

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

---

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO**

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y  
EDUCACIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEL  
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA – ESSALUD, LIMA-  
PERÚ, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR**

**MG. EDWARD RAMÍREZ ALVIZURI**

**ASESOR**

**DR. MITRIDATES FELIX OCTAVIO FEIJOO PARRA**

**JURADO**

**DR. DANIEL FERNANDO MANRIQUE SILVA**

**DR. EDGAR JESUS MIRAVAL ROJAS**

**DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

***Dedicatoria***

*A mis entrañables padres y hermanos, por su apoyo, comprensión y permanente estímulo.*

### ***Agradecimiento***

*A mi asesor, quien me brindó su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.*

*A mis colegas, quienes me ofrecieron su apoyo incondicional, brindándome información, para el desarrollo de la presente investigación.*

*Y en especial a todos los familiares de los pacientes del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) por su valiosa, digna y ejemplar presencia.*

**INDICE DE CONTENIDO**

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Resumo	vi
Introducción	vii
I. Planteamiento del Problema	01
1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del problema	03
1.2.1. Problema general	03
1.2.2. Problemas específicos	03
1.3. Justificación e importancia de la investigación	04
1.4. Limitaciones de la investigación	05
1.5. Objetivos	06
1.5.1. Objetivo general	06
1.5.2. Objetivos específicos	06
II. Marco Teórico	07
2.1. Antecedentes	07
2.1.1. Antecedentes internacionales	07
2.1.2. Antecedentes nacionales	10
2.2. Marco conceptual	13
2.3. Marco filosófico	25

2.4. Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental	28
III. Método	29
3.1. Tipo de Investigación	29
3.2. Población y muestra	30
3.3. Hipótesis	33
3.4. Operacionalización de variables	34
3.5. Instrumentos	35
3.6. Procedimientos	37
3.7. Análisis de datos	38
IV. Resultados	39
4.1. Contrastación de Hipótesis	39
4.2. Análisis e interpretación	46
V. Discusión de resultados	61
5.1. Discusión	61
5.2. Conclusiones	64
5.3. Recomendaciones	66
VI. Referencias	67
VII. Anexos	73

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa .....	40
Tabla 2	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste, para la Terapia de Orientación a la Realidad.....	41
Tabla 3	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Reminiscencia. ....	42
Tabla 4	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Psicoestimulación.....	43
Tabla 5	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia Comportamental .....	44
Tabla 6	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Validación.....	45
Tabla 7	Grupo de Edad por género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	46
Tabla 8	Grado de instrucción según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	47
Tabla 9	Procedencia según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	48
Tabla 10	Dependencia familiar según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	49

Tabla 11	Orientación a la realidad. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	50
Tabla 12	Reminiscencia. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	51
Tabla 13	Psicoestimulación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	52
Tabla 14	Comportamental. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	53
Tabla 15	Validación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	54
Tabla 16	Terapia de Orientación a la realidad. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	55
Tabla 17	Terapia de Reminiscencia. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	56
Tabla 18	Terapia de Psicoestimulación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	57
Tabla 19	Terapia Comportamental. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	58
Tabla 20	Terapia de Validación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	59
Tabla 21	Evaluación general. Programa de intervención psicoterapéutica y educativa. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Grupo de Edad por género.....	46
Figura 2	Grado de instrucción según género.....	47
Figura 3	Procedencia según género.....	48
Figura 4	Dependencia familiar según género.....	49
Figura 5	Orientación a la realidad.....	50
Figura 6	Reminiscencia .....	51
Figura 7	Psicoestimulación.....	52
Figura 8	Comportamental.....	53
Figura 9	Validación.....	54
Figura 10	Terapia de orientación a la realidad.....	55
Figura 11	Terapia de Reminiscencia.....	56
Figura 12	Terapia de Psicoestimulación.....	57
Figura 13	Terapia Comportamental.....	58
Figura 14	Terapia de Validación.....	59

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Matriz de consistencia.....	74
Anexo 2	Ficha de Recolección de Datos.....	75
Anexo 3	Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa.....	76
Anexo 4	Consentimiento informado.....	77
Anexo 5	Guía de validez para el experto.....	78
Anexo 6	Definición de términos básicos.....	79
Anexo 7	Glosario.....	82



## RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue determinar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, fue de diseño cuasi-experimental, correlacional, exploratorio y aplicativo. Se utilizó un instrumento de evaluación validado, utilizado por la Dra. Sara Doménech Pou de la Universidad de Barcelona. España en su tesis doctoral. La muestra incluyó 28 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer que acudieron al Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional durante el primer trimestre del año 2018, se planteó como hipótesis principal que el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Las principales conclusiones fueron que el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa observándose antes su aplicación (pre-test) el puntaje de 18, encontrándose en el rango de 0-21 (déficit intenso); después de la aplicación (pos-test) se incrementó a un puntaje de 42, encontrándose en el rango de 22-42 (déficit moderado).

Se recomienda realizar el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) – EsSalud, por su efectividad significativa.

**Palabras claves:** Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional. Orientación a la Realidad. Reminiscencia. Psicoestimulación. Comportamental. Validación.

## ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the effectiveness of the Program of Psychotherapeutic and Educational Intervention in patients with Alzheimer's Disease of the Home Care Program - EsSalud, in the year 2018.

The research had a quantitative approach, was of quasi-experimental, correlational, exploratory and application design. A validated assessment instrument was used, used by Dr. Sara Doménech Pou of the University of Barcelona. Spain in his doctoral thesis. The sample included 28 patients with Alzheimer's Disease who attended the Psychotherapeutic and Educational Intervention Program during the first quarter of 2018, and it was hypothesized that the Program of Psychotherapeutic and Educational Intervention is of significant effectiveness in patients with Alzheimer's Disease.

The main conclusions were that the Program of Psychotherapeutic and Educational Intervention is of significant effectiveness, observing before its application (pre-test) the score of 18, being in the range of 0-21 (intense deficit); after the application (post-test) it was increased to a score of 42, being in the range of 22-42 (moderate deficit).

It is recommended to carry out the Program of Psychotherapeutic and Educational Intervention in patients with Alzheimer's Disease of the Home Care Program (PADOMI) - EsSalud, due to its significant effectiveness.

**Key words:** Program of Psychotherapeutic and Educational Intervention. Orientation to Reality. Reminiscence. Psychostimulation Behavioral Validation.

## RESUMO

O objetivo desta tese foi determinar a eficácia do Programa e intervenção psicoterapêutica Educacional em pacientes com Alzheimer Home Care Programa - EsSalud, em 2018.

A pesquisa foi uma abordagem quantitativa foi quasi-experimental, correlacional, exploratório e aplicação. Foi utilizado instrumento de avaliação validado usado pela Dra. Sara Domenech Pou na Universidade de Barcelona. Espanha, em sua tese de doutorado. A amostra incluiu 28 pacientes com doença de Alzheimer que participaram do Programa de Intervenção psicoterapêutica e Educação durante o primeiro trimestre de 2018, foi criado como o principal hipótese que a intervenção psicoterapêutica Programa e Educação é significativamente eficaz em pacientes com doença de Alzheimer .

As principais conclusões indicam que o programa psicoterapêutico e eficácia educacional é significativamente observada antes da aplicação (pré-teste) pontuação de 18, na gama de 0-21 (défice grave); após a aplicação (pós-teste) que aumentou para uma pontuação de 42, na gama de 22-42 (défice moderado).

Recomenda-se que o Programa e intervenção psicoterapêutica Educacional em pacientes com Programa de Alzheimer Home Care (Padomi) - EsSalud, por sua eficácia significativa.

**Palavras-chave:** programa educacional e de intervenção psicoterapêutica. Orientação para a realidade. Reminiscência Psicoestimulação Comportamental Validação

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común en países del mundo occidental, alrededor del 10% de todas las personas de 70 años o más muestran amnesia notable y en más de la mitad de los casos, tal deficiencia es causada por ella. Sin embargo, la enfermedad puede aparecer en cualquier decenio de la vida adulta. Se ha calculado que en Estados Unidos el costo anual por cuidar a un solo paciente con Alzheimer en etapa avanzada de su trastorno es de más de 50 000 dólares.

La enfermedad también impone una gran carga emocional a los parientes y cuidadores. Muy a menudo comienza con la pérdida sutil de la memoria, seguida de demencia de evolución lenta, que dura varios años. En lo que toca al cuadro patológico, se advierte atrofia difusa de la corteza cerebral con agrandamiento secundario del sistema ventricular encefálico. En el estudio microscópico se advierten placas neuríticas que contienen amiloide A $\beta$ , marañas de neurofibrillas que captan la plata en el citoplasma de neuronas, y acumulación del amiloide A $\beta$  en paredes de arterias cerebrales. La identificación de cuatro genes de susceptibilidad diferentes ha sentado las bases para que mejoren rápidamente los conocimientos de las bases biológicas de enfermedad de Alzheimer.

Para los cuidados del enfermo de Alzheimer primero hay que tener en cuenta unas recomendaciones generales. Para llevar a cabo los cuidados hay que hacer una rutina sencilla y mantener unos horarios y un orden; para comunicarse hay que emitir mensajes cortos, sencillos, claros, repetitivos y nos podemos ayudar de gestos; no se debe de reñir y se ha de dejar todo el tiempo que necesiten. Los cuidados esenciales para el enfermo de Alzheimer se basan en la higiene, la alimentación, el entorno, la conducta y la eliminación. En el entorno del enfermo de Alzheimer se deberá de hacer algunas modificaciones debido a la pérdida de memoria y otras alteraciones, pero sin cambios drásticos que puedan confundirle.

En el transcurso de una demencia pueden aparecer trastornos de conducta que en ocasiones pueden hacer que la convivencia familiar resulte difícil y a veces incluso imposible. Estos comportamientos no son intencionales, sino que son consecuencia de la enfermedad y se deberán reconducir o evitar el problema que desencadena esa conducta.

La incontinencia se trata de un problema que produce gran malestar en el anciano y en sus cuidadores, y puede llevar al aislamiento por los sentimientos de vergüenza que provoca. El estreñimiento también es un problema.

Existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos programas de intervención, a pesar del trabajo que se está realizando en este campo y la actividad clínica habitual en la que se desarrollan diferentes programas de intervención (psicosociales, cognitivos...).

El modelo en el que se basan las intervenciones psicosociales en las demencias es el modelo de "exceso de discapacidad". Las personas pueden demostrar un mayor grado de discapacidad que aquel que correspondería por los cambios neuropatológicos del cerebro.

La teoría de Kitwood sobre los cuidados en demencia sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observadas en las personas con demencia. Según Kitwood (1997) este entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos, formando una espiral de declinar y degeneración.

Por ello, todas estas intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana. La intervención no farmacológica en la psicoestimulación de las personas con demencia ha estado hoy en día dominada por los siguientes procedimientos: la terapia de orientación a la realidad (ROT), la terapia de reminiscencia, los programas de

psicoestimulación, la terapia comportamental y la terapia de validación, siendo este tipo de intervenciones las más estudiadas en el campo de la estimulación cognitiva, desde las aproximaciones más globales.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, se realiza los antecedentes del problema, la descripción de la realidad problemática, lo que permite formular la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico, se realiza el marco teórico y conceptual, se describe las variables de investigación lo que permite dar sustento al trabajo de investigación.

Capítulo III: Método, se describe el tipo y diseño de investigación, se distinguen las variables, se determina la población y muestra, se plantea las hipótesis; así como las técnicas de investigación.

Capítulo IV: Presentación de resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación.

Capítulo V: Discusión, se presenta la discusión, en la cual se compara los resultados con otras investigaciones lo que ha permitido realizar las conclusiones y recomendaciones como aporte del trabajo de investigación, finalmente se presenta las referencias bibliográficas, se enumeran las fuentes de información, que han sido de utilidad para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Capítulo VI: Referencias, se muestra la bibliografía utilizada en la investigación

Capítulo VII: Anexos, se presenta la matriz de consistencia, los instrumentos, el consentimiento informado, las fichas de validación de instrumentos; así como la abreviatura de términos.

## **I. Planteamiento del Problema**

### **1.1 Descripción del Problema**

El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.

La población de atención domiciliaria está conformada por personas adultas mayores de más de 80 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales donde la atención domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes. Muchos de los casos de pacientes que requieren atención domiciliaria presentan la enfermedad de Alzheimer, los cuales necesitan de un apoyo integral del personal médico, siendo nuestra preocupación brindarles la atención especializada, para lo cual se propone un programa de soporte psicoterapéutico y educacional a este tipo de pacientes.

El paciente con la enfermedad de Alzheimer al inicio de la enfermedad, se caracteriza por pequeños cambios de personalidad y olvidos frecuentes, existiendo una reducción progresiva de la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar, que con el paso del tiempo conduce a una incapacidad para cuidar de sí mismo y tomar

decisiones. Estas personas, se caracterizan por un cambio sutil de humor, pérdida de interés y deterioro de memoria.

Los pacientes de Alzheimer con demencia leve presentan como características: olvido de hechos cotidianos y recientes, evidente dificultad de concentración en operaciones de resta, déficits en la memoria de su historia personal, incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas, labilidad emocional, mecanismo de negación que domina el cuadro, conservando la orientación en espacio y en persona, el reconocimiento de caras familiares y la capacidad de viajar a sitios conocidos.

Desde una perspectiva cognitiva, estos enfermos empiezan a tener desorientación temporal, sobretodo en el día de la semana y en la fecha, preservando la orientación espacial y en persona. Preservan la lectura y escritura, así como el lenguaje y las operaciones de cálculo, con mayor afectación de la memoria inmediata y reciente. La capacidad para aprender y retener nueva información se ve trastocada precozmente en la enfermedad. Más adelante, la afectación cognitiva implica el lenguaje, la atención, la resolución de problemas y las habilidades visuoespaciales.

Conductualmente, la personalidad comienza a cambiar y pueden mostrarse más irritables, malpensados y con cambios emocionales y de personalidad. Los pacientes suelen estar desconcertados, porque saben que algo no marcha bien, pero no pueden comprender completamente su situación. A menudo están ansiosos y deprimidos.

No existe un programa de intervención psicoterapéutica y educacional dirigido a los pacientes con Alzheimer en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de



EsSalud, considerando necesario realizar la implementación de este programa luego de su aplicación y evaluación de su efectividad, que será de beneficio para el paciente, lo cual permitirá mejorar su calidad de vida.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es la efectividad de la **Terapia Orientación a la Realidad** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?
- ¿Cuál es la efectividad de la **Terapia de Reminiscencia** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?
- ¿Cuál es la efectividad de la **Terapia de Psicoestimulación** Programa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?
- ¿Cuál es la efectividad de la **Terapia Comportamental** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?

- ¿Cuál es la efectividad de la **Terapia de Validación** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?

### **1.3. Justificación e importancia de la investigación**

#### **1.3.1. Justificación teórica**

El trabajo permitirá revisar diferentes teorías referentes a la enfermedad de Alzheimer; así como alternativas de tratamientos y programas, que se tendrá en cuenta en esta investigación a fin de aceptar o rechazar estos modelos terapéuticos.

#### **1.3.2. Justificación práctica**

Se comprobó la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en el Programa de Atención Domiciliaria. Lo que permitió realizar un mejor control y decisión terapéutica en forma integral del paciente, con la finalidad de brindarle una mejor calidad de vida.

#### **1.3.3. Justificación metodológica**

El presente estudio se realizó bajo el enfoque de un diseño de investigación de campo, lo que permitió aplicar el programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional, que constó de cinco módulos terapéuticos, para determinar la efectividad se realizó una evaluación antes y después del programa.

### **1.3.4. Justificación económica social**

El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional generó una disminución en el consumo farmacológico en estos pacientes, lo que representa menores gastos y beneficio social, fomentando el manejo integral de estos pacientes, incluyendo su entorno social y familiar.

### **1.3.5. Importancia**

La importancia del trabajo de investigación radique en que la propuesta del programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es que es dirigida al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana. La intervención no farmacológica en la psicoestimulación de las personas con demencia ha estado hoy en día dominada por los siguientes procedimientos: la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia, los programas de psicoestimulación, la terapia comportamental y la terapia de validación, siendo este tipo de intervenciones las más estudiadas en el campo de la estimulación cognitiva, desde las aproximaciones más globales.

## **1.4. Limitaciones de la investigación**

- Escasa disponibilidad de tiempo del investigador para llevar a cabo la investigación.
- Débil compromiso del familiar a cargo del adulto mayor.
- Poca colaboración del paciente en el desarrollo del programa
- Insuficiente recurso humano del personal de apoyo psicológico.

## 1.5. Objetivos de la investigación

### 1.5.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018

### 1.5.2. Objetivos específicos

- Analizar la efectividad de la **Terapia de Orientación a la Realidad** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- Evaluar la efectividad de la **Terapia de Reminiscencia** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- Conocer la efectividad de la **Terapia de Psicoestimulación** Programa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- Determinar la efectividad de la **Terapia Comportamental** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- Evaluar la efectividad de la **Terapia de Validación** en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

## II. Marco teórico

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Velilla-Jiménez, L. y cols. (2013).** *“Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico”*. Grupo Neuropsicología y Conducta. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín –Colombia. Introducción: El deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Este estudio propone la aplicación de un programa de estimulación cognitiva multifactorial (PECM), para establecer la naturaleza de los cambios que se pudieran inducir en la memoria operativa (MO) de un grupo de mujeres mayores con DCL de tipo amnésico (DCL-A). Pacientes y Métodos: Se seleccionó a conveniencia una muestra de 7 mujeres con diagnóstico de DCL-A, a quienes se les hizo mediciones neuropsicológicas y de MO antes y después de 24 sesiones de un PECM, de una hora cada una, con una frecuencia de tres veces por semana. Para medir la MO se usó la batería para la evaluación de la memoria operativa de Pickering, Baqués y Gathercole. Resultados: Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), en componentes de la MO, especialmente de la agenda visoespacial (AV) y del ejecutivo central (EC).

Conclusiones: Un PECM mejora los componentes de la AV y del EC de la MO en mujeres con DCL-A. Hay una tendencia similar en el bucle fonológico, pero el tamaño pequeño de la muestra no pudo descartar la hipótesis nula. Palabras Clave: estimulación cognitiva, rehabilitación neuropsicológica, deterioro cognitivo leve, memoria operativa, evaluación neuropsicológica, enfermedad de Alzheimer.

**Joven, L.** (2015) *“Propuesta de intervención: Psicoestimulación cognitiva en pacientes con demencia leve para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida”* Universidad de Lleida Trabajo final de grado. La psicoestimulación cognitiva es una herramienta terapéutica muy recomendable para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida y la autonomía de los pacientes con demencia, sobre todo en pacientes que están en las primeras fases de la enfermedad. En este trabajo se propone una intervención enfermera sobre psicoestimulación cognitiva dirigida a personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve moderado. La población elegida forma parte de los usuarios de un centro de día de la provincia de Lleida. La intervención se realizará durante 12 semanas y se harán distintas actividades; orientación temporo-espacial y personal y la estimulación de la memoria, el lenguaje, el cálculo, las praxias y las gnosias. Posteriormente se realizara la evaluación de la intervención, para lo que es necesario realizar una exhaustiva recogida de datos. En conclusión, en necesario realizar una intervención que sirva para unificar las terapias no farmacológicas que se utilizan en los centros de personas mayores. Palabras clave: Deterioro cognitivo, demencia, terapias no farmacológicas, psicoestimulación cognitiva.

**Cadafalch, M.** (2016) “Programa de intervención estimulativa para enfermos de Alzheimer en el entorno familiar”. Departamento de Personas Mayores y Sociosanitario

del Instituto de Formación de la Fundación Pere Tarrés La enfermedad de Alzheimer tiene graves consecuencias para la persona enferma y para el núcleo familiar. Para incidir positivamente en una situación de crisis familiar, nace el Programa de intervención estimulativa en el entorno domiciliario. El programa consiste en trabajar los estímulos del entorno familiar de la persona afectada, como las habilidades, actitudes y recuerdos de la persona y su familia, con el objetivo de potenciar un proceso de prevención y conservación de las capacidades de la persona afectada, y de mantenimiento de implicación en la relación social.

**Inouy, K. y cols.** (2012) *“Calidad de vida del anciano con enfermedad de Alzheimer: estudio comparativo de los relatos del paciente y del cuidador”* Universidade Federal de São Carlos, Brasil. Este estudio tuvo como objetivo comparar los relatos del paciente y el del respectivo cuidador familiar sobre la percepción general y de cada dimensión de calidad de vida (CV) del anciano con enfermedad de Alzheimer (EA). Los participantes fueron ancianos diagnosticados con EA (n=53), atendidos por el Programa del Medicamento Excepcional de una ciudad del interior del estado de Sao Paulo, y sus respectivos cuidadores familiares. Las medidas de CV fueron obtenidas por medio de la Escala de Evaluación de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron que apenas las dimensiones “memoria” (p0,100. A pesar de que los relatos del familiar y del paciente no son idénticos, los resultados apuntaron una elevada consistencia entre las informaciones. Descriptores: Calidad de Vida; Enfermedad de Alzheimer; Demencia; Cuidadores; Anciano.

**Serdà i Ferrer, B. y cols.** (2013) *“Reeducación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer Departamento de Enfermería”*. Universidad de Girona.

Girona (España). Antecedentes: desarrollamos una guía de reeducación psicomotora (PSEG) adaptada a personas con enfermedad de Alzheimer (EA), incluido un programa de estimulación cognitiva integrado con las recomendaciones de ejercicios del American College of Sports Medicina. Objetivo: evaluar el efecto del PSEG en los parámetros cognitivos y funcionales entre pacientes con AD. Pacientes y métodos: aplicamos el PSEG a 64 participantes con EA de 64 a 87 años (55% mujeres) durante 12 meses.

Al inicio del estudio y al final de la intervención, habilidades cognitivas (Mini Mental State), aptitud física (prueba de Stand Chair), nivel de independencia (Índice de Barthel) y calidad de vida (QoL) (SF-12) fueron evaluados. Resultados: la aplicación de PSEG dio como resultado una significativa mejora en la CV y la capacidad física de los pacientes con EA. Habilidad cognitiva disminuido junto con la progresión de la enfermedad. Conclusiones: Estos resultados demuestran la efectividad de la guía en las etapas leves y moderadas de la AD que mejora la aptitud y la calidad de vida. (Rev Med Chile 2013; 141: 735-742). Palabras clave: enfermedad de Alzheimer; Ejercicio; Aptitud física; Trastornos psicomotores.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

**Barrientos, M. y cols.** (2017) Revisión Sistemática: *“Efectividad de las Intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 A 75 Años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson”* Objetivo: Verificar la efectividad de las intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas entre 50 a 75 años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson. Material y Método: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed, EBSCOhost, SciELO (Scientific Electronic Library



Online). El riesgo de selección en los estudios individuales fue realizado y analizando la calidad metodológica según la escala de Pedro. Estudios incluidos: Fueron incluidos 10 ensayos clínicos controlados en personas con enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer, Desorden cerebrovascular y Enfermedad de Parkinson) que recibieron atención por equipos profesionales multidisciplinarios la cual fue propuesta y realizada mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas. Dentro de los artículos incluidos contamos con un artículo que hace comparación entre pacientes adultos mayores con fractura de cadera y con desorden cerebrovascular. Resultados: El ejercicio físico en el hogar es efectivo en las enfermedades de Alzheimer, Desorden cerebrovascular y Parkinson. La calidad de los estudios analizados varió de 2-7/10 en la escala de Pedro. Conclusiones: Existe una efectividad en la rehabilitación domiciliaria en personas con enfermedad de Alzheimer mediante las intervenciones del ejercicio físico, cuyo resultado es mantener a la persona proactiva en el estado físico y mental. En la enfermedad neurodegenerativa desorden cerebrovascular, existe mayor información donde se demuestra la efectividad del ejercicio físico en el hogar demostrando resultados favorables a nivel motor. En la Enfermedad de Parkinson las intervenciones mediante ejercicio físico en el hogar han mostrado mejoría a nivel motor y mejora en la calidad de vida usando el Microsoft Kinect.

**Chacón E. y Valverde, L. (2013)** *“Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013”* La presente investigación de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer. La población de estudio estuvo conformada por 40 cuidadores informales. Se aplicaron 2 instrumentos: uno para identificar las estrategias de afrontamiento y el

segundo para identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal. Se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración Cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. Existe una relación significativa entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga.

**Maldonado, M.** y cols. (2017) *“Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica”* Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. El Alzheimer es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo, por lo que puede resultar abrumadora no sólo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. El impacto de la enfermedad en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. Objetivo: Determinar la sobrecarga en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer a través de una revisión en la literatura disponible. Metodología: Es una revisión bibliográfica, con una muestra total de 84 artículos relacionados con la sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Resultados: Los principales factores que desencadenan la sobrecarga en los cuidadores familiares de acuerdo a la revisión son los físicos, emocionales, económicos y espirituales. Conclusiones: Se logró evidenciar cuales son los principales factores que presenta el cuidador familiar de un paciente con Enfermedad de Alzheimer y el avance en la producción científica frente a este fenómeno de estudio a partir de la revisión de literatura.

## **2.2. Marco conceptual**

### **2.2.1. Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común en países del mundo occidental, alrededor del 10% de todas las personas de 70 años o más muestran amnesia notable y en más de la mitad de los casos, tal deficiencia es causada por ella. Sin embargo, la enfermedad puede aparecer en cualquier decenio de la vida adulta. Se ha calculado que en Estados Unidos el costo anual por cuidar a un solo paciente con Alzheimer en etapa avanzada de su trastorno es de más de 50 000 dólares. La enfermedad también impone una gran carga emocional a los parientes y cuidadores. Muy a menudo comienza con la pérdida sutil de la memoria, seguida de demencia de evolución lenta, que dura varios años. En lo que toca al cuadro patológico, se advierte atrofia difusa de la corteza cerebral con agrandamiento secundario del sistema ventricular encefálico. En el estudio microscópico se advierten placas neuríticas que contienen amiloide A $\beta$ , marañas de neurofibrillas que captan la plata en el citoplasma de neuronas, y acumulación del amiloide A $\beta$  en paredes de arterias cerebrales. La identificación de cuatro genes de susceptibilidad diferentes ha sentado las bases para que mejoren rápidamente los conocimientos de las bases biológicas de enfermedad de Alzheimer. Fauci et al (2005)

#### **2.2.1.1. Manifestaciones clínicas**

Los cambios cognitivos tienen a seguir un perfil característico que comienza con deficiencias de la memoria y que termina por incluir déficit del lenguaje y visuoespaciales. Varela L. (2003)

Puede presentarse con un periodo preclínico caracterizado por los errores puntuales de memoria, sin que existan otros déficits. Posteriormente se establece una alteración de

la memoria reciente (capacidad para almacenar nueva información y recuperarla después de un periodo de tiempo) y de la capacidad de aprendizaje. Inicialmente la memoria remota se mantiene intacta, pero en el transcurso de la enfermedad, el paciente presentará dificultades con la recuperación de los episodios lejanos.

Inicialmente pueden presentarse alteraciones del lenguaje: dificultad para nominar objetos o para comprender órdenes complejas o encadenadas. A medida que la enfermedad progresa, aparecen alteraciones francas de la nominación, ausencia de un lenguaje espontáneo, que en numerosas ocasiones se encuentra parco en palabras, falto de significado y con errores gramaticales. En la fase final, el paciente tiene una alteración grave de la formación y comprensión del lenguaje. Las alteraciones visuoespaciales son muy frecuentes. Desde el inicio, se evidencia una dificultad en la realización de dibujos (test del reloj alterado desde el inicio), construcciones tridimensionales o en la capacidad para orientarse en espacios abiertos. Con la progresión, el paciente pierde la capacidad para reconocer objetos, personas o lugares, a pesar de que las funciones visuales primarias se encuentran intactas (agnosia visual). Las manifestaciones apráxicas son raras en las fases iniciales de la enfermedad, aunque a medida que ésta avanza se establece una apraxia ideomotora.

Desde las fases iniciales, se pueden demostrar síntomas de disfunción ejecutiva, con dificultad para planificar tareas o el razonamiento abstracto. Igualmente, las alteraciones de conducta también pueden presentarse en una fase media, siendo la apatía el síntoma más frecuente, aunque la pérdida de interés por las relaciones sociales, la abulia o bien agitación, irritabilidad, reacciones agresivas o conductas desinhibitorias pueden presentarse.

Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer, siendo la depresión la más frecuente. Las ideas y conductas paranoides son habituales en la fase inicial- media de la enfermedad, y están asociadas a un peor pronóstico. Sólo en fases muy evolucionadas

pueden aparecer signos extrapiramidales, como marcha torpe, postura encorvada, bradicinesia generalizada y rigidez. Generalmente, la causa de la muerte suele ser una enfermedad intercurrente, sobre todo, infecciones. Clare, L. et al (2003).

### **2.2.1.2. Consecuencias de la Enfermedad de Alzheimer**

- **Morbimortalidad.** Se estima que la enfermedad de Alzheimer es responsable de un 4,9% de muertes en mayores de 65 años, riesgo que aumenta considerablemente con la edad, alcanzando un 30% en varones mayores de 85 años, y un 50% en mujeres de la misma edad. Instituto Nacional de Estadística. (2011)
- La demencia aumenta la carga de morbilidad de las personas afectadas, con especial incidencia de problemas de índole vascular (cerebral, cardíaco y periférico), riesgo de caídas (17,7% de los enfermos), infecciones (14%) y depresión, más frecuentes en los estadios leves y moderados de la enfermedad. Instituto Nacional de Estadística. (2011)
- Es también un factor de riesgo importante de ingreso hospitalario, por cuanto que incrementa de manera muy significativa la estancia media de los pacientes, siendo además los ingresos médicamente complejos. Instituto Nacional de Estadística. (2011).

**Cambio de roles.** Cuando uno de los miembros del núcleo familiar se enferma de Alzheimer los roles, responsabilidades y las expectativas dentro de la familia cambian. Las responsabilidades son las tareas que cada uno tiene asignadas y los roles se refieren a lo que uno es, a cómo lo ven los demás y lo que se espera de él, estos se establecen a través de los años. Esta situación implica cambiar y aprender hacer nuevas tareas que antes no correspondían y esto puede ser difícil de aceptar. Fauci et al (2005)

- En la mayoría de los casos (80%) hay un miembro de la familia sobre el que recae mayor peso de responsabilidad, este se denomina cuidador principal. Debido a que la responsabilidad del enfermo recae sobre un miembro más que en otros se pueden crear conflictos familiares, los cuales se deberán de afrontar. Folsom, J.C. (1998).
- **Impacto económico.** La enfermedad de Alzheimer provoca unos costos económicos directos e indirectos. Folsom, J.C. (1998).
- Los costes directos son aquellos gastos cuantificables que se derivan directamente del cuidado del paciente, cómo el gasto sanitario, el gasto de la atención domiciliaria reglada, institucionalización y el derivado de aspectos técnicos cómo la remodelación de las viviendas, transporte sanitario. Los costos indirectos son los que corresponden a los servicios no remunerados cómo el tiempo dedicado al cuidado del paciente por parte del cuidador principal y el entorno familiar, la pérdida de productividad del paciente y los cuidadores y los gastos sanitarios derivador de la sobrecarga del cuidador.
- **Riesgo de institucionalización.** La demencia conlleva a un aumento del riesgo de institucionalización debido a las condiciones de vida que comporta la enfermedad, cómo la dependencia y la discapacidad. De Vreese, L.P. et al. (2001).
- **Riesgo de maltrato al enfermo de Alzheimer.** El cuidador sufre una sobrecarga en el ejercicio de las numerosas funciones que debe realizar para el enfermo. En múltiples ocasiones, puede ocasionar estados denigrantes de maltrato hacia el enfermo, tanto maltrato físico y psicológico hasta, el más frecuente, el abandono y el descuido seguido de la apropiación ilegal de la propiedad o maltrato económico. Folsom, J.C. (1998).
- En un estudio con una muestra de 155 cuidadores de enfermos con demencia, de acuerdo a los resultados obtenidos la prevalencia de maltrato por los cuidadores fue de

39%, siendo más frecuente el maltrato psicológico, en el 35% de la muestra, y el maltrato físico, en el 4%. El 70% de los pacientes son cuidados por una sola persona (cuidador principal) y el 77% no cuenta con apoyo económico. Folsom, J.C. (1998)

### **2.2.1.3. Dependencia y cuidados.**

El concepto de dependencia ha sido definido por distintas organizaciones, entre ellas destacan la realizada por el Consejo de Europa en el año 1998: se entiende dependencia como “el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Fernández-Ballesteros, R., et al (2003)

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2001, definió dependencia como: “La restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades de la vida diaria, preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad” Francés, I., et al (2003)

En el año 2003 O’ Shea propone ampliar la definición realizada por el Consejo de Europa en el año 1998, dicha definición destaca: elementos físicos, psíquicos, sociales y económicos y señala que la “dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores. Franco, M.A., et al (2000)

Existen diversas escalas para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en las personas mayores, las cuales se presentan en la siguiente tabla Franco, M.A., et al (2000):

<b>KATZ (ABVD)</b>	<b>BARTHEL (ABVD)</b>	<b>LAWTON (AIVD)</b>	<b>ESCALA DE INCAPACIDAD DE CRUZ ROJA (ABVD)</b>
Lavado	Comer	Uso de teléfono	Marcha e inmovilización
Vestido	Vestirse	Ir de compras	Continencia
Trasferencia	Ir al retrete	Trabajo doméstico	Actividades vida diaria
Continencia	Deposición	Lavado de ropa	
Alimentación	Micción	Transporte	
	Traslado sillón- cama	Control de la medicación	
	Deambulaci3n	Utilizar dinero	
	Subir y bajar escaleras		
6 ítems	10 ítems	8 ítems	4 Ítems

Para los cuidados del enfermo de Alzheimer primero hay que tener en cuenta unas recomendaciones generales. Para llevar a cabo los cuidados hay que hacer una rutina sencilla y mantener unos horarios y un orden; para comunicarse hay que emitir mensajes cortos, sencillos, claros, repetitivos y nos podemos ayudar de gestos; no se debe de reñir y se ha de dejar todo el tiempo que necesiten. Granados (2003)

Los cuidados esenciales para el enfermo de Alzheimer se basan en la higiene, la alimentación, el entorno, la conducta y la eliminaci3n. Grandmaison, E. y Simard, M. (2003)

En el entorno del enfermo de Alzheimer se deberá de hacer algunas modificaciones debido a la pérdida de memoria y otras alteraciones, pero sin cambios drásticos que puedan confundirle.

En el trascurso de una demencia pueden aparecer trastornos de conducta que en ocasiones pueden hacer que la convivencia familiar resulte difícil y a veces incluso



imposible. Estos comportamientos no son intencionales, sino que son consecuencia de la enfermedad y se deberán reconducir o evitar el problema que desencadena esa conducta.

La incontinencia se trata de un problema que produce gran malestar en el anciano y en sus cuidadores, y puede llevar al aislamiento por los sentimientos de vergüenza que provoca. El estreñimiento también es un problema.

### **2.2.2. Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en la Enfermedad de Alzheimer**

Existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos programas de intervención, a pesar del trabajo que se está realizando en este campo y la actividad clínica habitual en la que se desarrollan diferentes programas de intervención (psicosociales, cognitivos...) (Francés et al, 2003).

El modelo en el que se basan las intervenciones psicosociales en las demencias es el modelo de "exceso de discapacidad". Las personas pueden demostrar un mayor grado de discapacidad que aquel que correspondería por los cambios neuropatológicos del cerebro.

La teoría de Kitwood sobre los cuidados en demencia sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observadas en las personas con demencia. Según Kitwood (1997) este entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos, formando una espiral de declinar y degeneración.

Por ello, todas estas intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la

enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana.

La intervención no farmacológica en la psicoestimulación de las personas con demencia ha estado hoy en día dominada por los siguientes procedimientos: la terapia de orientación a la realidad (ROT), la terapia de reminiscencia, los programas de psicoestimulación, la terapia comportamental y la terapia de validación, siendo este tipo de intervenciones las más estudiadas en el campo de la estimulación cognitiva, desde las aproximaciones más globales.

#### **2.2.2.1. Terapia de Orientación a la Realidad (ROT)**

La terapia de orientación a la realidad fue desarrollada por Folsom (Folsom, 1968) y modificada posteriormente por Holden y Woods (1982). Inicialmente se utilizó para mejorar la calidad de vida de personas mayores en el ámbito geriátrico con estados de confusión, aunque sus orígenes se remontan a veteranos de guerra con graves trastornos (Francés et al, 2003).

Es una técnica psicoterapéutica grupal para asistir a personas confusas y desorientadas, para aprender y practicar técnicas que los ayuden a afrontar los problemas causados por su confusión y desorientación, mediante la estimulación y la provisión estructurada de información sobre sí mismos y su entorno. Se proporciona estructurada y repetidamente la información básica respecto a orientación temporal, espacial y personal favoreciendo la orientación de las personas con demencia, reforzando la percepción de las cosas familiares y de su entorno.

Así pues, la ROT es entendida como un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma consciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal) en el espacio (orientación espacial) y en la persona (orientación temporal), como terapia

imprescindible en un programa terapéutico de demencias. Es un método de tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes, para que preserven datos sobre ellos mismos y sobre su entorno.

Se ha aplicado de dos formas diferentes:

a. La Orientación a la Realidad en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración varios días a la semana, trabajando en pequeños grupos de pacientes desde un enfoque cognitivo. Las sesiones se inician estimulando la orientación temporal y espacial, seguidas por la discusión de eventos normalmente próximos a los pacientes. Como instrumento de trabajo se utiliza el clásico tablero de orientación, que presenta la información como el día de la semana, la fecha, la estación de año, el lugar y otras notas adicionales. Se utilizan también diarios, objetos, etc. relacionados con el objeto de la discusión.

b. La Orientación a la Realidad de 24 horas, trabajando la reorientación durante todo el día, a través de referencias en el ambiente, señales u otras referencias en el ambiente, practicada por todas las personas que tomen contacto con el paciente. Originalmente, el énfasis estaba centrado en administrar información al paciente a cualquier oportunidad. Más recientemente, se ha desarrollado una aproximación más ecológica, en la que se responde a las preguntas de los pacientes con información segura o ayudándoles a descubrir la información por ellos mismos (Reeve et al, 1985; Williams et al, 1987), teniendo probablemente esta última variable menos riesgo de sobreestimulación, que cuando se le proporciona información que el paciente no es capaz de asimilar (Francés et al, 2003).

Se ha valorado la eficacia de la ROT en diversos estudios, siendo una de las terapias más ampliamente evaluada. Brook et al (1975) realizaron el primer ensayo randomizado con resultados positivos sobre la función de los pacientes que asistían a sesiones de orientación a la realidad.

Una revisión sistemática realizada por Spector et al (2000) examinó la efectividad de las sesiones de Orientación a la Realidad en personas con demencia. Se incluyeron todos los estudios controlados aleatorizados tras una amplia búsqueda bibliográfica.

Los resultados mostraron un efecto positivo a favor del tratamiento cognitivo y conductual, aunque sólo el estudio de Breuil et al (1994) mostró diferencias significativas en el área cognitiva, por lo que la ROT ha sido bastante criticada. Éste fue el único estudio que incluyó sujetos que vivían en la comunidad (realizaban las sesiones de orientación dos veces por semana). Los otros estudios, se realizaron en residencias u hospitales psicogeríátricos.

#### **2.2.2.2. Terapia de Reminiscencia (TR)**

La terapia de reminiscencia se define como respuesta adaptativa caracterizada por el acto de pensar en las propias experiencias y relatarlas, de hacer consciente la historia personal, en especial las experiencias que se consideran especialmente significativas.

La reminiscencia provocada y controlada, ayuda a conocer, como forma de activar el pasado personal. Constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales, emociones, imágenes, etc. Se trata de centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos, más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final, es mejorar la memoria, dar oportunidades de creatividad y aumentar la resocialización de los pacientes estimulando la conversación, así como también el incremento de la autoestima, la satisfacción personal, el bienestar y la satisfacción por la vida.

En un principio se desarrolló para personas mayores con envejecimiento normal, con el fin de ofrecerles una ocasión para recordar y organizar los hechos más significativos de su vida (Butler, 1963).

Más tarde, Kiernat (1979) introdujo la idea de utilizar la terapia de reminiscencia en personas con demencia. Se han realizado solamente tres estudios controlados aleatorios (Baines y cols, 1987; Goldwaser y cols, 1987; Orten y cols, 1989) revisados por Spector y cols (2000) incluidos en la Cochrane Library (tabla 3.3). De ellos, sólo el estudio de Baines y cols. (1987) mostró una leve mejoría a nivel conductual a favor del tratamiento, con resultados muy modestos.

Se distingue una terapia de revisión de vida individual, evaluando la memoria personal con un terapeuta como oyente, de una reminiscencia más general de forma grupal, realizando discusiones cuyo objetivo es mejorar la interacción en un ambiente agradable y de manera atractiva. En el contexto de estimulación cognitiva se trabaja habitualmente de forma grupal.

### **2.2.2.3. Terapia de Psicoestimulación (TP)**

Conforme se ha ido avanzando en el conocimiento de la enfermedad y en el diagnóstico precoz, las terapias no farmacológicas salen fuera del ámbito residencial y aparece la necesidad de su aplicación en pacientes que viven en la comunidad, con menor grado deterioro y con otras necesidades de cuidados.

De ahí la aparición de programas más específicos de estimulación, que combinan actividades más grupales con otras más individualizadas, diseñadas en función de los déficits que presente el paciente (Francés y cols, 2003). Así pues, cada vez más este tipo de programas se están aplicando en los centros de día terapéuticos y residenciales, pero también están empezando de forma ambulatoria (sería el caso del programa de memoria aplicado en nuestro trabajo, realizado en la Unidad de Memoria de la Fundación ACE iniciado el año 1998).

Como ejemplo de un programa de estimulación dirigido a enfermos con demencia, encontramos el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) diseñado por Tárraga y

Boada en el año 1991 (Tárraga, 1991) realizado en un centro de día terapéutico específico en demencias denominado Alzheimer Centro Educativo. Este programa pionero en este tipo de intervención, parte de una visión globalizadora y ecológica de la persona con demencia y se fundamenta en el concepto de neuroplasticidad, basado en técnicas de neuropsicología y de modificación de conducta. Se asienta en el modelo teórico de Reisberg, por el que una persona con enfermedad de Alzheimer sigue un curso involutivo inverso a la formación de la inteligencia descrita por Piaget y que se ha calificado como "retrogénesis". Las personas que participan en este programa acuden durante cinco días semanales y ocho horas diarias, participando de talleres de psicoestimulación, psicoexpresión y musicoterapia, talleres ocupacionales y mantenimiento de las actividades de la vida diaria. El objetivo es favorecer las capacidades funcionales del enfermo y mantener su autonomía (Tárraga, 1994).

#### **2.2.2.4. Terapia Comportamental (TC)**

La terapia comportamental trata de reforzar, mantener o disminuir la frecuencia de aparición de una conducta, modificando las relaciones existentes en dicha conducta, los hechos antecedentes y los consecuentes. Así, actúa sobre diferentes aspectos: los contactos sociales, la participación en actividades, las comunicaciones verbales, la higiene corporal...

Se incluiría el taller de musicoterapia. La eficacia de este método es controvertida (Burgio, 1996).

Los principales límites se encuentran en la ausencia de transferencia de los aprendizajes a la vida cotidiana y en la del mantenimiento de los resultados a largo plazo.

No siempre ha sido demostrado su valor ecológico (Arrollo-Anyó, 2002).

### **2.2.2.5. Terapia de Validación (TV)**

La terapia de validación fue introducida por Naomi Feil dentro del modelo de comunicación. La validación se define como la aceptación de las personas ancianas desorientadas que ahora viven en el pasado, ayudándoles a reasumir su vida (Feil, 1992).

Se basa en una actitud de empatía y respeto con el paciente. Pretende que el cuidador se adapte y acepte, valide, la conducta del paciente.

Las técnicas de validación para el tratamiento de personas desorientadas, incluye la terapia de la reminiscencia, la revisión de vida, la orientación a la realidad, la remotivación, la modificación de conducta, la diversión y la psicoterapia. Se aplica también a personas con demencia.

## **2.3. Marco filosófico el Alzheimer**

Fue en unas conferencias médicas en Alemania en 1906, que el neurólogo, el Dr. Alois Alzheimer presentó un caso de una paciente que fue tratada por insania mental, el Dr. Alzheimer le había hecho la autopsia al cerebro y descubrió que estaba lleno de nudos de una sustancia fibrosa a los que atribuyó el comportamiento anormal. A partir de ese momento la demencia tuvo que diferenciarse de otras formas de insania mental. Pasaron casi dos lustros y la enfermedad de Alzheimer se convirtió en un azote para la población mayor de 65 años, y la tercera enfermedad de mayores costos para los sistemas de salud del mundo (después de las enfermedades coronarias y el cáncer) para que se encendieran las alarmas y una nuevo interés activaran las investigaciones. Ha probado ser una enfermedad difícil de comprender y tratar, se descubrió que 1 de cada 10 personas mayores de 65 años la sufre, y sus víctimas, todas, irremediamente,

con sentencias de muerte. En personas mayores de 85 años, la incidencia es 1, de cada 2 personas.

Debido a que causa incapacidad en la persona para valerse por sí misma, los costos asociados a su tratamiento y cuidado son enormes. Es una enfermedad asociada al éxito de la medicina moderna, si sobrevivimos a los infartos y al cáncer, es posible que el Alzheimer nos esté esperando a la vuelta de la esquina, justamente cuando creíamos haber superado lo peor.

No fue sino hasta el año de 1984 que se descubrió que esos nódulos fibrosos se formaban en el cerebro por una proteína llamada Amiloide, una proteína presente en las paredes celulares de nuestros órganos, por qué esta proteína empieza a formar plaquetas y hacerse tóxica, es todavía un misterio, ya fue decodificado su ADN y se sabe cómo el cuerpo la produce, pero a estas alturas se desconoce si estos nódulos son el efecto o las causas de la enfermedad.

La mayor parte de los medicamentos en uso, y muchos de los que están en pruebas clínicas, reducen los niveles de amiloides en el cerebro, se conoce que trazas de cinc, cobre y hierro propician la formación de estas plaquetas, otros medicamentos tratan de reparar el daño causado, o de estimular al sistema inmunológico para que ataque los amiloides en el cerebro.

Una buena parte de estos fármacos tratan de reducir los efectos de la enfermedad sobre la memoria y la coordinación motora, pero hasta el momento, la enfermedad es incurable y sigue siendo mortal.



En los países capitalistas, se tardan de diez a quince años de investigación para que un remedio llegue a la fase de pruebas en humanos, y aún allí, fármacos con grandes promesas pueden desarrollar efectos secundarios graves, otros simplemente tienen que ser desechados con la subsecuente pérdida de capital y trabajo para las empresas farmacéuticas.

Pero el mercado y las potencialidades de éxito de algunos de estos remedios hacen que las empresas se arriesguen, pues las ganancias son enormes, es común que jóvenes investigadores y médicos se separen de los grandes hospitales y universidades y creen pequeñas compañías en torno a líneas de investigación, y se lanzan a la búsqueda de inversionistas, hay un mercado global muy activo de corporaciones de alta tecnología y de inversionistas privados que apoyan estos emprendimientos, y algunos, logran reunir el suficiente dinero para montar sus propios laboratorios de investigación, si tienen éxito, seguro que una gran firma farmacéutica les comprará la patente de los fármacos que han logrado desarrollar, y se podrán retirar aún jóvenes y muy ricos, o seguir en la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos.

Los hospitales del mundo están llenos de pacientes de Alzheimer en etapa media y terminal dispuestos a tratar cualquier posibilidad para derrotar a esta enfermedad, la empresa privada y el capitalismo, no el socialismo, son los que lideran esta carrera de largo aliento en contra de la muerte y el sufrimiento, y estoy seguro que, algún joven investigador o doctora lograrán descubrir una cura, sin importar cuán ricos se hagan por su trabajo, como debe ser.

#### **2.4. Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental**

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado oral y escrito voluntario de cada paciente para el estudio. No se consignó el nombre en los cuestionarios e instrumentos de investigación. Se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida sobre los pacientes. La información obtenida fue solo para los objetivos del estudio. A los participantes se les otorgó el derecho a retirarse del estudio sin perjuicio para ellos.

Se respetó los principios éticos de Belmont, incluyendo: el Respeto a la dignidad humana, de beneficencia, y el principio de justicia (Selección justa no discriminatoria), Trato respetuoso y amable en todo momento.

Se respecto los aspectos del medio ambiente en relación a prevención de desperdicios, papeles, residuos y políticas de cuidado del medio ambiente.

### III. Método

#### 3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, fue de tipo aplicada "Este tipo de Investigación se dirige fundamentalmente a la resolución de problemas". (Hurtado León, I.; Toro Garrido, J. 1998), porque trató de responder a los interrogantes formulados y nivel descriptivo, porque permitió describir el tiempo de ocurrencia de los hechos a través de una ficha de recolección de datos <registro de ocurrencia> referente al Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) – EsSalud.

##### 3.1.1. Diseño de investigación

La presente investigación corresponde al diseño cuasi experimental, correlacional, exploratorio y aplicativo.

- **Cuasi-experimental**, porque el estudio estará dirigido a un grupo ya establecido, en este caso a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, que serán sometidos al Programa de Intervención

Psicoterapéutica y Educativa para evaluar su efectividad se realizará un examen de los pacientes en dos momentos antes y después del programa. El estudio se diferencia de los experimentos puros por que el grado de seguridad y confiabilidad es único.

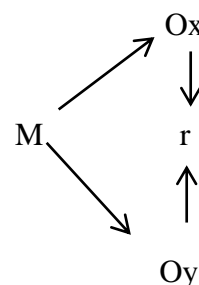
- **Correlacional**, como es el problema y como se manifiesta determinado fenómeno respecto a la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer para posteriormente analizarlos y determinar si existe correlación, porque la variable va determinar su efecto en otra variable.
- **Exploratorio y aplicativo**, en este caso el estudio permite explorar un problema social sobre la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, se aplica un programa para explicar el porqué del fenómeno y como se da este fenómeno y después del programa.

M: Muestra estudio

Ox: Variable: Programa Psicoterapéutica y Educativa

Oy: Variable: Pacientes con Alzheimer

r: Correlación de variables



## 3.2 Población y Muestra

### 3.2.1. Población

Para el presente estudio se tomará en cuenta como población a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer que fueron atendidos en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), que participaron en el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa durante el primer trimestre del año 2018, los cuales fueron, 28 pacientes

considerando los criterios de inclusión y criterios de exclusión para su participación en este estudio.

### **3.2.2. Muestra**

Para el presente estudio se tomará como muestra al 100% de la población; es decir a los 28 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer que participaron en el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional durante el primer trimestre del año 2018, seleccionados a través de un muestreo probabilístico en forma aleatoria simple, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.2.3. Unidad de análisis o de observación.**

Cada paciente con Alzheimer en fase leve de 60 a 75 años.

- Unidad de muestreo: Unidad seleccionada del Marco Muestral. En esta Investigación resultó igual que la unidad de análisis.
- Marco Muestral: Relación o listado de pacientes que sirvieron para la selección aleatoria de los pacientes en el grupo de estudio, en forma aleatoria con sistema de sobre cerrado.
- Tipo de Muestreo: Se utilizó un muestreo probabilístico tipo aleatorio simple, en la siguiente forma: Se asignó a los pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión al grupo de estudio.
- Tamaño muestral: Se trabajó con 28 casos de pacientes con Alzheimer en fase leve de 60 a 75 años, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) – EsSalud.

### **3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Paciente con Enfermedad de Alzheimer en fase leve de 60 a 75 años
- Paciente que tuvo consentimiento informado de su familiar para participación en el programa.
- Paciente que ha colaborado con las terapias antes, durante y después del Programa

#### **Criterios de exclusión**

- Paciente sin Enfermedad de Alzheimer menor de 60 y mayor de 75 años
- Paciente que no tuvo consentimiento informado de su familiar para participación en el programa.
- Paciente que no ha colaborado con las terapias antes, durante y después del Programa.

## **3.3 Hipótesis**

### **3.3.1 Hipótesis General**

El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.

### **3.3.2 Hipótesis Específicas**

- **La Terapia Orientación a la Realidad** es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

- La **Terapia de Reminiscencia** es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- La **Terapia de Psicoestimulación** es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- La **Terapia Comportamental** es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.
- La **Terapia de Validación** es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud

### 3.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	INDICE	ESCALA DE MEDICION
<b>VI: Programa de Intervención Psicoterapéutica y educacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de Orientación a la Realidad</li> <li>• Terapia de Reminiscencia</li> <li>• Terapia de Psicoestimulación</li> <li>• Terapia Comportamental</li> <li>• Terapia de Validación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación temporal</li> <li>-Orientación espacial</li> <li>-Orientación personal</li> <li>-Orientación en minutos</li> <li>-Orientación en horas</li> <li>-Memoria episódica</li> <li>-Memoria semántica</li> <li>-Área cognitiva</li> <li>-Área social</li> <li>-Área emocional</li> <li>-Pensamiento</li> <li>-Sentimiento</li> <li>-Comportamiento</li> <li>-Validación personal</li> <li>-Validación sentimental</li> <li>-Ansiedad y agitación</li> </ul>	4. Excelente 3. Buena 2. Regular 1. Mala 0. Deficiente	Escala de Lickert
<b>VD: Paciente con</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Género</li> <li>-Edad</li> </ul>	- M / F	Si / No 60-65 años.	Nominal Numeral

<b>Enfermedad de Alzheimer</b>	-Procedencia	-Años de vida -Costa -Sierra -Selva	66-70 años. 71-75 años. Si / No	Nominal
	-Grado de educación	-Analfabeto -Inicial -Primaria: *incompleta *completa -Secundaria *incompleta *completa -Superior no universitaria *incompleta *completa -Superior universitaria *incompleta *completa	Si / No	Nominal
	-Dependencia familiar	-Dependencia	Si / No	Nominal

### 3.4.1. Identificación de variables

#### Variable Independiente (V.I.)

##### -Programa de Intervención Psicoterapéutica y educacional

- Terapia de Orientación a la Realidad
- Terapia de Reminiscencia
- Terapia de Psicoestimulación
- Terapia Comportamental
- Terapia de Validación

#### Variable Dependiente (VD):

##### -Paciente con Enfermedad de Alzheimer

- Género
- Edad
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Dependencia



### 3.5. Instrumentos

El programa tiene un tiempo de duración de tres meses, dirigido a 28 pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fase leve, consta de los siguientes procedimientos:

- Terapia de Orientación a la Realidad (ROT)
- Terapia de Reminiscencia (TR)
- Terapia de Psicoestimulación (TP)
- Terapia Comportamental (TC)
- Terapia de Validación (TV)

Se realiza una evaluación a los pacientes antes y después de la intervención, en los aspectos de cada procedimiento:

- Orientación a la Realidad: orientación, temporal, espacial y personal, orientación en minutos o en horas.
- Reminiscencia: memoria episódica y semántica.
- Psicoestimulación: en el área cognitiva, social y emocional.
- Comportamental: pensamiento, sentimiento y comportamiento.
- Validación: personal, sentimental, ansiedad y agitación

Escala de Valoración: A través de una lista de cotejo se evalúa los 16 indicadores para establecer los siguientes resultados: en 0 meses, 1 mes, 2 meses, y 3 meses en puntuaciones, según escala de Likert: (4) Excelente, (3) Buena, (2) Regular, (1) Mala, (0) Deficiente. Se realizará al final un cuadro comparativo de la evaluación de los pacientes con Alzheimer antes y después de la Intervención Psicoterapéutica y Educativa, para determinar si la efectividad es alta, media o baja, según las puntuaciones obtenidas en el déficit de memoria: leve, moderado e intenso. (**Ver anexo 3**)

### 3.5.1. Validez y confiabilidad

El programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional será desarrollada por el autor, utilizando los instrumentos de evaluación: Mini-Mental State Examination (Folstein et al, 1975), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984), el test conductual de memoria Rivermead (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991), el Syndrom kurztest (Erzigkeit, 1989), el Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn & Linn, 1982), la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson y Roth,1968) y el Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al, 1994).

Utilizada en la tesis doctoral de la Dra. Sara Doménech Pou de la Universidad de Barcelona. España.

**Validez del instrumento**, se realizó a través de una ficha de validación el cual fue proporcionado a los expertos constituidos por médicos y psicólogos con grados académicos de doctores en salud pública y psicología (**Ver anexo 5**).

**Confiabilidad del instrumento**, fue sometida a prueba de Alpha de Cronbach.

El estadístico de fiabilidad empleado, Alpha de Cronbach, revela que los instrumentos empleados son fiables y hacen mediciones estables y consistentes.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,81	16
0,61	06
0,71	10

### 3.6. Procedimiento

-**Autorización** o permiso, de Gerencia General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud, y de los respectivos Comités de Investigaciones para poder efectuar el

estudio, así como de los Jefe del Programa de Atención Domiciliaria donde se procedió a recoger los datos.

**-Tiempo de recojo**, de acuerdo al Cronograma de actividades a ejecutar en el primer trimestre del año 2018

**-Procesos**, seguidos durante el estudio:

-Coordinación para establecer un protocolo común de investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. (PADOMI) EsSalud.

-Selección de historias clínicas

**-Capacitación** del personal profesional y no profesional.

**-Supervisión** del personal, para asegurar el cumplimiento del plan de recolección, y para garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

**-Coordinación externa e interna:**

- Con el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud, con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y Comités de Investigación respectivos, y con los jefes de los Servicios implicados con el proceso de recolección de datos.
- Con todo el personal que interviene en el estudio del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). EsSalud.

### 3.7. Análisis de datos

Los datos recolectados fueron ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 23.0 para Windows. Con el fin de realizar el análisis descriptivo, se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las características de la muestra y del cuestionario referido a los factores epidemiológicos que se relacionan con el desarrollo de los pacientes con Alzheimer; así mismo se utilizó el Programa Excel V. 2000 para la estructuración de las

tablas estadísticas. Se analizaron los resultados antes y después del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa, para evaluar su efectividad.

## IV. Resultados

### 4.1. Contrastación de hipótesis

#### 4.1.1. Prueba de hipótesis

##### Hipótesis general

H<sub>1</sub>: El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.

H<sub>0</sub>: El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional No es de efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.

##### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del pre-test.

##### Tabla 1

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional*

Basal	Después - Antes
Z	-7.684 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa tiene una efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.

### Hipótesis específica 1

$H_1$ : La Terapia Orientación a la Realidad es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

$H_0$ : La Terapia Orientación a la Realidad No es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis específica se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad de la Terapia de Orientación a la Realidad y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del Pre test.

### Tabla 2

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste, para la Terapia de Orientación a la Realidad.*

Basal	Después - Antes
Z	-7.710 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la Terapia de Orientación a la Realidad es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Hipótesis específica 2

$H_1$ : La Terapia de Reminiscencia es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

$H_0$ : La Terapia de Reminiscencia No es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis específica se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad de la Terapia de Reminiscencia y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del Pre test.

### Tabla 3

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Reminiscencia.*

Basal	Después - Antes
Z	-7.653 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la Terapia de Reminiscencia es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Hipótesis específica 3

$H_1$ : La Terapia de Psicoestimulación es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

H<sub>0</sub>: La Terapia de Psicoestimulación No es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis específica se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad de la Terapia de Psicoestimulación y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del Pre test.

**Tabla 4**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Psicoestimulación.*

Basal	Después - Antes
Z	-7.647 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza H<sub>0</sub>, es decir que la Terapia de Psicoestimulación es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Hipótesis específica 4

H<sub>1</sub>: La Terapia Comportamental es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

H<sub>0</sub>: La Terapia Comportamental No es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis específica se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad de la Terapia Comportamental y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del Pre test.



**Tabla 5**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia Comportamental*

Basal	Después - Antes
Z	-7.723 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la Terapia Comportamental es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.

**Hipótesis específica 5**

$H_1$ : La Terapia de Validación es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud

$H_0$ : La Terapia de Validación No es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud

**Comprobación de hipótesis**

Para la contratación de la hipótesis específica se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad de la Terapia de validación y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del Pre test.

**Tabla 6**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste para la Terapia de Validación*

Basal	Después - Antes
Z	-7.649 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>0,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión: Como  $p=0,00/2=0,00 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la Terapia de Validación es efectiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud

## 4.2. Análisis e interpretación de resultados

### 4.2.1. Características socioeconómicas

**Tabla 7**

*Grupo de Edad por género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Edad	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
70 – 75 años	2	11.1	1	10.0	3	10.7
76 – 80 años	8	44.4	5	50.0	13	46.4
81 – 85 años	6	33.3	3	30.0	9	32.1
86 – 90 años	2	11.1	1	10.0	3	10.7

**Fuente:** Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

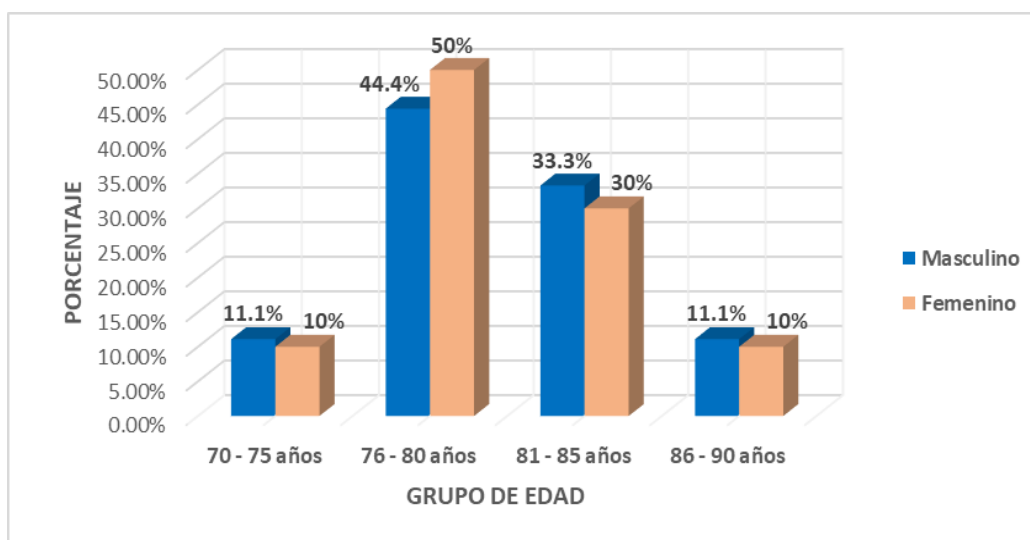


Figura 1. Grupo de Edad por género.

Se observa según la tabla 7 y figura 1 que el grupo de edad de mayor porcentaje corresponde al rango de 76 a 80 años, correspondiendo al género masculino en 44.40% y femenino en el 50% (27.1%), seguido de 81 a 85 años, correspondiendo al género masculino en 33.3% y al femenino en un 30%.

**Tabla 8**

*Grado de instrucción según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Grado de instrucción	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
Primaria	2	11.1	1	10.0	3	10.7
Secundaria	7	38.8	4	40.0	11	39.3
Sup. Técnica	3	16.7	3	30.0	6	21.4
Sup. Universit.	6	33.3	2	20.0	8	28.6

Fuente: Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

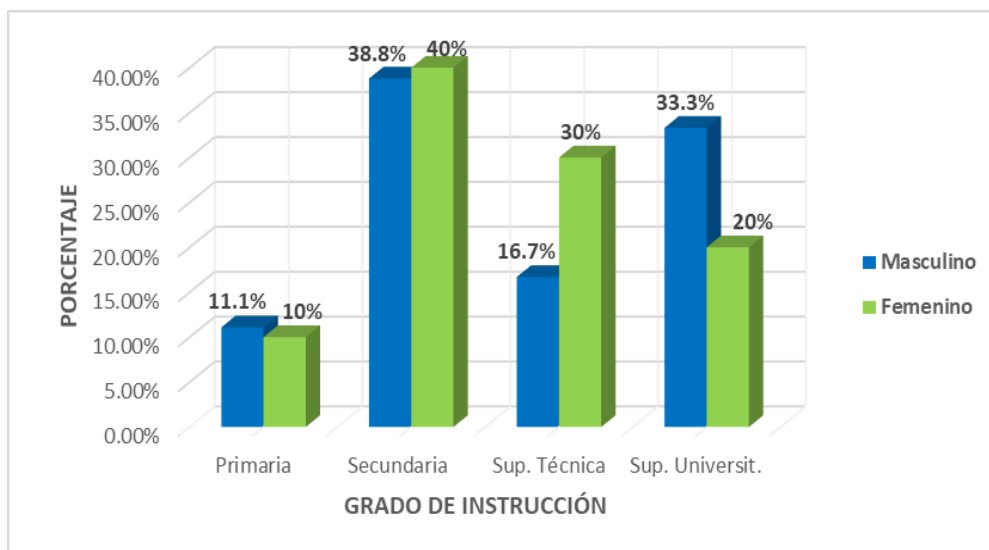


Figura 2. Grado de instrucción según género

En la tabla 8 y figura 2 se observa que el grado de instrucción de mayor porcentaje es secundaria, correspondiente al 40% al género masculino y 38.8% al género masculino, seguido de superior universitaria en 33.3% correspondiente al género masculino y un 30% superior técnica correspondiente al género femenino.

**Tabla 9**

*Procedencia según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Procedencia	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
Lima	10	55.6	5	50.0	15	53.6
Callao	5	27.8	3	30.0	8	28.6
Provincias	3	16.7	2	20.0	5	17.8

**Fuente:** Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

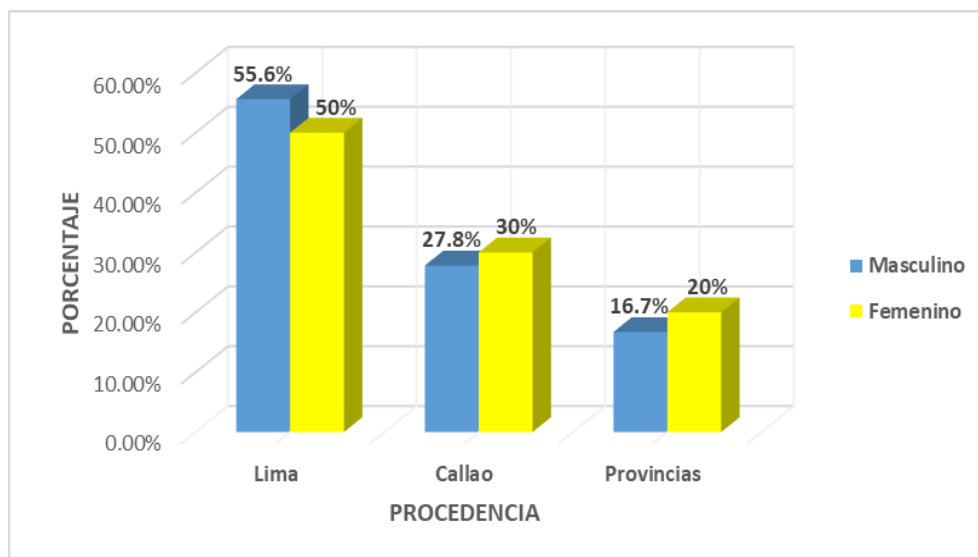


Figura 3. Procedencia según género

En la tabla 7 y figura 3 se observa que la procedencia de mayor porcentaje corresponde a Lima en un 55.6% correspondiente al género masculino en 55.6% y un 50% al género femenino. El 30% del género femenino y el 27,8% del género masculino procede la provincia del Callao, un porcentaje menor procede de provincias.

**Tabla 10**

*Dependencia familiar según género. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Dependencia familiar	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	18	100	10	100	28	100
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

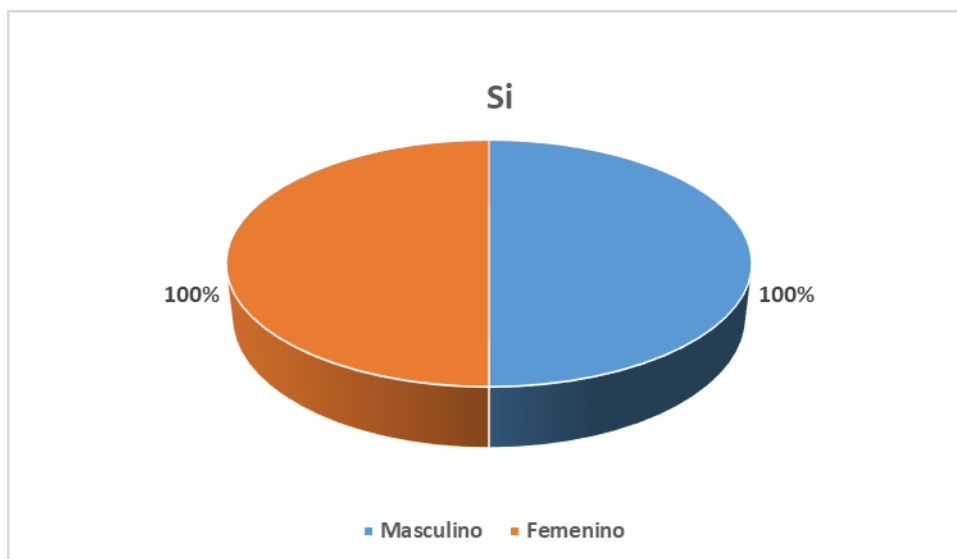


Figura 4. Dependencia familiar según género

En la tabla 10 y figura 4 se aprecia que el 100% depende de un familiar, correspondiente al género masculino y femenino

#### 4.2.2. Resultados del Pretest. Programa de intervención psicoterapéutica y educativa

##### 4.2.2.1. Orientación a la realidad

Tabla 11

Orientación a la realidad. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Orientación a la realidad	Puntuación PRE-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Temporal	0	0,0	0	0,0	2	7,1	12	42,9	14	50,0	28	100,0
Espacial	0	0,0	0	0,0	2	7,1	10	35,7	16	57,1	28	100,0
Personal	0	0,0	0	0,0	3	10,7	13	46,4	12	42,9	28	100,0
En minutos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0
En horas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa PADOMI 2018

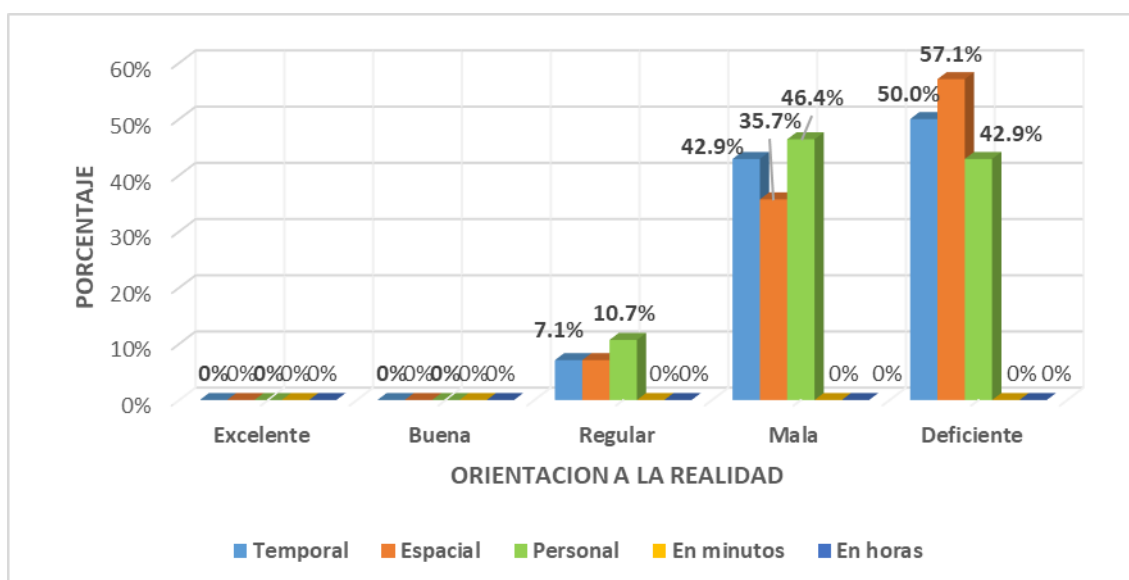


Figura 5. Orientación a la realidad

En la tabla 11 y figura 5 se observa que, en la puntuación pre-test respecto a la orientación a la realidad el mayor porcentaje es deficiente (espacial 57.1%, temporal 50.0%, y personal 42.9%) seguido de mala (espacial 35.7%, temporal 42.9%, y personal 46.4%), regular, excelente y buena fue en menor porcentaje.

#### 4.2.2.2. Reminiscencia

Tabla 12

Reminiscencia. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Reminiscencia	Puntuación PRE-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Memoria episódica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	57,1	12	42,9	28	100,0
Memoria semántica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	60,7	11	39,3	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

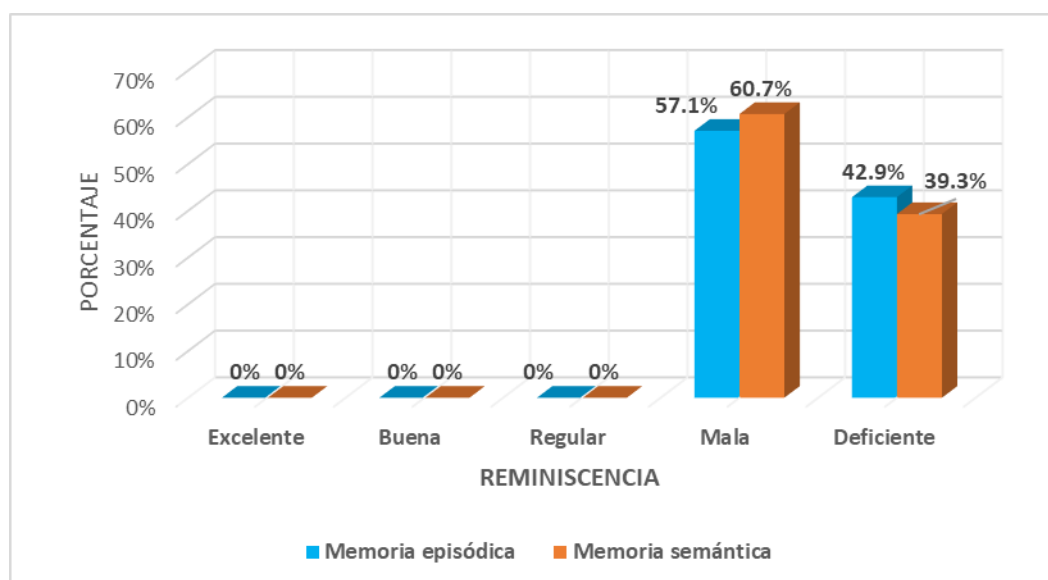


Figura 6. Reminiscencia

En la tabla 12 y figura 6 se observa que, en la puntuación pre-test respecto a reminiscencia el mayor porcentaje es mala (memoria semántica 60.7%, memoria episódica 57.1%,) seguido de deficiente (memoria semántica 39.3%, memoria episódica 42.9%,) regular, excelente y buena fue en un porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.3. Psicoestimulación

Tabla 13

Psicoestimulación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Psicoestimulación	Puntuación PRE-TEST											
	Excelente		Buena		Regular		Mala		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Área cognitiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	50,0	14	50,0	28	100,0
Área social	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	28	100,0
Área emocional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	46,4	15	53,6	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018



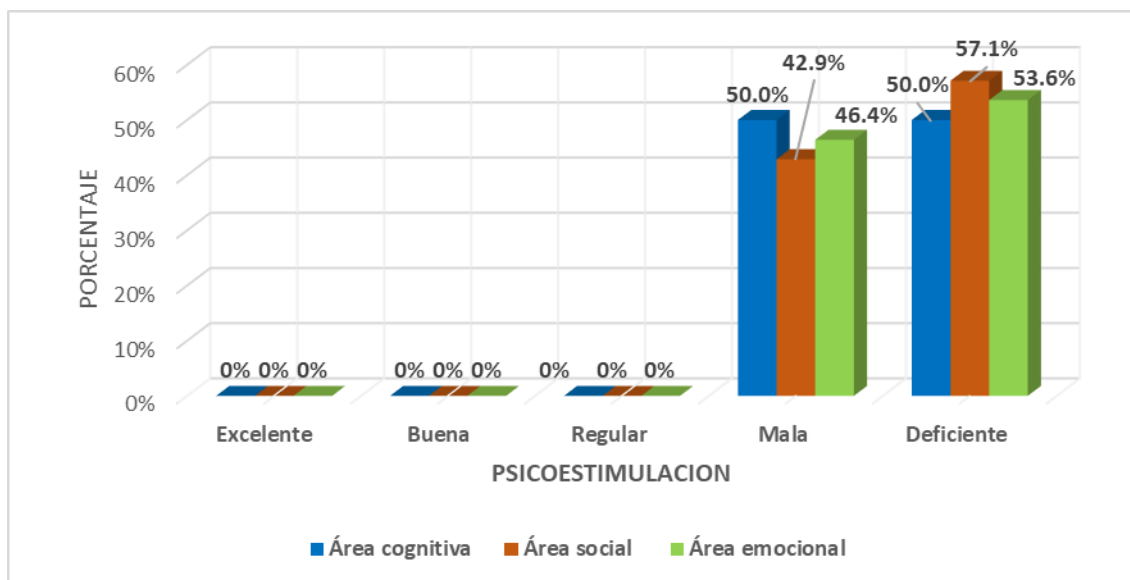


Figura 7. Psicoestimulación

En la tabla 13 y figura 7 se observa que, en la puntuación pre-test respecto a Psicoestimulación el mayor porcentaje es deficiente (área social 57.1%, área emocional 53.6%, y área cognitiva 50.0%) seguido de mala (área social 42.9%, área emocional 46.4%, y área cognitiva 50.0%), regular, excelente y buena fue en porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.4. Comportamental

Tabla 14

Comportamental. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Comportamental	Puntuación PRE-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pensamiento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	35,7	18	64,3	28	100,0
Sentimiento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	28	100,0
Comportamiento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	46,4	17	60,7	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

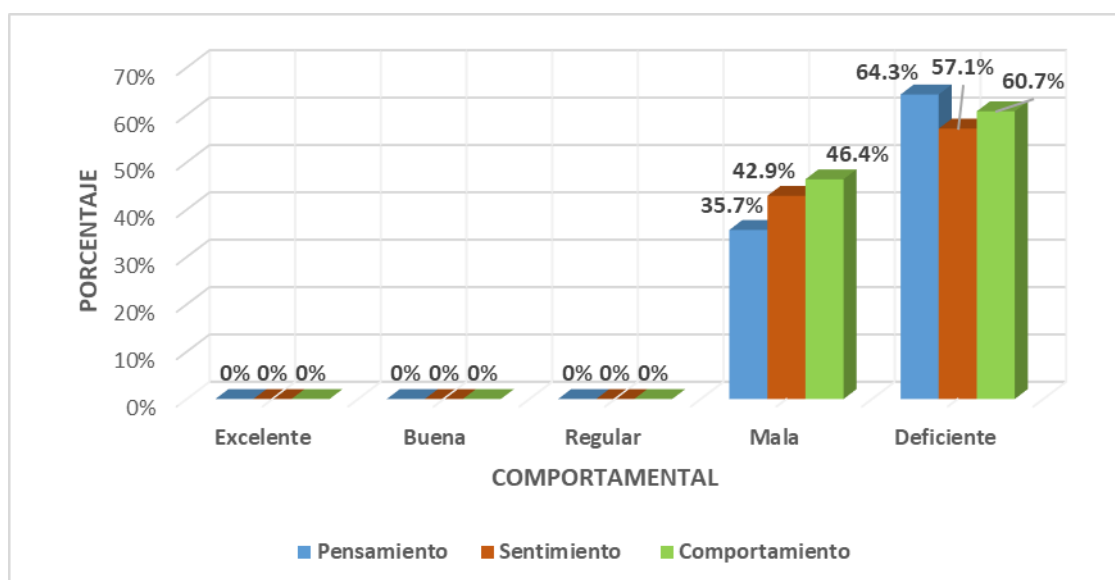


Figura 8. Comportamental

En la tabla 14 y figura 8 se observa que, en la puntuación pre-test respecto a Comportamental el mayor porcentaje es deficiente (pensamiento 64.3%, comportamiento 60.7%, y sentimiento 57.1%) seguido de mala (pensamiento 35.7%, comportamiento 46.4%, y sentimiento 42.9%), regular, excelente y buena fue en porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.5. Validación

Tabla 15

Validación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Validación	Puntuación PRE-TEST											
	Excelente		Buena		Regular		Mala		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Validación personal	0	0,0	0	0,0	1	3,6	11	39,3	16	57,1	28	100,0
Validación sentimental	0	0,0	0	0,0	2	7,1	10	35,7	16	57,1	28	100,0
Ansiedad y agitación	0	0,0	0	0,0	1	3,6	13	46,4	14	50,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

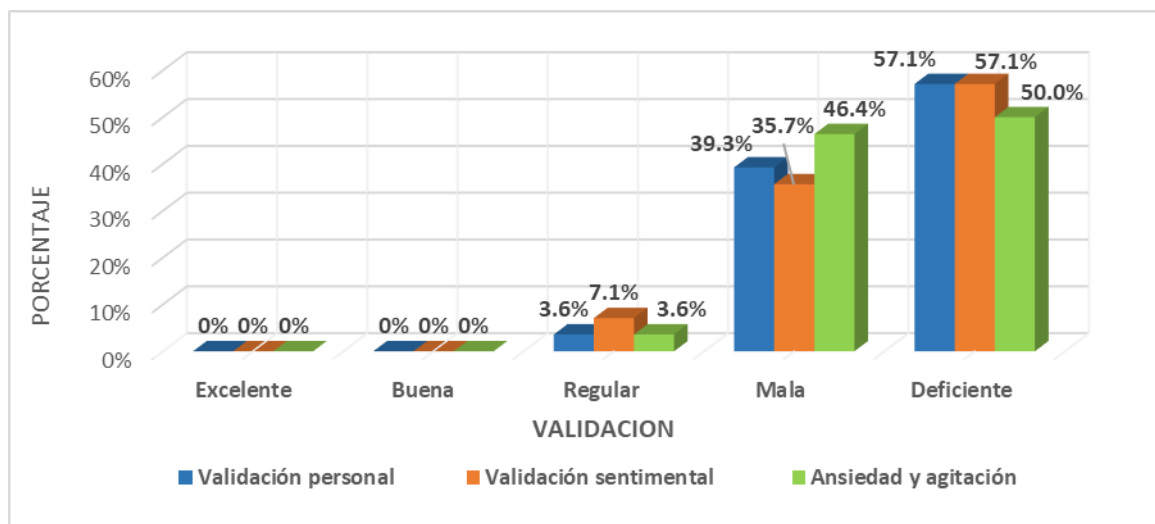


Figura 9. Validación

En la tabla 15 y figura 9 se observa que, en la puntuación pre-test respecto a validación el mayor porcentaje es deficiente (validación personal 57.1%, validación sentimental 57.1%, y ansiedad y agitación 50.0%) seguido de mala (validación personal 39.3%, validación sentimental 35.7%, y ansiedad y agitación 46.4%), regular, excelente y buena fue en menor porcentaje.

#### Resultados según puntuación total: 18 puntos

Puntaje	Nivel Déficit Memoria	Resultados
0- 21	Déficit intenso	21 ptos. : Déficit intenso
22- 42	Déficit moderado	
42- 64	Déficit leve	

### 4.2.3. Resultados del Pos-test. Programa de intervención psicoterapéutica y educativa

#### 4.2.3.1. Terapia de Orientación a la realidad

Tabla 16

Terapia de Orientación a la realidad. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Terapia de Orientación a la realidad	Puntuación POS-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Temporal	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	28	100,0
Espacial	0	0,0	0	0,0	10	35,7	18	64,3	0	0,0	28	100,0
Personal	0	0,0	0	0,0	13	46,4	15	53,6	0	0,0	28	100,0
En minutos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0
En horas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

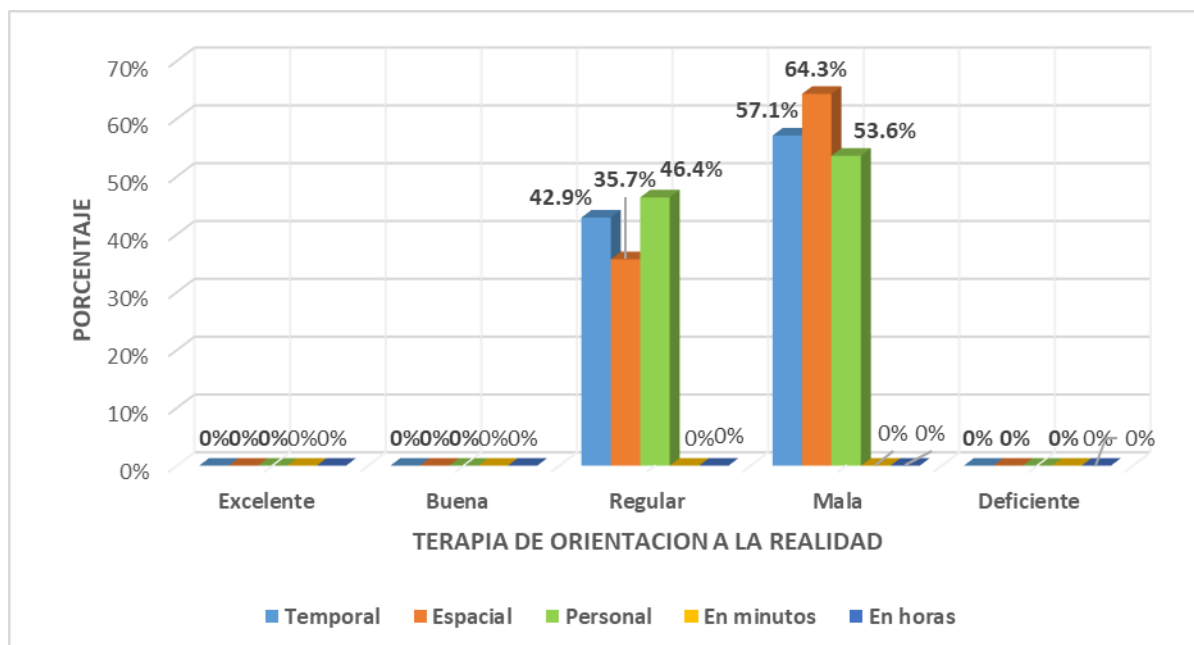


Figura 10. Terapia de orientación a la realidad

En la tabla 16 y figura 10 se observa que, en la puntuación pos-test respecto a la Terapia de Orientación a la realidad el mayor porcentaje es mala (espacial 64.3%, temporal 57.1%, y personal 53.6%) seguido de regular (espacial 35.7%, temporal 42.9%, y personal 46.4%), deficiente, excelente y buena fue en un porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.2. Terapia de Reminiscencia

Tabla 17

*Terapia de Reminiscencia. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Terapia de Reminiscencia	Puntuación POS-TEST										Total	
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Memoria episódica	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	28	100,0
Memoria semántica	0	0,0	0	0,0	11	39,3	17	60,7	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa PADOMI 2018

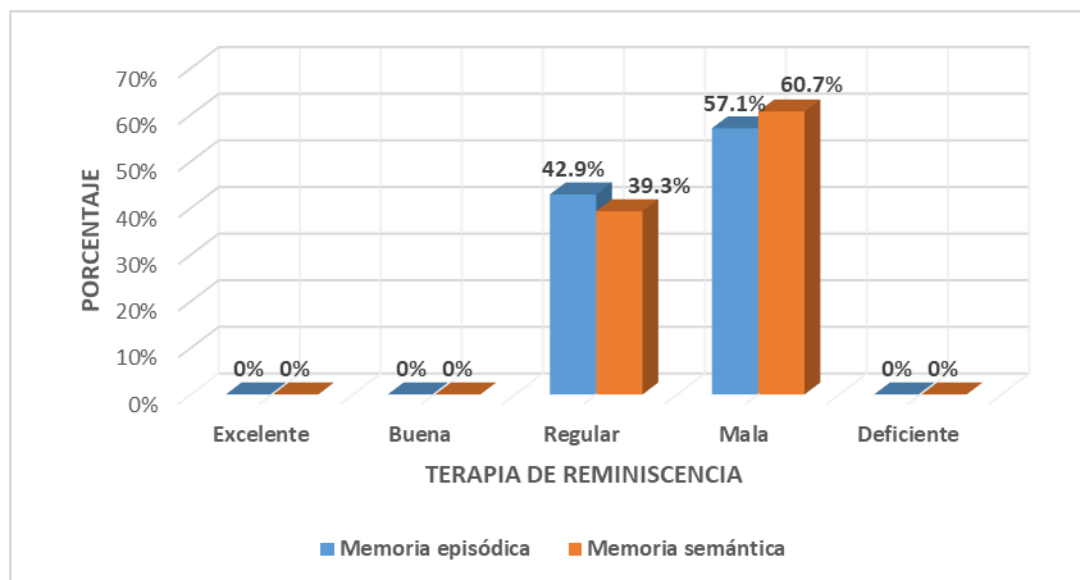


Figura 11. Terapia de Reminiscencia

En la tabla 17 y figura 11 se observa que, en la puntuación pos-test respecto a Terapia de Reminiscencia el mayor porcentaje es mala (memoria semántica 60.7%, memoria episódica 57.1%,) seguido de regular (memoria semántica 39.3%, memoria episódica 42.9%,) deficiente, excelente y buena fue en un porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.3. Terapia de Psicoestimulación

Tabla 18

Terapia de Psicoestimulación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Terapia de Psicoestimulación	Puntuación POS-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Área cognitiva	0	0,0	0	0,0	8	28,6	20	71,4	0	0,0	28	100,0
Área social	0	0,0	0	0,0	10	35,7	18	42,9	0	0,0	28	100,0
Área emocional	0	0,0	0	0,0	9	32,1	21	75,0	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

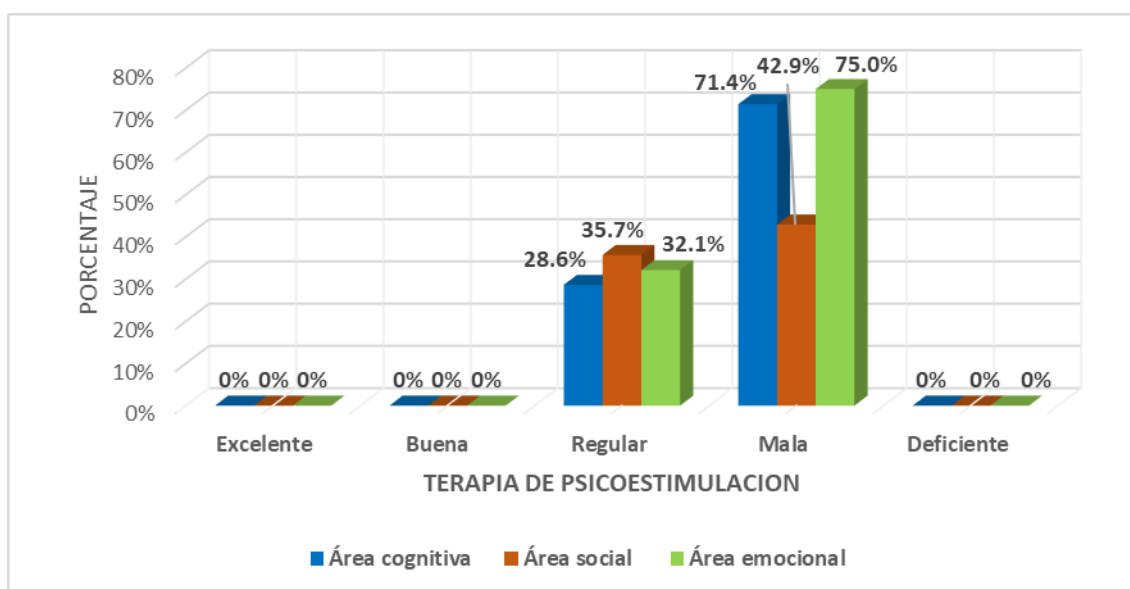


Figura 12. Terapia de psicoestimulación

En la tabla 18 y figura 12 se observa que, en la puntuación pos-test respecto a Terapia de Psicoestimulación el mayor porcentaje es mala (área social 42.9%, área emocional 75.0%, y área cognitiva 71.4%) seguido de regular (área social 35.7%, área emocional 32.1%, y área cognitiva 28.6%), deficiente, excelente y buena fue en porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.4. Terapia Comportamental

Tabla 19

Terapia Comportamental. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Terapia Comportamental	Puntuación POS-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pensamiento	0	0,0	0	0,0	10	35,7	18	64,3	0	0,0	28	100,0
Sentimiento	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	28	100,0
Comportamiento	0	0,0	0	0,0	13	46,4	15	53,6	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa PADOMI 2018

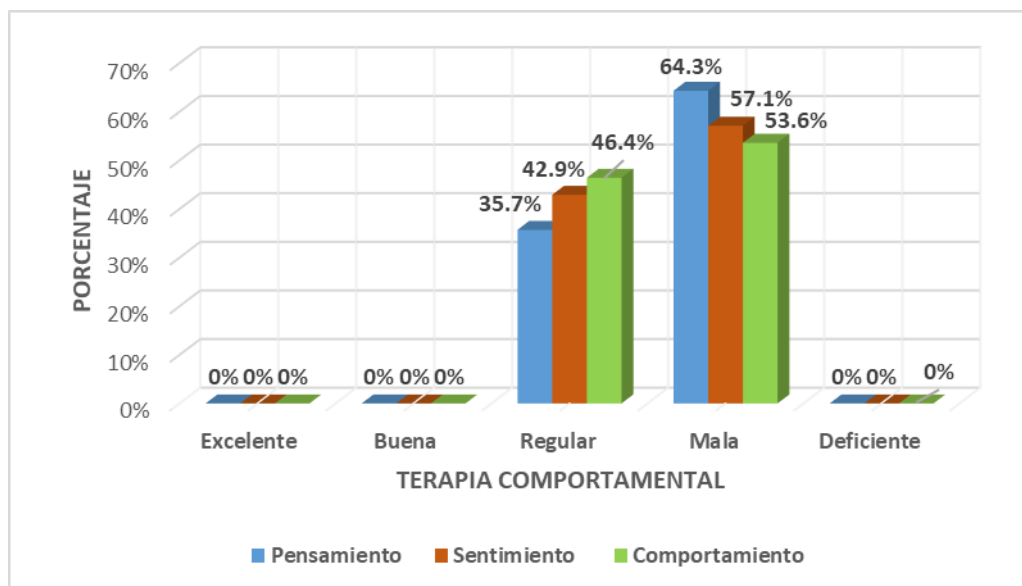


Figura 13. Terapia Comportamental

En la tabla 19 y figura 13 se observa que, en la puntuación pos-test respecto a Terapia Comportamental el mayor porcentaje es mala (pensamiento 64.3%, comportamiento 53.6%, y sentimiento 57.1%) seguido de regular (pensamiento 35.7%, comportamiento 46.4%, y sentimiento 42.9%), deficiente, excelente y buena fue en porcentaje de 0%.

#### 4.2.2.5. Terapia de Validación

Tabla 20

Terapia de Validación. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018

Terapia de validación	Puntuación POS-TEST											
	Excelente (4)		Buena (3)		Regular (2)		Mala (1)		Deficiente (0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Validación personal	0	0,0	0	0,0	11	39,3	17	60,7	0	0,0	28	100,0
Validación sentimental	0	0,0	0	0,0	10	35,7	18	64,3	0	0,0	28	100,0
Ansiedad y agitación	0	0,0	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	28	100,0

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018

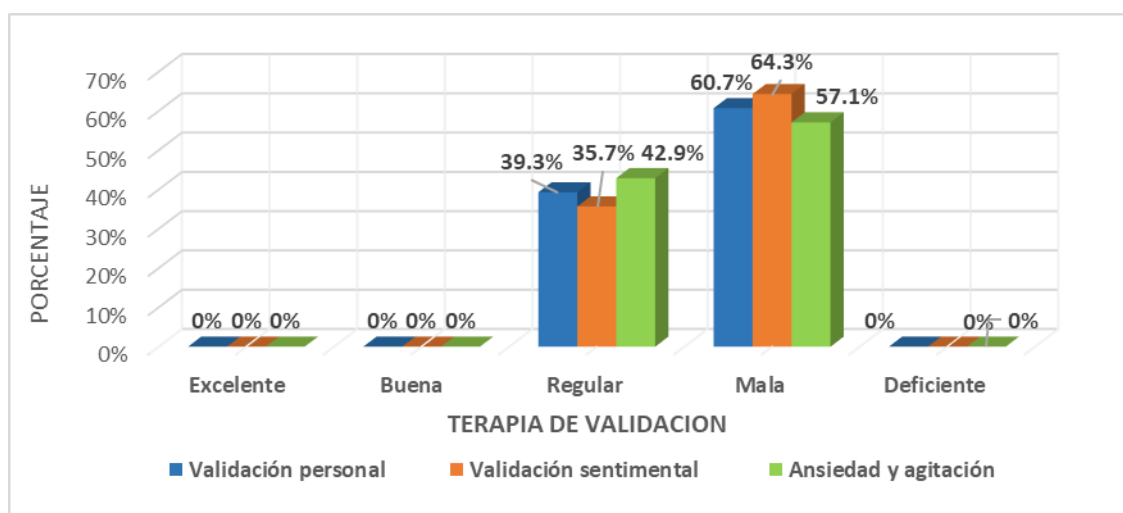


Figura 14. Terapia de validación

En la tabla 20 y figura 14 se observa que, en la puntuación pos-test respecto a Terapia de Validación el mayor porcentaje es mala (validación personal 60.7%, validación sentimental 64.3%, y ansiedad y agitación 57.1%) seguido de regular (validación personal 39.3%, validación sentimental 35.7%, y ansiedad y agitación 42.9%), deficiente, excelente y buena fue en un porcentaje de 0%.

#### Resultados según puntuación total: 42 puntos

Puntaje	Nivel Déficit Memoria	Resultados
0- 21	Déficit intenso	
22- 42	Déficit moderado	42 pts: Déficit moderado
42- 64	Déficit leve	

#### 4.2.4 Tabla de comparación de resultados de Pre-Test y Post Test

Tabla 21

*Evaluación general. Programa de intervención psicoterapéutica y educativa. Paciente con Alzheimer Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud 2018*

Programa de Intervención Psicoterapéutica y educativa	Evaluación			
	Pre-Test		Pos-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
Déficit intenso	0 - 21	18	0 - 21	0
Déficit moderado	22 - 42	0	22 - 42	42
Déficit leve	42 - 64	0	42 - 64	0
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>42</b>

Fuente: Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional PADOMI 2018



En la tabla 21 se observa que, antes de la aplicación del Programa de intervención psicoterapéutica y educativa el puntaje alcanzado fue de 18, encontrándose en el rango de 0-21 (déficit intenso); pero después de la aplicación del programa se incrementó a un puntaje de 42, encontrándose en el rango de 22-42 (déficit moderado), el programa no alcanzó el puntaje para déficit leve; sin embargo, se puede considerar que el programa fue efectivo.

## V. Discusión de resultados

### 5.1. Discusión

De acuerdo con los resultados de la investigación se concluye que el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa observándose antes su aplicación (pre-test) el puntaje de 18, encontrándose en el rango de 0-21 (déficit intenso); después de la aplicación (pos-test) se incrementó a un puntaje de 42, encontrándose en el rango de 22-42 (déficit moderado). También se aprecia que la terapia de orientación a la realidad, de reminiscencia, de psicoestimulación, comportamental y validación es efectiva variando del pretest de deficiente a mala al posttest de mala a regular.

En la investigación realizada por Velilla-Jiménez, Lina Marcela y cols. (2013), denominada: “Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico”. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), en componentes de la MO, especialmente de la agenda visoespacial (AV) y del ejecutivo central (EC). Conclusiones: Un PECM mejora los componentes de la AV y del EC de la MO en mujeres con DCL-A.

En el trabajo realizado por Joven Simón, Lorena (2015) denominado: “Propuesta de intervención: Psicoestimulación cognitiva en pacientes con demencia leve para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida”, en este trabajo se propone una intervención enfermera sobre psicoestimulación cognitiva dirigida a personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve moderado. La intervención se realizó durante 12 semanas y se realizó distintas actividades; orientación temporo- espacial y personal y la estimulación de la memoria, el lenguaje, el cálculo, las praxias y las gnosis. Posteriormente se realizó la evaluación de la intervención, para lo que es necesario

realizar una exhaustiva recogida de datos. En conclusión, es necesario realizar una intervención que sirva para unificar las terapias no farmacológicas que se utilizan en los centros de personas mayores.

En la investigación realizada por Cadafalch Rabasa, Marc (2016) denominada: “Programa de intervención estimulativa para enfermos de Alzheimer en el entorno familiar”. El programa consiste en trabajar los estímulos del entorno familiar de la persona afectada, como las habilidades, actitudes y recuerdos de la persona y su familia, con el objetivo de potenciar un proceso de prevención y conservación de las capacidades de la persona afectada, y de mantenimiento de implicación en la relación social.

En la investigación realizada por Inouy, Keika y cols. (2012), referente a: “Calidad de vida del anciano con enfermedad de Alzheimer: estudio comparativo de los relatos del paciente y del cuidador” Las medidas de CV fueron obtenidas por medio de la Escala de Evaluación de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron que apenas las dimensiones “memoria” (pag, 100. A pesar de que los relatos del familiar y del paciente no son idénticos, los resultados apuntaron una elevada consistencia entre las informaciones. En el trabajo de Serdà y Ferrer, Bernat-Carles y cols. (2013), referente a: Reeducación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. La aplicación de PSEG dio como resultado una significativa mejora en la CV y la capacidad física de los pacientes con EA. Habilidad cognitiva disminuido junto con la progresión de la enfermedad. Estos resultados demuestran la efectividad de la guía en las etapas leves y moderadas de la AD que mejora la aptitud y la calidad de vida.

En la investigación realizada por Barrientos Benavides, M. y cols. (2017) sobre: “Efectividad de las Intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 A 75 Años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson”. Se concluye que existe una efectividad en la rehabilitación domiciliaria en

personas con enfermedad de Alzheimer mediante las intervenciones del ejercicio físico, cuyo resultado es mantener a la persona proactiva en el estado físico y mental. En la enfermedad neurodegenerativa desorden cerebrovascular, existe mayor información donde se demuestra la efectividad del ejercicio físico en el hogar demostrando resultados favorables a nivel motor. En la Enfermedad de Parkinson las intervenciones mediante ejercicio físico en el hogar han mostrado mejoría a nivel motor y mejora en la calidad de vida usando el Microsoft Kinect.

En la investigación realizada por Chacón E. y Valverde, L. (2013) denominada: “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013” Se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración Cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. Existe una relación significativa entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga.

En el trabajo realizado por: Maldonado, M. y cols. (2017) denominado: “Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica”, se tuvo como resultados que los principales factores que desencadenan la sobrecarga en los cuidadores familiares de acuerdo a la revisión son los físicos, emocionales, económicos y espirituales. Se logró evidenciar cuales son los principales factores que presenta el cuidador familiar de un paciente con Enfermedad de Alzheimer y el avance en la producción científica frente a este fenómeno de estudio a partir de la revisión de literatura.

## 5.2. Conclusiones

1. El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional es de efectividad significativa observándose antes su aplicación (pre-test) el puntaje de 18, encontrándose en el rango de 0-21 (déficit intenso); después de la aplicación (post-test) se incrementó a un puntaje de 42, encontrándose en el rango de 22-42 (déficit moderado).
2. La Terapia Orientación a la Realidad es efectiva, observándose en el pre-test: **deficiente a mala** (espacial 57.1%, temporal 50.0%, y personal 42.9%) y (espacial 35.7%, temporal 42.9%, y personal 46.4%) y el pos-test: **mala a regular** (espacial 64.3%, temporal 57.1%, y personal 53.6%) y (espacial 35.7%, temporal 42.9%, y personal 46.4%), respectivamente.
3. La Terapia de Reminiscencia es efectiva, observándose en el pre-test: **deficiente a mala** (memoria semántica 60.7%, memoria episódica 57.1%,) y (memoria semántica 39.3%, memoria episódica 42.9%,) en el pos-test: **mala a regular** (memoria semántica 60.7%, memoria episódica 57.1%,) y (memoria semántica 39.3%, memoria episódica 42.9%,), respectivamente.
4. La Terapia de Psicoestimulación es efectiva, observándose en el pre-test: **deficiente a mala** (área social 57.1%, área emocional 53.6%, y área cognitiva 50.0%) y (área social 42.9%, área emocional 46.4%, y área cognitiva 50.0%) en el pos-test: **mala a regular** (área social 42.9%, área emocional 75.0%, y área cognitiva 71.4%) y (área social 35.7%, área emocional 32.1%, y área cognitiva 28.6%), respectivamente.

5. La Terapia Comportamental es efectiva, observándose en el pre-test: **deficiente a mala** (pensamiento 64.3%, comportamiento 60.7%, y sentimiento 57.1%) y (pensamiento 35.7%, comportamiento 46.4%, y sentimiento 42.9%) en el pos-test: **mala a regular** (pensamiento 64.3%, comportamiento 53.6%, y sentimiento 57.1%) y (pensamiento 35.7%, comportamiento 46.4%, y sentimiento 42.9%), respectivamente.
  
6. La Terapia de Validación es efectiva, observándose en el pre-test: **deficiente a mala** (validación personal 57.1%, validación sentimental 57.1%, y ansiedad y agitación 50.0%) y (validación personal 39.3%, validación sentimental 35.7%, y ansiedad y agitación 46.4%) en el pos-test: **mala a regular** (validación personal 60.7%, validación sentimental 64.3%, y ansiedad y agitación 57.1%) y (validación personal 39.3%, validación sentimental 35.7%, y ansiedad y agitación 42.9%), respectivamente.

### 5.3. Recomendaciones

1. Se recomienda realizar el Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) – EsSalud, por su efectividad significativa.
  
2. Aplicar la Terapia Orientación a la Realidad, ya que mejora en pacientes con Alzheimer la orientación espacial, temporal y personal.

3. Realizar la Terapia de Reminiscencia en pacientes con Alzheimer, ya que mejora la memoria semántica y episódica.
4. Llevar a cabo la Terapia de Psicoestimulación en pacientes con Alzheimer, ya que se observa una mejora del área social, emocional y cognitiva.
5. Aplicar la Terapia Comportamental en pacientes con Alzheimer, por la mejora relativa en el pensamiento, comportamiento y sentimiento.
6. Llevar a cabo la Terapia de Validación en pacientes con Alzheimer, ya que se observa una mejora en la validación personal y sentimental; así como disminuye la ansiedad y agitación.

## VI. Referencias

- Alberca, R. & López-Pousa, S. (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Espinel-Bermúdez MC. et al. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Rev. Salud Pública Mex.* 2011; 53:17-25.
- Alzheimer's Disease (2009) International informe mundial sobre alzheimer. Asturias: Fundación Alzheimer Asturias.
- Arkin, S. (2000). Alzheimer memory training: students replicate learning success. *Am J Alzheimers Dis*, 15, 152-167.
- Arroyo-Anyó, E. (2002). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Programas de estimulación. Barcelona: Prous Science.
- Barandian, M. (2002). Programas de psicoestimulación cognitiva en las demencias. En J.M. Manubens, M. Berthier & S. Barquero (Eds.), *Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos* (pp. 307-319). Barcelona: Ediciones Pulso.
- Barrientos Benavides, M. y cols. (2017) Revisión Sistemática: “Efectividad de las Intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 A 75 Años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson”
- Berthier, M.L. (2002). Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. En J.M. Martínez Lage & M. Berthier Torres (Eds.), *Alzheimer 2002: teoría y práctica* (pp 237-247). Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Cadafalch Rabasa, Marc (2016) “Programa de intervención estimulativa para enfermos de Alzheimer en el entorno familiar”. Departamento de Personas Mayores y Sociosanitario del Instituto de Formación de la Fundación Pere Tarrés



- Clare, L., Wilson, B., Carter, G. & Hodges, J.R. (2003). Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in Alzheimer's disease: a single case study. *Aging Ment Health*, 7, 15-21.
- Chacón E. y Valverde, L. (2013) “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013”
- Davis, R.N., Massman, P.J. & Doody, R.S. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo controlled-study. *Alzheimer Assoc Disord*, 15 (1),1-9.
- De Vreese, L.P., Neri, M. & Fioravanti, M. et al. (2001). Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 794-809.
- Doménech Pou, Sara (2004) “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve” Tesis doctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona
- Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo (2005) J, editores. *Harrison principios de medicina interna*. Vol 2. 16a ed. México: McGraw-Hill; p. 2639- 2641.
- Folsom, J.C. (1998). Reality Orientation for erderly patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291-307.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Tárraga, L., Moya, R. & Iñiguez, J. (2003). Cognitive Plasticity in Healthy, Mild cognitive Impairment (MCI) Subjects and Alzheimer's Disease Patients: A Research Project in Spain. *European Psychologist*, 8 (3),148-159.
- Francés, I., Barandian, M., Marcellán, T. & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist. Sanit. Navar*, 26 (3), 405-422.
- Franco, M.A., Orihuela, T., Bueno, Y. & Cid, T. (2000). Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador. Valladolid: Edintras.

- Franco, M.A., Bueno, Y. (2002). Uso de las nuevas tecnologías como instrumentos de intervención en programas de psicoestimulación. En L. Agüera, M. Martín, J. Cervilla, (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp. 665-677). Barcelona: Masson.
- Granados. Guías de prácticas clínicas del Alzheimer y otras demencias. *Rev Canarias* (Internet). (2003). (Citado 2014 Jun 8). Disponible en: 2003 Granados [www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/menuestro/index.jsp/](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/menuestro/index.jsp/)
- Grandmaison, E. & Simard, M. (2003). A Critical Review of memory stimulation programs in Alzheimer's Disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15, 130-144.
- Inouy, Keika y cols. (2012) “Calidad de vida del anciano con enfermedad de Alzheimer: estudio comparativo de los relatos del paciente y del cuidador” Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011) *Morbimortalidad y Alzheimer*. Madrid: INE.
- Holden, U.P., Woods, R.T. (1982). *Reality Orientation. Psychological approach to the confused elderly*. Edimburg: Churchill Livingstone.
- Joven Simón, Lorena (2015) “Propuesta de intervención: Psicoestimulación cognitiva en pacientes con demencia leve para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida” Universidad de Lleida Trabajo final de grado.
- Kiernat, J.M. (1979). The use of life review activity with confused nursing home residents. *Am J Occupational Therapy*, 33, 306-310.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Buckingjam: Open University Press.
- Mace NL, Rabins PV. (2000) *Cuando el día tiene 36 horas: una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer*. México: Corr y Aum.
- Maldonado, M. y cols. (2017) “Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica” Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

- Martínez Lage, J.M. & Berthier Torres, M (2002). Alzheimer 2002: teoría y práctica. Madrid: Aula Médica.
- Marrugar ML. (2005) La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. Rev multidiscipl de gerontología. 15 (3): 171- 177.
- Méndez y Molina. (2010) Querer cuidar, saber hacerlo. Guía para familiares de enfermos de Alzheimer. Madrid: Dirección general de mayores ayuntamiento de Madrid.
- Michue-Bohorquez E. et al. (2011) Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. Rev Soc Peru Med Interna. 24 (1).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004) Cuidados al paciente con Alzheimer. Espa
- Montalvo A. (2007) Los cuidadores de pacientes con alzheimer y su habilidad de cuidados, en la ciudad de Cartagena. Rev Av enferm. 2 (15): 90- 100
- Padró, S. (2000). Normalización piloto del Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) para una población española. Trabajo de Tesina en Neuropsicología, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Prieta C, López C, Llanero M. (2011) Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Fundación cerebro.
- Serdà I Ferrer, Bernat-Carles y cols. (2013) Reeduación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. Girona (España)
- Tárraga, L. (2000). El programa de psicoestimulacióón integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. Revista española de Geriatria y Gerontología, 35 (2), 51-64.
- Tárraga, L. (2001). Tratamientos de psicoestimulación. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez Nicolás (Eds.), Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines (pp.305-323). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Velilla-Jiménez, Lina Marcela y cols. (2013). “Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico”. Grupo Neuropsicología y Conducta. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín –Colombia.
- Varela L. (2003) Principios de Geriatria y Gerontología. 1a ed. Lima: UPCH.
- Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S. & Llinàs-Reglà, J. (2000). "Prevalencia de demencias en una zona rural. Estudio de Girona. Revista de Neurología, 30 (11), 1026-1032.
- Woods, R.T. (2003). Nonpharmacological techniques. En N. Qizilbash, L.S. Scheineider, E. Cui., P. Tavior, H. Brodaty, J. Kaye & T. Erkinjunyi (Eds.), Evidence-based Dementia Practice (pp. 428-446). Oxford: Blackwell Science.
- Zanetti, O., Zanieri, G., De Vreese, L.P., Frisoni, G., Binetti, G., Trabucchi, M. (2000). Ug an electronic memory aid with Alzheimer's disease patients. A study of feasibility. 6th International Stockholm/Springfielsd Symposium on Advances in Alzheimer Therapy. Stockholm, Sweden.
- Zanetti, O., Zanieri, G., Di Giovanni, G., De Vreese, L., Pezzini, A., Metitieri, T., Trabucchi, M. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: A controlled study. Neuropsychological Rehabilitation, 11, 263-272.

## **VII. Anexos**

**Anexo 1:**  
**Matriz de Consistencia**

**“Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, Lima-Perú, 2018”**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES/INDICADORES</b>	<b>MÉTODOS</b>
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿Cuál es la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>¿Cuál es la efectividad de la <b>Terapia Orientación a la Realidad</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la <b>Terapia de Reminiscencia</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la <b>Terapia de Psicoestimulación</b> Programa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la <b>Terapia Comportamental</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la <b>Terapia de Validación</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>Analizar la efectividad de la <b>Terapia de Orientación a la Realidad</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>Evaluar la efectividad de la <b>Terapia de Reminiscencia</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>Conocer la efectividad de la <b>Terapia de Psicoestimulación</b> Programa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>Determinar la efectividad de la <b>Terapia Comportamental</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>Evaluar la efectividad de la <b>Terapia de Validación</b> en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>El Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educativa es de efectividad significativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>La <b>Terapia Orientación a la Realidad</b> es de alta efectividad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>La <b>Terapia de Reminiscencia</b> es de alta efectividad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>La <b>Terapia de Psicoestimulación</b> es de alta efectividad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>La <b>Terapia Comportamental</b> es de alta efectividad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p> <p>La <b>Terapia de Validación</b> es de alta efectividad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI):</b></p> <p><b>-Programa de Intervención Psicoterapéutica y educacional</b></p> <p><b>Terapia de Orientación a la Realidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación temporal</li> <li>-Orientación espacial</li> <li>-Orientación personal</li> <li>-Orientación en minutos</li> <li>-Orientación en horas</li> </ul> <p><b>Terapia de Reminiscencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Memoria episódica</li> <li>-Memoria semántica</li> </ul> <p><b>Terapia de Psicoestimulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Área cognitiva</li> <li>-Área social</li> <li>-Área emocional</li> </ul> <p><b>Terapia Comportamental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pensamiento</li> <li>-Sentimiento</li> <li>-Comportamiento</li> </ul> <p><b>Terapia de Validación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Validación personal</li> <li>-Validación sentimental</li> <li>-Ansiedad y agitación</li> </ul> <p><b>Variable Dependiente (VD):</b></p> <p><b>-Paciente con Enfermedad de Alzheimer</b></p> <p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masculino</li> <li>Femenino</li> </ul> <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>60-65 años.</li> <li>66-70 años.</li> <li>71-75 años.</li> </ul> <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Costa</li> <li>Sierra</li> <li>Selva</li> </ul> <p>Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Primaria</li> <li>Secundaria</li> <li>Superior</li> <li>Universitaria</li> </ul> <p>Dependencia familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	<p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Descriptiva, aplicada de campo o no experimental</p> <p><b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b></p> <p>Todos los pacientes con Alzheimer seleccionados en forma aleatoria simple: 28 pacientes La muestra corresponde al 100% de la población: 28 pacientes</p> <p><b>PLAN DE RECOLECCIÓN Y ELABORACIÓN DE DATOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorización</li> <li>-Tiempo de recoge</li> <li>-Procesos</li> <li>-Capacitación</li> <li>-Autorización</li> </ul> <p>Aplicación del Programa de Intervención Psicoterapéutica y educacional</p> <p><b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b></p> <p>2017-2018</p> <p><b>FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO DE GASTOS</b></p> <p>Personal Bienes Servicios</p> <p>Autofinanciado</p>

**Anexo 2:**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON ALZHEIMER PROGRAMA DE**  
**ATENCION DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Edad: <input type="checkbox"/> 60 – 65 años. <input type="checkbox"/> 66 – 70 años. <input type="checkbox"/> 70 – 75 años.		
Grado de Educación: <input type="checkbox"/> Primaria: <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Secundaria: <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Superior no universitaria: <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria: <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> completa		
Procedencia <input type="checkbox"/> Costa <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Selva		
Dependencia familiar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

## Anexo 03

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y EDUCATIVA  
PADOMI –ESSALUD 2018**

N°	INDICADOR / SUBINDICADOR	Excelente (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)	Deficiente (0)
	<b>Terapia de Orientación a la Realidad</b>					
1	Orientación temporal					
2	Orientación espacial					
3	Orientación personal					
4	Orientación en minutos					
5	Orientación en horas					
	<b>Terapia de Reminiscencia</b>					
6	Memoria episódica					
7	Memoria semántica					
	<b>Terapia de Psicoestimulación</b>					
8	Área cognitiva					
9	Área social					
10	Área emocional					
	<b>Terapia Comportamental</b>					
11	Pensamiento					
12	Sentimiento					
13	Comportamiento					
	<b>Terapia de Validación</b>					
14	Validación personal					
15	Validación sentimental					
16	Ansiedad y agitación					

Frecuencia	Puntuación
Excelente	4
Buena	3
Regular	2
Mala	1
Deficiente	0

Puntuación máxima de 64 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "déficit intenso" una puntuación inferior a 21, y de "déficit moderado" una puntuación superior a 22 y "déficit leve" una puntuación superior a 42.

Puntaje	Nivel Déficit Memoria
0- 21	Déficit intenso
22- 42	Déficit moderado
42- 64	Déficit leve



**Anexo 04**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar y Fecha. ....

Yo..... he mantenido una reunión con el investigador, quien me ha informado acerca del estudio de investigación sobre ***“Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, Lima-Perú 2018”***.

Me ha informado sobre el Programa de Intervención que se somete mi familiar con Enfermedad de Alzheimer, he realizado las preguntas que considere oportunas, obteniendo respuestas aceptables.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para que pueda participar en el programa.

.....

**Firma del familiar o responsable**

**DNI N°** .....

**Anexo 05**

**GUIA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO**

**CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE JUICIOS DE EXPERTOS**

Juez N° : .....

Nombre y apellidos:.....

Grados Académico: .....

Institución: .....

Años de Experiencia:.....

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

<b>CRITERIOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles			
7. El número de ítems e adecuado para su aplicación.			

**SUGERENCIAS:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Firma y sello del Juez Experto(a)**

## **Anexo 06**

### **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Efectividad**

Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable.

#### **Programa de salud**

Es un conjunto de acciones implementadas por un servicio de salud con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, se promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

#### **Intervención psicoterapéutica y educacional**

Es el nombre que se utiliza para referirse al proceso terapéutico que se produce entre un profesional médico, un psicólogo con una formación en psicología clínica y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.

#### **Enfermedad de Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer, también denominada mal de Alzheimer, demencia senil de tipo Alzheimer o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales.

#### **Terapia de Orientación a la Realidad**

La terapia de orientación a la realidad (TOR) es un conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio

(orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal). Proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima.

### **Reminiscencia**

Podemos definir a la reminiscencia como un efecto o fenómeno que nos hace recordar aquello que se encuentra en el pasado a partir de algún elemento o situación particular. La palabra reminiscencia es usada en el lenguaje común de manera quizás más poética que otras ya que implica un nivel delicado y muy frágil de recuerdos, no como parte de hechos de la memoria claros y concisos si no como algo que nos resuena en nuestra mente pero no de manera obvia o evidente. En algún punto, la palabra reminiscencia también se usa para decir que alguien o algo puede tomar elementos de otra persona o de otro objeto similar y previo al cual se parece.

### **Psicoestimulación Cognitiva**

La Psicoestimulación Cognitiva engloba todas aquellas actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas son entre otros procesos mentales, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas o programas de estimulación cognitiva.

### **Terapia Comportamental (TC)**

La Terapia Comportamental es una técnica que se utiliza para remplazar los comportamientos negativos e inadaptados por reacciones adaptadas a la situación. Se trata de una terapia breve que ayuda a las personas a luchar contra el estrés, las fobias, las manías (trastornos obsesivos compulsivos), las depresiones, ciertos trastornos del sueño, las adicciones, etc. La

terapia comportamental y cognitiva es especialmente interesante en las personas voluntarias que quieren invertir en su curación.

### **Terapia de Validación (TV)**

Como propone Naomi Feil, la empatía reduce la ansiedad y la agitación de la persona con demencia, reforzando su dignidad. Esta terapia plantea que el reconocimiento y la validación de los sentimientos de la otra persona permitirán que estos disminuyan, mientras que ignorarlos facilita su refuerzo.

**Anexo 07:****GLOSARIO**

**PADOMI:** Programa de Atención Domiciliaria

**EA:** Enfermedad de Alzheimer

**TOR:** Terapia de Orientación a la Realidad

**TR:** Terapia de Reminiscencia

**TP:** Terapia de Psicoestimulación

**TC:** Terapia Comportamental

**TV:** Terapia de Validación

**DCL:** Deterioro Cognitivo Leve

**PECM:** Programa de Estimulación Cognitiva Multifactorial

**PSEG:** Guía de Reeducción Psicomotora

**MO:** Memoria Operativa

**AV:** Agenda Visoespacial

**EC:** Ejecutivo Central

**CV:** Calidad de Vida

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria