

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE HUMANIDADES Y PSICOLOGÍA

**División de Psicología**



**Trabajo Fin de Grado en Psicología**

**Convocatoria Junio 2014**

**Desarrollo de un programa de seguimiento y apoyo psicológico a personas con discapacidad por el fallecimiento de sus cuidadores.**

**Development of a monitory program and psychological support for disabled people for the death of their caretaker.**

**Autora: Aquilina Ruiz Gutiérrez**

**Tutora: María Isabel Cuadrado Guirado**

## ÍNDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Marcos de perspectiva de la discapacidad y definiciones esenciales.....</b>	<b>2</b>
2. 1. Marcos de perspectiva de la discapacidad.....	2
2. 2. Definiciones esenciales.....	3
2.2.1. Definición de salud.....	3
2.2.2. Definición de discapacidad.....	4
<b>3. Principales características de las personas con discapacidad en relación con la dependencia.....</b>	<b>5</b>
3.1. Principales características de las personas con discapacidad.....	5
3.2. Relación entre discapacidad y dependencia.....	6
<b>4. El duelo: el dolor por la pérdida de un ser querido.....</b>	<b>10</b>
4.1. Definición de duelo.....	10
4.2. Afrontamiento del duelo.....	12
4.3. Recuperación o resolución del duelo.....	12
4.4. Etapas y/o fases del duelo.....	12
4.5. Duelo patológico.....	14
4.6. Factores que influyen en el proceso de la elaboración del duelo.....	14
<b>5. Propuesta de programa.....</b>	<b>15</b>
5.1. Observaciones generales.....	16
5.2. Justificación del programa.....	17
5.3. Contenidos del programa.....	18
5.4. Objetivos generales y específicos del programa.....	18
5.5. Talleres del programa: individual y grupal.....	19
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>23</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>26</b>

## **RESUMEN**

El presente Trabajo Fin de Grado pretende proponer un programa de seguimiento y apoyo psicológico destinado a personas con discapacidad para la prevención de desarrollar un duelo patológico tras el fallecimiento de su cuidador/a. En este sentido, el objetivo último del citado programa es que las personas con discapacidad, una vez han perdido a sus cuidadores, logren su propio bienestar a través de diferentes líneas de actuación, que se adaptarán en función de las características que presenten. Se pretende que sean cubiertas sus necesidades básicas mediante recursos sociales y psicológicos.

Para ello, se llevará a cabo una revisión sobre tres aspectos, básicamente: visión general de las personas con discapacidad en relación con la dependencia, elaboración y afrontamiento del duelo y, por último, programas existentes de similares características, fines y objetivos que permitirá la creación de un programa original cuyo objetivo se ha presentado anteriormente. Además, y como punto más importante, se realizará una selección de las principales líneas de intervención para desarrollar la prevención y el apoyo psicológico de los usuarios de dicho programa.

## **ABSTRACT**

The present Final Degree Work aims to propose a monitoring and psychological supporting program destined to disabled people for the prevention of developing a pathological mourning after the death of their caretaker. In this sense, the last aim of this program is that disabled people, once they have lost their caretaker, get to reach their own welfare through different lines of action, which will be adapted according to the features that they show. Their basic needs are intended to be covered by social and psychological resources.

For this purpose, an review of 3 basic aspects will be carried out: general vision of people with disability related with dependence, elaboration and coping with the mourning and, finally, existing programs of similar features, aims and objectives that will allow the creation of an original program whose objective has been previously introduced. Furthermore, and as the most important point, a selection of the main lines of the intervention to develop the prevention and psychological support of the users of this program will be performed.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y APOYO PSICOLÓGICO A PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD POR EL FALLECIMIENTO DE SUS CUIDADORES

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace del conocimiento de las necesidades, tanto psicológicas como sociales, que presentan las personas que padecen algún tipo de discapacidad. En el curso de desarrollar una buena calidad de vida de las personas con discapacidad no podemos olvidar una figura muy importante en sus vidas, el cuidador/a.

Sólo en nuestro país existe una proporción muy alta de cuidadores, que incluso conviven en el hogar de las personas con discapacidad para conseguir ofrecer una mejor calidad de vida (Actis, Pereda & Prada, 2012). Este hecho hace que se crean grandes y fuertes vínculos entre ellos, formando así una relación de dependencia. Y es la ruptura de esta unión el punto de partida de nuestro trabajo.

Tras el fallecimiento del cuidador/a, la persona con discapacidad que dependía en menos o mayor medida de su cuidador/a, debe conseguir su bienestar personal, comenzando por la elaboración del duelo y su superación.

Por tanto, este trabajo se basará, principalmente, en una revisión de la literatura sobre diversos programas que ofrecen apoyo psicológico y social a personas con discapacidad, con la finalidad de desarrollar un programa similar y, al mismo tiempo, original, procurando superar las limitaciones detectadas en los demás programas. Dicho programa presentará interés en la buena elaboración del duelo, que conllevará a su superación. Es decir, se enfocará hacia el posible y cercano futuro de que algún día estas personas, tan importantes en su día a día y tan presentes en su recuperación y rehabilitación psicosocial, faltarán y no podrán contar con su apoyo fundamental, debiendo sustituir al cuidador/a por otro/a.

Para ello, el presente trabajo se desarrolla en varios apartados. En primer lugar, se presentará una amplia definición del concepto de discapacidad. En segundo lugar, se presentarán las principales características de las personas con discapacidad y su relación con la dependencia. En tercer lugar, se definirán los aspectos más importantes del proceso de elaboración del duelo y de su afrontamiento. Y, por último, se creará una propuesta de intervención para la prevención de problemas asociados al duelo a través del apoyo psicológico en las personas con discapacidad, teniendo como objetivo principal la promoción de la calidad de vida.

## **2. MARCOS DE PERSPECTIVA DE LA DISCAPACIDAD Y DEFINICIONES ESENCIALES**

### **2.1. MARCOS DE PERSPECTIVA DE LA DISCAPACIDAD**

Antes de abordar y definir el concepto de discapacidad, se hará un breve recorrido por los diferentes marcos de perspectiva que han ido influenciando la definición de discapacidad en la evolución.

Un primer modelo es el *Modelo de Prescindencia*. Este modelo se basa en dos supuestos esenciales: la justificación religiosa de la discapacidad y la consideración de que la personas con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. A su vez, se subdivide en dos: el eugenésico y el de marginación. En el primero, la solución es perseguida a través de la aplicación de políticas eugenésicas, mientras que, en el segundo, dicho objetivo es alcanzado mediante la marginación (Palacios, 2008).

Un segundo modelo es el *Modelo Rehabilitador*. Las causas de la discapacidad pasan a ser causas científicas y la visión de la diversidad funcional es en términos de salud o enfermedad. En este modelo, las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la comunidad en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas (Palacios, 2008).

Finalmente, un tercer modelo, denominado el *Modelo Social*. Tal modelo considera que las causas que originan la discapacidad son, en gran medida, sociales. Es decir, la discapacidad está integrada, por un lado, por un factor humano (la persona misma con una diversidad funcional) y, por otro lado, un factor social (barreras sociales discapacitantes). Las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas, desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo está estrechamente relacionado con los derechos humanos, y fomenta el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social (Palacios, 2008).

En el marco de las Naciones Unidas, las Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud comenzaron abordando la discapacidad a través de dominios relacionados con la rehabilitación profesional o de la salud, pero en los últimos años se ha comenzado a abordar a través de disposiciones destinadas a proteger y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidades. Por tanto, se puede afirmar que en la actualidad reina un clima de transición desde el modelo rehabilitador al modelo social. Dicho de otro modo, se intenta dirigir los esfuerzos hacia una visión biopsicosocial de la discapacidad; integrando la existencia de diversidades funcionales físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de las personas con diversidades funcionales con la interacción del entorno, que genera barreras que limitan y/o impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, negando así la igualdad de condiciones (Palacios, 2008).

## 2.2. DEFINICIONES ESENCIALES

### 2.2.1. DEFINICIÓN DE SALUD

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término de *salud* como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad (Avila & Velarde, 2002).

Según Verdugo (2009), la calidad de vida es un concepto holístico y multidimensional que se centra en la descripción de los indicadores más relevantes de una vida de calidad. Para Schalock y Verdugo (2007), se entiende por *calidad de vida* un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional; tiene propiedades éticas, universales y énicas ligadas a la cultura; tiene componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales (Herrán, Izuzquiza & Rodríguez, 2013).

Por tanto, es, en última instancia, la propia persona quien emite el juicio perceptivo de calidad de vida. La vitalidad, el dolor y la discapacidad se dejan influenciar por las experiencias personales y por las expectativas de la persona (Avila & Velarde, 2002).

### 2.2.2. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Según la OMS, el concepto de *discapacidad* se define como cualquier alteración en la condición de la salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades de la vida diaria (Actis, Pereda & Prada, 2012).

Esta definición del concepto de discapacidad se encuentra entre dos enfoques bien diferenciados (referidos en el primer apartado): el enfoque rehabilitador y el enfoque social.

Además, la OMS diferencia entre algunos términos relacionados (Actis, Pereda & Prada, 2012):

a) Deficiencia: pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en niveles de órganos y funciones).

b) Discapacidad: restricción ( resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender.

c) Minusvalía: desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal. Desventaja en sus relaciones interpersonales y en su integración.

### **3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA**

#### **3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se encarga de *conocer la situación de las personas con discapacidades* en España. Alrededor de la cifra de 4 millones, son las personas en nuestro país que sufren algún tipo de discapacidad (véase, Anexo I), es decir, la décima parte de la población. La muestra de las encuestas realizadas por el INE está formada por personas con alguna discapacidad y, otra parte, por sus cuidadores, que suelen ser mujeres de la propia familia (Actis, Pereda & Prada, 2012).

A través del análisis de los datos, se conocen las principales características de la situación de estas personas (en ámbitos como la educación, el empleo, las relaciones sociales, la atención sanitaria, las ayudas recibidas, las experiencias de discriminación, etc.) con el objetivo de la modificación, en los casos oportunos, y la promoción de los procesos de inclusión social asociados a la diversidad funcional.

Entre la diversidad de tipos de discapacidad, las *más frecuentes* son las de movilidad, de realización de actividades de la vida doméstica y de autocuidado. Detrás de éstas, les siguen las discapacidades de audición, de visión, de comunicación, de aprendizaje y de relaciones personales (Actis, Pereda & Prada, 2012).

En cuanto a la *distribución de la población* con discapacidad en nuestro país, la tasa de discapacidad es mayor en Galicia, Asturias, Castilla y León y Extremadura (casualmente suelen ser las ciudades más pobres); y menor en Cantabria, La Rioja, Madrid, Baleares y Canarias.

Respecto a las *diferencias de género y de edad*, las discapacidades suelen afectar más a la población femenina (9,9% frente a la población masculina de 6,8%) y a las personas de mayor edad.

Por último, existen algunas correlaciones en cuanto a la aparición o proporción de discapacidades como las siguientes (Actis, Pereda & Prada, 2012):

a) Correlación negativa entre las personas con menores ingresos económicos y padecer discapacidades. Es decir, cuanto menores sean los ingresos económicos, más alta será la tasa de discapacidad. En este hecho influyen las condiciones precarias de las condiciones de vida y de trabajo de las clases más bajas de status y las dificultades al acceso a medios necesarios para afrontar las limitaciones y problemas que se presentan a lo largo de la vida.

b) Correlación negativa entre el aumento de la población por la llegada de inmigrantes y la aparición de discapacidades. Es decir, cuando mayor sea la población de llegada, la tasa de discapacidad será menor. Las migraciones llevan consigo población joven, en busca de trabajo y con altas expectativas de futuro.

### 3.2. RELACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Dado la prevalencia de las personas con discapacidad (más de 650 millones de personas en el mundo, el 10% de la población mundial), un gran paso fue la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por la Asamblea General de la ONU, el 13 de diciembre de 2006, situando la discapacidad en el plano de los derechos humanos (derechos de igualdad, derechos de protección, derechos de libertad y autonomía personal, derechos de participación, y derechos sociales básicos) (Jaime, Soler & Teixeira, 2008).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (CIF) afronta el problema de la discapacidad como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas, y las interacciones con los factores externos medio/ambientales que pueden actuar como barreras y ayudas. Entiende los diferentes factores que influyen en la discapacidad de la siguiente manera (Jaime, Soler & Teixeira, 2008):

- a) Discapacidad: incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada “condición de salud”) y su factores contextuales (socio/ambientales).
- b) Deficiencia: anormalidad o pérdida de una estructura o de una función corporal. Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.
- c) Limitación en la actividad: dificultad que un individuo puede tener para realizar una actividad. Representa la perspectiva del individuo respecto a la discapacidad.
- d) Restricción en la participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse (a la hora de realizar una tarea determinada) en situaciones vitales. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad.
- e) Barreras (factores ambientales que actúan como barreras): aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.

La propuesta de la CIF es usar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales) (Querejeta, 2004).

No hay problema = 0-4%

Problema ligero = 5-24%

Problema moderado = 25-49%

Problema grave = 50-95%

Problema completo = 96-100%

La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en las que puede desarrollar alguna discapacidad en nueve grupos: aprendizaje y aplicación del conocimiento; tareas y demandas generales; comunicación; movilidad; autocuidado; vida doméstica; interacciones y relaciones personales; áreas principales de la vida (educación/trabajo/economía); y vida comunitaria, social y cívica.

Se considera a las personas con discapacidades (García, 2009):

- cuya minusvalía psíquica igual o superior al 33 por ciento.
- cuya minusvalía física o sensorial igual o superior al 65 por ciento (art. 2.2).

La dependencia cuando está relacionada con las condiciones de salud alteradas, siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. Se puede entender la dependencia de la siguiente manera (Querejeta, 2004):

DEPENDENCIA = LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD + AYUDA

Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se considera el *término dependencia* al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (art. 2.2) (García, 2009).

La alta proporción de personas con discapacidad resalta la necesidad de recursos y servicios públicos de salud que faciliten la calidad de vida de estas personas, y es en este momento donde la importancia de la Ley de Dependencia cobra sentido (Actis, Pereda & Prada, 2012).

Según la OMS, las personas que gracias a las ayudas técnicas y personales logran superar sus limitaciones ya no tendrían discapacidad sino buen funcionamiento.

La finalidad de las ayudas a personas con discapacidad que se encuentran en una situación de necesidad es favorecer su integración en el medio social con el objetivo de conseguir mayor autonomía funcional y normalización personal. Estas ayudas se distinguen en tres modalidades: atención temprana y rehabilitación, asistencia especializada, y ayudas complementarias.

Se distinguen diversos *grados de dependencia*. La dependencia moderada se da cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria una vez al día, por tanto el apoyo del cuidador es intermitente. La dependencia severa se da cuando la persona necesita ayuda dos o tres veces al día, por tanto el apoyo del cuidador es permanente. Y, finalmente, la gran dependencia se da cuando la persona necesita ayuda varias veces al día, por tanto el apoyo del cuidador es indispensable y continuo (art. 26) (García, 2009).

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ofrece prestaciones económicas a los cuidadores y amplía la cobertura de otros recursos y prestaciones profesionales.

Las ayudas personales corren a cargo de tres millones de cuidadores (véase, Anexo II), entre los cuales el 75% son mujeres que, a parte, suelen ser familiares allegados de la personas con discapacidad. Además, el 96% de estas mujeres conviven en el mismo hogar que la persona a la que cuidan.

## 4. EL DUELO: EL DOLOR POR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

### 4.1. DEFINICIÓN DE DUELO

La palabra *duelo* proviene de la palabra latina *dólus*, que significa dolor. Por tanto, podríamos definir el duelo como el dolor, la aflicción y el sentimiento, provocado por una pérdida preciada, en el sentido de que el sufrimiento por la pérdida de alguien o algo preciado es un comportamiento natural de la condición de vida que es común a toda la comunidad humana (Ruiz & Sainz, 2007). También se puede definir como un suceso que produce una inaccesibilidad persistente a esa figura emocionalmente importante (Yoffe, 2001) y, por consiguiente, la reconstrucción de un significado en respuesta a tal pérdida (Brickell & Munir, 2008).

Según el DSM IV - TR (APA, 2005), el duelo es una reacción normal ante la muerte de una persona querida manifestada por algunos individuos mediante síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, etc.), entendiéndolo como un proceso adaptativo.

Para Fernández y Rodríguez (2002) algunas de las *manifestaciones más comunes y corrientes del duelo* son las siguientes:

- Sentimientos. Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto-reproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...

- Sensaciones. Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...

- Cogniciones. Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto,...

-Alteraciones perceptivas. Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...

- Conductas. Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido...

El duelo deja de considerarse como tal para convertirse en un trastorno cuando la duración de la sintomatología depresiva persiste más allá de dos meses tras la pérdida o cuando hay presentes síntomas que no son característicos de una reacción normal de duelo tales como: la culpa por las cosas, más que por las acciones; pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; inhibición psicomotora acusada; deterioro funcional acusado y prolongado, y experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida (Ruiz & Sainz, 2007).

No existe un punto final delimitado del duelo, pero se puede deducir que ha concluido cuando el dolor intenso da paso al recuerdo afectuoso y tranquilo de la persona fallecida. La *duración del proceso* suele ser de uno a dos años pero dependerá, igual que su intensidad, de la importancia del fallecido, de factores socioculturales y de determinadas circunstancias predictoras de mayor dificultad o facilidad en la resolución del mismo (Barreto & Soler, 2004).

Por tanto, se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Y se trata de un proceso en el que la *persona* está *activamente implicada*, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación (Fernández & Rodríguez, 2002).

En general, los *objetivos* que persigue el proceso del duelo son: aceptar la realidad de la pérdida; dar explicación a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para poderlos aceptar y encontrar los cauces apropiados de integración;

adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido, con la búsqueda de nuevos roles y ocupaciones; e invertir la energía emotiva en nuevas relaciones sociales (Barreto & Soler, 2004).

#### 4.2. AFRONTAMIENTO DEL DUELO

Según Lazarus y Folkman (1991), el *afrentamiento* del duelo son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Yoffe, 2013).

Para Montoya (1986) existen modos de afrontamiento en una situación de pérdida como la confrontación, distanciamiento, autocontrol emocional, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y revelación positiva (Yoffe, 2013).

#### 4.3. RECUPERACIÓN O RESOLUCIÓN DEL DUELO

Weiss (1999) señala tres procesos en el movimiento hacia la *recuperación* en el duelo: la aceptación cognitiva (desarrollar una compensación satisfactoria de las causas de la pérdida), la aceptación emocional (neutralizar los recuerdos y asociaciones para que estos no paralicen el funcionamiento); y el cambio en la identidad que se produce a partir del trabajo del duelo (Yoffe, 2001).

#### 4.4. ETAPAS Y/O FASES DEL DUELO

En general, existen algunos mínimos desacuerdos sobre las distintas etapas y/o fases por las que atraviesa el duelo. Para Ortiz (2005), el proceso de duelo es subjetivo, cada uno lo vive indistintamente en cuanto a forma, contenido y duración. No todas las personas pasan por las mismas etapas y/o fases ni en el mismo orden (Yoffe, 2001).

Las fases del duelo pueden presentarse de forma simultánea, sólo algunas de ellas, el predominio de unas sobre otras o escalonadamente. Se pueden distinguir cuatro fases:

- a) *Fase I. Impacto, perplejidad, shock.* Es el momento en el que conocemos la noticia de la muerte. Varía desde unos minutos, días y hasta 6 meses. Se caracteriza por incredulidad ante lo que ha sucedido, confusión, embotamiento emocional y conducta semiautomática. Se trata de un mecanismo de escape natural y temporal que amortigua el impacto inmediato y ayuda a asimilar la realidad. Los pensamientos son obsesivos; los sentimientos son de inseguridad y desesperación, búsqueda de la persona fallecida, desolación; y el llanto.
- b) *Fase II. Rabia y culpa.* Reina el sentido de culpa, el sentimiento de angustia, fuerte autorreproche y juicio severo contra sí. Además, aparece el desprecio y la autodenigración. En base a lo emocional, hay una notable desorganización emocional (cólera, rabia, depresión) Los síntomas más sobresalientes son: alteraciones del apetito, insomnio, miedo a enfermar, aislamiento social, ...
- c) *Fase III. Desorganización del mundo, desesperación y retraimiento.* Puede durar hasta 2 años. La persona se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas situaciones y decisiones, aumentando su aislamiento. Se intensifica la pena y el llanto. Algunos síntomas físicos son: falta de apetito, trastornos del sueño, falta de energía, no interés sexual, ...
- d) *Fase IV. Afirmación de la realidad y recuperación.* Consciente de la pérdida, la persona acepta el vacío y afronta la realidad. Debe reconstruir la forma de ser, retomar el control de la propia vida, abandonar roles anteriores y buscar un significado. Para ello, la calidez de la ayuda, el afecto de los demás, las nuevas relaciones y el trabajos o hobbies ayudan a dar sentido a la vida y a recuperar la autoestima.

Sin embargo, para Worden (1991) el proceso del duelo se basa en la consideración de un *conjunto de tareas* que la personas doliente lleva a cabo: aceptar la pérdida de la persona o del objeto; experimentar las emociones vinculadas a la pérdida; capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido; recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos (Fernández & Rodríguez, 2002).

#### 4.5. DUELO PATOLÓGICO

De acuerdo con el DSM IV, la única complicación reconocida como propia del duelo es la depresión. Sin embargo, poco a poco se va reconociendo como *duelo patológico* a un conjunto específico de síntomas que responden al estrés, como el desgarramiento propio de la separación, el estrés traumático, los síntomas físicos, trastornos psicopatológicos, enfermedades psicosomáticas, depresión, muerte, suicidio, abuso de alcohol y/o drogas, conductas antisociales e incluso delictivas (Yoffe, 2013).

Schupp (2007), plantea que el *duelo complicado* es una interrupción del proceso normal de duelo que prohíbe un cierre saludable de la persona afectada por la pérdida del ser querido. A veces, se manifiesta a través de una respuesta o una reacción que se prolonga, que puede estar distorsionada o ausente, ser excesiva o no resuelta, o puede no estar relacionada con el “trauma” vivido a partir de la pérdida sufrida (Yoffe, 2013).

#### 4.6. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE LA ELABORACIÓN DEL DUELO

Según Schut y Stroebe (2007) existen tres tipos de *factores protectores o de riesgo* que pueden afectar la resolución del duelo: los relacionados a situaciones referidas al tipo de muerte (anticipada o repentina); los factores individuales tales como el género y las características previas a la muerte (la estabilidad emocional, creencias y prácticas religiosas y autoestima del deudo) y; los factores interpersonales (la

disponibilidad de apoyo social y emocional, de la familia y de las amistades) (Barreto & Soler, 2004).

## 5. PROPUESTA DE PROGRAMA

Uno de los motivos de la dificultad en el asesoramiento psicológico en terapias de elaboración de duelos, es la tarea complicada no solo de la imposibilidad de anticipar la muerte del ser amado sino también por las múltiples repercusiones de quien sufre y debe afrontar una muerte inesperada, entre otras (Dodd & Guerin, 2009).

Sin embargo, el trabajo del duelo brinda la oportunidad para encontrar un nuevo sentido a su vida teniendo una visión sobre la propia muerte como una realidad posible para aceptarla y prepararse para ese momento. No obstante, el problema se acentúa cuando la pérdida la sufren personas con discapacidad, ya que necesitan más apoyos en este proceso (Garvía, 2009).

Durante mucho tiempo se ha procurado mantener apartadas a las personas con discapacidad por una gran sobreprotección de este tipo de realidades para evitar su sufrimiento. Además, se pensaba que eran incapaces de comprender el significado de la muerte y de hablar de sus ansiedades ella. Pero, las personas con discapacidad, si reciben los apoyos necesarios, son capaces de afrontar y elaborar una situación dolorosa y, como el resto de la población, salir fortalecidas de la experiencia (Garvía, 2009).

Para Dowling et al., las personas con discapacidad suelen padecer un duelo más complejo. Por tanto, se ha de garantizar el asesoramiento y el apoyo. Muchos autores coinciden en que tres son las dificultades de las personas con discapacidad respecto al resto de la población general para afrontar el duelo (Brickell & Munir, 2008):

- a) La medida en que las *limitaciones cognitivas* pueden afectar a la búsqueda sobre el significado de la pérdida.
- b) El grado en que las personas con discapacidad pueden tener *problemas para comunicarse* de manera eficaz sobre la pérdida.
- c) La manera en que las personas con discapacidad pueden verse afectadas por las *pérdidas secundarias* que siguen a la muerte de un ser querido.

En cuanto al primer punto, los seres humanos responden a la pérdida en un nivel cognitivo. Los esfuerzos intelectuales se dirigen al autoconocimiento de la propia persona, a la adaptación al nuevo mundo ante la ausencia de un ser amado y a la interpretación de un sentido que tenga significado para explicar la transición que sigue a una pérdida.

En cuanto al segundo punto, conversar sobre la pérdida beneficia. Todavía persiste la idea de que es mejor proteger a las personas con discapacidad de una información negativa que pueda tener consecuencias indeseables emocionales o conductuales en ellos.

En cuanto al tercer punto, las personas con discapacidad más que experimentar el crecimiento personal acaban viéndose como una carga, e incluso, temen que no reciban los cuidados que necesitan.

Por tanto, estos tres supuestos son los puntos de partida de la propuesta de intervención (limitaciones cognitivas, problemas de comunicación y pérdidas secundarias).

### 5.1. OBSERVACIONES GENERALES.

Todo programa de intervención se debe basar sobre la validez del enfoque teórico de sus acciones y de los recursos.

Según Gómez (1998), existen ciertas *condiciones generales* que se deben tener en cuenta en la intervención psicológica en un proceso de duelo con personas con discapacidad (Botija, Monje, Pascual, Ponce & Tamarit, 2001):

- a. La información ha de ser adecuada al grado de desarrollo cognitivo, en un lenguaje claro, proporcionada gradualmente, acorde a la tolerancia del sujeto y limitada a pocos conceptos a la vez.
- b. Proporcionar información sin engaños de la situación.

- c. Minimizar los cambios en las rutinas establecidas, buscar ocupaciones nuevas, establecer nuevas relaciones, realizar actividades ajenas a lo cotidiano y evitar el aislamiento.
- d. Dar el tiempo necesario.
- e. Respetar las diferencias: cada persona/duelo es diferente, cada pérdida es diferente.
- f. Identificar cuando el duelo es normal o es patológico.
- g. Diferenciar entre las formas en que cada cultura promueve las tareas del duelo, en cuanto a la variedad de prácticas, ritos, creencias religiosas y espirituales de cada grupo sociocultural.

## 5.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.

A lo largo de la elaboración de este documento he intentado plasmar con diferentes citas bibliográficas, las razones de la elección de la problemática psicosocial de las personas con discapacidad en el proceso de elaboración del duelo para la elaboración de mi Trabajo Fin de Grado. Por un lado, la alta tasa de población con discapacidad en nuestro país cuyas necesidades de dependencia y servicios (como los cuidadores) demandan tanto investigación como intervención psicológica. Por otro lado, el proceso y elaboración del duelo, cuya definición dicta que es un proceso normal de la condición humana, pero que puede generar alteraciones en las personas llegando a provocar diversos trastornos. Y, por último, la existencia aún de una visión protectora hacia las personas con discapacidad, que en contra de su legado, lo que provoca es la aparición de problemas llegando incluso a dar lugar al duelo patológico.

No obstante, una última razón se debe al periodo de prácticas que he desarrollado en los Servicios Sociales y Mujer del Ayuntamiento de El Ejido (Almería), en el que he tenido contacto con usuarios (con diferentes discapacidades) y he podido observar su inquietud sobre este tema.

Sin olvidar tampoco, el compromiso de todo profesional basado en la ética de promover la calidad de vida.

### 5.3. CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El programa de intervención se basará en 12 sesiones con diferentes talleres en dos modalidades de intervención: la combinación entre la individual y grupal. La primera de ellas favorece la individualización de la intervención de las conductas problemáticas del usuario. La segunda, optimiza los recursos y los resultados debido al apoyo social, facilitando la expresión de pensamientos y emociones, normalizando así las manifestaciones del duelo.

Se llevarán a cabo dos sesiones por semana, una de cada tipo de modalidad de intervención para desarrollar los resultados que ambas pueden ofrecer.

En primer lugar se aplicarán unas pruebas de evaluación (véase, Anexo III) para detectar posibles limitaciones cognitivas y problemas asociados a la comunicación, siguiendo el esquema planteado anteriormente (limitaciones cognitivas, problemas de comunicación y pérdidas secundarias).

Según los datos de las pruebas anteriores, se formarán grupos homogéneos para optimizar la calidad de los resultados.

### 5.4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA.

Los objetivos generales son:

- a) Lograr el desarrollo normal del proceso de duelo.
- b) Prevenir la patologización de dicho proceso.
- c) Prevenir conductas y problemas motivacionales y/o emocionales ocasionados por el proceso de duelo.

Los objetivos específicos son:

- a) Conceptualización global y adecuada del concepto de muerte.
- b) Abordar las circunstancias de la muerte y favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida.

- c) Favorecer la expresión de sentimientos y emociones del duelo y el luto psicológico.
- d) Reducir la vulnerabilidad emocional buscando alternativas con apoyo social.
- e) Hablar de la historia de la relación y revisarla tanto en sus aspectos positivos como en los negativos.
- f) Fomentar las ideas de planificación del futuro y reforzar la flexibilidad mental ante las dificultades presentes.

#### 5.5. TALLERES DEL PROGRAMA: INDIVIDUAL Y GRUPAL.

Según Payne et al. (1999), el modelo de Shuchter y Zisook (1993) se basa en seis dimensiones para tratar el duelo (respuestas cognitivas y emocionales, hacer frente al dolor emocional, la continua relación con los difuntos, cambios en el funcionamiento, cambios en las relaciones y cambios en la identidad) (Blackman, 2008).

En primer lugar, se debe plantear la adecuación del concepto muerte, que incluye términos como finalidad (la muerte es final), no funcionalidad (el funcionamiento termina en el momento de la muerte), la causalidad (la muerte se produce por muchas razones) y la universalidad (la muerte es una certeza) (Dodd & Guerin, 2009). Para ello, la situación de transferencia se utiliza en la terapia para comprender el mundo interno del cliente a través de la interpretación. Según el modelo de Schlossberg, las personas reaccionan y se adaptan de manera diferente a las transiciones, que se puede explicar a través de tres supuestos (Alston, Beach, & Harley, 2008):

- a. Las transiciones cambian el rol, las relaciones, las rutinas y los supuestos de cada persona.
- b. La transición lleva tiempo.
- c. La gente difiere en cómo afrontar la misma situación.

El modelo de distorsión cognitiva es la base para enfoques como la terapia cognitiva cuyo objetivo es identificar y corregir las distorsiones en los contenidos de los pensamientos, suposiciones y creencias, en busca de un significado personal y una asunción de autodeterminación personal (Blackman, 2008).

Autores como D'Zurilla y Goldfried sugieren que la formación metacognitiva es una actividad fundamental para propiciar la transferencia de aprendizaje, mientras que la participación verbal activa puede consolidar el aprendizaje.

En segundo lugar, la externalización de los sentimientos y emociones motiva al usuario a ser un agente activo en el cambio de la conducta y en la resolución de sus conflictos, modificando creencias y comportamientos erróneos (Méndez & Yasser, 2010). El modelo de desarrollo cognitivo de Vygotsky, se basa en la manera en que el lenguaje viene a ejercer control sobre la conducta: se controla el comportamiento de la persona a través del habla; después, la propia persona ejercita el autocontrol a través del habla; por último, la persona interioriza el comportamiento. Ideal para conseguir hacer auto-declaraciones que podrían incluir la auto-monitorización, auto-evaluación o declaraciones de auto-refuerzo, así como declaraciones sobre el potencial, sobre consecuencias, o que describan una secuencia de acciones (Blackman, 2008).

En tercer lugar, otra técnica de autocontrol es resolver el problema social, en la que se debe descubrir un curso de acción eficaz para hacer frente a los problemas, mediante la generación y evaluación de soluciones potenciales. Todas las técnicas de autocontrol tienen una gran dependencia en el lenguaje y, por lo tanto, para las personas que tienen dificultades se pueden aplicar el uso de un lenguaje simplificado, el uso de ayudas visuales y gestos.

Los diferentes talleres se dirigen a cubrir los objetivos específicos, de manera que, finalmente, queden cubiertos los objetivos generales.

A continuación se presentan tales talleres en orden cronológico:

- 1) Terapia individual: expresar todo el conocimiento sobre la muerte, intentando formar una definición justa y global.

Terapia grupal: interactuar con el resto de los usuarios y sus respectivos cuidadores las ideas que tienen sobre la muerte con el objetivo de crear una definición incorporando las ideas que sean adecuadas por cada uno de ellos.

- 2) Terapia individual: citar los diferentes tipos de muertes y sus causas para tener una visión más real de la muerte, teniendo en cuenta la definición construida en los talleres anteriores.  
Terapia grupal: usuarios y cuidadores intercambiarán inquietudes sobre las causas de la muerte.
  
- 3) Terapia individual: identificar a través de recursos visuales expresiones y emociones que puede provocar la muerte de un ser querido.  
Terapia grupal: usuarios y cuidadores deberán identificar a través de letras de canciones, expresiones y sentimientos que pueden darse por la muerte de un ser querido.
  
- 4) Terapia individual: facilitar la comunicación con los familiares y el entorno de manera que se trate de una tema normal y común.  
Terapia grupal: usuarios y cuidadores escribirán en unas pequeñas tarjetas las distintas emociones y sentimientos, con un posterior puesta en común con la intención de que aprendan que cada persona siente de una manera distinta y de la variedad de manifestaciones que puede dar lugar la muerte de un ser querido.
  
- 5) Terapia individual: relatar la relación con su cuidador, para construir una imagen de la figura del cuidador sana.  
Terapia grupal: en presencia de los cuidadores, expresar la gratitud de sus cuidados a través de dibujos que señalen las acciones de ayuda que le brindan los cuidadores.
  
- 6) Terapia individual: expresar las inquietudes que pueden tener sobre la ausencia de su cuidador en un futuro para, que cuando llegue el momento, desarrollar todo lo trabajado anteriormente, como una buena concepción de la muerte y el beneficio de expresar las emociones que faciliten la buena afrontación del duelo y evitan la aparición de un duelo patológico.  
Terapia grupal: usuarios y cuidadores intercambiarán opiniones e ideas acerca de las estrategias y la toma de decisiones que llevarían a cabo con la pérdida de un ser querido.

## 6. CONCLUSIONES

Gracias a la realización de las prácticas en los Servicios Sociales y Mujer del Ayuntamiento de El Ejido (Almería), he podido llevar a cabo diversos talleres con personas con discapacidad, en los cuales, al margen del tema principal del taller, he notado sus inquietudes por el fallecimiento por sus cuidadores y familiares.

Este hecho provocó que me interesara por la prevención del duelo patológico en personas con discapacidad a causa de la muerte de sus cuidadores. Finalmente, sería ideal realizar una evaluación posterior a los usuarios para la comprobación de la eficacia del programa a través de entrevistas y/o cuestionarios en el que se interprete la adquisición de las competencias abordadas en los diferentes talleres.

No obstante, la implantación de esta propuesta de programa de intervención no es recurso suficiente para conseguir el objetivo principal de toda intervención psicológica, promover la calidad de vida. Así, como cualquiera área de salud psíquica, sería ideal una intervención integral en la que se incluyan factores biomédicos, afectivos, cognitivos, conductuales, funcionales y sociales.

En cuanto a la exhaustiva revisión bibliográfica, me ha llevado a ser plenamente consciente de las necesidades específicas de las personas con discapacidad, de las repercusiones de una buena o mala elaboración del duelo (reconstrucción de la realidad y un trastorno emocional agudo, respectivamente) y de las diferentes líneas de intervención psicológica respecto al duelo.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Actis, W., Pereda, C. & Prada, M. A. (2012). Discapacidad y dependencia en España. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 120, 129 - 139.
- Alconero, A. R. & Ortego, M. C. (2001). El duelo. *Enfermería Científica* 236-237, 46-51.
- Alston, R. J., Beach, D. & Harley, D. A. (2008). Using Schlossberg's Transition Model in Response to Natural Disaster for People with Disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 39, 40 - 47.
- Avila, C. F. & Velarde, E. J. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 349 - 361.
- Barreto, M. P. M. & Soler, M.C.S (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 2, 139-150.
- Blackman, N. (2008). The development of an assessment tool for the bereavement needs of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 36, 165–170.
- Botija, A., Monje, E., Pascual, A., Ponce, A. & Tamarit, J. (2001). *Buenas prácticas en situaciones de duelo en personas con retraso mental*. Madrid: FEAPS MADRID.
- Brickell, C. & Munir, K.(2008). El duelo y sus complicaciones en las personas con discapacidad intelectual. *Revista Síndrome de Down*, 25, 68 - 76.
- Coca, J. S. B. (2009). *Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*. Junta de Andalucía: Consejería para la igualdad y el bienestar social.
- Dodd, P. C. & Guerin, S. (2009). Grief and bereavement in people with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*, 22, 442–446.

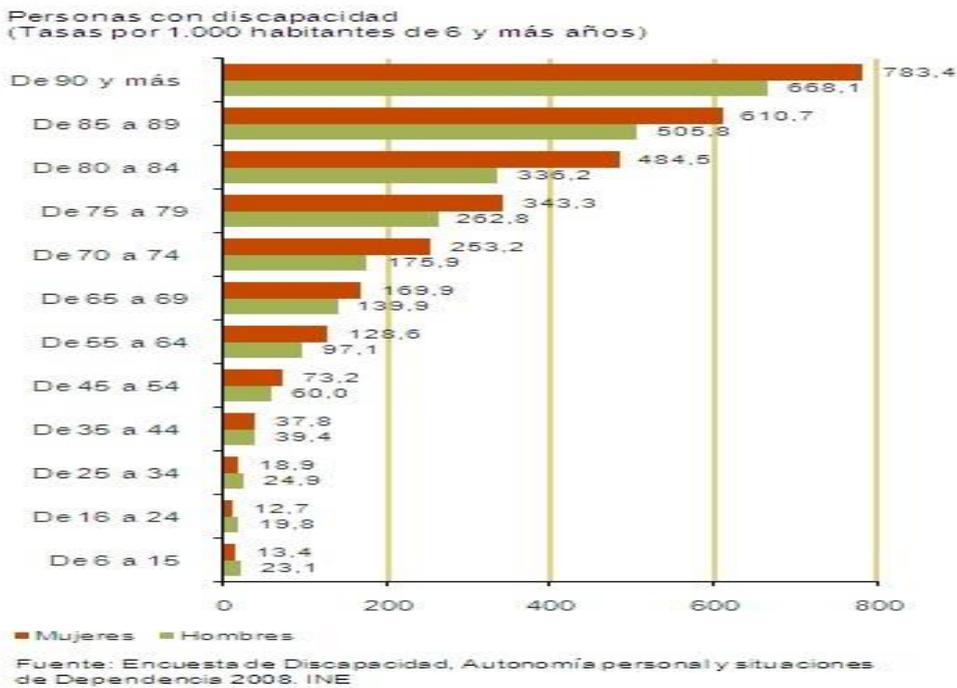
- Expósito, J. R. P. (2013). Programa de Atención a Personas con discapacidad intelectual en edad avanzada. *FEAPS*.
- Fernández, A. L. & Rodríguez, B. V. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *MEDIFAM*, 12, 218-225.
- Gamo, E. M. & Pazos, P. P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29, 455-469.
- García, I. P. (2009). Disposiciones generales sobre discapacidad y dependencia. La delegación de la mejora en el código civil. *AFDUDC*, 13, 229-247.
- Garvía, B. P. (2009). Duelo y discapacidad. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 13, 13 - 16.
- Herrán, A. G., Izuzquiza, D. G. & Rodríguez, P. H. (2013). «Y si me muero... ¿Dónde está mi futuro?» Hacia una educación para la muerte en personas con discapacidad intelectual. *Educación XXI*, 16.1, 329 - 350.
- Herrán, A. G., Izuzquiza, D. G. & Rodríguez, P. H. (2013). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de educación para la muerte dirigido a personas adultas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Educación*, 63, 199 - 219.
- Jaime, V., Soler, A. & Teixeira, T.C. (2008). Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género. *XI Jornadas de Economía Crítica*, 1 - 25.
- Losada, A. B. & Nogales, C.G. (2013). Familiares cuidadores de personas con demencia. En J. Pla, J. Téllez & R. Alarcón (Eds.), *PSICOGERIATRIA: Una visión integral del envejecimiento* (pp. 589 - 604). Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.

- Méndez, E. C. & Yasser, F. (2010). Intervención psicológico en pérdidas afectivas de personas institucionalizadas con retraso mental. *Instituto de Rehabilitación Infantil Santa Teresita IRIS*, 1 - 31.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CINCA.
- Pérez, L. C. B. (2009). *Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Estudio comparativo autonómico*. Madrid: CINCA.
- Querejeta, M. G. (2004). *DISCAPACIDAD/ DEPENDENCIA. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, P. H. (2012). *Pedagogía de la muerte en personas con discapacidad intelectual. Elaboración, aplicación y evaluación de un Programa Educativo*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Formación de Profesorado y Educación.
- Ruiz, M. N. S. & Sainz, F. (2012). *Apoyo en el proceso de duelo de personas con discapacidad intelectual*. México: TAG.
- Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 73 - 85.
- Yoffe, L. (2001). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 127 - 158.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Av. Psicol.*, 21, 129 - 153.

## 8. ANEXOS

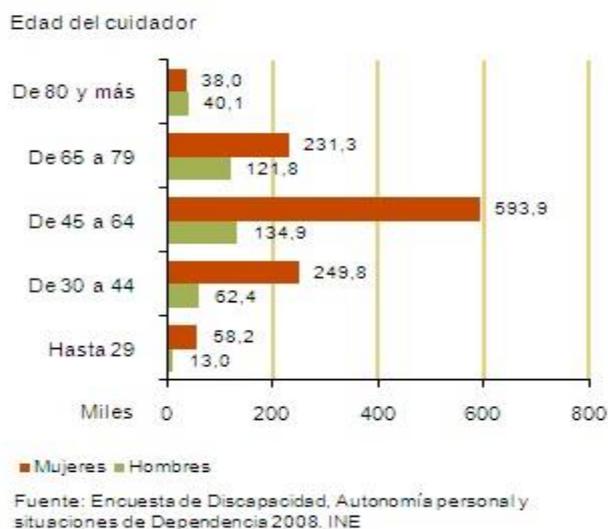
- Anexo I

- Tasa de población con discapacidad según grupos de edad.



- Anexo II

- Población con discapacidad según la edad y el sexo del cuidador principal (miles de personas)



Extraído

de:

[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926668516&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

- Anexo III

### **Escala de valoración funcional y cognitiva - Cuestionario de Pfeiffer**

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

- ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cómo se llama este sitio?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)
- ¿Cuántos años tiene usted?
- ¿Cuándo nació usted?
- ¿Quién es el actual presidente (del País)?
- ¿Quién fue el presidente antes que él?
- Dígame el primer apellido de su madre
- Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente
- Total de Errores

### **SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONARIE (SPMSQ) DE PFEIFFER**

#### **Valoración del estado cognitivo**

##### - Descripción

Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

- Forma de administración

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

- Población diana

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.

- Argumentos para su selección

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

- Valoración

- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:  
En las primeras 72 horas tras el ingreso.  
Al alta del paciente.
- Se evalúa en función de los errores:  
0-2 normal  
3-4 deterioro cognitivo leve  
5-7 deterioro cognitivo moderado  
8-10 deterioro cognitivo severo.
- En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.  
Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.  
Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

- Tiempo de administración

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

- Para aquellos usuarios en los que se obtenga una puntuación de más de 2 errores en el Test de Pfeiffer que pueda indicar la presencia de deterioro cognitivo, se les aplicará el MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC DE LOBO) como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.

### Escala de valoración funcional y cognitiva - MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

- ¿En qué día de la semana estamos?.....1
- ¿Qué día (nº) es hoy?.....1
- ¿En qué mes estamos?.....1
- ¿En qué estación del año estamos?.....1
- ¿En qué año estamos?.....1
- ¿Dónde estamos?.....1
- Provincia.....1
- País.....1
- Ciudad o pueblo.....1
- Lugar, centro.....1
- Planta, piso.....1

#### Fijación

#### Puntos

Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana

3

*Repetirlas hasta que las aprenda*

#### Concentración y cálculo

#### Puntos

Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3,

5

¿cuántas le van quedando? Hasta 5

Repita 5-9-2. Ahora hacia atrás

3

*Hasta que los aprenda*

<b>Memoria</b>	<b>Puntos</b>
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3
<b>Lenguaje y construcción</b>	<b>Puntos</b>
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre.	2
Repetirlo con el reloj.	
Que repita: “En un trigal había cinco perros”	1
“Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?”	1
¿Qué son el rojo y el verde?	
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
“Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS”	1
“Escriba una frase cualquiera”	1
Copiar un dibujo	

#### MINIMENTAL TEST. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC)

#### **Valoración del estado cognitivo mental**

##### -Descripción

Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Es un test cognitivo breve para el estudio de las capacidades cognitivas.

##### -Forma de administración

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

##### - Población diana

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración cognitiva.

- Argumentos para su selección

- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país.
- Su uso repetido es útil para caracterizar la evolución clínica del paciente.
- La sensibilidad de esta escala es muy alta, del 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69%.

- Valoración

- Puntuación máxima es de 35.
- Dispone de dos puntos de corte en función de la edad del paciente:  
Adultos no geriátricos: 29 puntos  
Mayores de 65 años: 24 puntos
- En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.  
30-35 normal  
24-29 borderline  
19-23 leve  
14-18 moderado  
< 14 severo

- Limitaciones

- Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características sociodemográficas de éstos.
- Elevado índice de falsos positivos.

- Tiempo de administración

Tan solo se requiere diez minutos para realizarla.