



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

“EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES  
CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA  
EXTERNA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO  
MONTEROS DEL IESS DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO  
2015.”

Tesis previa a la obtención del  
título de Psicóloga Clínica

**AUTORA:**

CRISTINA NATHALI LEON SANCHEZ

**DIRECTOR:**

DR. MIGUEL GONZALEZ SARMIENTO, MG. SC.

**LOJA - ECUADOR**

**2015**

## CERTIFICACIÓN

Dr. Miguel González Sarmiento Mg. Sc.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; DIRECTORA DE TESIS.**

CERTIFICA;

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo y el informe final del proyecto de tesis titulado: **"EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA-DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015."**, de la egresada Srta. Cristina Nathali León Sánchez; así como revisar oportunamente los avances de la investigación devolviéndolos a la aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias a fin de asegurar la calidad de la misma; por lo tanto autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

30 de Julio del 2015

Atentamente:



Dr. Miguel González Sarmiento Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo **Cristina Nathali León Sánchez** declaro ser autora del presente trabajo de tesis: **"EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015."**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autor:** Cristina Nathali León Sánchez.

**Firma:** 

**Cedula:** 1105157562

**Fecha:** 29/07/2015

**CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA  
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo **Cristina Nathali León Sánchez**, declaro ser la autora de la tesis titulada: **"EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015."**, como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte nueve días del mes de Julio del dos mil quince, firma la autora.

**Firma:**



**Autora:** Cristina Nathali León Sánchez

**Cédula:** 1105157562

**Dirección:** Macara y Lourdes Esquina

**Correo Electrónico:** [crisvleo91@hotmail.com](mailto:crisvleo91@hotmail.com)

**Teléfono:** 0993547355

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de Tesis:** Dr. Miguel González Sarmiento.

**TRIBUNAL DE GRADO**

**Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas A.

**Vocal:** Dra. Mayra Rivas Paladines.

**Vocal:** Lic. Diego Andrade Mejía.

## **DEDICATORIA**

*A Dios quien me ha permitido lograr esta meta tan anhelada, a mis docentes universitarios testigos del esfuerzo y dedicación en los 5 años de estudios académicos , a mi querida hija Emilia Valentina Maldonado León fuente de motivación.*

*A mis padres, a quienes amo Franco y Carmita por ser el pilar en todos los aspectos de mi vida.*

*A mis hermanos Adriana Mercedes, Gabriela Soledad y Franco Andrés por brindarme su apoyo.*

*A mis sobrinos Matías Alejandro, Ivanova Betzabè por darme todo su afecto, ternura y regalarme momentos de alegría.*

*A mi esposo Pablo Paul Maldonado Romero por apoyarme a culminar mi etapa universitaria.*

*A mis amigos, compañeros con quienes he compartido momentos muy importantes de mi vida y sobre todo por el constante apoyo durante este proceso estudiantil.*

*A mi Director de Tesis Dr. Miguel González por su paciencia, generosidad durante mi formación profesional y desarrollo de este proyecto.*

**CRISTINA NATHALI**

## **AGRADECIMIENTO**

*Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios, a mis padres y a mi hermana Adriana Mercedes por todo su apoyo, sacrificio y esfuerzo.*

*Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica, y sus docentes, por la formación académica brindada en todo este trayecto.*

*De manera especial agradezco al Dr. Miguel González quien brindo su tiempo, apoyo y conocimiento en este trabajo.*

*Mi reconocimiento y agradecimiento al Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES, quienes me abrieron sus puertas con amabilidad y sin ningún impedimento e hicieron posible el presente estudio.*

*De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.*

**LA AUTORA**

**a. TÍTULO**

“EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015.”

## **b. RESUMEN**

La demencia vascular es una patología creciente en prevalencia a nivel de la salud mental, el deterioro que produce afecta tanto al paciente como a los familiares cercanos al mismo. La presente investigación tiene como finalidad determinar el impacto emocional en los familiares de pacientes con demencia vascular al enfrentarse a una enfermedad neurodegenerativa que a partir de su aparición tiene una constante evolución generando un cambio repentino al sistema familiar; Evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal, determinando de esta manera que las enfermedades degenerativas producen una alteración en los estados emocionales de los familiares; la elaboración de una propuesta psicoeducativa acerca de la demencia tipo vascular encaminada a brindar atención a los familiares acerca de la evolución de la enfermedad y sobretodo evitar la sobrecarga en el cuidador principal. La investigación es de tipo prospectivo así mismo las técnicas e instrumentos aplicados son: test Zarit, escala EVEA. Tomando en cuenta a 45 pacientes diagnosticados con demencia vascular de los cuales se derivan 100 familiares cercanos, dentro de los mismos 45 están tipificados como cuidador principal. De acuerdo a los datos obtenidos por la escala EVEA se determinó que existe un impacto emocional evidente pues al evaluar el estado de ánimo de la familia del paciente con demencia vascular predominan estados emocionales como: triste-depresivo, ansioso e iracundo-hostil. Por otro lado tomando en cuenta a los 45 pacientes diagnosticados con demencia vascular denotamos 45 cuidadores principales, en los cuales aplicado el test Zarit tenemos una evidente sobrecarga intensa en cada uno de ellos debido a la pérdida del espacio personal. Por lo que concluyó determinando que el impacto emocional de una enfermedad crónico-degenerativa como la demencia vascular es evidente, pues afecta todas las esferas en las que se desenvuelve cada uno de los integrantes de la familia del paciente; el grado de sobrecarga en el cuidador es intensa debido a la pérdida de su espacio personal así como el ajuste de sus actividades sin previo conocimiento.

**Palabras Claves:** Demencia Vascular, impacto emocional, Sobrecarga del Cuidador.



## SUMMARY

Vascular dementia is a growing disease prevalence level in mental health deterioration that occurs affects the patient as close to the same family. This research aims to determine the emotional impact on the families of patients with vascular dementia in the face of a neurodegenerative disease from its onset has an evolving generating a sudden change the family system; Assess the level of the primary caregiver overload, thereby determining that degenerative diseases cause a change in the emotional state of the family; the development of a psychoeducational proposal on vascular dementia aimed at providing care to family members about the evolution of the disease and especially avoid overloading the primary caregiver, research is prospective likewise you the techniques and instruments are applied : test Zarit scale EVEA. Considering 45 patients diagnosed with vascular dementia of which 100 are derived close relatives, within the same 45 they are classified as primary caregiver. According to data obtained by the scale EVEA determined that there is an obvious emotional impact as to assess the mood of the family of patients with vascular dementia predominant emotional states such as depressive sad, anxious, angry-hostile. Furthermore considering the 45 patients diagnosed with vascular dementia denote primary caregivers 45, wherein the test applied Zarit have a greater burden evident in each due to the loss of personal space. So it concluded by determining that the emotional impact of a chronic degenerative disease and vascular dementia is evident, affecting all areas in which it operates each of the family members of the patient; the degree of overload in the caregiver is intense due to the loss of their personal space as well as adjusting their activities without prior knowledge.

**KEYWORDS:** Vascular dementia, emotional impact, overload in the caregiver.

### c. INTRODUCCIÓN

En nuestro país es conocida la elevada frecuencia de los trastornos mentales y psicosociales en la población. Los estudios epidemiológicos demuestran que existe una alta morbilidad psiquiátrica en la práctica médica general a nivel mundial, nacional y local. En cuanto a la desatención del sector social conlleva a múltiples problemas sociales inmerso en este la falta de información a las familias acerca de los cuidados y atención de una persona con un trastorno mental. En nuestro país existe un amplio porcentaje de familias caracterizadas por problemáticas que suelen ser enfocadas en la sobrecarga, falta de organización, irresponsabilidad frente a la aparición de un evento ajeno a su realidad actual.

La familia es uno de los grupos fundamentales a intervenir ante una crisis familiar. La influencia de las familias con pocas estrategias de afrontamiento en el desarrollo de los trastornos mentales o enfermedad degenerativa, generan sobrecarga en el cuidador principal, estados emocionales marcados en los familiares cercanos como: tristeza-depresión, ansioso, iracundo-hostil, alegría.

La demencia vascular, también llamada demencia multiinfarto, es la segunda causa de demencia en adultos, después de la enfermedad de Alzheimer. El término hace referencia a un grupo de enfermedades que provocan lesiones en el cerebro por daño en los vasos sanguíneos del mismo. Afecta al círculo familiar pues por la falta de información sus familiares se desarrollan en un ambiente donde no pueden expresar libremente sus sentimientos, existe una comunicación deficiente, ausencia de expresiones afectivas, falta de tolerancia, sobrecarga en una sola persona, así como genera malestar social, laboral, económico a todos los miembros de la Familia. (GARMENDIA Lorena, 2011).

El impacto emocional en los familiares aumenta por despreocupación e ignorancia de parte de la familia y de las autoridades pertinentes referentes a la Salud Mental.

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado: **“EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IEES DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015.”**, por lo que se desarrolló la revisión de literatura donde se abordaron los siguientes temas: Estados Emocionales, Familia, Demencia Vascular, Sobrecarga del Cuidador Principal.

La investigación fue de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo, cualitativo, para lo que se utilizó el método inductivo-deductivo, analítico-sintético y estadístico-descriptivo. Se planteó un objetivo general: Determinar el impacto emocional en los familiares de pacientes con demencia vascular que acuden a consulta externa de Neurología del H. “MYMV” del IEES de Loja y tres objetivos específicos: indagar el estado emocional en familiares de pacientes con demencia vascular; evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal de pacientes diagnosticados con demencia vascular; Establecer un plan psicoeducativo para fortalecer la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes con demencia vascular.

Para la obtención de datos se aplicó a los familiares la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) con el fin de conocer el impacto emocional en la familia de un paciente con demencia vascular; Inventario de sobrecarga Zarit aplicado a los cuidadores de pacientes con demencia vascular para determinar su intensidad.

Entre los resultados más relevantes se puede mencionar que las consecuencias de la falta de conocimiento de la enfermedad demencia vascular son: sobrecarga intensa en un solo familiar, estados emocionales: tristeza-depresión, ansioso, iracundo-hostil en los familiares del paciente con demencia vascular que afecta el sistema familiar así como el ambiente donde se desarrolla el paciente con le enfermedad mencionada.

Para lo que recomiendo a las autoridades del hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja, incrementar el departamento de psicología, el cual, ayudara a los familiares de pacientes con demencia vascular a mejorar el ambiente para el paciente, así como brindar estrategias de afrontamiento. De la misma manera se sugiere a los familiares busquen ayuda psicológica con el propósito de mejorar las relaciones y la dinámica familiar, que garantice la estabilidad emocional y psicológica del paciente.

## **d. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **1. DEMENCIAS**

#### **1.1. Definición.**

Demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas debida a daños o desórdenes cerebrales. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficit cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales, particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visuoespaciales, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden. (Lazarus-1984)

#### **1.2. Tipos:**

##### **Degenerativas o Primarias:**

Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad de Pick y otras demencias frontotemporales

Demencia por Cuerpos de Lewy

##### **Secundarias:**

Demencia vascular o Demencia multiinfarto

Complejo de demencia del SIDA

Pseudodemencia depresiva

Hidrocefalia normotensiva

Estados de confusión aguda o delirio

Hipotiroidismo

Deficiencias de Vitamina B6 o B12

#### **1.3 Demencia por multinfartos**

La demencia es una pérdida permanente del funcionamiento cerebral que ocurre con ciertas enfermedades. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento. La demencia multiinfarto es causada por una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares. También se denomina demencia vascular. (CIE-10-1994 )

### 1.3.1 Causas

La demencia por multinfartos (DMI) es la segunda causa más frecuente de demencia, después del mal de Alzheimer en personas de más de 65 años y generalmente afecta a personas entre los 55 y 75 años. Más hombres que mujeres se ven afectados por este trastorno. La demencia por multinfartos es causada por una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares.

(DSM IV - 2013)

- Un accidente cerebrovascular es una interrupción o bloqueo del riego sanguíneo a cualquier parte del cerebro. También se denomina infarto. Multinfarto significa que más de un área en el cerebro ha resultado lesionada debido a una falta de sangre.
- Si el flujo de sangre se detiene por más de unos pocos segundos, el cerebro no puede obtener oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.
- Cuando estos accidentes cerebrovasculares afectan un área pequeña, puede no haber ningún síntoma de ellos y se denominan accidentes cerebrovasculares silenciosos. Con el tiempo, a medida que más áreas del cerebro resultan dañadas, empiezan a aparecer los síntomas de la DMI.
- No todos los accidentes cerebrovasculares son silenciosos. Los accidentes cerebrovasculares más grandes que afectan la fuerza, la sensibilidad u otra función del cerebro y el sistema nervioso (neurológica) también pueden llevar a que se presente DMI.

Los factores de riesgos para la demencia por multinfartos abarcan:

- Diabetes
- Endurecimiento de las arterias (ateroesclerosis)
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Tabaquismo
- Accidente cerebrovascular

Los síntomas de la demencia también pueden ser causados por otros tipos de trastornos cerebrales. Uno de tales trastornos es el mal de Alzheimer, cuyos síntomas pueden ser similares a

los de la DMI. El mal de Alzheimer y la DMI son las causas más comunes de demencia y pueden ocurrir juntas. (Lazarus-1994)

### **1.3.2 Síntomas**

Los síntomas pueden manifestarse gradualmente o pueden progresar después de cada pequeño accidente cerebrovascular. Los síntomas pueden empezar repentinamente después de cada accidente cerebrovascular. Algunas personas con DMI pueden mejorar durante períodos cortos de tiempo y luego decaen después de tener más accidentes cerebrovasculares silenciosos. (Lazarus-1994)

Los síntomas preliminares de demencia pueden abarcar:

- Dificultad para realizar tareas que solían ser fáciles, como llevar el saldo de una chequera, participar en juegos y aprender nueva información o rutinas
- Perderse en rutas familiares
- Problemas del lenguaje, como tener dificultad para encontrar el nombre de objetos conocidos.
- Perder interés en actividades que previamente disfrutaba, estado anímico indiferente
- Extraviar artículos
- Cambios de personalidad y pérdida de las destrezas sociales

A medida que la demencia empeora, los síntomas son más obvios y la capacidad para cuidarse disminuye. Los síntomas pueden abarcar:

- Cambio en los patrones de sueño, como despertarse con frecuencia por la noche.
- Dificultad para realizar tareas básicas, como preparar comidas, escoger la ropa apropiada o manejar.
- Olvidar detalles acerca de eventos actuales.
- Olvidar hechos de la historia de la vida personal, perdiendo la noción de quién es.
- Tener delirios, depresión o agitación.
- Tener alucinaciones, discusiones, golpear, comportamiento violento.
- Tener más dificultad para leer o escribir.

- Tener mal juicio y perder la capacidad para reconocer el peligro.
- Usar la palabra errónea, no pronunciar las palabras correctamente, hablar con oraciones confusas.
- Alejarse del contacto social.

También se puede presentar cualquiera de los problemas del sistema nervioso (neurológicos) que ocurren con un accidente cerebrovascular. (Gallant- 1998)

### **1.3.3 Pruebas y exámenes**

Se pueden solicitar exámenes para ayudar a determinar si otros problemas de salud podrían estar causando la demencia o empeorándola, tales como:

- Anemia
- Tumor cerebral
- Infección crónica
- Depresión grave
- Enfermedad tiroidea
- Deficiencia vitamínica

Se pueden realizar otras pruebas para averiguar qué partes del pensamiento han sido afectadas y para guiar otros exámenes. Los exámenes que pueden mostrar evidencia de accidentes cerebrovasculares anteriores en el cerebro pueden abarcar:

- Tomografía computarizada de la cabeza
- Resonancia magnética de la cabeza

### **1.3.4 Deterioro Cognitivo Vascular (DCV):**

El progreso del DCV, causado por ECV conduce a una Demencia de tipo vascular, la cual va a depender del tipo de lesión y de la cantidad de tejido infartado. La función cognitiva que primero se deteriora suele ser la memoria, debido a la mayor vulnerabilidad de las estructuras del lóbulo temporal medial a los procesos degenerativos. El DCV puede afectar funciones cognitivas localizadas o dispersas:

Las funciones cognitivas localizadas abarca los déficits que pueden ocurrir en el área del lenguaje (afasia). Las afasias pueden identificarse como motoras (el paciente tiene dificultad en expresarse, construir frases, denominar objetos, pero comprende bien lo que se le dice aunque no lo puede repetir) o sensitivas (el enfermo tiene un flujo verbal normal o incluso aumentado pero su conversación está cargada de parafasias o palabras totalmente inventadas, lo que dificulta su comprensión y el enfermo tampoco comprende lo que se le dice ni es capaz de repetirlo). En el paciente afásico se buscará una lesión en el hemisferio izquierdo en la región frontal posterior o en la frontera temporoparietal. (DSM IV - 2013)

Los déficits también pueden ocurrir en las funciones de control, coordinación y elaboración de la conducta motora (apraxia). La apraxia ideomotriz ocurre en el paciente que es capaz de diseñar un acto motor pero no de ejecutarlo correctamente. En la apraxia ideatoria el paciente ni siquiera es capaz de diseñar la respuesta. La apraxia del vestir, hace referencia específica al acto motor que está distorsionado. Y la apraxia cinética de la extremidad, a alteraciones de la velocidad o ritmo de ejecución del acto motor o a la fluidez con que se concatenan los distintos componentes del movimiento. En el paciente apráxico se buscará lesión en el lóbulo parietal. Las lesiones de los ganglios basales no producen apraxia. También hay déficit en el reconocimiento e interpretación de los estímulos recibidos del entorno (agnosia). Las heminegligencias corporales o espaciales, acontecen en pacientes con infarto más o menos extensas en la región parietal, habitualmente derecha. El paciente ignora el lado izquierdo de su cuerpo o el lado izquierdo del espacio, tiene una agnosia de ese hemicuerpo, hemiespacio o ambos. (DSM IV-2013)

Las funciones cognitivas dispersas abarcan las lesiones que se asientan sobre la corteza prefrontal dorsolateral, producirán un síndrome predominantemente desejecutivo con trastornos de la atención y capacidad de concentración, distraibilidad fácil, dificultad para mantener una tarea mental concreta, alteración del pensamiento abstracto (interpretación de proverbios, semejanzas) y dificultad para variar y reorientar una actividad mental determinada hacia otro objeto (perseverancia). Presentará una reducción de su producción verbal así como un trastorno de la estrategia de búsqueda en la memoria con el consiguiente déficit en la evocación que mejorará con la administración de ayudas o pistas. (DSM IV- 2013)



### **1.3.5 Sintomatología psicológica de la DV:**

Además del deterioro orgánico y el DCV provocado por este, en la DV aparece el provocado por la pobreza de vivencias, la disminución o ausencia de estímulos y la escasez de medios a consecuencia de cómo vive y asume la enfermedad la familia y entorno social.(Boada. M - 1999)

Una vez diagnosticada la DV durante la primera fase de la enfermedad, el paciente es capaz de entender lo que está sucediendo dada la parcialidad e irregularidad de las capacidades afectadas. La aparición de un síndrome depresivo ante la objetivación del proceso deteriorante es frecuente, el cual incrementa la minusvalía, exacerba el deterioro cognitivo y un mayor déficit de las actividades cotidianas. Al avanzar la Demencia, la conciencia de enfermedad se va delimitando y la reacción personal ante el cuadro de deterioro cognitivo, comportamental y funcional se desvanece por lo que la presencia de depresión es menor cuanto mayor es la gravedad de la DV. En la fase final, ausentes las mínimas capacidades intelectuales, sin posibilidad de comunicación, secundarias al mínimo contacto que estos pacientes tienen con la realidad, con grave afectación de las funciones, sin autonomía, libertad, ni apenas conocimiento del entorno humano y físico, la condición psicológica y aún ontológica del ser humano se quiebran, la conciencia respecto a sí mismos y a su entorno disminuye, existe alteración de las emociones y comportamientos. El demente es un ser que vive exclusivamente por los cuidados de quienes lo rodean y en él que están ausentes en gran medida los atributos de persona. (Boada. M - 1999)

### **1.4 Evaluación, Tratamiento y Rehabilitación de la DV**

Evaluación neuropsicológica de la DV:

Para lograr, luego del diagnóstico, aplicar los tratamientos oportunos y orientar a la familia sobre los cuidados del paciente, se propone un procedimiento de evaluación en "cascada" con tres etapas fundamentales:

1. La historia clínica de las dificultades del paciente que hacen sugerir DV.
2. Una exploración neuropsicológica cualitativa que nos delimite el perfil clínico del paciente y nos oriente sobre un determinado tipo de DV.
3. Los datos neurológicos y neurorradiológicos que excluya otras posibles alternativas etiológicas

*La Historia Clínica* ha de ser detallada a través de un interrogatorio exhaustivo, realizada al paciente y a una persona digna de crédito, la entrevista a esta persona (familiar o cuidador) permite valorar hechos como el olvido de nombres de objetos y personas, una mala administración económica, problemas relacionados con las actividades laborales, desorientación temporal, al perderse en lugares conocidos o la incapacidad de adquirir nuevas habilidades, todo ello, signos precoces de Demencia. De manera general la historia clínica debe recoger:

- Datos sociodemográficos y sanitarios del paciente.
- Datos complementarios de salud.
- Demostración del deterioro cognitivo y forma de aparición de los déficits.
- Confirmación de un informador del deterioro cognitivo.
- Establecer la ausencia de contexto patológico asociado al déficit cognitivo que puede simular una Demencia.
- Detección del declive funcional.
- Determinar si existen trastornos conductuales y emocionales.

### **1.5 Tratamiento**

El tratamiento de la DV también requiere de psicoterapia al paciente, la cual difiere según el grado de gravedad de la enfermedad (leve, moderada o grave), psicoterapia a familiares y/o cuidadores o entrevistas pautadas con la finalidad de informar y apoyar afectivamente al entorno en conflicto y un entrenamiento, formación y supervisión permanente, el cuidador debe tener conocimiento del nivel de autonomía actual del enfermo y ser orientado en cuanto a cuidados que precisa y precisará así como a la asistencia que puede solicitar desde las ayudas hasta el internamiento. La actitud ante el enfermo demente no debe ser contemplativa ya que un buen control y seguimiento del enfermo mejora la calidad de vida del paciente y de su familia.

En cuanto a la rehabilitación total de la DV es preciso plantear que esta es, en la mayoría de los casos, irreversible, porque irreversible es la neuropatología o causa orgánica que la provoca, aunque algunas son tratables. Existen terapéuticas dirigidas a mejorar los síntomas de la conducta y de rehabilitación para la función cognitiva (intelectual) de estos pacientes. Estas alteraciones terapéuticas se basan fundamentalmente en un conjunto de conductas a seguir por el

cuidador para el manejo y cuidado del paciente así como, modos de afrontamiento adecuados para reducir la carga del familiar y/o cuidador.

Algunas de las acciones que recoge la rehabilitación para la función cognitiva son: Entrenamiento de la memoria (adivanzas, refranes, completar frases, reconocer personas), Técnicas de orientación de la realidad (repetir diariamente los datos correctos sobre lugares, fechas, dónde están las cosas), Ergoterapia (actividades manuales, juego con pinturas, con barro o costura, con supervisión continua del familiar y/o cuidador).

No hay ningún tratamiento para reparar el daño al cerebro causado por los accidentes cerebrovasculares pequeños.

Una meta importante es controlar los síntomas y corregir los factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo y colesterol alto para prevenir accidentes cerebrovasculares futuros.

- Evitar los alimentos grasos. Dieta saludable, baja en grasas.
- Mantenga la presión normal.
- Mantenga el colesterol LDL "malo" en menos de 70 mg/dL.
- El médico puede sugerirle que tome ácido acetilsalicílico u otros fármacos para ayudar a prevenir la formación de coágulos de sangre en las arterias. No tome ni administre a otra persona ácido acetilsalicílico sin hablar primero con su médico.

## **1.6 Soporte Familiar**

Los objetivos de ayudar a alguien con demencia en el ambiente de la casa son:

- Manejar problemas de comportamiento, confusión, problemas de sueño y agitación.
- Quitar objetos que implican riesgos en el ambiente de la casa.
- Apoyar a los miembros de la familia y otros cuidadores.

Pueden requerirse medicamentos para controlar los comportamientos agresivos, agitados o peligrosos.

## **1.7 Expectativas (pronóstico)**

Se puede presentar algo de mejoramiento durante períodos de tiempo cortos, pero el trastorno generalmente empeorará con el tiempo.

## **1.8 Posibles complicaciones**

Las complicaciones abarcan las siguientes:

- Accidentes cerebrovasculares futuros
- Cardiopatía
- Pérdida de la capacidad para desempeñarse o cuidarse
- Pérdida de la capacidad para interactuar con los demás
- Neumonía, infecciones urinarias, infecciones cutáneas

## **1.9 Prevención**

Controlar las afecciones que aumentan el riesgo de endurecimiento de las arterias:

- Manejando la hipertensión arterial
- Controlando el peso
- Reduciendo las grasas saturadas y la sal en la alimentación
- Tratando los trastornos conexos

## **2. Familia**

### **2.1 Definiciones de Familia.**

Las definiciones de familia son numerosas y habitualmente reflejan los valores y esquemas propios que cada sociedad ha promovido en distintas épocas, a continuación se detallan algunas definiciones que servirán de base para que cada quien, en base a sus experiencias, forme su propio criterio sobre lo que debe ser una familia.

La familia a través de tres rasgos que el autor identificaba en el grupo familiar: “tiene su origen en el matrimonio formado por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, y sus miembros han de estar unidos por lazos de matrimonio, por derecho y obligaciones de tipo

económico, religioso u otros, por una red de derechos y por vínculos psicológicos como el amor, afecto, respeto y el temor. (Levi – Strauss 1949)

Para Piaget (1928), la familia es aquel grupo de personas compuesto por un padre, una madre, hijos, abuelos. Gough (1971) la define como: “una pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica, en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales utilizan una morada común”.

Rodrigo y Palacios (1998), consideran que una familia es: “unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”

De acuerdo a estos autores la familia no sólo comprende papá, mamá e hijos sino todos aquellos miembros que de alguna manera colaboran con el sustento del hogar y la formación de los hijos, es decir puede estar formada por uno sólo de los padres, por padrastros, tíos, primos u otros miembro que viven bajo el mismo techo.

Para FREUD, “La familia a ser estudiada como generadora de la personalidad del individuo, enfatizando la importancia de las experiencias infantiles en los primeros años de vida de las personas.

Según G. Pastor (2002), la familia se podría definir como aquellos “pequeños grupos primarios residenciales cuyas relaciones internas están socialmente institucionalizadas según normas de parentesco”.

La familia para las ciencias sociales, es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. ”

La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas, protectoras, recreativas y reproductivas.

## **2.2 Consecuencias familiares ante el diagnóstico demencial**

En muchas ocasiones surge un gran conflicto con grandes tensiones familiares. Desde el momento del diagnóstico se imponen nuevas formas de actuar y relacionarse entre los componentes de la unidad familiar.

## **2.3 La familia de un enfermo demencia vascular**

Una familia que ha sufrido muertes anteriores se encuentra más vulnerable. Ante una nueva pérdida se reactivan sentimientos, temores, reacciones de duelo de la experiencia previa.

**Relaciones familiares:** los conflictos previos se exacerban ante la situación de estrés, dificultando las relaciones con el paciente y el equipo de cuidados.

### **Identidad y papel que juega en la familia el paciente. -Recursos socioeconómicos:**

Las familias que cuentan con un adecuado apoyo social y económico, presentan una mayor estabilidad emocional y menor riesgo de desorganización familiar. La respuesta más común ante el conocimiento del diagnóstico por parte de la familia es de shock, aturdimiento e incredulidad. Para poder manejar estos sentimientos, la estructura familiar entra en un periodo de negación que le permite mantener el control y la integridad emocional. No todos los miembros de la familia mantienen la negación con la misma intensidad ni durante el mismo tiempo; los miembros más realistas se vuelven críticos e intolerantes con los negadores. Después la familia entra en un periodo de negociación, lo cual significa una mayor asimilación de la enfermedad. Esto contribuye a establecer la conspiración del silencio. Se establece un acuerdo de no hablar sobre la verdad, aunque tanto la familia como el paciente estén informados sobre la enfermedad. El objetivo de la familia, es el deseo de proteger al paciente del sufrimiento, relegándolo al aislamiento emocional y dejándolo sólo con sus sentimientos, ansiedades y temores. A medida que la familia va encontrando los mecanismos para adaptarse a la tensión emocional y que el estado físico del paciente hace evidente la proximidad de su muerte, empieza a aceptar la realidad y a prepararse emocionalmente para ella, iniciándose un doloroso proceso llamado duelo anticipatorio.

### **3 IMPACTO EMOCIONAL**

Para valorar adecuadamente el impacto familiar y personal (Roig y cols, 2006) debemos considerar que se trata de un patología neurológica crónica, incurable hoy en día, es decir cuyos síntomas siempre irán a peor y tendentes a la invalidez funcional del paciente, por lo que cada vez es mayor la dependencia de sus cuidadores y exige una dedicación más y más exclusiva (Schulz, 2000; Pascual,2001).

#### **3.1 DEFINICION**

Las emociones y los sentimientos son la expresión que originamos como respuesta al impacto que nos producen las circunstancias que ocurren en nuestra vida. Y este impacto/expresión es personal, único e irreplicable; cada persona es un mundo y vivencia sus sentimientos de una forma peculiar e individual.

#### **3.2 Demencia Vascular y su impacto emocional en la familia**

Una serie de emociones y sentimientos se revoluciona en todos los elementos de la familia, lo que antes era cariño se empieza a transformar en rencor y tensión estresante. Porque la vivencia de la familia allegada y los seres queridos de un paciente diagnosticado de demencia vascular es bastante complicado; sobre todo, al principio de la enfermedad.

Es un proceso muy similar a la reacción de duelo; ese conjunto de reacciones anímicas y emocionales que acompañan al ser humano cuando ha de enfrentarse a una enfermedad progresiva de un ser querido, el diagnóstico clínico de algo irreversible.

Y a continuación, surgen una serie de emociones que los asustan, sorprenden a veces e, indudablemente causan sufrimiento. Este dolor supone un trauma psicológico lo suficientemente importante como para cambiar la vida de cada uno de los integrantes del sistema familiar.

El auténtico duelo produce cambios, a veces trascendentales en la familia. Cambios externos, en la familia, en el ambiente; pero también muy importantes cambios internos, fruto del sufrimiento y la reflexión consecuente.

Existen reacciones sentimentales más o menos comunes a todas las personas que atraviesan un duelo.

### **3.3 EMOCIONES**

#### **3.3.1 Ansiedad.**

La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años: la reacción de lucha o huida. (Peña casanova - 2003)

En la actualidad se estima que un 20,5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo (Barrero 2000).

#### **3.3.2 Depresión.**

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. (Crespo M. - 2003)

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así



como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, contexto social, aspectos de la personalidad y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte).

### **3.3.3 Hostilidad**

Hostilidad del latín *hostilitas*, hostilidad es la cualidad de *hostil*, que indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo.

El concepto permite hacer referencia a una acción *hostil* y a la agresión armada, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española.

La hostilidad, por lo tanto, implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en violencia emocional o física, de mano de una sola persona, un grupo pequeño o una gran cantidad de gente y estar dirigida, de igual forma, a uno o más sujetos.

Existe la hostilidad de una persona hacia otra, lo que supone un enfrentamiento entre dos sujetos.

### **3.3.4 Alegría**

La palabra *alegría* deriva del latín *alicer* o *alecris*, que significa "vivo y animado". Es una de las emociones básicas, junto con el miedo, la ira, el asco, la tristeza y la sorpresa. La *alegría* es una de las tantas emociones que experimenta el ser humano en esta vida.

Es un estado interior fresco y luminoso, generador de bienestar general, altos niveles de energía, y una poderosa disposición. (Engel GL - 1977)

La *alegría* es una emoción, la acción constructiva, que puede ser percibida en toda persona, siendo así que quien la experimenta, la revela en su apariencia, lenguaje, decisiones y actos. La *tristeza* es la emoción contraria. (Crespo M. Peña casanova - 2003)

También se puede definir como el estado de ánimo más confortable por el cual se puede pasar. La *tristeza* juega aquí un rol, ya que sin ella no se podría sentir *alegría*, y según estudios médicos, la *alegría* ayuda al mejoramiento de la salud. La *alegría* también para muchos se simboliza con el

color cian o amarillo, este también se compara con optimismo o placer, porque si hay alegría hay placer y optimismo. (Crespo M. Peña casanova - 2003)

Generalmente está originada por un sentimiento placentero o por la relación con alguna persona o cosa que manifiesta este tipo de emoción y que nos la contagia viviéndola casi como propia, puede ser producto de la diversión o el entretenimiento. (Crespo M. Peña casanova - 2003)

## **4 SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO**

### **4.1 DEFINICION**

El concepto de sobrecarga originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También esta relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. Por ejemplo:

- Actividades diarias que exigen una dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador (aseo personal, vestido, alimentación, entre otras.)
- Cambios conductuales del paciente
- Altos costos económicos
- Limitación de actividades propias que generen satisfacción personal

### **4.2 Síndrome del cuidador quemado.**

Este síndrome (García-Piñá, 2004) fue primeramente descrito en Estados Unidos en 1974. Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar para cuidarle), generalmente en solitario, durante ya muchos años y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas (Jerrom y cols, 1998).

Se considera producido por el estrés continuado de tipo crónico, en un batallar diario contra la enfermedad con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador (Goode y cols, 1998).

Incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicossomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación (Rodríguez del Álamo, 2002).

### **Características mas prevalentes de la sobrecarga en los cuidadores**

- Trastornos en el patrón de sueño
- Irritabilidad
- Altos niveles de ansiedad
- Reacción exagerada a las criticas
- Dificultad en las relaciones interpersonales
- Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo
- Resentimiento hacia la persona que cuida
- Frecuentes dolores de cabeza o de espalda
- Perdida de energía, sensación de cansancio
- Aislamiento
- Perdida de interés
- Dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria.

### **4.3 Factores que provocan mayor sobrecarga.**

Diferentes investigaciones, no siempre coincidentes, han identificado como posibles factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar (Artaso y cols, 2003 y 2001)

#### **A) En relación al enfermo:**

- demencia ya intensa o profunda
- larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad
- alucinaciones, delirios o confusión (psicosis y delirium)
- agresividad, agitación y negativismo
- incontinencia, vómitos y escaras (llagas)

- que impide dormir por la noche (voceo, paseos)
- con múltiples otras dolencias médicas

**B) En relación al cuidador:**

- con mala salud física previa
- con historial previo de depresión o de trastornos de personalidad
- sin cónyuge, pareja o amigos íntimos
- ya mayor o anciano
- sin otra actividad aparte del cuidar
- sin otros parientes que convivan en el domicilio
- bajo nivel económico
- ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles)
- desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico

**4.4 Trastornos físicos en el cuidador primario.**

Los familiares cuidadores primarios, suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia (cifras globales de cerca del 70%) de problemas orgánicos y fisiológicos tales como (de mayor a menor incidencia) (Gallant y Connell, 1998; Schulz y cols, 1995; Webber y cols, 1994):

1. Trastornos osteomusculares y dolores asociados
2. Patologías cardiovasculares
3. Trastornos gastrointestinales
4. Alteraciones del sistema inmunológico
5. Problemas respiratorios

Sin embargo a pesar de presentar un alto de problemas fisiológicos, no suelen acudir a consultas médicas, aun reconociendo padecer tales trastornos (Crespo y cols, 2003). Así mismo realizan menos “conductas de cuidado de la propia salud” tales como no dormir lo suficiente, alimentarse

de forma inadecuada, realizar escaso ejercicio físico, abusar del tabaco o alcohol, no vacunarse, automedicarse ad-libitum, incumplir los tratamientos médicos, etc. (Webber y cols, 1994). .

#### **4.5 Problemas psicológicos en los cuidadores.**

La salud mental de los familiares cuidadores primarios aparece en los diferentes trabajos sistemáticamente más afectada que la salud física (Rodríguez del Álamo y De Benito, 2003; Martín y cols, 2002).

**Problemas clínicos:** Ansiedad lo padecen un 54% (nerviosismo, angustia, tensión, y estrés). Depresión o síntomas depresivos un 28% (tristeza, pesimismo, apatía). Padecen de hipocondría y otras ideas obsesivas el 17% de los cuidadores. En un 17% de ellos se detecta ideación paranoide. Muestran accesos de angustia (hasta llegar al pánico) el 11%, y también el 11% tienen alguna vez ideas suicidas. (Rodríguez del Álamo y De Benito, 2003)

**Problemas psicossomáticos:** La gran mayoría, el 69% de los cuidadores, desarrollan problemas psicossomáticos (dolores de cabeza y de otras zonas, anorexia, temblor fino, problemas gástricos, disnea respiratoria, arritmias cardiacas y palpitaciones, sudoraciones y vértigos, alergias inmotivadas). Un 42% sufre de insomnio o de sueño no reparador. El 17% muestra fatiga crónica. El 11% muestran trastornos objetivos de la memoria y la concentración (no sólo quejas subjetivas). (Rodríguez del Álamo y De Benito, 2003)

**Comportamientos negativos:** El 54% de los cuidadores descuidan o abandonan las atenciones que daban a otros familiares, y el 33% abandonaban los autocuidados personales a sí mismos (peluquería, alimentación, ropa, etc). También muestran menos interés por actividades que sí importaban antes el 33% de los casos (de atención de actividad laboral, amistades o incluso relación conyugal). El 28% consumen exceso de café, tabaco, alcohol, o/y ansiolíticos e hipnóticos. (Rodríguez del Álamo y De Benito, 2003)

#### **5. PLAN PSICOEDUCATIVO.**

La Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también

incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. (Jarne Esparcia - 2006)

### **5.1 Objetivos de la Psicoeducación.**

- Informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de enfermar para que entienda(n) y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta.
- Eliminar prejuicios.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Aliviar la carga emocional.
- Reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un enfoque a largo plazo.

### **5.2 Elementos importantes en la Psicoeducación.**

- Transferencia de la información
- Descarga emocional
- Apoyo con tratamiento psicoterapéutico, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en salud mental y el paciente.
- Apoyo para la autoayuda

### **5.3 Tipos de Psicoeducación.**

La psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar, incluir solo a los pacientes, realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tener una duración de días hasta años. En definitiva implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas. la Psicoeducación se manejó con herramientas el cual el principal es UNO MISMO otras herramientas utilizadas son el PAD (Potencial de Adaptación), el PEX (Potencial Experiencia), los esquemas relacionales (consideración, seguridad, confianza, disponibilidad, congruencia y la empatía)

### **5.4 Psicoeducación grupal e individual.**

La Psicoeducación puede ocurrir en discusiones de uno a uno o en grupos y son llevadas a cabo por especialmente por educadores sociales, aunque también puede ser llevada a cabo en alguna medida por psicólogos, médicos, enfermeras o cualquier miembro del equipo de Salud; aunque también existen psicoeducaciones por pares o en grupos de autoayuda. En los grupos, se informa a varios pacientes sobre su enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias entre los pacientes en cuestión y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de sanidad. (Dueñas E- 2006).

## e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo, se sustentará en el paradigma de la salud mental, y para indagar los objetivos propuestos se empleó técnicas e instrumentos, que permitieron aclarar la problemática planteada en la investigación.

**Método inductivo-deductivo:** analicé la problemática expuesta en base a los estudios publicados a nivel mundial, lo que me permitió reafirmar los resultados previamente establecidos comprobando de esta manera su validez.

**Método analítico – sintético:** enmarca la revisión literaria como fuente primaria, y el análisis minucioso de la misma, por cuanto señala el impacto emocional en los familiares de pacientes con demencia vascular; fue de tipo transversal o sincrónica; su finalidad es aplicada, ya que contribuirá a comprender y sugerir alternativas al problema en estudio

**Método de Estadística Descriptiva o General:** permite correlacionar las variables del impacto emocional en los familiares de pacientes con demencia tipo vascular y la sobrecarga en el cuidador principal, graficando los resultados de acuerdo a los objetivos previamente planteados.

### UNIVERSO

El universo de la investigación son 100 familiares de 45 pacientes diagnosticados con demencia vascular que acuden a consulta externa de neurología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja, del mes de enero – Junio del año 2015

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Los pacientes que acuden a consulta externa del área de neurología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja.
- Los Familiares de Pacientes Diagnosticados con Demencia Vascular.
- Los Familiares de ambos sexos de pacientes diagnosticados con demencia vascular.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Los pacientes diagnosticados con demencia vascular que acuden a otras áreas de atención.
- Los familiares de pacientes diagnosticados con otros trastornos mentales.



## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:**

**Test Psicométricos:** son instrumentos de evaluación y exploración del psiquismo humano, que arrojan resultados cuantificables, que pueden compararse en un baremo, es decir, un gráfico estadístico que permite ubicar todos los resultados y compararlos con la norma, los mismos que sirvieron para indagar la problemática planteada en la investigación; entre ellos se hará uso de:

### **Escala de Valoración del Estado de Ánimo / Scale for Mood Assessment (EVEA)**

#### DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Inventario de autoinforme de lápiz y papel. Objetivos: Evaluar el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado. Población: Inicialmente desarrollado con estudiantes universitarios, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto no clínicas (p. ej., adultos de la población general) como clínicas. Número de ítems: 16 Descripción: La EVEA se construyó como un instrumento “para medir estados de ánimo transitorios en los estudios que utilizan procedimientos de inducción estado de ánimo” (Sanz, 2001, p. 71). La EVEA consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras “nada” (0) y “mucho” (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., “me siento triste”, “me siento alegre”). La EVEA pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala, y todos los ítems dentro de cada subescala están formulados en la misma dirección.

**Criterios de calidad:** Fiabilidad: Existen varios estudios que avalan la fiabilidad de la EVEA en diferentes muestras. Una revisión de tales estudios ha encontrado, a partir de muestras que totalizaban entre 542 y 1269 participantes, coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría (Sanz, Gutiérrez y García-Vera, 2013).

## **APLICACIÓN**

Tiempo de administración estimado: 1-2 minutos Normas de aplicación: Las instrucciones de la EVEA hacen hincapié en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se “siente ahora mismo”, en el mismo momento de completar el instrumento. El orden de presentación de los ítems en la EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que dos ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

**Corrección e interpretación:** Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento en que se administró el instrumento. En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14), y, finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15). Algunos investigadores prefieren no dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala por el número de ítems, y, en lugar de puntuaciones entre 0 y 10, obtienen puntuaciones en cada subescala que

oscilan entre 0 y 40 (p. ej., Arjona Arcas, 2002; Hervas y Vazquez, 2013; Romero Martín, 2012). En cualquier caso, una puntuación más alta en las subescalas de la EVEA indica, respectivamente, un mayor nivel de tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad o alegría. Para interpretar las puntuaciones de las subescalas de la EVEA, también se pueden emplear los valores normativos (medias y desviaciones típicas) proporcionados por Sanz (2001, tabla 1) y obtenidos con una muestra de 402 estudiantes universitarios españoles evaluados de forma individual en una cabina de un laboratorio universitario. Dado que las puntuaciones de la EVEA se distribuyen aproximadamente de forma normal.

### **ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR- TEST ZARIT**

**AUTOR:** StevenH.Zarit. Distinguido Profesor del Departamento de Estudios de la Familia y Desarrollo Humano; Profesor Adjunto, Instituto de Gerontología, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.

**Intereses:** Desarrollo y el envejecimiento de adulto; la salud y el envejecimiento mental; las comparaciones entre países de la atención vejez; investigación de la intervención.

**Alcance y medios Intereses:** (público en general, profesionales, investigadores): la enfermedad de Alzheimer; cuidado familiar; los más ancianos; el envejecimiento y la salud mental.

**Líneas de Investigación:** Cuidado familiar de las personas mayores; la salud y el funcionamiento de las más antiguas de edad; desarrollo de programas de prevención y tratamiento para problemas de salud mental en la edad adulta; comparaciones internacionales de los sistemas de atención vejez.

**Intercambios familiares de estudio. Investigadores:** Karen Fingerma, Investigador Principal (Universidad de Purdue); Steve Zarit, Michael Rovine, David Eggebeen (Penn State University).

**Indicación:**

Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

**Codificación proceso:**

00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

**Administración:**

Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

**Interpretación:**

< 47: No sobrecarga

47 a 55: Sobrecarga leve

>55: Sobrecarga intensa

**Reevaluación:** Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

**Propiedades psicométricas:** Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

## f. RESULTADOS

**Objetivo 1:** Indagar el Estado Emocional en familiares de pacientes con Demencia Vascular.

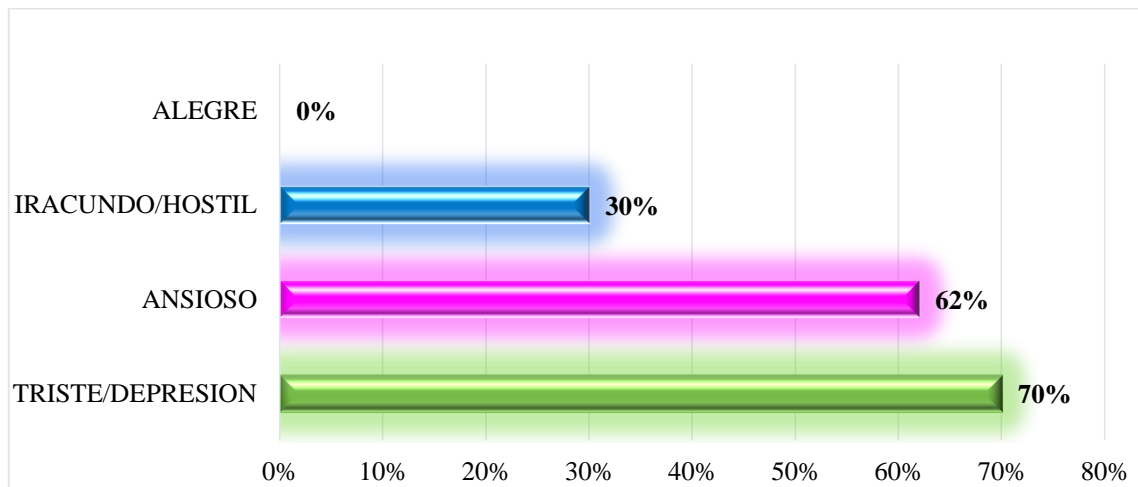
### ESTADOS EMOCIONALES

#### MATRIZ N°1

ESTADOS EMOCIONALES	F	%
TRISTE – DEPRESIVO	70	70%
ANSIOSO.	62	62%
IRACUNDO – HOSTIL.	30	30%
ALEGRE.	0	0%

Fuente de Investigación: Escala Valorativa del Estado de Animo.

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°1



Fuente de Investigación: Escala Valorativa del Estado de Animo.

#### ANALISIS E INTERPRETACION

Los estados emocionales de un persona están precedidos por factores externos, es decir provienen o están motivados por un factor externo en este caso la enfermedad neurodegenerativa demencia de tipo vascular. El seno familiar tiene que cambiar, para poder afrontar la nueva situación. La persona o personas cercanas al paciente que son quienes reciben la noticia pasarán por momentos de gran shock emocional. En mi presente investigación, analizando la muestra de 100 familiares cercanos a un paciente con demencia concluyo basándome en la escala de

valoración del estado de animo EVEA que los familiares de pacientes con demencia vascular han sufrido un quebranto es su estabilidad emocional, siendo evidente mas de un estado emocional en una sola persona : triste-depresivo (70%), ansioso (62%), iracundo-hostil (30%), debido a la repentina aparición de la demencia vascular, así como a su desconocimiento de la enfermedad, causas, efectos, evolución, pronostico.

**Objetivo 2:** Evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal.

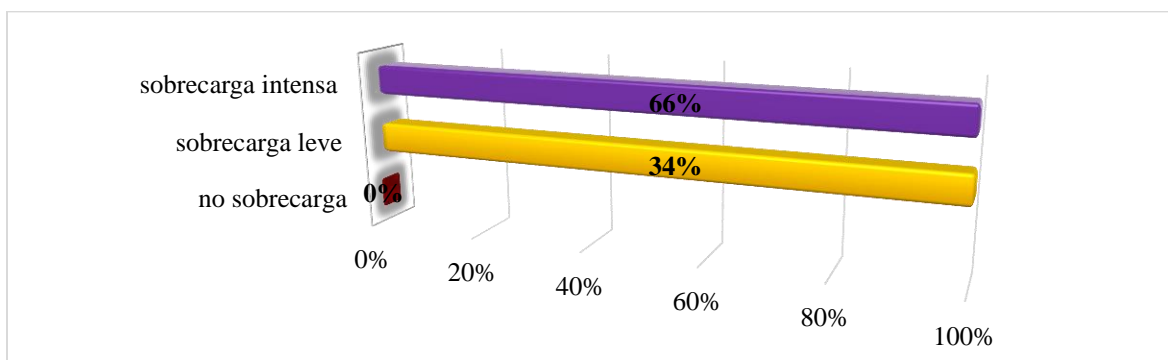
### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

#### MATRIZ N°2

GRADOS DE SOBRECARGA	F	%
NO SOBRECARGA	0	0%
SOBRECARGA LEVE	15	34%
SOBRECARGA INTENSA	30	66%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Fuente de Investigación:** Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°2



**Fuente de Investigación:** Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

#### ANÁLISIS E INTERPRETACION

La sobrecarga esta encaminada en el cuidado del paciente con demencia tipo vascular de una sola persona a medida que la demencia empeora, los síntomas son más obvios y la capacidad para cuidarse disminuye. En la muestra investigada se tomo en cuenta a 100 familiares de 45

pacientes con demencia vascular, se logro evidenciar que cada paciente con demencia vascular posee un cuidador primario o de planta (45), quienes son parte fundamental de la investigación. Es evidente la sobrecarga intensa en un 66% pues la falta de estrategias familiares, permite que una sola persona sea la encargada de todas las atenciones del paciente. La vida del cuidador cambia a raíz del diagnostico de la enfermedad. Su nueva responsabilidad induce una profunda transformación de su forma y calidad de vida. Por otra parte el 34% presenta sobrecarga leve, pues pese a las estrategias de colaboración de la familia, se centra el cuidado en una sola persona, la que a pesar de tener las facilidades para el cuidado del mismo, llega a tener un deterioro en sus actividades personales. Por todo esto es muy probable que con el transcurrir del tiempo el cuidador principal experimente alteraciones múltiples que afectarán a todos los ámbitos de su vida, tanto familiar como personal.

## **g. DISCUSIÓN**

Mi presente estudio investigativo, cuyo propósito es indagar el impacto emocional en los familiares y sobrecarga del cuidador principal de pacientes diagnosticados con demencia vascular, resalta que los estados emocionales inducidos por una enfermedad crónico-degenerativas son triste-depresivo (70%), ansioso (62%), iracundo-hostil (30%) correlacionándose algunos estados emocionales, pues se confronta con una enfermedad de aparición repentina, pues siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial, aún existe desconocimiento de la misma respecto a causas, prevención, evolución, factores de riesgo, pronóstico. En el cuidador principal del paciente con Demencia Vascular existe sobrecarga intensa (66%), sobrecarga leve (34%), denotando el abandono en un solo familiar del cuidado que ahora requiere el paciente. Lo que limita sus actividades de carácter personal. En España un estudio similar realizado denota la elevada frecuencia demencial creciente en varios países con una alta expectativa de vida, no solo por su magnitud, sino por su repercusión a nivel individual, familiar y social. Se presenta un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el período comprendido entre enero de 2003 y enero de 2005, en Madrid España, con el objetivo de determinar el impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores y Familiares. Se visitaron 110 cuidadores de pacientes con demencia vascular diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Donde Se evidenció afectación psicológica en el 89 % de los cuidadores. El nivel de sobrecarga, en la muestra es significativamente elevado. (García, Mateo y Gutiérrez, 1999; García, Mateo y Eguiguren, 2004; IMSERSO, 2004) El análisis del contexto de la dependencia, de la naturaleza de los cuidados que necesitan recibir las personas dependientes, así como de las propias características de la provisión del cuidado informal, nos hace comprender por qué esta situación sobrecarga al cuidador, implicando fuertes repercusiones negativas sobre su bienestar y haciendo peligrar la continuidad y la calidad de la atención a la persona dependiente. Así, por un lado, los cuidadores informales sobrecargados tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental (George y Gwyther, 1986; Gatz, Bengston y Blum, 1990) Por ello, reivindico igual que lo han hecho Medina y colaboradores (1998) la necesidad de incorporar programas de atención psicológica dentro de los servicios de respiro como es el Servicio de Ayuda a Domicilio. De hecho, estos autores han encontrado que este servicio de respiro es útil para los cuidadores en cuanto que cubre sus necesidades de atención a las tareas domésticas del receptor de cuidados, pero no incluye otros servicios relacionados con las necesidades del propio cuidador como su sobrecarga. (Observatorio de personas mayores, 2004) En calidad de investigadora comparto con los resultados obtenidos en los estudios enunciados, ya que se relaciona con la presente investigación.



## **h. CONCLUSIONES**

- 1.** El impacto emocional en los familiares de pacientes con Demencia Vascular son triste-depresivo, ansioso, iracundo-hostil, debido al desconocimiento de la enfermedad desde su aparición como evolución, denotando bajos niveles de afrontamiento familiar, lo que no les permite reaccionar de manera adecuada ante cualquier situación que irrumpa su estabilidad.
- 2.** Los familiares debido al gran impacto emocional personal, generan la sobrecarga intensa a leve en un solo familiar denominado cuidador principal del paciente con demencia vascular que acuden a consulta externa del área de neurología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja, lo que genera la afectación en cada una de las esferas del cuidador, debido a la falta de tiempo para realizar sus actividades personales.
- 3.** Existe poca información acerca de la sobrecarga en el cuidador principal de la demencia Tipo Vascular, se estigmatiza que la salud mental abarca al paciente, es por ello que se establece un plan terapéutico encaminado a fortalecer la calidad de vida de las cuidadoras, alivianar la sobrecarga como el impacto emocional.
- 4.** El cuidador de un enfermo de DV requiere también de tratamiento psicológico. Este sufre una afectación en el orden psicológico y social que repercute en su calidad de vida.

## **i. RECOMENDACIONES**

- 1.** Se recomienda a las autoridades del Hospital Manuel Ygnacio Monteros incrementar el departamento de psicología en el área neurológica, el cual, ayudara a las familias de pacientes con cualquier tipo de demencia o enfermedades degenerativas a implementar estrategias de afrontamiento para mejorar el ambiente familiar.
- 2.** Se sugiere a los familiares busquen ayuda psicológica con el propósito de mejorar las relaciones y la dinámica intra-familiar, que garantice la estabilidad emocional y psicológica de los mismos, a su vez psicoeducar en la evolución de la enfermedad.
- 3.** Se sugiere a los familiares evitar la sobrecarga en un solo familiar, permitiéndole al mismo mantener su espacio privado, para la realización de sus actividades personales, a su vez permitir que todos los familiares colaboren y se familiaricen con el cuidado del paciente.
- 4.** Se recomienda la ejecución del programa psicoeducativo dirigido afamiliares y cuidador principal propuesto en la presente investigación.
- 5.** Crear programas de promoción y/o prevención de los factores de riesgo secundarios a las Demencias.
- 6.** Capacitar en temas psicológicos a los médicos de familia y demás profesionales que intervendrán en el tratamiento de los pacientes con demencias en general.

# **PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR**

## **Objetivo general:**

Mejorar la calidad de vida de los familiares aportando los recursos necesarios para aligerar su carga física y psicológica y para potenciar su formación en estos temas, lo que sin duda redundará en una mejor calidad de vida para su familiar enfermo.

## **Objetivos específicos:**

- Informar sobre la enfermedad vascular.
- • Ayudar a la familia en la búsqueda de nuevas estrategias de resolución de conflictos.
- Trabajar el cambio de roles que experimenta la familia, especialmente el cuidador principal.

## **PROCEDIMIENTO**

Se evaluará la fase de la enfermedad que el paciente atraviesa, así como el impacto emocional y sobrecarga en la familia. En las sesiones psicoeducativas van encaminadas a resolver inquietudes y de la misma manera tiene un enfoque preventivo que establece herramientas de ayuda para reducir efectos adversos.

El programa se adaptará a las necesidades de cada familia según la fase en que se encuentre el enfermo y las características de la familia.

### **Programa psicoeducativo por fases con familiares demencia vascular.**

**Primera fase de la enfermedad** se insistirá en informar y asesorar a la familia nuclear, y si es posible, a la extensa sobre la enfermedad y los recursos existentes en la comunidad e implicar a cuantos más miembros de la familia para evitar que el peso recaiga sobre un solo miembro.

**Segunda fase de la enfermedad** se trabajarán: el reparto de responsabilidades, la toma de decisiones, la búsqueda de nuevas estrategias para resolver los conflictos que se van presentando, el cambio de roles que experimenta la familia, atendiendo de manera especial al cuidador principal.

**Tercera fase de la enfermedad** se atenderá el síndrome de burn-out. A lo largo de todo el proceso fomentaremos la comunicación entre todos los miembros de la familia, se reforzará el sistema conyugal (en caso de que el cuidador principal sea un hijo del enfermo), se prestará atención a la prevención de los riesgos de patología y sobre todo se tratará de llevar a cabo una labor de contención de la angustia que genera la enfermedad a todos los miembros de la familia y especialmente en el cuidador principal.

## **PROPUESTA PSICO-EDUCATIVA**

### **a. TEMA:**

**PROPUESTA PSICO-EDUCATIVA ENCAMINADA A FORTALECER LA CALIDAD DE VIDA DE LAS CUIDADORAS, EVITAR SOBRECARGA, REDUCIR EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IEES DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014- JUNIO 2015”.**

### **b. JUSTIFICACION**

El impacto emocional en los familiares de pacientes con demencia vascular constituye un grave riesgo para el bienestar del ambiente familiar del paciente. Una de las consecuencias es la desestabilización emocional con estados de ánimo, así como sobrecarga en el cuidador.

Es por ello que se ha creído conveniente realizar una propuesta psico-educativa encamina a mejorar las relaciones intrafamiliares evitar sobrecarga en los familiares de pacientes con demencia vascular que acuden a consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio monteros del IEES de Loja”.

### **c. BENEFICIARIOS**

- 1. FAMILIARES:** Mejorar las relaciones intrafamiliares y Estrategias de afrontamiento.
- 2. CUIDADOR:** Fomentar cambios en el cuidado, turnos, e incentivar a la familia a participar en el proceso clínico del paciente.

### **d. OBJETIVOS**

Reducir el impacto emocional y evitar sobrecarga en los familiares de pacientes con demencia vascular que acuden a consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja Periodo. Diciembre 2014- Junio 2015.

<b>SESIÓN I</b>	
<b>TEMA</b>	Establecer la Relación Terapéutica.
<b>OBJETIVO</b>	Desarrollar empatía y rapport para crear un ambiente de confianza entre paciente y terapeuta.
<b>DURACIÓN</b>	45-50 minutos
<b>SESIONES</b>	Una.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En la primera entrevista se pone en práctica los recursos verbales; así como también se establecen los límites y objetivos a alcanzar entre el terapeuta y paciente. Hacer conocer al paciente sobre la confidencialidad que existirá en la terapia.

<b>SESIÓN II</b>	
<b>TEMA</b>	Evaluación y Diagnostico.
<b>OBJETIVO</b>	Obtener información para la realización del diagnóstico clínico.
<b>DURACIÓN</b>	50-60 minutos dependiendo la rapidez del paciente.
<b>SESIONES</b>	Una
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En esta fase se continúa con la obtención de datos de la Historia Psicología Clínica y la aplicación de algunos reactivos: Escala Valorativa del estado de Animo, Sobrecarga Zarit.

<b>SESIÓN III</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Conocimiento de la enfermedad DV Detectar y Modificar Pensamientos Distorsionados.
<b>TÉCNICA</b>	<b>a.</b> Reestructuración cognitiva <b>b.</b> Solución de problemas
<b>DURACIÓN</b>	45-60 minutos.

<b>SESIONES</b>	Dos.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Implica efectuar una serie de preguntas alrededor de un tema o idea central, y responder las otras preguntas que aparezcan. Normalmente, este método se usa para defender un punto de vista en contra de otra posición. La mejor forma de evidenciar el acierto de un "punto de vista" es hacer que el oponente se contradiga a sí mismo y de alguna forma apruebe el "punto de vista" en cuestión.

<b>SESIÓN IV</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer la Autoestima y Aspectos Positivos de la Persona encargada del Cuidado.
<b>TÉCNICA</b>	Árbol de los logros.
<b>DURACIÓN</b>	45-60 minutos.
<b>SESIONES</b>	Una.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Se le pedirá a la paciente que realice un árbol en una hoja de papel bond y coloque en el tronco sus virtudes, en la raíz sus fortalezas, en las ramas sus logros y sus anhelos en la copa o el fruto.  Estas se tendrán que trabajar de manera más cuidadosa posible ya que la persona se encuentra en un momento de susceptibilidad.

<b>SESIÓN V</b>	
<b>TEMA</b>	

<b>OBJETIVO</b>	Cierre de todo el proceso.
<b>DURACIÓN</b>	45-60 minutos.
<b>SESIONES</b>	Uno.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En la parte final de una Psicoeducación se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado.

### PLANIFICACION DE SESIONES A NIVEL FAMILIAR

<b>SESIÓN I</b>	
<b>TEMA</b>	Establecer El Contrato Y Alianza.
<b>OBJETIVO</b>	Desarrollar Empatía y rapport para crear un ambiente de confianza entre pacientes y terapeuta.
<b>DURACIÓN</b>	45-50 minutos.
<b>SESIONES</b>	Una.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En la primera entrevista se pone en práctica los recursos verbales; así como también se establecen los límites y objetivos a alcanzar entre el terapeuta y pacientes. Incentivar a los pacientes a que participen.

<b>SESIÓN II</b>	
<b>TÉCNICA:</b>	Asertividad
<b>OBJETIVO</b>	Hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.
<b>DURACIÓN</b>	50-60 minutos dependiendo la rapidez del paciente.
<b>SESIONES</b>	Dos.



<b>PROCEDIMIENTO</b>	<p><b>a. Habilidades Sociales Básicas:</b> Mantener contacto ocular, saludar/despedirse, escuchar, formular una pregunta, responder a una pregunta, dar las gracias, pedir permiso, presentar a otras Personas, hacer un elogio o cumplido.</p> <p><b>b. Habilidades Sociales Intermedias:</b> Iniciar conversaciones con extraños, mantener conversaciones, cerrar conversaciones, pedir ayuda o favores, dar instrucciones u órdenes, disculparse, expresar los sentimientos, formular una crítica, formular o responder quejas, responder a bromas pesadas.</p> <p><b>c. Habilidades Sociales Avanzadas:</b> Defenderse del rumor o de acusaciones injustas, establecer empatía, ejercer auto-control, proponer y negociar acuerdos, conceder o realizar entrevistas, mediar en conflictos, hablar en público.</p>
----------------------	---

<b>SESIÓN III</b>	
<b>TÉCNICA</b>	Cambio de Roles.
<b>OBJETIVO</b>	Comprender las actitudes del otro; reconocer sus sentimientos, actitudes y valores.
<b>DURACIÓN</b>	40- 45 minutos.
<b>SESIONES</b>	Uno.

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<p><b>a. Motivación:</b> Promover un clima de confianza, presentando la situación que se va a representar.</p> <p><b>b. Preparación para la Dramatización:</b> El coordinador da a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y cuál es la situación que se va a dramatizar.</p> <p><b>c. Dramatización:</b> Los integrantes del grupo asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencia el conflicto presentado. No hay un guion a seguir, ya que el desarrollo de la historia queda por completo sujeto a las decisiones de los jugadores. Por este motivo la imaginación, la narración oral, la originalidad y el ingenio son primordiales.</p> <p><b>d. Debate:</b> Luego se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada, se hacen las preguntas sobre el problema dramatizado, se puede solicitar que los que han representado el conflicto den sus opiniones y como se han sentido al asumir el rol que les ha tocado interpretar.</p>
----------------------	--

<b>SESIÓN IV</b>	
<b>TÉCNICA</b>	Psicoeducación Demencia Vascular
<b>OBJETIVO</b>	Información de manera dinámica hacia los familiares
<b>DURACIÓN</b>	45-50 minutos.
<b>SESIONES</b>	Dos

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<p>Criterios</p> <p>Causas</p> <p>Síntomas</p> <p>Pruebas y Exámenes</p> <p>Tratamiento</p> <p>Pronostico</p> <p>Posibles Complicaciones</p> <p>Prevención</p>
----------------------	--

<b>SESIÓN V</b>	
<b>TEMA</b>	Fin de Tratamiento.
<b>OBJETIVO</b>	Hacer el cierre de todo el proceso terapéutico.
<b>DURACIÓN</b>	45-60 minutos.
<b>SESIONES</b>	Uno.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En la parte final de un tratamiento se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa

## **j. BIBLIOGRAFÍA**

### **LIBROS:**

- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y Comportamiento. CIE 10, Autores: Organización Mundial de la Salud, J.J, LÓPEZ IBOR. Primera edición. Madrid. PP. 169-170, 172, 173.
- Hernández C. A. FAMILIA Y ADOLESCENCIA: Indicadores de Salud. MANUAL DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Washington, D.C., E. U. A. Segunda reimpresión, diciembre de 1996. Pág. 5
- Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association, Boulevard Arlington, Wilson. VA 22209-3901. Washington, 2013. PP. 132-133.
- GALLAR, Manuel. Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. 3ra Ed. Thomson, España 2004. Pág.120.
- Jarne Esparcia, Adolfo. Talam Caparrós, Antoni. Armayones Ruiz, Manuel. Horta Faja, Esther. Requena Varón, Elena. Psicopatología. 1era edición en lengua castellana: Febrero 2006. Editorial UOC. Barcelona-España. PP. 139, 140-141, 142.
- Monitorio I, Fernández M. Lopez A, La entrevista de carga al cuidador: Utilidad y Validez del concepto de carga. Anales de Psicología 1998-actualizado 2001; 229-48

- Dueñas E, Martínez M, Morales B Muñoz C Viafara El Síndrome del Cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Medica 2006;37 Suppl 1:31-8
- Lazarus RS Folkman S. Estrés y procesos cognitivos Barcelona Martínez Roca: 1984
- Yanguas JJ. Leturia M. El apoyo informal y el cuidado de las personas mayores dependientes. Papeles del psicólogo 2000: 76(2): 23-34
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) 4ª ed. Washington APA 1995
- Peinado A Garcez Burnout en cuidadores principales de pacientes con demencia, el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología 2004: 14-83-93

#### **DOCUMENTOS ELECTRONICOS:**

- Boada, M., Peña-Casanova, J., Bermejo, F. et al. (1999). Coste de los recursos sanitarios de los pacientes demenciales. Med Clin (Barcelona), 113: 690-5.
- Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado?. Jano, LXV; 1485: 54-5.
- Dippel, R.L. y Hutton, J.T. (2002). Asistencia y cuidado de un paciente con enfermedad degenerativa: decálogo del cuidador. Madrid: Témpora.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge to biomedicine. Science, 196: 129-36.
- (1996b). Síndrome de burn-out. Barcelona: Edika.
- Gallant, M. y Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. Research on aging, 20 (3): 267-97.
- Almanaque El universo 2009 Pag 116 fuente INEC.

## k. ANEXOS

### Escala de Valoración del Estado de Ánimo / Scale for Mood Assessment (EVEA)

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

A continuación encontrará una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y su lado varias escalas de 10 puntos. Lee cada frase y **rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA**. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada													Mucho
Me siento nervioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento irritado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento alegre	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento melancólico	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento tenso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento optimista	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento alicaído	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento enojado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento ansioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento apagado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Me siento molesto	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

Me siento jovial |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento intranquilo |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento enfadado |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento contento |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento triste |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**TEST DE ZARIT ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	



¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

### **OPCIONES**

1=Nunca, 2= Rara vez, 3= Algunas veces, 4=Bastantes veces, 5=Casi siempre

### **PROCEDIMIENTO:**

Se aplica respondiendo las interrogantes planteadas con las opciones numéricas indicadas, seguidamente se suma cada uno de los ítems quien nos da el resultado final con el cual se tipifica el nivel de sobrecarga en la familia del paciente.

### **Objetivo:**

Determinar la sobrecarga familiar en pacientes con demencia de Alzheimer. Determinar el grado de incidencia, generar un plan terapéutico para el cuidador afectado.

**Año de creación:** 1982.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ con CI. \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/da por el egresada Srta. Cristina León de la Carrera de Psicología Clínica quien manifiesta el interés por indagar **EL IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR**, y en consecuencia autorizo mi participación en el proceso investigativo con el respectivo tema, teniendo en cuenta que:

He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento, He tenido oportunidad de aclarar mis dudas, Estoy satisfecho/a con la información proporcionada, Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del proceso investigativo, Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ningún dato que sea relevante para la investigación.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para participar en el proceso investigativo.

\_\_\_\_\_  
CI.

## INDICE

<b>CERTIFICACION.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACION.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>TITULO.....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>SUMARY.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>4</b>
<b>REVISION DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>1. DEMENCIAS.....</b>	<b>6</b>
1.1 Definición.....	6
1.2 Tipos.....	6
1.3 Demencia Vascular .....	6
1.3.1 Causas.....	7
1.3.2 Síntomas.....	8
1.3.3 Pruebas.....	9
1.3.4 Deterioro de la demencia Vascular .....	9
1.3.5 Sintomatología.....	11
1.4 Evaluación, rehabilitación de la demencia Vascular.....	11
1.5 Tratamiento .....	13
1.6 Soporte Familiar .....	14
1.7 Expectativas.....	14
1.8 Complicaciones.....	14
1.9 Prevención.....	14

## **CAPITULO II**

<b>2. FAMILIA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Definición .....	14
2.2 Impacto de la demencia vascular en la familia .....	16
2.3 La familia en un enfermo demencia vascular .....	16

## **CAPITULO III**

<b>3. IMPACTO EMOCIONAL .....</b>	<b>18</b>
3.1 Definición .....	18
3.2 Demencia vascular y su impacto emocional .....	18
3.3 Emociones .....	18
3.3.1 Ansiedad .....	18
3.3.2 Depresión.....	18
3.3.4 Hostilidad .....	19
3.3.5 Alegría.....	19

## **CAPITULO IV**

<b>4. SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO .....</b>	<b>20</b>
4.1 Definición .....	20
4.2 Síndrome del Cuidador Quemado .....	20
4.3 Factores de sobrecarga .....	21
4.4 Trastornos Físicos .....	22
4.5 Problemas Psicológicos.....	22

## **CAPITULO V**

<b>5. PLAN PSICOEDUCATIVO.....</b>	<b>23</b>
5.1 Objetivos .....	23
5.2 Elementos .....	24
5.3 Tipos .....	25
5.4 Psicoeducación Grupal.....	25
5.5 Psicoeducación Individual .....	25

<b>MATERIALES Y METODOS .....</b>	<b>26</b>
-----------------------------------	-----------

<b>TECNICAS E INSTRUMENTOS .....</b>	<b>27</b>
--------------------------------------	-----------

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>PROPUESTA PSICOEDUCATIVA .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>