



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2023-2024  
Convocatoria Junio



**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de intervención para personas con diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer (EA) de la provincia de Alicante.

**Autor:** Itziar Horcajo Vélez

**Tutora:** Beatriz Bonete López

**Código de Investigación Responsable (COIR):** TFG.GPS.BVBL.IHV.240404.

Elche, a 31 de mayo de 2024

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. Método</b>	<b>9</b>
2.1. Procedimiento	9
2.2. Participantes	9
2.3. Objetivos	10
2.4. Instrumentos	10
2.5. Desarrollo de las sesiones	12
<b>3. Conclusiones</b>	<b>16</b>
<b>4. Referencias</b>	<b>18</b>
<b>5. Anexos</b>	<b>22</b>
Tabla 1	6
Tabla 2	12
Anexo 1	22
Anexo 2	23
Anexo 3	24
Anexo 4	27
Anexo 5	28
Anexo 6	29
Anexo 7	32
Anexo 8	38
Anexo 9	41
Anexo 10	45



## Resumen

La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer (EA). La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva asociada a deterioros cognitivos, funcionales y conductuales. La degeneración neuronal comienza unos 20 años antes de que aparezcan síntomas asociados a la enfermedad. En la actualidad, cada vez hay más métodos para poder detectar esta enfermedad de forma precoz. Sin embargo, no se tiene mucha información sobre cómo las personas con riesgo de padecer EA afrontan su diagnóstico. Por lo tanto, esta propuesta se realiza con el fin de que las personas con un diagnóstico precoz de EA aprendan, dispongan de herramientas y tomen decisiones antes de empezar a tener los síntomas de la enfermedad. El programa de intervención consta de 6 sesiones de aproximadamente 60 minutos, en las que se trabajará la gestión emocional, el estrés, las estrategias de afrontamiento y se informará sobre la EA y los aspectos jurídicos relacionados con esta. Los estudios existentes sobre los efectos de enfoques psicoterapéuticos para individuos con riesgo o diagnóstico precoz de enfermedad de Alzheimer son limitados. Por lo tanto, futuras investigaciones se deberán realizar con tamaños de muestra más grandes y evaluando la efectividad de la intervención tanto a corto como largo plazo.

**Palabras clave:** propuesta de intervención, demencia, enfermedad de Alzheimer (EA), diagnóstico precoz, fase preclínica, salud mental.

## Abstract

The most common dementia is Alzheimer's disease (AD). AD is a progressive neurodegenerative disease associated with cognitive, functional and behavioural impairments. Neuronal degeneration begins about 20 years before symptoms associated with the disease appear. Nowadays, there are more methods for early detection of the disease. However, not much information is available about how people at risk of AD cope with their diagnosis. Therefore, this proposal is made so that people with an early diagnosis of AD can learn, have tools and take decisions before they start to have symptoms of the disease. The intervention programme consists of 6 sessions of approximately 60 minutes, in which emotional management, stress, coping strategies and information about AD and related legal aspects will be provided. Existing studies on the effects of psychotherapeutic approaches for individuals with risk or early diagnosis of Alzheimer's dementia are limited. Therefore, future research should be conducted with larger sample sizes and assessing the effectiveness of the intervention in both the short and long term.

**Keywords:** intervention proposal, dementia, Alzheimer's disease (AD), early diagnosis, preclinical stages, mental health.

## 1. Introducción

“El término demencia procede de la palabra latina *demens*. Compuesta por el prefijo de (ausencia), mente y el sufijo -ia (condición o estado), lo que se traduciría como «condición en la cual se pierde la mente»” (Valero-Merino y Sánchez-Roy, 2023, p. 4345). Las demencias afectan a diversas áreas como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo y el lenguaje (Bagnati et al., 2023). Las podemos clasificar en primarias y secundarias. La principal manifestación de las demencias degenerativas primarias es el deterioro cognitivo. En cambio, las demencias secundarias son debidas a ciertas alteraciones estructurales o funcionales que causan la demencia (Valero-Merino y Sánchez-Roy, 2023). Cabe destacar que la causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer (EA) (Barragán et al, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Por otro lado, clasificándolas según la edad de inicio se diferencian en pre-seniles y seniles, dependiendo si se inician antes o después de los 65 años. “La edad es el factor de riesgo más importante tanto para la demencia como para la EA” (Knopman et al, 2021, p. 2). Tanto es así, que según Llibre-Rodríguez et al. (2022) el riesgo de padecer una demencia se duplica a partir de los 65 años y cada 5 años. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en adultos mayores y tiene un gran impacto tanto en las personas afectadas como en sus familiares, cuidadores y la sociedad en general. Además, supone un gran gasto económico debido a los costes de atención (OMS, 2017). En resumen, la demencia se define como un síndrome caracterizado por una disminución del nivel de cognición basal, causando interferencia en el funcionamiento ocupacional, doméstico y/o social. Es producido por diversas causas médicas y neurológicas (Valero-Merino y Sánchez-Roy, 2023).

La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer (Barragán et al., 2019; García, 2018; Manzano y Zea, 2023). La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva asociada a deterioros cognitivos, funcionales y conductuales (Llibre-Rodríguez, Gutiérrez y Guerra, 2022; Porsteinsson et al, 2021). Normalmente se presenta con un deterioro cognitivo amnésico, pero en algunos casos puede manifestarse como un deterioro cognitivo no amnésico (Knopman et al, 2020). Por otro lado, dos cambios cerebrales asociados a la EA son la acumulación progresiva de placas extracelulares beta amiloide ( $A\beta$ ) y la acumulación de la proteína tau hiperfosforilada (ovillos neurofibrilares intracelulares), estos cambios están asociados a la muerte neuronal y daños en el tejido cerebral. La muerte neuronal hace que la corteza cerebral disminuya y se expandan los ventrículos del cerebro (Alzheimer's Association, 2020; Fathi et al., 2022; Llibre-Rodríguez et al., 2022; Knopman et al, 2020). La EA se estudia dentro de un continuo que va desde cambios cerebrales imperceptibles para el paciente hasta cambios cerebrales causantes de problemas cognitivos e incluso discapacidad física. Dentro de este continuo observamos 3 fases: la EA preclínica, el deterioro cognitivo

leve (DCL) debido a la EA y demencia debida a la EA que se subdivide en demencia leve, moderada y grave (Alzheimer's Association, 2020).

En la EA preclínica se comienzan a observar los primeros cambios cerebrales, apareciendo los primeros signos de la enfermedad, pero todavía no se han desarrollado síntomas como la pérdida de memoria. Estos primeros cambios cerebrales son compensados por el cerebro, lo que ocasiona que en la persona no se observe ningún cambio cognitivo ni conductual (Alzheimer's Association, 2020).

Por último, la demencia debida a la EA está caracterizada por síntomas perceptibles de memoria, pensamiento y/o comportamiento que dificultan la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida diaria. Los síntomas que van apareciendo y cambiando con el paso de los años reflejan el daño neuronal presente en diversas partes del cerebro (Alzheimer's Association, 2020).

En una fase leve de la EA, la gran mayoría de personas son altamente independientes, pero empiezan a necesitar ayuda en algunas actividades. En una fase moderada, las personas presentan dificultades para comunicarse y realizar actividades rutinarias. En esta fase, algunas personas sufren de incontinencia y empiezan a surgir cambios comportamentales como puede ser la desconfianza y agitación. En la fase grave de demencia Alzheimer, las personas necesitan ayuda en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y pueden requerir de cuidados durante todo el día. Llegados a este punto son evidentes los problemas en la salud física, algunas personas quedan encamadas y con pérdida del control de la deglución (Alzheimer's Association, 2020).

Los síntomas de alarma que pueden caracterizar a una persona con EA son: la pérdida de memoria, alteraciones en la orientación, alteraciones en el lenguaje, alteraciones prácticas, alteraciones gnósticas y alteraciones del estado de ánimo y de la conducta (Arroyo et al., s.f.).

El diagnóstico de EA seguro solo se suele obtener post-mortem, analizando el cerebro del paciente (Bombón-Albán & Fierro-Altamirano, 2022; Cure et al., 2014). Por esto, el diagnóstico clínico se basa en criterios diagnósticos, uno de los más utilizados es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM-V) que nos aproximan a un EA posible o probable, pero no segura. Estos criterios clasifican al paciente diferenciando si tiene un trastorno neurocognitivo mayor o leve según la alteración que presente en los dominios cognitivos. Por otro lado, especifica si la enfermedad de Alzheimer es probable o posible, basándose en la evolución clínica típica y teniendo en cuenta la presencia de variaciones en los genes causales (American Psychiatric Association [APA], 2013; Barragán et al., 2019). En la Tabla 1 se recogen de forma simplificada los criterios del DSM-V (APA, 2013).

**Tabla 1.**

*Criterios diagnósticos simplificados para el trastorno neurocognitivo mayor o leve ante un diagnóstico posible o probable de EA (DSM-V)*

- 
- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- 
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos.
- 
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

**Trastorno neurocognitivo mayor:**

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
  - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
  - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
  - c. Sin evidencias de una etiología mixta (ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

**Trastorno neurocognitivo leve:**

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares; en caso contrario, debe diagnosticarse enfermedad de Alzheimer posible.

5. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
6. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
7. Sin evidencias de una etiología mixta.

- 
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.
- 

En la práctica clínica los neuropsicólogos utilizan algunas pruebas de cribado para determinar el deterioro cognitivo que tienen las personas y/o para observar su progresión

clínica (Manzano y Zea, 2023). Cabe destacar que ninguna de estas pruebas de cribado da un diagnóstico seguro. La prueba más conocida y utilizada es el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975). Esta prueba fue creada por Folstein en el año 1975 e investiga cinco dominios cognitivos: la orientación temporo-espacial, la memoria diferida, la atención y el cálculo, el lenguaje y la capacidad visuoestructiva de dibujo (Llamas-Velasco et al., 2015). Otras pruebas que pueden utilizarse son las siguientes: fototest, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), el test de los 7 minutos, la prueba del reloj y la escala de Lawton-Brody. Cabe destacar que al realizar el informe médico es de gran utilidad acompañar el diagnóstico clínico con el *Global Deterioration Scale-Functional Assessment Staging* (GDS-FAST), el GDS nos muestra el grado de deterioro cognitivo-conductual de la persona y el FAST el deterioro funcional (Manzano y Zea, 2023).

La degeneración neuronal en la EA comienza unos 20 años antes de que aparezcan síntomas asociados a la enfermedad. Por lo tanto, los cambios que empiezan a surgir en el cerebro son imperceptibles para la persona afectada (Alzheimer's Association, 2020; McDade et al., 2021). Con el fin de poder diagnosticar de forma más temprana la EA y por lo tanto, intervenir y alargar el tiempo de aparición de los síntomas, actualmente se utilizan diversos métodos de diagnóstico como neuroimágenes y biomarcadores. Estos acompañados de una buena evaluación neuropsiquiátrica permiten hacer un diagnóstico precoz de la EA, incluso cuando la persona todavía no tiene síntomas (Bagnati et al., 2023). “Un biomarcador (también llamado marcador biológico) es una sustancia que ayuda a medir un proceso biológico normal, una enfermedad o la respuesta a un tratamiento” (Bagnati et al., 2023, p. 71). Los biomarcadores los podemos dividir en: biomarcadores de fluidos corporales (como líquido cefalorraquídeo, LCR), biomarcadores de imagen topográficos (como resonancia magnética cerebral y PET-FDG) y de imagen patofisiológicos (como PET-Amiloide y PET-TAU) (Sagrario et al., 2018). Cabe destacar que según el manual de Bagnati et al. (2023) los biomarcadores tanto de LCR como de imagen relacionados con el amiloide beta ( $A\beta$ ) “son muy prometedores para diagnosticar a los pacientes antes de que muestren síntomas” (p. 71). Por otro lado, en los últimos años, también se están utilizando modelos profundos para el diagnóstico precoz de la EA (Fathi et al., 2022).

Según Gauthier et al. (2021), en el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2021 se estimó que más de 55 millones de personas padecían demencia en el mundo, esta cifra va aumentando día a día con la probabilidad de alcanzar los 78 millones en el año 2030. A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el último informe del 2020 sobre las enfermedades crónicas diagnosticadas revela que en España, en el rango de edad de 65 a 79 años, 23,5 mil hombres (4,93%) y 35,2 mil mujeres (4,66%) tienen un diagnóstico de EA.

Por otro lado, en el rango de edad de 80 y más años, estos datos aumentan considerablemente observando a 48,7 mil hombres (10,64%) y 123,9 mil mujeres (13,20%) con un diagnóstico de EA (INE, 2020). En el informe del mismo año por Comunidades Autónomas (CCAA) y sexo se observa que en la Comunidad Valenciana hay 8,9 mil hombres (4,75%) y 18,6 mil mujeres (6,16%) con un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (INE, 2020).

En cuanto al tratamiento de la EA, consta de una parte farmacológica y otra no farmacológica. Nos vamos a centrar en los tratamientos no farmacológicos. Estos los podemos definir como “intervenciones ambientales, conductuales, psicológicas, terapias sociales y recreacionales que, dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona, colaboran para mejorar el nivel funcional del paciente y la enfermedad en su evolución” (Bagnati et al., 2023, p. 202). Las Terapias No Farmacológicas (TNF) más utilizadas son: la estimulación cognitiva, las AVD, la gerontogimnasia, la arteterapia y la musicoterapia (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias [CEAFA], 2016). La estimulación cognitiva se puede definir como un grupo de técnicas que activan, estimulan y entrenan las capacidades y funciones cognitivas con el fin de mejorar y/o mantener el funcionamiento cognitivo. Se trabajan a través de diversas actividades las áreas de atención, concentración, percepción, orientación (temporal, espacial y personal), memoria (a corto/largo plazo, semántica, episódica...), lenguaje, cálculo, praxias, gnosias y funciones ejecutivas. Por otro lado, con el fin de disminuir el estrés y mejorar el estado de ánimo de los enfermos de Alzheimer se realizan talleres de arteterapia, musicoterapia, relajación, estimulación sensorial y risoterapia, entre otros. Por último, una de las terapias más novedosas que aborda diferentes áreas es la terapia asistida con animales (CEAFA, 2016).

En cuanto a intervenciones psicosociales, encontramos varios programas de intervención para personas con riesgo de padecer EA. El contenido principal de estos programas son la psicoeducación (Cohen-Mansfield et al., 2014; Hoogenhout et al., 2014; Marchant et al., 2018; Smart & Segalowitz, 2017) e intervenciones basadas en atención plena con el fin de reducir el estrés (Marchant et al., 2022; Smart et al., 2016; Smart & Segalowitz, 2017). Además, existe evidencia científica de que las estrategias de afrontamiento tienen un impacto importante tanto en el bienestar como la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas (Rostamzadeh et al., 2022). Cabe destacar que según Rostamzadeh et al. (2022) no se tiene mucha información sobre cómo las personas con riesgo de padecer EA afrontan su diagnóstico.



Según García (2018) “la importancia del diagnóstico a tiempo tiene implicaciones no solo médicas y terapéuticas sino también éticas, personales y sociales” (p. 340). Debemos investigar cómo podemos cubrir las necesidades del diagnóstico precoz que los pacientes demandan (García, 2018). Por esto, la presente propuesta de intervención va dirigida a personas con un diagnóstico precoz de EA reciente que vivan en la provincia de Alicante.

## **2. Método**

### **2.1. Procedimiento**

La presente propuesta de intervención se realiza con el fin de que las personas con un diagnóstico precoz de Alzheimer dispongan del apoyo e información necesaria para estar lo más preparados posible a los cambios durante el transcurso de la enfermedad. La intervención contará con 6 sesiones, la primera y la última dedicadas tanto a la presentación y despedida como a la evaluación de la efectividad del programa. La duración de cada una de las sesiones será de aproximadamente 60 minutos y se realizarán en la Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer de Alcoy los días 26 de septiembre, 3, 10, 17, 24 y 31 de octubre del 2024 a las 19:00.

### **2.2. Participantes**

Esta intervención está dirigida a personas residentes en la provincia de Alicante que han recibido un diagnóstico precoz de enfermedad de Alzheimer hace como máximo 5 meses. Se hablará con profesionales tanto de sanidad pública como privada y asociaciones de enfermos de Alzheimer por si encuentran algún caso con estas características. De ser así, les darán información sobre nuestro programa y nuestro contacto. A su vez, el taller se publicitará en redes sociales y a través de la radio. Se seleccionarán a 8 participantes, para intentar que el taller sea lo más cercano posible.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Tener un diagnóstico precoz de enfermedad de Alzheimer desde hace menos de 5 meses.
- Tener la nacionalidad española.
- Residir en la provincia de Alicante.
- Tener un rendimiento normal en pruebas cognitivas estandarizadas.

Por otro lado, los criterios de exclusión para la selección de participantes son:

- Presentar síntomas característicos de la EA.
- Tener algún otro diagnóstico de trastorno mental.

En el caso, de que más de 8 personas cumplan los criterios se realizará una selección aleatoria de los participantes.

### **2.3. Objetivos**

El objetivo principal de la intervención es que las personas con un diagnóstico precoz de EA aprendan, dispongan de herramientas y tomen decisiones antes de empezar a tener los síntomas de la enfermedad.

En cuanto a los objetivos específicos son los siguientes:

- Dar información sobre el horario y contenido del programa.
- Evaluar las diferentes áreas que se van a trabajar a lo largo de la intervención.
- Al finalizar el programa los participantes serán capaces de identificar y aceptar sus emociones.
- Al finalizar el programa los participantes serán capaces de identificar su nivel de estrés e intentar disminuirlo.
- Al finalizar el programa los participantes serán capaces de realizar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Al finalizar el programa los participantes sabrán cuáles son las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar.
- Al finalizar el programa los participantes conocerán estrategias de afrontamiento más adaptativas y sabrán aplicarlas.
- Al finalizar el programa los participantes conocerán que es la enfermedad de Alzheimer, sabrán los síntomas que aparecen en el curso de la enfermedad y dónde pueden pedir ayuda.
- Al finalizar el programa los participantes sabrán los documentos que deben cumplimentar para tomar decisiones respecto a sus tratamientos futuros y de vida.
- Evaluar si se han cumplido los objetivos marcados en el programa a través de la post-evaluación.

### **2.4. Instrumentos**

Para evaluar la eficacia del programa se utilizarán 3 instrumentos que miden los objetivos que se van a trabajar a lo largo de las sesiones. Se hará una pre-evaluación, en la primera sesión y una post-evaluación, en la última sesión. Además, al finalizar el programa deberán cumplimentar una escala de satisfacción con el mismo. A los 6 meses de la finalización del programa, se realizará otra evaluación con el fin de ver los objetivos alcanzados a largo plazo.

- Adaptación española de la Escala de Inteligencia Emocional de Wong Law (Extremera et al., 2019) (ver Anexo 1).

La *Wong and Law Emotional Intelligence Scale* (WLEIS: Wong & Lay, 2002), validada en español por Extremera et al. (2019) es un autoinforme formado por 16 ítems que miden 4 aspectos de la inteligencia emocional. Las dimensiones que mide son: la valoración de las propias emociones, la valoración de las emociones de los demás, el uso de las emociones y la regulación de las emociones. El formato de respuestas es tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0,91. Las subescalas también mostraron una consistencia interna satisfactoria, el alfa de Cronbach osciló entre 0,79 y 0,84 (Extremera et al., 2019).

- Adaptación española de la Escala de Estrés Percibido (Remor, 2006) (ver Anexo 2).

La *Perceived Stress Scale* (PSS) desarrollada por Cohen et al. (1983) y validada en español por Remor (2006) es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0= nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente y 4 = muy frecuentemente). La puntuación total de esta escala se obtiene invirtiendo los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumando estos con los ítems directos. Una puntuación alta indica mayor nivel de estrés percibido. En la validación española el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0,81 (Remor, 2006).

- Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007) (ver Anexo 3).

La adaptación española de Cano et al. (2007) del *Coping Strategy Inventory* (CSI) de Tobin et al. (1989) mide las diversas estrategias de afrontamiento que emplean las personas en situaciones estresantes. Este inventario recoge dos tipos de información, una cualitativa y otra cuantitativa. En primer lugar, la persona debe describir una situación estresante vivida en el último mes incluyendo detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, qué hizo... La segunda parte del inventario consta de 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 = en absoluto y 4 = totalmente). Este instrumento agrupa las estrategias de afrontamiento en 8 factores: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación del problema, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Considerándose los 4 primeros factores adaptativos o activos y los últimos desadaptativos o pasivos. La corrección de este inventario se realiza sumando todos los ítems de cada factor. Los factores con mayor puntuación son los más utilizados por la persona. La validación española cuenta con unos coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach de entre 0,63 y 0,89 (Cano et al., 2007).

- Escala de satisfacción con el programa de intervención (ver Anexo 4).

La escala de satisfacción con el programa de intervención consta de 6 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 = en absoluto y 4 = totalmente). La corrección de esta escala se realiza sumando todos los ítems. Una puntuación alta indica una mayor satisfacción con el programa de intervención. Por último, hay 1 pregunta de respuesta abierta.

## 2.5. Desarrollo de las sesiones

**Tabla 2**

*Sesiones del programa de intervención para personas con un diagnóstico precoz de EA en la provincia de Alicante*

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Sesión 1 Presentación y pre-evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar información sobre el horario y <b>contenido</b> del programa.</li> <li>• <b>Evaluar</b> las diferentes áreas que se van a trabajar a lo largo de la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presentación</b> del profesional y los participantes a través de una dinámica.</li> <li>• Explicación de los horarios, contenido y objetivos del programa.</li> <li>• Pase de <b>cuestionarios</b>.</li> </ul>
Sesión 2 Las emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Al finalizar el programa los participantes</b> serán capaces de identificar y aceptar sus emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas iniciales.</li> <li>• Explicación con <b>PowerPoint</b>.</li> <li>• Representar las <b>emociones</b> a través del <b>arte</b>, dibujando/pintando en un folio.</li> </ul>
Sesión 3 Estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serán capaces de <b>identificar</b> su nivel de <b>estrés</b> e intentar disminuirlo.</li> <li>• Serán capaces de realizar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación con <b>PowerPoint</b>.</li> <li>• <b>Relajación</b> guiada muscular progresiva de <b>Jacobson</b>.</li> </ul>
Sesión 4 Estrategias de afrontamiento y mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabrán cuáles son las <b>estrategias de afrontamiento</b> que suelen utilizar.</li> <li>• Conocerán estrategias de afrontamiento más <b>adaptativas</b> y sabrán aplicarlas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación con <b>PowerPoint</b>.</li> <li>• <b>Preguntas</b> personales y de opinión sobre los contenidos tratados.</li> <li>• <b>Debate</b> a partir de ejemplos.</li> <li>• Relajación <b>mindfulness</b>.</li> </ul>

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Sesión 5 Enfermedad de Alzheimer y aspectos jurídicos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocerán que es la <b>enfermedad de Alzheimer</b>, sabrán los <b>síntomas</b> que aparecen y dónde pedir <b>ayuda</b>.</li> <li>• Sabrán los <b>documentos</b> que deben cumplimentar para tomar <b>decisiones</b> respecto a sus <b>tratamientos futuros</b> y de <b>vida</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación con 2 <b>PowerPoint</b>.</li> <li>• Compartir <b>sensaciones y opiniones</b>.</li> </ul>
Sesión 6 Post-evaluación y despedida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si se han cumplido los objetivos marcados en el programa a través de la post-evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pase de <b>cuestionarios</b>.</li> <li>• <b>Despedida</b>.</li> </ul>

### Sesión 1: Presentación y pre-evaluación

**Duración de la sesión:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Sillas y 2 mesas grandes.
- Cuestionarios.
- Lápices, bolígrafos y gomas de borrar.
- Folleto del programa (ver Anexo 5).

**Contenido de la sesión:**

En primer lugar, la psicóloga se presentará y explicará una dinámica de presentación para que los participantes se conozcan un poco. La dinámica consiste en pasarse una pelota, la psicóloga empezará diciendo su nombre y pasando la pelota a un participante. Este al recibir la pelota deberá decir su nombre y pasarla a otro compañero, así sucesivamente. A continuación, cuando todos hayan dicho su nombre, deberán decir de dónde son. Luego por ejemplo, si tienen hijos y se irá cambiando el tema, hasta completar aproximadamente unos 10 minutos haciendo esta dinámica.

Después, la psicóloga explicará el contenido que se va a ver a lo largo del programa, el horario de las sesiones, su duración, los objetivos a alcanzar y dejará un espacio para las posibles dudas que surjan. Además, les entregará un folleto en el que vendrán todos los detalles sobre el programa.

Por último, los participantes se sentarán en el otro lado de la sala que estarán las mesas preparadas con los cuestionarios que deben rellenar. Dispondrán de unos 35 minutos

para cumplimentar los cuestionarios con el fin de hacer una evaluación pre-post intervención. A su vez, deberán firmar el consentimiento informado para poder participar en el programa de intervención presentado.

## **Sesión 2: Las emociones**

**Duración de la sesión:** 60 minutos.

### **Materiales:**

- Sillas y 2 mesas grandes.
- Proyector.
- Ordenador portátil.
- Folios.
- Rotuladores, pinturas, lápices y gomas de borrar.
- Presentación PowerPoint “Emociones” (ver Anexo 6).

### **Contenido de la sesión:**

La psicóloga empezará la sesión realizándoles unas preguntas de forma oral a los participantes. Estas serán las siguientes:

- ¿Qué son las emociones?
- ¿Hay emociones buenas y malas?
- ¿Sabéis reconocerlas?
- ¿Qué son los sentimientos?

Tras escuchar las respuestas de los participantes, con el apoyo visual de una presentación PowerPoint se les explicarán las emociones, los sentimientos y el estado de ánimo.

Al finalizar la parte teórica, se llevará a cabo una actividad de forma individual. A cada participante se le repartirán varios folios, pinturas/rotuladores, lápices y gomas de borrar. La actividad consiste en representar las emociones de forma visual a través de un dibujo. Los participantes deberán representar las emociones primarias de miedo, alegría y tristeza. Luego se compartirán los dibujos y su significado con los compañeros. Además, se comentará que les ha parecido la tarea realizada y cómo se sienten. La actividad durará unos 40 minutos aproximadamente. Por último, se preguntará si tienen alguna duda o comentario.

## **Sesión 3: Estrés**

**Duración de la sesión:** 60 minutos.

### **Materiales:**

- Sillas.

- Proyector.
- Ordenador portátil.
- Presentación PowerPoint “El estrés” (ver Anexo 7).

**Contenido de la sesión:**

La tercera sesión contará con una parte teórica y una parte práctica. En primer lugar, a través de una presentación PowerPoint se les explicará a los participantes qué es el estrés y se les dará información básica sobre este. Al finalizar la explicación, se realizará la relajación guiada muscular progresiva de Jacobson.

**Sesión 4: Estrategias de afrontamiento y mindfulness**

**Duración de la sesión:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Sillas y 2 mesas grandes.
- Proyector.
- Ordenador portátil.
- Folios.
- Bolígrafos.
- Presentación PowerPoint “Estrategias de afrontamiento” (ver Anexo 7).

**Contenido de la sesión:**

En primer lugar, la psicóloga explicará el afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Al terminar la explicación, les hará unas preguntas, que deberán responder en un folio y luego debatirán un poco en conjunto. Más tarde, la terapeuta pondrá diferentes ejemplos como “me han diagnosticado Alzheimer precoz, ¿qué estrategias de afrontamiento utilizo?”

Luego, se realizará una relajación mindfulness. Se pondrá de fondo música relajante y se les irá guiando en la respiración y la atención plena.

**Sesión 5: Enfermedad de Alzheimer y aspectos jurídicos relacionados**

**Duración de la sesión:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Sillas.
- Proyector.
- Ordenador portátil.
- Presentación PowerPoint “Enfermedad de Alzheimer” (ver Anexo 8).

- Presentación PowerPoint “Aspectos jurídicos, enfermedad de Alzheimer” (ver Anexo 9).

**Contenido de la sesión:**

Durante esta sesión todo el contenido ofrecido se va a dar de forma teórica. La psicóloga utilizará como apoyo visual dos presentaciones PowerPoint, una relacionada con la enfermedad de Alzheimer y la otra con los aspectos jurídicos relacionados con esta. Tras finalizar cada presentación se dejarán unos minutos para dudas. Por último, comentarán las sensaciones que tienen y se compartirán las opiniones sobre los temas tratados en la sesión.

**Sesión 6: Post-evaluación y despedida**

**Duración de la sesión:** 50 minutos.

**Materiales:**

- Sillas y 2 mesas grandes.
- Cuestionarios.
- Lápices, bolígrafos y gomas de borrar.

**Contenido de la sesión:**

Se repartirán los cuestionarios realizados en la primera sesión y la escala de satisfacción con el programa de intervención para que los cumplimenten. Cuando todos hayan finalizado, la psicóloga preguntará si tienen alguna duda o quieren realizar algún comentario. Por último, tendrá lugar la despedida del programa, habrá mesas organizadas con un poco de comida y bebida para que los participantes puedan despedirse tanto del profesional como de sus compañeros de la forma más agradable y divertida posible.

**3. Conclusiones**

Año tras año, la prevalencia de personas con demencia aumenta de manera exponencial. Se prevé que en 2030 habrá 78 millones de personas con demencia. La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer. En el año 2020, tan solo en la Comunidad Valenciana había 27,5 mil personas diagnosticadas con EA. Cabe destacar que muchas personas son diagnosticadas estando en una fase avanzada de la enfermedad. Actualmente, gracias a los avances médicos se puede dar un diagnóstico precoz posible o probable de Alzheimer. Un diagnóstico a tiempo es de gran importancia, ya que tiene implicaciones médicas, terapéuticas, éticas, personales y sociales.

En cuanto a los estudios sobre los efectos de enfoques psicoterapéuticos para individuos con riesgo o diagnóstico precoz de demencia de Alzheimer son limitados. Por esto,



la presente propuesta de intervención se realiza con el fin de apoyar y ayudar a las personas que reciben un diagnóstico precoz de EA, sin tener todavía ninguno de los síntomas característicos de la enfermedad. Como hemos visto anteriormente consta de 6 sesiones con una duración aproximada de 60 minutos. En cuanto a los contenidos, en la mayoría de las sesiones hay una parte teórica y una parte práctica. El programa tiene psicoeducación y mindfulness/relajación para reducir el estrés. Además, se han utilizado diversos cuestionarios, realizando una pre y una post-evaluación para medir la efectividad del programa. Para observar que los objetivos se han cumplido a largo plazo, se les volverán a pasar los cuestionarios a los 6 meses de la finalización del programa.

Las principales fortalezas de esta propuesta de intervención son su innovación y su viabilidad. En cuanto a la innovación, es un programa muy novedoso y el primero enfocado exclusivamente a personas tras ser diagnosticadas de forma precoz con EA. Por otro lado, el programa es viable, ya que los costes son reducidos, no se necesita mucho material y se puede aplicar en diversos centros especializados. Para facilitar el desarrollo del programa es muy importante tener en cuenta los siguientes aspectos: utilizar un lenguaje adaptado y crear un clima positivo, en el que se respeten todos los comentarios y opiniones. A su vez, se promoverá la empatía y el apoyo entre los participantes.

En cuanto a las posibles limitaciones del programa, el tiempo de intervención es reducido y el tamaño de la muestra es pequeño. La limitación temporal de las sesiones puede no ser suficiente para abordar las necesidades de los participantes. Por otro lado, también se debe tener en cuenta la posible falta de adherencia al programa, esto podría influir en la efectividad. En cuanto al contenido del programa, se han intentado tratar todos los contenidos más importantes vistos en la literatura científica, aunque no se han podido dar en las mismas condiciones. Por ejemplo, otros programas de intervención como el de Smart et al. (2017) y Marchant et al. (2022) que utilizan el mindfulness para reducir el estrés y la ansiedad duran 8 semanas.

Las futuras investigaciones deberán presentar tamaños de muestra más grandes y realizar más evaluaciones tras el programa, para evaluar la eficacia de este a largo plazo.

#### 4. Referencias

- Alzheimer's Association. (2020). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*, 16, 391-460. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed). Arlington.
- Arroyo, C., Díaz, M., Domínguez, A., Estévez, A. D., García, B., García, C., Gil, P., Gómez, J., Lorea, I., Marmaneu, E., Martínez, D., Molinuevo, J. L., Pastor, P. y Vilorio, A. (s.f). *Atender a una persona con Alzheimer*. CEAFA.
- Bagnati, P. M., Allegri, R. F., Kremer, J. y Sarasola, D. (2023). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para la familia*. (4ª ed). Editorial Polemos.
- Barragán, D., García, M. A, Parra, A. y Tejeiro, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 12(74), 4338-4346. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- Bombón-Alban, P.E. & Fierro-Altamirano, P.E. (2022). Criterios de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer: Aplicaciones prácticas. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 12-14. <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro131100012>
- Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Buettner, L., Eyal, N., Jakobovits, H., Rebok, G., Rotenberg-Shpigelman, S. & Sternberg, S. (2015). Interventions for older persons reporting memory difficulties: a randomized controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 30(5), 478-486. <https://doi.org/10.1002/gps.4164>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias. (2016). *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. Guías metodológicas de implantación*. CEAFA.
- Cure, S., Abrams, K., Belger, M., Dell'Angelo, G. & Happich, M. (2014). Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Diagnostic Test Accuracy in Alzheimer's Disease and Other Dementia Using Autopsy as Standard of Truth. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(1), 169-182. <https://doi.org/10.3233/JAD-131559>
- Extremera, N., Rey, L. & Sánchez-Álvarez, N. (2019). Validation of the Spanish versión of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*, 31(1), 94-100. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.147>
- Fathi, S., Ahmadi, M. & Dehnad, A. (2022). Early diagnosis of Alzheimer's disease based on deep learning: A systematic review. *Computers in Biology and Medicine*, 146, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2022.105634>

- Folstein, M.F, Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- García, D. (2018). Una nueva etapa en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*, 37(6), 339-340. <https://doi.org/10.1016/j.remn.2018.10.001>
- Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J. A. & Webster, C. (2021). *World Alzheimer Report 2021. Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>
- Hoogenhout, E.M, de Groot, R.H.M, van der Elst, W., & Jolles, J. (2012). Effects of a comprehensive educational group intervention in older women with cognitive complaints: a randomized controlled trial. *Aging & mental health*, 16(2), 135–144. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.598846>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta enfermedades crónicas diagnosticadas por sexo y edad. Población de 6 y más años con discapacidad.
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta enfermedades crónicas diagnosticadas por CCAA y sexo. Población de 6 y más años con discapacidad.
- Knopman, D. S., Amieva, H., Petersen, R. C., Chételat, G., Holtzman, D. M., Hyman, B. T., Nixon, R. A. & Jones, D. T. (2021). Alzheimer disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(33), 1-21. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00269-y>
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del *Minimental State Examination* (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61(8), 363-371. <https://doi.org/10.33588/rn.6108.2015107>
- Llibre-Rodríguez, J. J., Gutiérrez-Herrera, R. y Guerra-Hernández, M. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(3), 1-7. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4702>
- Manzano, M. S. y Zea, M. A. (2023). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 13(74), 4360-4371. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.002>
- Marchant, N. L., Barnhofer, T., Klimecki, O. M., Poisnel, G., Lutz, A., Arenaza-Urquijo, E., Collette, F., Wirth, M., Schild, A. K., Coll-Adrós, N., Reyrolle, L., Horney, D., Krolak-Salmon, P., Molinuevo, J. L., Walker, Z., Maillard, A., Frison, E., Jessen, F. & Chételat, G. (2018). The SCD-Well randomized controlled trial: Effects of a mindfulness-based intervention versus health education on mental health in patients with subjective cognitive decline (SCD). *Alzheimer's & Dementia: Translational*

*Research & Clinical Interventions* 4, 737–745.

<https://doi.org/10.1016/j.trci.2018.10.010>

- Marchant, N.L., Barnhofer, T., Coueron, R., Wirth, M., Lutz, A., Arenaza-Urquijo, E.M., Collette, F., Poisnel, G., Demnitz-King, H., Schild, A. K., Coll-Padros, N., Delphin-Combe, F., Whitfield, T., Schlosser, M., Gonneaud, J., Asselineau, J., Walker, Z., Krolak-Salmon, P., Molinuevo, J.L., Frison, E.,... Klimecki, O.M. (2021). Effects of a Mindfulness-Based Intervention versus Health Self-Management on Subclinical Anxiety in Older Adults with Subjective Cognitive Decline: The SCD-Well Randomized Superiority Trial. *Psychother Psychosom*, 90, 341-350. <https://doi.org/10.1159/000515669>
- McDade, E., Llibre-Guerra, J. J., Holtzman, D. M., Morris, J. C & Bateman, R. J. (2021). The informed road map to prevention of Alzheimer Disease: A call to arms. *Molecular Neurodegeneration*, 16(49), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00467-y>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf)
- Remor, R. (2006) Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>
- Rostamzadeh, A., Kahlert, A., Kalthegener, F & Jessen, F. (2022). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk for Alzheimer's dementia: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 14(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00956-8>
- Sagrario, M., Fortea, J., Villarejo, A. y Sánchez, R. (2018). *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018. 5. Guía oficial de práctica clínica en demencias*. Ediciones SEN. [https://www.sen.es/pdf/guias/Guia\\_Demencias\\_2018.pdf](https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf)
- Smart, C.M. & Segalowitz, S.J. (2017). Respond, don't react: The influence of mindfulness training on performance monitoring in older adults. *Cognitive affective & behavioral neuroscience*, 17(6), 1151-1163. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0539-3>
- Smart, C.M., Segalowitz, S.J., Mulligan, B.P., Koudys, J. & Gawryluk, J.R. (2016). Mindfulness Training for Older Adults with Subjective Cognitive Decline: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52, 757-774. <https://doi.org/10.3233/JAD-150992>
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. & Wigal, J. K. (1989). The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Valero-Merino, C. y Sánchez-Roy, R. (2023). Demencia. *Medicine*, 13(4), 4345-4359. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.001>

Wong, C.S., & Law, K.S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243-274. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1)



## 5. Anexos

### Anexo 1. Adaptación española de la Escala de Inteligencia Emocional de Wong Law (Extremera et al., 2019)

Instrucciones: A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

#### Evaluación de las propias emociones

1. La mayoría de las veces sé distinguir porqué tengo ciertos sentimientos.
2. Tengo una buena comprensión de mis propias emociones.
3. Realmente comprendo lo que yo siento.
4. Siempre sé si estoy o no estoy feliz.

#### Evaluación de las emociones de los demás

5. Conozco siempre las emociones de mis amigos a través de sus comportamientos.
6. Soy un buen observador de las emociones de los demás.
7. Soy sensible a los sentimientos y emociones de los demás.
8. Tengo una buena comprensión de las emociones de las personas que me rodean.

#### Uso de las emociones

9. Siempre me fijo metas y luego intento hacerlo lo mejor para alcanzarlas.
10. Siempre me digo a mi mismo que soy una persona competente.
11. Soy una persona auto-motivadora.
12. Siempre me animo a mi mismo para hacerlo lo mejor que pueda.

#### Regulación de las emociones

13. Soy capaz de controlar mi temperamento y manejar las dificultades de manera racional.
14. Soy capaz de controlar mis propias emociones.
15. Me puedo calmar fácilmente cuando me siento enfadado.
16. Tengo un buen control de mis propias emociones.

## Anexo 2. Adaptación española de la Escala de Estrés Percibido (Remor, 2006)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación

Ítems PSS	Ítems PSS10		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

### Anexo 3. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007)

#### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.





De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

**0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente**

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4	
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4	
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4	
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4	
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4	
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4	
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4	
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4	
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4	
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4	
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4	
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4	
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4	
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4	
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4	
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4	
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4	
18	Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4	
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4	
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4	
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4	
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4	
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4	
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4	
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4	
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4	
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4	
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4	
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4	
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4	
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4	
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4	
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4	
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4	
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4	
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4	
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4	
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4	
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4	
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4	
	<b>Me consideré capaz de afrontar la situación</b>	<b>0 1 2 3 4</b>	

**FIN DE LA PRUEBA**

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

#### Anexo 4. Escala de satisfacción con el programa de intervención

Lea cada frase y determine el grado en que usted está de acuerdo con cada pregunta marcando con una X el número que corresponda.

0= En absoluto; 1= Un poco; 2= Bastante; 3= Mucho; 4= Totalmente

1. ¿Cree que se han cumplido todos los objetivos propios que tenía al comenzar el programa?	0	1	2	3	4
2. Tras el programa de intervención, ¿considera que sabe identificar y expresar sus emociones?	0	1	2	3	4
3. ¿Cree que ha aprendido información útil gracias a este programa de intervención?	0	1	2	3	4
4. ¿Es capaz de realizar técnicas de relajación?	0	1	2	3	4
5. ¿Cree que ahora utiliza estrategias de afrontamiento más adaptativas?	0	1	2	3	4
6. ¿Se ha sentido cómodo/a durante la realización del programa?	0	1	2	3	4

Si quiere hacer algún comentario, puede escribirlo a continuación:

# Programa de intervención

Personas con diagnóstico precoz de enfermedad de Alzheimer de la provincia de Alicante



## Objetivo

El objetivo principal de la intervención es que las personas con un diagnóstico precoz de EA aprendan, dispongan de herramientas y tomen decisiones antes de empezar a tener los síntomas de la enfermedad.



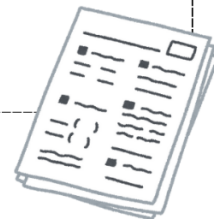
## Programación

- 26 de septiembre del 2024 A las 19:00
- 3, 10, 17, 24 y 31 de octubre del 2024




## Sesiones

- Sesión 1: presentación y pre-evaluación.
- Sesión 2: las emociones.
- Sesión 3: el estrés.
- Sesión 4: estrategias de afrontamiento y mindfulness.
- Sesión 5: enfermedad de Alzheimer y aspectos jurídicos relacionados.
- Sesión 6: post-evaluación y despedida.



## Anexo 6. Sesión 2 “Emociones”



## EMOCIONES

La emoción es un estado mental que se activa cuando el organismo detecta una amenaza o desequilibrio para poner en marcha recursos y controlar la situación.

No hay emociones positivas ni negativas, todas son necesarias, cumplen una función adaptativa. Por lo tanto, todas las emociones son válidas.

Es muy importante aprender a identificar y expresar nuestras emociones, negarlas o evitar expresarlas puede producir malestar.

Existen emociones básicas y secundarias.

## EMOCIONES BÁSICAS



### **Sorpresa**

Sensación causada por un acontecimiento inesperado



### **Tristeza**

Situación de pérdida o decepción y falta de motivación e interés  
Esta emoción favorece la reflexión y el autoconocimiento



### **Miedo**

Esta emoción se activa al percibir un peligro, nos advierte de un daño físico o psicológico  
Nos mantiene alejados de lo desconocido



### **Alegría**

Sensación de bienestar y de seguridad



### **Ira**

Se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas



### **Asco**

Nos permite alejarnos de cosas dañinas, por lo tanto, nos permite sobrevivir



## EMOCIONES SECUNDARIAS

Vergüenza  
Culpa  
Orgullo  
Entusiasmo  
Satisfacción  
Desprecio  
Envidia...

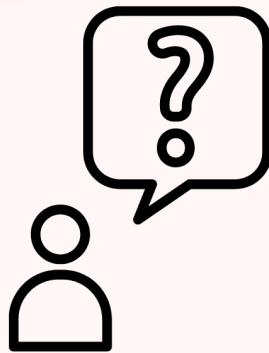


## SENTIMIENTOS

Los sentimientos derivan de las emociones, aparecen cuando aceptamos las emociones. Además, nos ayudan a tomar decisiones e influyen en nuestro estado de ánimo

## ESTADO DE ÁNIMO

Se produce de forma más graduada y lenta que las emociones y los sentimientos. Suele durar un mayor tiempo pero en una intensidad inferior



**¿Hay alguna duda?**

[ltziar.horcajo@goumh.umh.es](mailto:ltziar.horcajo@goumh.umh.es)

# EL ESTRÉS

## SESIÓN 3

10 de octubre del 2024



## ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?



El estrés son todas las situaciones y cambios vitales que imponen al individuo demandas o exigencias poniendo a prueba sus recursos físicos y psicológicos.

Factores que determinan el estrés

- De la persona: creencias y compromisos
- De la situación: ambigüedad e incertidumbre

Las respuestas de estrés son positivas si aparecen durante un periodo breve y concreto, pero pueden llegar a ser negativas si su frecuencia es excesiva (Selye, 1956).



## FASES DE RESPUESTA

Selye, considera 3 fases de respuesta al estrés para la adaptación y supervivencia:



### Alarma

Cuando se detecta la presencia de un estímulo o evento estresor.



### Resistencia

El organismo reacciona con el fin de superar la situación de estrés utilizando una respuesta de lucha o huida.



### Agotamiento

El organismo no puede dar una respuesta a la situación, entonces disminuye su energía y sus recursos adaptativos, pudiendo aumentar la probabilidad de sufrir algún desequilibrio y/o enfermedad



## TIPOS DE ESTRÉS

- **Eustrés o estrés positivo**

El estresor es controlable, predecible o incluso buscado por la persona

La persona siente motivación para conseguir un objetivo que sabe que puede y quiere conseguir.

- **Distrés o estrés negativo**

Estresor no controlable o impredecible

A medio y/o largo plazo puede producir alteraciones, trastornos y enfermedades.





# EVALUACIÓN COGNITIVA

Proceso mental que evalúa si las exigencias de la situación amenazan nuestro bienestar y los recursos disponibles para responder a estas demandas.

- Valoración primaria: bienestar.  
Percibo la situación como irrelevante/pérdida, como reto/algo positivo o como amenazante.
- Valoración secundaria: recursos.  
Si tengo los recursos necesarios para superar la percepción sobre un estímulo que he tenido
  - Responsabilidad interna/externa.
  - Potencial de afrontamiento.
  - Expectativa futura sobre el cambio de situación.



## DETERMINANTES SITUACIONALES

- Intensidad del estrés.
- Novedad de la situación.
- Valencia (valor).
- Control de la situación.
- Ambigüedad.
- Momento vital.

## RESPUESTAS ANTE EL ESTRÉS

- Involuntarias: fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales.
- Voluntarias.



## ¿CÓMO AFRONTAR EL ESTRÉS?

- Mantener una dieta saludable
- Tener una buena higiene del sueño
- Realizar ejercicio físico
- Realizar ejercicios de relajación y de respiración
- Apoyo social



## REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

Identificamos y modificamos los desencadenantes utilizando estrategias de resolución de problemas.

Cambiar las distorsiones cognitivas mediante técnicas cognitivas como el diálogo interno positivo o la reestructuración cognitiva.

Reducir la tensión muscular y cambiar la respuesta de estrés mediante técnicas de relajación y respuestas conductuales alternativas.



**¿Hay alguna duda?**

[itziar.horcajo@goumh.umh.es](mailto:itziar.horcajo@goumh.umh.es)



# ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Sesión 4

17 de octubre del 2024



## AFRONTAMIENTO

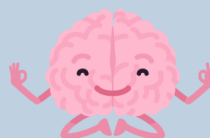
El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas tanto externas como internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- Según el foco: centrarse en el problema y centrarse en la emoción.
- Según el método: aproximativas, evitativas y pasivas.
- Según su amplitud: generales y específicas.
- Según el momento: anticipadoras y restaurativas.
- Según los procesos implicados: comportamentales y cognitivos

## PRINCIPALES RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD

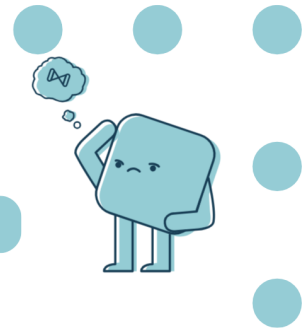
- Confrontación
- Búsqueda de información
- Búsqueda de apoyo social
- Expresión de emociones
- Relajación
- Reinterpretación positiva
- Comparación social
- Aceptación
- Planificación
- Distanciamiento
- Negación
- Evitación o escape
- Pensamientos desiderativos
- Religiosidad



**¿Hay alguna duda?**

[itziar.horcajo@goumh.umh.es](mailto:itziar.horcajo@goumh.umh.es)

## A PENSAR...



¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que sueles utilizar?

Escribe en el folio...

Después de haber visto algunas estrategias de afrontamiento, ¿cuáles te gustaría implementar?

Escribe en el folio...





# Enfermedad de Alzheimer

Sesión 5

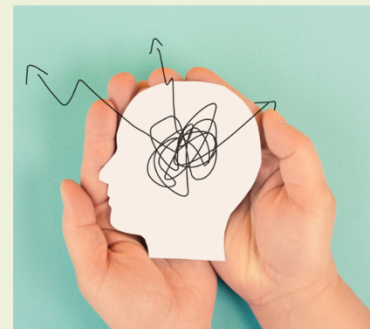
24 de octubre del 2024



## ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer (EA)?

Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva asociada a deterioros cognitivos, funcionales y conductuales.

Principalmente es de aparición lenta. Los síntomas evolucionan a lo largo de los años



# Continuo enfermedad de Alzheimer

3 fases:

La enfermedad de Alzheimer preclínica

Primeros cambios cerebrales, pero todavía no se han desarrollado síntomas

El deterioro cognitivo leve debido a la EA

Se observan pequeños problemas de memoria y pensamiento

Demencia debida a la EA

Síntomas perceptibles de pérdida de memoria, pensamiento y/o comportamiento

- Demencia leve
- Demencia moderada
- Demencia grave



## Síntomas

- Pérdida de memoria
- Problemas para planificar o resolver tareas
- Dificultad para realizar tareas familiares en el hogar, en el trabajo o hobbies
- Confusión con el tiempo o lugar
- Dificultad para comprender imágenes visuales y relaciones espaciales
- Problemas con las palabras al hablar o escribir
- Perder las cosas y la capacidad de volver sobre sus pasos
- Disminución o falta de juicio
- Abandono del trabajo o de actividades sociales
- Cambios en el estado de ánimo y la personalidad

## Factores de protección

- Controlar el riesgo de factores cerebrovasculares
- Realizar actividades cognitivas
- Realizar actividad física
- Evitar el aislamiento social
- Seguir una dieta equilibrada



## ¿Dónde pedir ayuda?



- Confederación Española de Alzheimer y otras demencias (CEAFA)

☎ 948174517

✉ [ceafa@ceafa.es](mailto:ceafa@ceafa.es)

- Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer de tu ciudad. En la provincia de Alicante hay en las siguientes ciudades/pueblos:

Alicante, Alcoy, Bañeres de Mariola, Benidorm, Bigastro, Castalla, Cocentaina, Cox, Crevillente, Elche, Elda, Ibi, Muro de Alcoy, Novelda, Santa Pola, Teulada, Torrevieja, Villena y Jijona

- Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Salamanca

☎ 923285700

✉ [infocrealzheimer@imserso.es](mailto:infocrealzheimer@imserso.es)



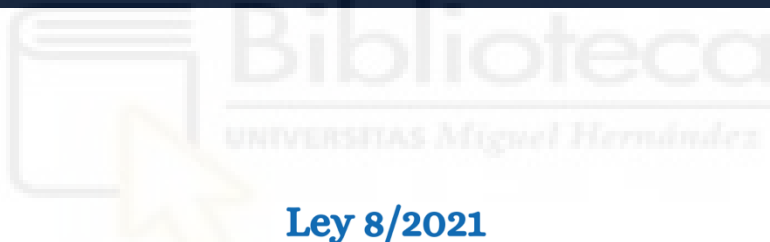
**¿Hay alguna duda?**

[itziar.horcajo@goumh.umh.es](mailto:itziar.horcajo@goumh.umh.es)





24 de octubre del 2024



## Ley 8/2021

Legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Todas las personas físicas poseen capacidad natural o de hecho y capacidad de obrar o de derecho (al alcanzar la mayoría de edad).

- Medidas de apoyo **voluntarias**: son los apoyos que la persona decide tener. Se debe acudir a un notario que es la persona que escribirá este documento.
- Medidas de apoyo **judiciales**: son los apoyos que determina un juez en una sentencia. Además, el juez puede nombrar a un curador (la persona necesita apoyo de manera estable) o a un defensor judicial (para situaciones puntuales).

Estas medidas de apoyo son revisadas por el juez cada 3 o 6 años, dependiendo del caso.

### Las curatelas

- Curatela **representativa**: se da en casos muy excepcionales, personas que no tienen capacidad para decidir por ellas mismas, es el curador el que representa a la persona con discapacidad.
- Curatela de **asistencia**, en ciertas áreas va a necesitar ayuda y en otras va a ser autosuficiente. Por lo tanto, el curador apoya a la persona en algunas situaciones, pero no puede tomar decisiones ni sustituir a la persona con discapacidad.
- Curatela **mixta**: la persona es curador asistencial para ciertas situaciones y curador representativo para otras.

**Guarda de hecho**: medida de apoyo informal. Este no es nombrado ni por un juez ni por un notario. Puede realizar operaciones cotidianas con la persona pero en algunos casos necesita autorización judicial (por ejemplo, para comprar o vender una casa).

## Ley de Dependencia

Ofrece un sistema de servicios y prestaciones para las personas en situación de dependencia.

- Grado 1: **dependencia moderada**.
- Grado 2: dependencia **severa**.
- Grado 3: **gran dependencia**.



## Voluntades anticipadas

Persona mayor de edad con capacidad legal suficiente, libre que expresa la voluntad sobre actuaciones médicas, donación o no de órganos, finalidad terapéutica y eutanasia.

Este documento se puede formalizar de 3 formas:

- Escritura pública ante notario.
- En cualquier SAIP por escrito y ante dos testigos.
- De forma telemática.

Debes designar a tu representante (no es obligatorio, pero sí recomendado), será el encargado de hablar con el equipo sanitario, en caso de que tú no puedas.

Prevalecen tus voluntades si estás en plenas facultades en ese momento que las realizadas en el documento de voluntades anticipadas.

## Escritura pública

Declaraciones de voluntad sobre todos los aspectos que conciernen a tus deseos de futuro. En esta escritura puedes determinar casos específicos en los que te puedes encontrar en un futuro y cómo quieres que se actúe. Por ejemplo, si en algún momento te encuentras en estado de coma, si quieres o no que te desconecten.

## Poder preventivo

El poder preventivo es un instrumento de autoprotección al que puede recurrir cualquier persona para, en caso de hallarse en una situación de incapacidad, designar a una persona de confianza que pueda velar por sus intereses personales y patrimoniales



**¿Hay alguna duda?**

[itziar.horcajo@goumh.umh.es](mailto:itziar.horcajo@goumh.umh.es)