

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN PERSONAS CON DEMENCIA: EFICACIA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES

Jorge Bravo-Benítez¹ y Elena Navarro-González²

¹*Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Demencias (ALTAAMID) de Granada;* ²*Universidad de Granada (España)*

Resumen

El objetivo principal de este estudio ha sido la elaboración de un programa de formación de cuidadores formales de personas con demencia con la finalidad de disminuir sus problemas de conducta y mejorar las competencias profesionales en el manejo de técnicas de modificación de conducta. Participaron 30 personas mayores con demencia y cinco cuidadores formales de un Centro de Día que fueron asignados a un grupo tratamiento o a un grupo control. Las personas mayores fueron evaluadas antes y después de la puesta en marcha del programa de intervención. Las variables a evaluar fueron: los síntomas neuropsiquiátricos, problemas de memoria y de conducta y la satisfacción de los cuidadores con la formación recibida. Los resultados indican que las personas mayores del grupo de tratamiento manifestaron una disminución de sus problemas conductuales en comparación con el grupo control en todas las variables estudiadas. Estos datos demuestran la importancia de la formación de los cuidadores en el manejo de problemas de conducta en población anciana con demencia.

PALABRAS CLAVE: *programa de formación, demencia, problemas conductuales, cuidadores.*

Abstract

The main objective of the research has been the elaboration of a training program for formal caregivers of people with dementia in order to reduce their behavior problems and improve professional skills in the management of behavior modification techniques. Participants were 30 elderly people with dementia and five formal caregivers from a Day Care Center who were assigned to a treatment group or a control group. Older people were evaluated before and after the intervention program was carried out. The variables assessed were neuropsychiatric symptoms, memory and behavior problems, and the satisfaction of the caregivers with the training program received. The data reveal that older people in the treatment group showed a decrease in their behavioral problems compared to the control group in all variables studied. This evidence demonstrates the importance of the training of caregivers in the management of behavioral problems in the elderly population with dementia.

KEY WORDS: *training program, dementia, behavioral problems, caregivers.*

Introducción

En los últimos años en los países desarrollados se ha ido produciendo un incremento de la esperanza de vida. Este hecho ha conllevado que el número de personas mayores haya ido aumentando progresivamente en dichas sociedades. Esta situación se asocia al incremento del número de personas que se encuentran en situación de dependencia (Alonso *et al*, 2008). Una de las principales causas de dependencia en la población mayor es la demencia, cuya prevalencia se duplica cada cinco años a partir de los 65 años aproximadamente (OMS, 2016). Un metaanálisis llevado a cabo en nuestro continente ha demostrado que la tasa media de prevalencia de la demencia en personas con edades iguales o superiores a 65 años en Europa alcanzaba el 8,9% y en España, un 14,9% (Lopes, Hototian, Reis, Elkis y Bottino, 2007). Se estima que el número de personas con demencia se duplicará cada veinte años pudiendo llegar a la cifra de 81,1 millones de personas afectadas en 2040 (Ferri *et al*, 2005). Dentro de este contexto no es de extrañar el esfuerzo de los profesionales por fomentar un envejecimiento óptimo que proporcione a estas personas un mayor grado de autonomía e independencia. Para ello juegan un papel fundamental los cuidadores de estas personas, ya que estos son los encargados de guiar, moldear y controlar los diferentes problemas de conducta de los mismos, así como de apoyar y aportar herramientas y recursos para fomentar habilidades útiles para desenvolverse en sus actividades cotidianas. Para que el cuidador pueda llevar a cabo esta labor, es necesario que disponga de una serie de conocimientos y habilidades que tienen como fin la consecución de dichos objetivos (Spector, Orrell y Goyder, 2013).

Conocer qué es la demencia, su diagnóstico, su sintomatología y su evolución dota al personal cuidador y a los familiares de información fundamental para poder comprender y afrontar de manera adecuada las diferentes situaciones que pueden ocurrir con la persona con dicho trastorno. Si bien no vamos a describir ni detallar las especificaciones clínicas de la demencia (el lector interesado puede consultar las obras de Cummings y Benson [1992], Whitehouse [1993], la *American Psychiatric Association* [2013] y la *World Health Organization* [1992]) si vamos a hacer referencia a los principales problemas conductuales que manifiestan. Se pueden agrupar en: irritabilidad/agresividad, labilidad emocional, disforia/depresión, apatía, ansiedad, agitación, alteraciones del sueño (insomnio), agitación vespertina, conducta de vagabundeo (deambulación), acusaciones injustas, desinhibición, euforia/jubilo, conductas psicóticas (alucinaciones e ilusiones falsas), ideas delirantes, paranoia, conducta motora sin finalidad, demandas excesivas y desmedidas, comportamiento ruidoso, conductas de seguimiento o persecución, comportamiento repetitivo (perseverancia), creciente retraimiento, egocentrismo aumentado, hilaridad inapropiada, disminución de la respuesta emocional y falta de interés por aficiones habituales (Alonso *et al.*, 2008).

Existen revisiones que tratan de encontrar pruebas de la eficacia que los programas de formación del personal puedan tener en la reducción de los síntomas comportamentales y psicológicos propios de la demencia en personas con este trastorno que viven en residencias. Como el llevado a cabo por McCabe,

Davison y George (2007) en el que se realiza una revisión de programas de estas características tanto de carácter psicosocial como educativos. Los resultados obtenidos se han mostrado inconsistentes desafortunadamente, debido en parte a los problemas de diseño que presentaban dichas investigaciones.

Los módulos de formación a cuidadores de personas con demencia ofrecen estrategias eficaces para manejar los síntomas comportamentales y psicológicos propios de la demencia, ofreciendo una estrategia proactiva y eficaz (Lawlor, 2002). La Estrategia Nacional de Demencia (*Department of Health*, 2009) y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2007) instan a que todo el personal de atención a estos colectivos debería tener acceso a una formación especializada en estos aspectos de la demencia, aunque no existen aún directrices que nos indiquen qué programas de formación pueden ser los más efectivos. Ya que, aunque muchos usuarios de estas residencias tienen necesidades que son difíciles de manejar, el personal a menudo carece de una formación básica en el cuidado de la demencia (Ballard *et al*, 2001).

Existen programas como el de "Formación del personal en residencias de personas asistidas" (*Staff Training in Assisted Living Residences*, STAR), que es uno de los pocos que ha sido publicado como un manual. Ha sido desarrollado específicamente para trabajadores de asistencia a esta población en residencias estadounidenses (Teri, Huda, Gibbons, Young y van Leynseele, 2005). En el Reino Unido también ha sido probado este programa con resultados prometedores (Goyder, Wenborn y Spector, 2012). También la Universidad de Queensland de Australia creó un programa de formación de cuidadores que consistía en un conjunto de estrategias para facilitar la comunicación eficaz con personas con demencia y otras para maximizar las habilidades memorísticas de esta población (Chenery *et al*, 2009).

Logsdon, McCurry y Teri (2005) plantean una intervención a través de un programa conductual con el objetivo de reducir la depresión y la ansiedad en familiares y pacientes con demencia. El tratamiento consistió en ocho sesiones, una por semana, en el contexto de cuidado del paciente, seguida por cuatro llamadas al mes para hacer seguimiento a los efectos. La intervención se realizó en sesiones individuales con los cuidadores para permitirles manifestar libremente sus temores y preocupaciones. Con el programa, los cuidadores fueron capaces de aprender estrategias para generar cambios en el comportamiento de los pacientes con demencia. Tanto el paciente como el cuidador evidenciaron beneficios a partir de las nuevas interacciones que surgían al establecer estas recomendaciones, incrementando las actividades placenteras y disminuyendo las interacciones agresivas. Los beneficios se mantuvieron hasta seis meses después de la finalización del programa.

Gitlin *et al*. (2008) diseñaron un programa para la reducción de los comportamientos neuropsiquiátricos en pacientes con demencia con el objetivo de disminuir la sobrecarga del cuidador. Los cuidadores informaban de una reducción de los problemas de la conducta, especialmente del vagabundeo y de las preguntas repetitivas, con mayor participación en actividades productivas. Entre los beneficios para los cuidadores, se obtuvieron menor cantidad de horas realizando actividades para el paciente, el desarrollo de las habilidades de cuidado y el

incremento de la autoeficacia independientemente de la presencia o ausencia de depresión al iniciar el programa. Thinnés y Padilla (2011) realizaron una revisión sistemática de pruebas empíricas sobre la eficacia de las estrategias educativas y de apoyo para los cuidadores de personas con demencia. Las intervenciones debían de proporcionar habilidades de solución de problemas, habilidades técnicas, apoyo, estrategias sencillas de modificación del hogar y la derivación a los recursos comunitarios. Los resultados sugirieron que las intervenciones que conjuntamente involucraban a las personas con Alzheimer y a sus cuidadores en la educación y formación tienen más éxito que las estrategias que se centran exclusivamente en las personas con enfermedad de Alzheimer. Por su parte, Jeon *et al.* (2012) llevaron a cabo una investigación enfocada a la formación en la atención centrada en la persona como proceso para mejorar el bienestar de las personas con demencia que viven en el entorno residencial. Este estudio demostró que los enfoques de atención centrados en la persona en este tipo de población pueden contribuir a reducir el agotamiento en los cuidadores, así como el bienestar de las personas mayores con demencia en entornos de atención formal.

En España se han llevado a cabo estudios basados en programas de formación de cuidadores informales de personas con demencia, obteniendo resultados esperanzadores como el realizado por Sánchez-Pascual, Mouronte-Liz y Olazarán-Rodríguez (2001), o de programas aplicados a cuidadores de familiares con demencia con resultados similares como el de Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo (2004). El grueso de los programas realizados para cuidadores se enfoca al tratamiento del estrés percibido y la ansiedad como el de Conde (1996), Gandoy (1999), Martín (1999), Castellanos (2000), Vinyoles (2001), Losada (2004), Losada, Márquez-González, Gallagher-Thompson y Knight (2007), entre otros.

Los estudios revisados con anterioridad, si bien abordan la intervención sobre diferentes aspectos relacionados con la sintomatología asociada a las personas dependientes y sus cuidadores, no se centran exclusivamente en la formación de cuidadores formales en técnicas de modificación de conducta y en la puesta en práctica bajo supervisión de un psicólogo de dicho programa, aspecto que se va a abordar en este trabajo. El objetivo principal de este estudio es llevar a cabo un programa de formación de cuidadores formales de personas con demencia en un Centro de Día especializado en esta población para enseñarles a manejar los problemas de conducta más frecuentes en esta población. Las hipótesis de partida son: 1) las personas mayores con demencia del Centro de Día que sean atendidos por cuidadores trabajadores del Centro que participen en el programa de formación disminuirán significativamente su nivel de problemas de conducta con respecto a aquellos participantes con demencia que sean atendidos por cuidadores trabajadores del Centro que no hayan participado en el programa de formación; y 2) los cuidadores trabajadores del Centro de Día que reciban el programa de formación informarán sobre la utilidad del mismo a la hora de mejorar sus conocimientos y habilidades terapéuticas. En este sentido, estos cuidadores manifestarán una mayor satisfacción y sensación de competencia en su trabajo diario.

Método

Participantes

En el estudio han participado cinco cuidadores formales trabajadores del Centro A.F.A. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Granada y 30 usuarios de dicho centro. Con respecto a los cuidadores, tres recibieron el curso de formación y aplicaron el programa (grupo de tratamiento) y dos no recibieron el curso de formación ni aplicaron el programa (grupo control). La asignación a uno u otro grupo estuvo determinada por la aceptación o no de los trabajadores de participar en el trabajo. La edad media de los cuidadores era de 35,80 años ($DT=7,26$; rango de 29 a 48), de los cuales dos eran hombres y tres mujeres. Tres de los cuidadores poseía estudios secundarios, uno de ellos estudios primarios y el último, estudios superiores. No existen diferencias significativas en estas variables entre el grupo control y el grupo tratamiento.

Con respecto a las características sociodemográficas de los usuarios con demencia que participaron en el estudio, la edad media era de 79,97 años ($DT=7,67$; rango de 62 a 89), el 46,7% eran hombres y el 53,3% mujeres. Atendiendo al estado civil, el 3,3% eran solteros, el 60% casados y el 36,7% viudos. Con respecto al nivel de estudios el 3,3% carecían de estudios, el 70% poseían estudios primarios, el 3,3% tenían estudios secundarios y el 23,4% estudios superiores. La muestra de personas mayores estaba repartida aleatoria y equitativamente en ambos grupos de manera que tanto en el grupo tratamiento como en el control había el mismo número de personas mayores. En el caso de las personas mayores, la diferencia entre estar en un grupo u otro estuvo determinada por el ser atendido durante el tiempo de estancia en el Centro de Día por un cuidador formal que participaba en el programa o por un cuidador formal que no participaba en el programa. Centrándonos en los diferentes diagnósticos observamos que un 33,3% estaban diagnosticados con deterioro cognitivo, un 46,7% con demencia tipo Alzheimer, un 6,7% con demencia con componente vascular, un 3,3% con deterioro cognitivo mixto: vascular y degenerativo primario, un 6,7% con demencia tipo cuerpos de Lewy y otro 3,3% con deterioro cognitivo multidominio. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el tratamiento de personas mayores en cuanto a sexo, estado civil, nivel educativo y tipo de diagnóstico.

Instrumentos

En este trabajo se realizó la evaluación de cuidadores, utilizando el primer instrumento que se describe a continuación, y de las personas mayores, utilizando los otros dos.

- a) "Retroalimentación del equipo de cuidadores" (*Star Staff Feedback, SSF; Goyder et al., 2012*). Este instrumento fue traducido para este estudio y aplicado a los cuidadores con el objetivo de obtener una retroalimentación (*feedback*) sobre la utilidad del programa en opinión del personal que participó en los módulos de formación. El instrumento contiene ocho ítems

que se contestan en una escala tipo Likert y las preguntas se refieren a la utilidad de los diferentes módulos de entrenamiento, la medida en que el programa ha mejorado aspectos como la satisfacción en el trabajo, el conocimiento, la confianza en su propia actuación profesional y su satisfacción general con respecto a la aplicación del programa en su ámbito laboral. Posteriormente, se les pregunta sobre aspectos mejorables del programa y se les solicita que hagan cualquier comentario que deseen sobre la experiencia global de haber participado en la investigación. Hasta la fecha no se conocen datos de fiabilidad y validez de este instrumento.

- b) "Inventario neuropsiquiátrico" (*Neuropsychiatric Inventory*, NPI; Cummings *et al.*, 1994). Este inventario evalúa la frecuencia y gravedad con que se manifiestan una serie de problemas comportamentales comunes en personas con demencia. El NPI posee dos subescalas: frecuencia de los comportamientos y gravedad de los mismos, con 10 ítems cada uno. Se puntúa de 0 a 4 la frecuencia con que se produce ese comportamiento (siendo 0 ausencia del comportamiento y 4 muy frecuente) y de 1 a 3 la gravedad de dichos problemas comportamentales (siendo 1 leve, 2 moderado y 3 grave. En función de lo molesto que sea para el paciente y la dificultad para redirigir esa conducta.). La información suministrada es numérica y nos da una puntuación global que consiste en multiplicar la puntuación numérica de la frecuencia de un trastorno en concreto por la gravedad de ese mismo trastorno. Así obtenemos la puntuación de la subescala de ese trastorno determinado. La presencia de puntuaciones > 6 en la subescala de disforia, > 4 en desinhibición, > 2 en irritabilidad, > 1 en apatía, agitación, euforia o movimientos anormales y > 0 en delirios o alucinaciones, debería hacer pensar en la presencia de alteraciones psiquiátricas en esas áreas. A mayor puntuación, mayores son los problemas de conducta en esa persona. Atendiendo a su fiabilidad observamos que la consistencia interna presenta una alfa de Cronbach de 0,88, fiabilidad test-retest oscila entre 0,51 y 0,97 para las subescalas de frecuencia y entre 0,51 y 1 para las de gravedad. La concordancia interobservadores (psiquiatra y no psiquiatra) oscila entre el 94 y el 100% para las subescalas de frecuencia y entre el 90 y el 100% para las de gravedad (Vilalta-Franch *et al.* 1999). Con respecto a su validez, la validez concurrente se realizó con el CAMDEX. Los valores de sensibilidad fueron de 95,4% para la escala de depresión, de 88,8% para la escala de alucinaciones y del 100% para las restantes. Los valores de especificidad se movían entre el 85,7% (apatía) y el 100% (alucinaciones).
- c) "Listado revisado de problemas de memoria y conducta" (*Revised Memory and Behaviour Problems Checklist*, RMBPC; Teri *et al.*, 1992). Este listado permite valorar el deterioro cognitivo y comportamental de la persona evaluada. Es una prueba de autoinforme que consta de 24 ítems que se contestan en una escala Likert. Contiene dos escalas: frecuencia y reacción, y tres factores: depresión, conductas perturbadoras y problemas relacionados con la memoria. La información suministrada es numérica y nos da dos puntuaciones referidas a la frecuencia de los problemas comportamentales que presenta el sujeto y a la reacción que produce en sus familiares dichos

comportamientos. La fiabilidad (alfa de Cronbach) de la escala de frecuencia es de 0,75 y la de la escala de reacción es de 0,76. Se ha informado sobre su validez discriminante, concurrente, convergente y de constructo (Teri *et al.*, 1992).

Procedimiento

En primer lugar, se presentó la propuesta de investigación al equipo directivo del Centro A.F.A. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Granada. Una vez aceptada por el mismo se hizo una charla informativa con los cuidadores que trabajan en el Centro para presentarles el trabajo que se iba a realizar y ver quiénes estaban interesados en participar. Tres cuidadores mostraron su interés en la propuesta y dos no quisieron participar. Los cuidadores interesados se asignaron al grupo tratamiento y los no interesados se asignaron al grupo control. Independientemente del grupo al que fueron asignados, todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Además, se les proporcionó a todos los cuidadores un protocolo de datos personales y laborales.

Todos los cuidadores informaron mediante el NPI y el RMBPC sobre el nivel de funcionalidad y los problemas de conducta de los usuarios que iban a participar en la investigación.

Posteriormente, se hizo la selección de personas mayores. De las 79 que acudían al Centro, se seleccionaron 30 que lo hacían a diario y no presentaban déficits sensoriales o motores que les impidieran interactuar con los cuidadores. Se le asignó a cada cuidador del grupo de tratamiento cinco personas mayores (total 15) y a cada cuidador del grupo control seis y nueve personas mayores, respectivamente (total 15). Durante el tiempo que duró el programa, estas personas del Centro sólo fueron atendidas por el cuidador asignado. La asignación de las personas con demencia a los cuidadores se hizo de manera aleatoria. Sus familiares fueron informados y accedieron a que participasen en el presente estudio.

A continuación, procedimos a evaluar a las personas mayores aplicando una hoja de datos personales y a los cuidadores de ambos grupos.

Seguidamente los cuidadores del grupo tratamiento realizaron las sesiones formativas del curso y a continuación se puso en práctica el programa de intervención. Cada cuidador debía registrar (ver las hojas de registro indicadas en apartado siguiente) los problemas de conducta de las personas mayores asignadas. Los del grupo tratamiento además intervenían con la técnica de modificación de conducta que creían más apropiada y registraban dicha intervención y las consecuencias en la conducta de la persona mayor mediante unos registros realizados *ad hoc* para dicha tarea. Esta fase de intervención-registro tuvo una duración de tres meses. Todos los cuidadores del grupo tratamiento tenían un periodo semanal para exponer sus dudas y solicitar guía tanto en la realización de los registros como en la manera en que estaban llevando a cabo las intervenciones frente a los distintos problemas conductuales. Además, estuvieron diariamente en contacto con uno de los autores de este trabajo que es el psicólogo del Centro para aclarar dudas que surgieran *in situ*.

Una vez terminado el periodo de aplicación del programa se realizó una evaluación posintervención, tanto a cuidadores como a personas mayores controles y experimentales, para analizar los efectos del programa.

Los objetivos específicos del programa de formación fueron:

- Dotar a los cuidadores formales de conocimientos sobre los problemas de conducta de las personas con demencia y de las técnicas de modificación de conducta para su control a través de un programa de formación.
- Disminuir los problemas de conducta de las personas con demencia asistidas por los cuidadores formados en el programa.

Programa de formación de cuidadores

Los materiales que se utilizaron para la implantación de los cursos fueron un libro de texto y un cuadernillo, ambos elaborados *ad hoc* para este estudio por los autores de este trabajo. El libro de texto estaba destinado a la exposición y aprendizaje de estrategias de control de problemas de conducta en personas con demencia. En él se hace referencia a aspectos básicos como controlar la propia respuesta o empatizar, se suministran pautas para minimizar conductas no deseadas, se exponen las diferentes técnicas de modificación de conducta y se muestran los problemas de conducta más frecuentes. Con dicho libro se adjuntaba un cuadernillo cuyo objetivo era constituir una guía práctica para actuar frente a los diferentes problemas conductuales que pudiesen manifestar las personas dependientes con demencia mediante una serie de pautas básicas de modificación de conducta.

A los cuidadores también se les facilitaron hojas de registro para que pudiesen anotar los distintos problemas conductuales que mostraban las personas mayores. Estas hojas de registro, elaboradas expresamente para esta investigación, eran distintas para los diferentes grupos, el de control y el tratamiento. Las hojas de registro para el grupo de control únicamente pedían un código de identificación del sujeto y el problema conductual que manifestaba. Sin embargo, las hojas de registro del grupo tratamiento estaban constituidas por los siguientes ítems: código del sujeto, fecha, lugar, hora, antecedente, conducta problema, técnica utilizada para intervenir sobre el problema conductual y resultado de dicha acción.

Tanto el libro de texto como el cuadernillo y las hojas de registro, fueron suministrados durante el curso que se impartió. Dicho curso tuvo un enfoque muy práctico, utilizándose una exposición de diapositivas en *Power Point* en donde se les enseñaron técnicas de modificación de conducta básicas (refuerzo positivo, castigo positivo y castigo negativo), para desarrollar y mantener conductas (moldeamiento, desvanecimiento y encadenamiento) y para reducir y eliminar conductas (extinción, refuerzo diferencial de otras conductas y refuerzo diferencial de conductas incompatibles). Todo ello fue ejemplificado con casos reales del propio centro para facilitar la comprensión de la información y se llevaron a cabo representaciones de papeles (*role play*) en las cuales los cuidadores tenían que afrontar determinadas situaciones en las que las personas mayores manifestaban distintos problemas comportamentales.

Seguidamente se expusieron los diferentes problemas de conducta más frecuentes en esta población y se dieron las principales características de cada uno de ellos, su posible causa y consecuencias, así como el modo adecuado de actuar en cada caso, se ejemplificó y se realizaron representación de papeles (*role play*) de casos concretos y cómo solucionarlos.

Finalmente se mostraron las hojas de registro y se les enseñó a detectar e identificar esas conductas y cómo registrarlas adecuadamente. La duración total del programa de formación grupal teórico-práctico fue de 120 horas, de las cuales 10 fueron teóricas y el resto prácticas. En el Apéndice aparece un resumen del programa de formación.

Análisis de datos

Se ha realizado un estudio cuasiexperimental de medidas repetidas con grupo control no equivalente. Como componente intragrupo se ha establecido la medida de las variables en las dos evaluaciones (pretest y postest). Como componente intergrupo se ha llevado a cabo la comparación de los resultados entre el grupo tratamiento y el grupo control.

Los análisis estadísticos han sido para la comparación entre los dos grupos (control y tratamiento), pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para muestras independientes y la prueba para muestras relacionadas de Wilcoxon para la comparación pre-pos y el tamaño del efecto de los mismos con el coeficiente de probabilidad de superioridad (PS_{est}) en el caso de la prueba U de Mann-Whitney (Erceg-Hurn y Morosevich, 2008). También se han utilizado la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas para valorar el tamaño del cambio producido en ambos grupos de manera independiente en los distintos momentos temporales establecidos que se ha calculado con el estadístico r para calcular el tamaño de efecto (Rosenthal, 1991). Y finalmente utilizamos la prueba de la mediana y la prueba U de Mann-Whitney, ambas para muestras independientes, para valorar si se habían producido diferencias significativas en el número total de problemas de conducta presentados por ambos grupos durante la aplicación del programa.

Para la realización del análisis estadístico de los datos registrados por los cuidadores se ha utilizado el programa de análisis de datos IBM SPSS Statistics v.23 (IBM Corp., 2014).

Resultados

En primer lugar, vamos a presentar los resultados obtenidos en las pruebas RMBPC y NPI (medidas pre y pos) en las personas con demencia que fueron atendidas por cuidadores del grupo de tratamiento y los compararemos con los resultados de las personas atendidas por los cuidadores del grupo control. En la tabla 1 aparecen las puntuaciones medias pre y pos de ambos grupos. Con respecto a la prueba RMBPC que evalúa la frecuencia de los problemas comportamentales manifestados por las personas mayores, observamos que si bien no hay diferencias de partida entre ambos grupos, $U_{(29)}=90,000$; $p > 0,05$, $PS_{est}=0,4$, una vez finalizada la intervención, sí se observan dichas diferencias,

$U_{(29)}=57,500$; $p < 0,05$; $PSest=0,25$, de tal manera la puntuación del grupo de tratamiento es significativamente inferior a la del grupo control lo cual indica una disminución significativa en la frecuencia de los problemas de conducta en este grupo. Por último y en relación a la prueba NPI que evalúa problemas de conducta, de nuevo observamos que si bien de partida no hay diferencias entre grupos, $U_{(29)}=94,000$; $p > 0,05$, $PSest=0,42$, en la evaluación pos sí que se aprecian dichas diferencias, $U_{(29)}=28,000$; $p < 0,01$; $PSest=0,12$, siendo los problemas de conducta significativamente inferiores en el grupo tratamiento.

Tabla 1

Puntuaciones medias intergrupos en las pruebas utilizadas con las personas mayores del grupo de tratamiento y del grupo control, antes y después de la aplicación del programa

Medidas	Grupo control <i>M (DT)</i>	Grupo tratamiento <i>M (DT)</i>	$U_{(29)}$ ($n=30$)	<i>PSest</i>
RMBPC pre	29,67 (13,636)	22,07 (11,151)	90,000	0,4
RMBPC pos	34,00 (14,770)	21,73 (10,187)	57,500*	0,25
NPI pre	28,47 (22,507)	18,20 (8,521)	94,000	0,42
NPI pos	33,47 (23,913)	10,13 (7,708)	28,000**	0,12

Notas: RMBPC= "Listado revisado de problemas de memoria y conducta"; NPI= "Inventario neuropsiquiátrico"; *PSest* = probabilidad de superioridad (tamaño de efecto). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

De estos resultados cabe destacar el hecho de que en las dos pruebas que evalúan problemas de conducta (RMBPC y NPI), se observa una mejora significativa en el grupo tratamiento una vez concluye el programa de formación de tal manera que, si bien no había diferencias de partida entre grupos, éstas sí se dan en la evaluación pos.

En la tabla 2 mostramos datos obtenidos del análisis estadístico de las puntuaciones medias obtenidas pre y pos de ambos grupos.

Tabla 2

Puntuaciones medias intragrupos en las pruebas RMBPC y NPI, antes y después de la aplicación del programa

Pruebas/Grupos	Evaluación pre <i>M (DT)</i>	Evaluación pos <i>M (DT)</i>	Diferencia de medias	$Z_{(14)}$ ($n=15$)	<i>r</i>
RMBPC					
Grupo control	29,67 (13,636)	34,00 (14,770)	-4,33	-2,064	0,53
Grupo tratamiento	22,07 (11,151)	21,73 (10,187)	0,34	-0,410	0,11
NPI					
Grupo control	28,47 (22,507)	33,47 (23,913)	-5	-0,853	0,22
Grupo tratamiento	18,20 (8,521)	10,13 (7,708)	8,07	-3,156**	0,81

Notas: RMBPC= "Listado revisado de problemas de memoria y conducta"; NPI= "Inventario neuropsiquiátrico"; *r* = tamaño de efecto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En la prueba RMBPC a pesar de que las puntuaciones no muestran cambios significativos de la medida pre a la pos, $Z_{(29)}= -1,529$; $p > 0,05$; $r= 0,279$, tanto en

el grupo control, $Z_{(14)} = -2,064$; $p > 0,05$, como en el tratamiento, $Z_{(14)} = -0,410$; $p > 0,05$, sí que se observa cómo en el grupo control ha habido un aumento de la frecuencia de los problemas de conducta ($r = 0,53$) y en el grupo tratamiento una ligera disminución de las mismas ($r = 0,11$).

En el cuestionario NPI podemos observar que si bien en el grupo control se ha producido un incremento (aunque no significativo) de la frecuencia e intensidad de las conductas problema en personas mayores, $Z_{(14)} = -0,853$; $p > 0,05$ ($r = 0,22$), en el grupo tratamiento se ha producido una disminución significativa en dichas puntuaciones, $Z_{(14)} = -3,156$; $p < 0,01$ ($r = 0,81$).

Con relación a los problemas de conducta más frecuentes registrados en ambos grupos han sido las perseverancias (19,17%), seguido de la irritabilidad/agresividad (12,34%) y de los problemas psicóticos (11,21%) y depresivos/disfóricos (11,19%).

Los problemas conductuales menos frecuentes en ambos grupos fueron las demandas excesivas (5,83%), las acusaciones injustas (5,91%) y los problemas de desinhibición (6,03%).

Si atendemos a las técnicas de control de conducta más empleadas destacan el moldeamiento (19,73%), el refuerzo diferencial de otras conductas (18,24%) y el refuerzo positivo (54,33%).

En cuanto a los resultados obtenidos de la valoración del programa por parte de los cuidadores, conseguidos mediante el SSF, el 66,67% de ellos consideraron útiles los diferentes módulos de entrenamiento, señalan que tuvieron impacto en el conocimiento, satisfacción y sensación de confianza en su trabajo, y su satisfacción con la aplicación del programa en su trabajo diario. Por otra parte, también podemos observar que la puntuación media obtenida de la utilidad percibida por los cuidadores del programa recibido fue de 17,67 de un máximo de 20 puntos. Con relación al impacto que ha tenido el programa de formación en ellos (evaluado con preguntas del tipo: *¿en qué medida el programa ha impactado en factores como: el conocimiento, satisfacción con el trabajo, sensación de confianza en el trabajo, etc.*), fue de 18/20. También podemos destacar que todos los cuidadores coincidieron en señalar que el elemento a mejorar del programa de formación fue el de reducir el número de personas mayores a las que tenían que atender y concordaron en señalar que la investigación había supuesto para ellos una experiencia beneficiosa y enriquecedora.

Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido llevar a cabo un programa de formación de cuidadores formales de personas mayores con demencia en un Centro de Día dedicado de personas con este trastorno para enseñarles a manejar los problemas de conducta más frecuentes en esta población. A este respecto, la hipótesis de partida planteaba que las personas mayores atendidas por cuidadores del Centro que participasen en el programa disminuirían sus problemas de conducta con respecto a aquellos atendidos por cuidadores que no participasen en el programa. Con los resultados obtenidos en las pruebas NPI y RMBPC, a nivel intergrupar, hemos podido observar que, si bien no había diferencias de partida

entre ambos grupos, sí se produce una mejora significativa en el grupo tratamiento cuando concluye el programa de formación, en la frecuencia e intensidad de los problemas conductuales que manifestaban las personas mayores. Igualmente, cuando se ha comparado la frecuencia e intensidad de las conductas problema con ambas pruebas, antes y después de la intervención, se producía un aumento de dichos parámetros en el grupo control mientras que en el grupo tratamiento disminuían. En concreto, en el NPI, que evalúa específicamente la frecuencia y gravedad de diversos problemas conductuales, se ha observado que esa disminución era significativa.

Los datos obtenidos confirman los estudios de Goyder *et al.* (2012) llevados a cabo con el programa STAR y la investigación realizada por Gerdner *et al.* (2002), quienes con psicoeducación desde el ámbito de la enfermería, consiguieron disminuir los problemas de conducta en las personas mayores. Los resultados encontrados también son coherentes con el trabajo llevado a cabo con cuidadores informales de Logsdon *et al.* (2005) en el que con un programa dirigido a la reducción de depresión y la ansiedad de personas con demencia, consiguieron una disminución de las interacciones agresivas de las mismas. También podemos destacar el trabajo con cuidadores informales de Gitlin *et al.* (2008) y su programa de reducción de los comportamientos neuropsiquiátricos, en el que a partir de un programa de intervención consiguió una reducción de los problemas de conducta, especialmente del vagabundeo y de las preguntas repetitivas. También en España encontramos resultados acordes con la investigación que aquí hemos presentado (Losada-Baltar *et al.*, 2004), pero llevado a cabo con cuidadores informales. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo indican que los cuidadores que reciben formación en programas de control de problemas de conductas propios de la demencia, consiguen mejorar dichos problemas comportamentales en esta población, lo cual indica que no sólo se benefician de programas centrados en el estrés, ansiedad, o depresión como los de Conde (1996), Gandoy (1999), Martín (1999), Castellanos (2000), Vinyoles (2001), Losada (2004) y Losada *et al.* (2007).

El segundo objetivo estaba relacionado con los cuidadores, el cual planteaba que los cuidadores que participaran en el programa de formación aumentarían significativamente su nivel de conocimientos sobre problemas de conducta en demencias, aprenderían a detectar estos problemas y también a aplicar las técnicas apropiadas en cada caso, en comparación con los cuidadores que no participaran en el programa. Los resultados obtenidos en el SSF indicaron que los cuidadores reconocen la utilidad del programa de formación en sus conocimientos y habilidades, reflejándose en su trabajo diario. La utilidad percibida por los cuidadores del programa de formación y del impacto que consideran que tuvo en ellos fue elevado, tal y como reflejan las puntuaciones obtenidas. Estos datos más los aportados en el apartado anterior del primer objetivo en el que se refleja el menor número de problemas comportamentales manifestado por los grupos tratamiento frente a los grupos control, nos permiten concluir que el programa ha tenido un impacto positivo en los cuidadores que han participado en el mismo, tanto en su satisfacción como en su comportamiento profesional, en la medida en que la formación recibida parece haber tenido un impacto positivo en el comportamiento de las personas con demencia por ellos atendidos. Los datos

obtenidos confirman la investigación de Andrade (2011), en el que los cuidadores informan haber aumentado sus conocimientos y habilidades para el cuidado, y de Gitlin *et al.* (2008) en el que los cuidadores comentaban que habían desarrollado sus habilidades de asistencia a personas mayores. En España, encontramos estudios con resultados acordes a los nuestros en el que los cuidadores señalaban la mejora de sus conocimientos para atender a dicha población como son los de Píriz (1997), Toribio (1997), Castellanos (2000) y Escós (2001).

La principal limitación que creemos presenta este trabajo es el tipo de asignación que se tuvo que hacer de cuidadores al grupo control y al grupo tratamiento que no pudo ser aleatoria. No obstante, esta limitación es en cierto modo inherente a la naturaleza de este estudio ya que la participación en este tipo de trabajos debe dejarse a la libre elección de los trabajadores siendo por tanto otro tipo de asignaciones complicadas de llevar a cabo. Otra limitación es el número reducido tanto de cuidadores como de personas con demencia con el que se ha trabajado. Sería necesario aumentar ambas muestras en futuros estudios así como disminuir el número de personas con demencia asignadas a cada cuidador.

Para finalizar, creemos que los datos obtenidos, tanto en las personas con demencia como en cuidadores, nos demuestran la importancia de la implantación de cursos de formación en esta materia para los cuidadores, que puedan dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades que mejoren la atención y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. Es un recurso de una importancia cada vez mayor, que desarrolla una importante labor ya que permite conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a las personas mayores, facilitando la integración en su entorno y la viabilidad funcional de las mismas en la comunidad, así como mejorar el bienestar y calidad de vida tanto de las personas mayores como de los cuidadores.

Referencias

- Alonso, B., Araoz, I., Arroyo, M. J., Associació Vallès Amics de la Neurologia, Barberá, R., Casanovas, M. y García, F. (2008). *Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar*. Barcelona: Novoprint.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ballard, C., Fossey, J., Chithramohan, R., Howard, R., Burns, A., Thompson, P., Tadros, G. y Fairbairn, A. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 426-427.
- Calero, M. D., Navarro, E., Robles, P. y García-Berbén, T. (2000). Estudio de validez del Mini-Examen-Cognitivo de Lobo y cols. para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. *Neurología*, 15, 337-342.
- Castellanos, T. y Nony, D. (2000). Proyecto de educación para la salud a grupos de familiares, cuidadores de enfermos crónicos. *Trabajo Social y Salud*, 37, 123-43.
- Conde, J. (1996). Grups de suport a famílies amb una persona gran discapacitada [Grupos de apoyo a familias con una persona mayor]. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 61-8.
- Cummings, J. L. y Benson, D. F. (1992). *Dementia: a clinical approach*. Boston, MA: Butterworth-Heinemann.

- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. y Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*, 2308-2308.
- Chenery, H., Humphreys, M., Pachana, N., Mitchell, L., Smith, E., Baker, R., Angwin, A., Copland, D., Byrne, G., Gallois, K., Hucker, K. y Vearncombe, K. (2009). *Message. Communication strategies in dementia and Recaps. Memory strategies in dementia*. Queensland: Universidad de Queensland.
- Department of Health (2009). *Living well with dementia: a national dementia strategy*. Londres: Department of Health del Reino Unido.
- Erceg-Hurn, D. y Mirosevich, V. (2008). Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, *63*, 591-601.
- Escós, C., Payán, A., Yubero, N., Santos, A. y Olivares, A. (2001). Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de enfermos encamados y semienamados en el Área de Salud de Cuenca. *Trabajo Social y Salud*, *40*, 487-499.
- Espín Andrade, A. M. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Facultad de Salud*, *3*, 9-19.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, H., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., Scazufca, M. y Alzheimer's Disease International. (2005). Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. *Lancet*, *366*, 2112-2117.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y 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*, 189-198.
- Frías-Osuna, A. (2015). *Programa de educación para la salud dirigido a personas cuidadoras familiares de pacientes con Alzheimer y otras demencias*. Recuperado de: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1658>
- Gandoy, M., Millán, J., García, B., Buide, A., López, M. y Mayán, J. (1999). Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, *8*, 109-116.
- Gerdner, L., Buckwalter, K. y Reed, D. (2002). Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*, *51*, 363-374.
- Gitlin, L., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M. y Hauck, W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*, 229-239.
- Goyder, J., Orrell, M., Wenborn, J. y Spector, A. (2012). Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *International Psychogeriatrics*, *24*, 911-920.
- Goyder, J., Wenborn, J. y Spector, A. (2012). Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *International Psychogeriatrics*, *24*, 911-920.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*, 56-62.
- Hopkins, R. W., Kilik, L. A., Day, D. J., Rows, C. P. y Hamilton, P. F. (2005). The brief Kingston standardized cognitive assessment-revised. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 227-231.
- IBM Corp. Released (2014). IBM SPSS Statistics for Windows, v. 23.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jeon, Y. H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M. y Haas, M. (2012). Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study

- (CADRES): a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 508-518.
- Lawlor, B. (2002). Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 463-465.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y Grupo de Trabajo ZARADEMP. (1979). *MMSE: Examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA.
- Logsdon, R., McCurry, S. y Teri, L. (2005). STAR-Caregivers: a community-based approach for teaching family caregivers to use behavioral strategies to reduce affective disturbances in persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6, 146-153.
- Lopes, M. A., Hototian, S. R., Reis, G. C., Elkis, H. y Bottino, C. M. C. (2007). Systematic review of dementia prevalence 1994 to 2000. *Dementia & Neuropsychologia*, 3, 230-240.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M. y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-8.
- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Losada, A., Márquez-González, C., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B.G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. *Psicología Conductual*, 15, 55-76.
- Madrugá, F., Castellote, F. J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C. y Jiménez, E. F. (1992). Índice de Katz y Escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 27, 130.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 14, 61-65.
- Martín, C., Medina, M. y Izabal E. (1999). Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. *Metas de Enfermería*, 13, 15-8.
- McCabe, M. P., Davison, T. E. y George, K. (2007). Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. *Ageing & Mental Health*, 11, 505-519.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). Dementia: a NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. *British Psychological Society*.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Demencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Piriz, C. (1997). Educación sanitaria a los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 8, 26-30.
- Rabinovitz, Y., Mausbach, B., Coon, D., Depp, C., Thompson, L. y Gallagher -Thompson, D. (2006). The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family caregivers of older adults with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 642-649.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (2ª edición). Newbury Park, CA: Sage.
- Sánchez-Pascual, P., Mouronte-Liz, P. y Olazarán-Rodríguez, J. (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Revista de Neurología*, 33, 422-424.
- Spector, A., Orrell, M. y Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12, 354-364.

- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G. y Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging, 26*, 429-453.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. y Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging, 7*, 622.
- Thinnes, A. y Padilla, R. (2011). Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *American Journal of Occupational Therapy, 65*, 541-549.
- Toribio, A. y Ramírez, A. (1997). Cuidemos a los cuidadores. *Revista Rol de Enfermería, 22*, 13-5.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S. y López, O. L. (1999). Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología, 29*, 15-19.
- Vinyoles, E., Copetti, S., Cabezas, C., Megido, M.J., Espinàs, J., Vila, J., Montella, N., Martínez, A., Argimón, J. M. y Grupo de Estudio CUIDA'L. (2001). CUIDA'L: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. *Atención Primaria, 27*, 49-53.
- Whitehouse, P. J. (1993). *Dementia*. Philadelphia, PA: Davis.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: Autor.

RECIBIDO: 7 de diciembre de 2016

ACEPTADO: 17 de abril de 2017

Apéndice.

Resumen de contenidos del programa de formación

Descripción del programa	Materiales	Contenidos básicos	Técnicas entrenadas
Módulo teórico			
<p>Documentación centrada en patrones y pautas de comportamiento para manejar las conductas no deseadas de los mayores con demencia.</p> <p>Nº de sesiones: 2</p> <p>Duración: 5 horas cada sesión (total: 10 horas).</p>	<p>Libro de texto</p> <p>Cuadernillo y hoja de registro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos básicos <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la propia respuesta - Empatizar ▪ Pautas para minimizar conductas no deseadas <ul style="list-style-type: none"> - Consultar con el psicólogo del centro - No llegar al agotamiento - Capacidad de autocontrol del cuidador ▪ Técnicas de modificación de conducta (explicadas en el siguiente apartado) ▪ Problemas de conducta más frecuentes. <p>▪ Problemas de conducta más frecuentes: se especifican los diferentes problemas de conducta que frecuentemente pueden aparecer con la demencia, así como las principales pautas de actuación ante los mismos. También contiene ejercicios prácticos de cada problema comportamental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el cuadernillo los cuidadores tenían que registrar diariamente antecedentes, conductas problema, consecuentes, lugar, hora y técnica utilizada de cada manifestación conductual problemática. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de modificación de conducta <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas básicas - Técnicas para desarrollar y mantener conductas - Técnicas para reducir y eliminar conductas.
Módulo práctico			
<p>Se utilizan casos para entrenar las diferentes técnicas presentadas en el módulo teórico.</p> <p>Nº de sesiones: 40</p> <p>Duración: 3 horas cada sesión (total: 110 horas).</p>	<p>Hojas de registro</p>	<p>Aplicación de los contenidos teóricos del programa</p>	<p>Representación de papeles (<i>role play</i>), imitación y moldeamiento.</p>