memoria del cerebro afectado de Alzheimer. El área central de una placa contiene grupos insolubles de proteína beta-amiloide.
- **Sustancia negra.-** Centro nervioso, situado en el mesencéfalo, entre el pie peduncular y el tegmento. Sus neuronas contienen un pigmento melánico, por lo que aparece de un color oscuro. Por su función, se considera un centro nervioso de la vía extrapiramidal.
- **Ventrículos.-** son dos espacios bien definidos y llenos de líquido que se encuentran en cada uno de los dos hemisferios cerebrales.

10. BIBLIOGRAFIA.

- Alberca, R y López, S. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (2^{da} Edición). Madrid: Medica Panamericana.
- Alterra, A. (2001). *El cuidador. Una vida con el Alzheimer*. (1ra Edición). Barcelona: Paidós.
- Anderson, C; Reiss. D; Hogarty. G. (1986). *Guía práctica de Educación*. (1ra Edición.). Buenos Aires: Amorrortur.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar, un enfoque interraccional*. (1ra Edición.) Barcelona: Paidós.
- Arango, J.C. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. (1ra Edición). México: El manual.
- Burbano, H. (2005). *Métodos y Técnicas de Investigación*. (4ta Edición). Quito
- Caldwell, P; Mohillo. W. (2002). *La enfermedad de Alzheimer. Una guía práctica para cuidadores y familiares*. (1ra Edición). España: Paidós.
- Cenproex. (2004). *Manual del cuidado de enfermos de Alzheimer*. (1ra Edición.). Sevilla: Mad, SL.
- Feria, Marcela. (2005). *Alzheimer: Una experiencia humana*. (2^{da} Edición). México D.F.: Editorial Pax México.
- Fernández, V. (2000). *Alzheimer*. (2da Edición). Madrid: Edaf y Albatros S.A
- González, M. (2000). *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación*. (1ra Edición). Madrid: Masson

- Gutiérrez, A. (2002). *Técnicas de Investigación y metodología del estudio*. (6ta Edición). Ecuador: Serie Didáctica.
- Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. (3ra Edición). Madrid: Morata.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en soluciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marín, P. (2007). *Geriatría y Gerontología*. (3ra Edición). Buenos Aires: Grupo Guía.
- Millan, J. (2006). *Principios de Geriatría y Gerontología*. (1^{ra} Edición). Madrid: Mc Graw- Hill
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Navarro Góngora, J. (1992), *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*. España: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (1998), *Familias con personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención*. España: Junta de Castilla y León.
- Navarro, J y Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. España: Paidós.
- Navarro, J. (1999). *Prevención e intervención en salud mental*. (1ra Edición). Madrid: Amru Salamanca.
- Núñez, B. (2007). *Familia y Discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. (1^{ra} Edición). Buenos Aires: Lugar
- Presles, P, Solano, C y Rodríguez A. (2008). *Prevenir. el cáncer, el infarto y el Alzheimer*. (1ra Edición). España: editorial Kairós S.A

- Rodríguez, R y Lazcano G. (2007). *Práctica de la Geriatría*. (2^{da} Edición). México: Mc Graw-Hill
- Slaikeu, K. (1984). *Intervenciones en crisis*. (1^{ra} Edición). México: Manual Moderno
- Stuart, G, y Laraia, M. (2006). *Enfermería psiquiátrica principios y práctica*. (8^{va} Edición). Madrid: Elseiver
- Texto revisado. (). *DSM-IV-TR*. (1^{ra} Edición). Barcelona: Masson.

Artículos Electrónicos

1. Builes Correa, M. V., y Bedoya Hernández, M. H. (Dec 2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 4. p.463. Recuperado el 17 de agosto del 2010 desde: http://find.galegroup.com/gps/start.do?prodId=IPS&userGroupName=ua_me_cons
2. Carrasco. A. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Extraído el 22 de enero del 2010, desde: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/.../04/111040202010206.pdf -
3. Espín. A. (2008). Programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Extraído el 10 de diciembre del 2009 desde: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_2_09/spu19209.htm

4. Fundación Down 21 (2010) Extraído el 25 de junio de 2010, desde:
http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=464%3Asalud-mental&catid=81%3Aproblemas-de-salud&Itemid=2071&limitstart=10
http://www.tandempsicoterapia.com/terapia_estragica.html
5. INECO. Demencia Vascular. Extraído el 15 de junio del 2010, desde:
<http://www.neurologiacognitiva.org/clinica.php?clinica=9>
6. Llaló. A. (2008). Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Extraído el 10 de enero del 2010, desde:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2672724>
7. Mendoza, M. y Hernández, O. Programa de psicoeducación para mejorar el desempeño de personas con diagnóstico de esquizofrenia.(pp. 2) Extraído el 20 de Agosto del 2010 desde:
www.uv.mx/facpsi/revista/vol52009/documents/4-ORALIA.pdf -
8. Peco. A. (2008). Cuidados especializados en la enfermedad de Alzheimer. Extraído el 10 de diciembre del 2009 desde:
<http://www.mailxmail.com/curso-cuidados-especializados-enfermedad-alzheimer>.
9. Tàndem (Serveis Psicològics i Psicoteràpi). Teràpia Estratègica.
Extraído el 22 de agosto del 2010 desde:
<http://www.tandempsicoterapia.com/constructivismo.html>
10. The National Institute on Aging (NIA) Nuevas técnicas para ayudar en el diagnóstico de Alzheimer. Extraído el 15 de julio del 2010 desde:
<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/LaEnfermedaddeAlzheimer/Parte2/T%C3%A9cnicas.htm>

11. Zona Médica (2006). Envejecimiento: Envejecimiento Normal. Extraído
el 20 de Mayo del 2010, desde:
<http://zonamedica.com/neurologia/envejecimiento-envejecimiento-normal/>

A N N E X O S

11. Anexos

11.1. Anexo 1 Test de Zarit

TEST		
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
<p>A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: Nunca 0 Raramente 1 Algunas Veces 2 Bastante a menudo 3 y Casi siempre 4.</p> <p>A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.</p>		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su	

	familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

11.2. Anexo 2 Presentaciones de Power point.CD

11.3. Anexo 3 Carta de compromiso

11.3.1. Carta de compromiso taller 1

CARTA DE COMPROMISO
<p>PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR</p> <p>10 de Enero de 2011</p> <p>Quito</p> <p>Yo _____ me comprometo a asistir todos los días lunes cinco de la tarde al programa de apoyo familiar, en el que participaré y aportare junto con mis demás compañeros para beneficio personal y familiar.</p> <p>Y para que conste, dejo plasmada mi firma.</p> <p>Un saludo cordial. _____</p>

11.4. Carta de compromiso taller 7

<p>PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR</p> <p>25 de Febrero de 2011</p> <p>Yo _____ me comprometo a poner en práctica todas las recomendaciones que he aprendido en el programa de apoyo que asistí, son dos meses de mucho trabajo, donde invertí mucho tiempo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida no solo de mi familiar quien padece Alzheimer sino la mía que se desgasta día a día con los cuidados que le doy.</p> <p>Y para que conste, dejo plasmada mi firma.</p> <p>Un saludo cordial.</p> <p>_____</p> <p>(firma)</p>

11.5. Anexo 4 lectura

TESTAMENTO de una persona con Alzheimer.

Adjunto mi testamento, por que deajo a mi compañera, mis hijos y mis amigos, mi deseo de vivir y mi amor por Dios y toda su creación, hago una petición:

Si por casualidad, en mi cerebro a hurtadillas la senilidad, demencia y el olvido inesperadamente se infiltran, la falta de lucidez y confusión surgen, por favor, recuerde que:

Posiblemente todavía tiene una vaga idea de mi identidad;
Me gustara ser llamado por mi nombre, el que me dieron mis padres
Siempre querré saber donde estoy, y quién soy
Podrá gustarme o no gustarme donde estoy y saber quién soy
Todavía querré utilizar ese tipo de calzado que llevaba toda mi vida
Todavía me gustará usar el estilo de ropa que siempre he preferido
La ropa de los demás puesto en mí me pondrá triste
La falta de atención y no poderme ayudar en la higiene personal me traerá ansiedad
Los alimentos con un sabor diferente ya no me apetecerán y hará que los rechace
Los pañales en alguna ocasión me molestará y ya no me dará tanta vergüenza
A veces caminaré para tomar aire fresco y hablar con la naturaleza
A veces hablaré algunas palabras para recordar a la gente que aún estoy aquí
Querré recibir visitas para sentir que todavía pertenezco a ellas
Querré recibir un abrazo y un beso a saber que alguien todavía tiene un afecto por mí
La falta de sueño no será deliberada ni intencional
La falta de interés estará más allá de mi control
Mi torpeza será inexplicable para mí
El Olvidar me ha traumatizado
Tengo dolor que a veces no puede contar
No siempre lo que hago es lo que yo haría
Mi mirada en blanco, no refleja lo que siento
Y si no te doy un abrazo, es porque mis brazos no me obedecen
Y si no te doy un beso, es porque mis labios no saben qué hacer
Y si no puedo expresar lo mucho que aprecio su dedicación y su amor, se debe a que el puente se rompió y perdí mi camino que me lleva a compartir con ustedes mis sentimientos

Un ser humano que envejece

11.6. Anexo 5 Videos CD

11.7. Anexo 6 Hojas de registro

11.7.1. Hoja de registro taller 2

HOJA DE REGISTRO CARACTERISTICAS COGNOSCITIVAS		Si	No
1	Pérdida de memoria		
2	Dificultad para manipular objetos		
3	Dificultad para hacer compras		
4	Dificultad para reconocer familiares		
5	Pierde el hilo de conversación con facilidad		
6	Escasez de lenguaje		
7	Incontables Repetición de frases simples o cortas		
8	Desorientación en tiempo y espacio		
9	Olvida lugares conocidos		
10	Dificultad para aprender rutas nuevas		

11.7.2. Hoja de registro taller 3

HOJA DE REGISTROS CARACTERISTICAS CLINICAS FISICAS Y CONDUCTUALES DEL ALZHEIMER	SI	NO
Apraxia (déficit en la capacidad para realizar actividades o movimientos anteriormente aprendidos)		
Neurológicos (incontinencia urinaria postura encorvada, pérdida de peso, imposibilidad para caminar y moverse)		
Apatía (falta de interés, y emoción)		
Hiperactividad		
Agresividad		
Sueño		
Alimentación		
El comportamiento repetitivo		
El Apego		
Esconder objetos		
El Deambular		
Cambios de personalidad		
Las falsas ideas y alucinaciones		
El comportamiento sexual inapropiado		
La depresión y la ansiedad		

11.7.3. Hoja de registro taller 5

ETAPAS DEL ALZHEIMER	SI	NO
Etapa1		
Olvida eventos recientes de 10ª 20 min. que hayan sucedido		
Desorientación, no reconoce lugares, día, hora, fecha		
Disminución de concentración		
Cambios de humos		
Agitación, ansiedad al atardecer o anochecer		
Etapa2		
Pérdida progresiva de memoria		
Se le dificulta expresarse y comprenderlo se hace cada vez imposible		
Se le dificulta vestirse y comer adecuadamente		
A veces desconoce a sus familiares cercanos		
Imagina oye ve gente que no existe		
Vagabundea, esculca y arregla ropa o cosas todo el día		
Etapa 3		
Falla total en sus facultades intelectuales		
Rigidez muscular, no cambia de posición		
No reconoce a sus familiares		
Apatía frente a la comida, baño y vestimenta		
Descontrol de sus esfínteres		
Su personalidad no es la misma, la ha perdido		
Perdida de dolor		

11.8. Anexo 7 Cuestionario de evaluación

EVALUACION DE LOS TALLERES

1. Los contenidos del taller le parecieron:

- Adecuados
- Poco adecuados
- No adecuados

Argumente:

2. Cree usted ¿Qué los objetivos del programa se cumplieron?

- Si
- No

Argumente:

3. Las actividades realizadas (lecturas, videos) para captar el contenido de los talleres fueron:

- Muy Útiles
- Útiles
- Regulares

Argumente:

4. ¿Cómo calificaría este programa?

- Muy Bueno
- Bueno
- Regular

Comentario:

5. ¿Sugerencias y comentarios acerca del programa (talleres)?

11.9. Cuestionario de Entrevista

- ¿Cuál es la experiencia con el Alzheimer?
- ¿de esta experiencia que es lo que le parece más difícil?
- ¿Cómo percibe el impacto de la enfermedad en la familia?
- ¿Cómo maneja la enfermedad del Alzheimer la familia del afectado?
- ¿Conoce el modelo psicoeducativo?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de el modelo psicoeducativo?

11.10. Anexo 8 Video de entrevista.