

**DEPRESIÓN EN EL ANCIANO**  
**TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**  
**EN EL ANCIANO**  
**INTERVENCIONES NO**  
**FARMACOLÓGICAS EN LA**  
**DEMENCIA**  
**INTERVENCIÓN COGNITIVA Y**  
**SOCIAL**

**Formación Alcalá** no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Formación Alcalá tampoco asumirá responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico no mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Formación Alcalá a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de **NPunto** con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, sitio web: [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Protección de datos: Formación Alcalá declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.  
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. [info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)

## NPunto

**Editada en Alcalá la Real (Jaén) por Formación Alcalá.**

ISSN: 2603-9680

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: [info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)

NPunto es una revista científica con revisión que constituye un instrumento útil y necesario para los profesionales de la salud en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación) implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integra la revista NPunto: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Libros recomendados, comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas y noticias de interés para los profesionales de la salud.

Contactar

[info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)



Formación Alcalá S.L.  
C/ Leganitos 15-17 · Edificio El Coloso · 28013 Madrid  
CIF B23432933  
☎ 953 585 330

Publicación mensual.

NPunto se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud.

## CONSEJO EDITORIAL

### DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

### DIRECCIÓN EDITORIAL

D<sup>a</sup>. Esther López Palomino

### EDITORES

D<sup>a</sup>. María del Carmen Lineros Palomo

D. Juan Manuel Espínola Espigares

D. Juan Ramón Ledesma Sola

D<sup>a</sup>. Nuria García Enríquez

D. Raúl Martos García

D. Carlos Arámburu Iturbide (México)

D<sup>a</sup>. Marta Zamora Pasadas

D. Francisco Javier Muñoz Vela

### SECRETARIA DE REDACCIÓN

D<sup>a</sup> Eva Belén García Morales

## CONSEJO DE REDACCIÓN

### DISEÑO Y MAQUETACIÓN

D<sup>a</sup> Silvia Collado Ceballos

D. Adrián Álvarez Cañete

D<sup>a</sup>. Mercè Aicart Martínez

### CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D<sup>a</sup> Ana Belén Lorca Caba

### COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno

D. Juan Manuel Ortega Mesa

### REVISIÓN

D<sup>a</sup>. Inmaculada González Funes

D<sup>a</sup>. Andrea Melanie Milena Lucena

### PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Montes

D. José Jesús Cáliz Pulido



## EDITORIAL

La depresión en no pocas ocasiones, se genera en la fase inicial del Alzheimer, cuando la persona mayor comienza a ganar consciencia de su enfermedad y de las alteraciones que vivencia. Según dos estudios recientes realizados por Da Silva y por Qazi, Gutzmann & Gul, en esta enfermedad, la depresión tiene una prevalencia superior al 51% en muestras clínicas, y de 38% en muestras comunitarias.

A destacar que la depresión cuando asociada al deterioro cognitivo leve puede potenciar las pérdidas de memoria, y estas a su vez pueden estar asociadas con algunas dificultades de orientación, de aprendizaje, reconocimiento, entre otros aspectos, aunque la depresión en fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, en general, se presenta leve o moderada, y se atribuye a la percepción que el mayor tiene de los síntomas y limitaciones cognitivas que presenta debido al Alzheimer. Es relevante que los síntomas somáticos relacionados con la presencia de depresión en los mayores, tienen una especial importancia a la hora de efectuar un diagnóstico diferencial del estado de la enfermedad de Alzheimer, fundamentalmente porque estos síntomas en indicadores del estado depresivo, aumentan la dificultad para detectar el nivel real de afectación cognitiva provocada por el Alzheimer, así como a los cambios conductuales.

En este nuevo número aunamos trabajos sobre ambos temas tan prevalentes en nuestro medio. Por un lado, la depresión y su tratamiento farmacológico y no farmacológico, los modelos de atención y la tendencia al suicidio relacionada. Seguimos con un interesante trabajo de actualización sobre los tratamientos no farmacológicos relacionados con la demencia y el papel esencial que ejerce el cuidador. Finalmente, la aportación del que lleva por título *Intervención cognitiva y social con enfermos de Alzheimer y sus familiares* que complementa el tema anterior.

Un número otoñal que confiamos resulte, como así nos lo habéis hecho manifestar, al menos tan enriquecedor y práctico como los siete números anteriores de NPunto.

*Rafael Ceballos Atienza,*  
*Director **NPunto***



# 1. La depresión en el anciano

**José Antonio González Molejón**

Diplomado en Enfermería. Asturias

**María Valdés Álvarez**

Diplomada en Enfermería. Asturias

**Sandra Iglesias Ruisanchez**

Diplomada en Enfermería. Asturias

**Miguel Ángel García Álvarez**

Diplomado en Enfermería. Asturias

**Desirée González Bello**

Diplomada en Enfermería. Asturias

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante<sup>2</sup>. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida.

La elevada prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud, cada vez más apremiante si tenemos en cuenta que los estudios demográficos muestran un progresivo envejecimiento de la población en muchos países.

Aún cuando la depresión es el trastorno psiquiátrico más habitualmente encontrado en las personas mayores de 65 años, tanto por su frecuente presentación en la población anciana en general como en pacientes con demencia, no resulta fácil dar cifras reales sobre la magnitud del problema.

La OMS considera que la depresión en cualquiera de sus formas o variantes es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que, sin embargo, tiende a ser invisible, dado que los deprimidos disimulan y se retraen y los suicidas suelen ser ocultados.

El costo de la depresión en términos económico es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, oscila entre 1,2 y 9,4 por ciento. Si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que

no satisfacen criterios para depresión mayor la prevalencia aumenta a cifras que llegan hasta el 49%.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.

La OMS considera que la depresión en cualquiera de sus formas o variantes es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que, sin embargo, tiende a ser invisible, dado que los deprimidos disimulan y se retraen y los suicidas suelen ser ocultados.

En estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20%, aunque en Italia llega a ascender esta cifra hasta el 40%. En el caso por ejemplo de México, la prevalencia fue de 5,8% en las mujeres y de un 2,5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios evidencian que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto significa un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta un 25% a 40% en los pacientes hospitalizados. La incidencia de casos nuevos por año es de 15%.

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se considera relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.

El anciano institucionalizado es más vulnerable y por lo tanto más proclive a padecer depresiones. En las Residencias de ancianos la vida se hace rutinaria en muchos casos y además la prevalencia de enfermedades es más alta. Todo ello provoca monotonía, hastío, aburrimiento y desencadena, o descompensa, enfermedades depresivas. Los residentes que mantienen un buen estado del humor son los más válidos por sí mismos y los que mantienen unas relaciones mejores con su entorno social. Estos favorecen y explican la alta prevalencia de depresión (30-50%) en ancianos institucionalizados.

Al igual que con los otros grupos de edad, existen más mujeres mayores que hombres mayores que padecen depresión, pero los índices disminuyen entre las mujeres después de la menopausia. Las evidencias sugieren que la depresión en las mujeres posmenopáusicas (después de la menopausia) generalmente se produce en las mujeres que tienen antecedentes de depresión.

En el caso de los adultos mayores que padecen depresión por primera vez durante las últimas etapas de sus vidas otros factores, tales como los cambios en el cerebro o en el cuerpo, pueden estar en juego. Por ejemplo, los adultos mayores pueden sufrir de disminución del flujo sanguíneo, una condición llamada isquemia. Con el tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y pueden endurecerse e impedir que la sangre fluya normalmente a

los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Si esto sucede, un adulto mayor que no tiene antecedentes familiares o personales de depresión puede desarrollar lo que algunos médicos llaman "depresión vascular".

Aunque muchas personas asumen que las mayores tasas de suicidio son las de los jóvenes, en realidad la mayor tasa de suicidios en los Estados Unidos la tienen los hombres blancos mayores de 85 años o más. Muchos tienen una enfermedad depresiva de la que los médicos no son conscientes, a pesar de que muchas de estas víctimas de suicidio visitan a sus médicos durante el mes anterior a su muerte.

## SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ANCIANO

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza.

Además, la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está presente previamente en el anciano deprimido, lo que hace más difícil dicho reconocimiento, y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome. La posible patología somática asociada, los factores de riesgo vascular y el más frecuente consumo de fármacos son otros de los factores que contribuyen a que el síndrome depresivo en el anciano adquiera unas peculiaridades especiales que hay que tener en cuenta.

La primera es el reconocimiento casi unánime de la existencia de organicidad en la depresión de inicio tardío o muy tardío, cuadro clínico que se caracterizaría por su presentación en mayores de 75-80 años, generalmente sin antecedentes personales de cuadros depresivos previos, pero con una posible agregación familiar en edades tardías relacionada con la presentación de factores de riesgo vascular. En más del 90% de estos ancianos se encuentran lesiones isquémicas silentes en sustancia blanca cerebral que se ponen de manifiesto en las pruebas de neuroimagen, fundamentalmente en resonancia magnética nuclear (RMN); son señales de hiperintensidad en sustancia blanca y periventriculares: WMH (White Matter Hyperintensives) en su acrónimo anglosajón, de pujante actualidad. Otras lesiones estructurales subclínicas halladas son la atrofia cortical y central. Todos estos hallazgos soportan la hipótesis de riesgo de depresión vas-

cular en la edad avanzada, independiente de pérdidas psicosociales y no relacionado con mecanismos adaptativos. Los ancianos con factores de riesgo vascular deben considerarse como un especial grupo frágil de depresión y de ahí subrayar la necesidad de una monitorización estrecha, fundamentalmente por su asociación con deterioro cognitivo. Son cada vez más frecuentes las publicaciones en la literatura médica que apoyan la relación entre depresión y patología, tanto cardíaca como cerebrovascular, pero la causalidad entre ambas sigue sin aclararse. Las formas clínicas de presentación de la patología depresiva en el anciano se verán matizadas por todas estas circunstancias.

Lo que parece claro es que hay una alta incidencia de depresión en pacientes con HTA, con DM y con enfermedad coronaria. Ya se ha comentado también la alta incidencia de depresión en pacientes que han sufrido un ictus y el hallazgo frecuente de lesiones vasculares, en sustancia blanca y núcleos grises subcorticales, en ancianos que presentan clínica depresiva de aparición tardía, sin antecedentes de trastornos afectivos previos. En pacientes con antecedentes de depresión, se modificará el curso o la presentación, con episodios más frecuentes y persistentes. Otras características clínicas de la depresión vascular, además de la disfunción cognitiva de predominio frontal, incluirían la discapacidad física y el enlentecimiento motor, la apatía, la dificultad para la concentración, la escasa ideación depresiva, el insomnio y el riesgo aumentado de desarrollar un síndrome confusional agudo (SCA) como reacción adversa a determinados fármacos, fundamentalmente los de acción anticolinérgica. En el seguimiento de pacientes con depresión de inicio tardío, definido por la presencia de lesiones estructurales en el tejido cerebral (WMH), y sin franco deterioro cognitivo al inicio del cuadro, es frecuente observar que en muchas ocasiones estos ancianos acaben desarrollando una demencia.

El DSM-IV hace dos diferenciaciones más, según la depresión mayor se presente con síntomas melancólicos o con síntomas atípicos. Conviene aclarar que esta variante de depresión con síntomas atípicos no tiene la misma acepción que depresión "atípica" del anciano. Sin embargo, las características de la forma melancólica con un complejo sintomático referido a la esfera corporal o síntomas somáticos, no son raras en el anciano y se han relacionado tradicionalmente con endogenidad. Una de las principales razones para incluir esta especificación de los síntomas melancólicos en el DSM-IV es que ayuda a planificar el tratamiento, ya que normalmente tienen muy baja tasa de respuesta a cualquier terapéutica que no incluya tratamiento farmacológico.

### **Criterios DSM-IV de trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos**

- a. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:
  1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
  2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros, no sintiéndose mejor, ni siquiera temporalmente cuando ocurre algo bueno.

b. Tres o más de los siguientes síntomas:

- Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
- La depresión es habitualmente peor por la mañana.
- Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
- Enlentecimiento o agitación psicomotores.
- Anorexia significativa o pérdida de peso.
- Culpabilidad excesiva o inapropiada.

## FACTORES DE RIESGO

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

No hay salud sin salud mental. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico.

Al igual a lo descrito para la población general, los pacientes con mayor riesgo de desarrollar depresión son los de sexo femenino, aquellos con menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, los no casados ni emparejados, y aquellos que no cuentan con una red de apoyo social.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

### **Factores personales y sociales**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales.

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

### **Factores cognitivos**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

### **Factores familiares y genéticos**

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión

que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepressivo.

Los factores de riesgo (características que se asocian a la enfermedad y que aumentan la probabilidad de sufrirla) nos ayudan a prevenir o detectar una posible enfermedad. En el caso de la depresión en la vejez, los factores de riesgo son los siguientes:

1. *Difícil afrontamiento de acontecimientos.* Los cambios que antes mencionábamos pueden ser más difíciles de afrontar, con el peligro de sufrir una depresión si el estado de ánimo bajo se mantiene en el tiempo o si se padeció depresión en otra etapa de la vida.
2. *Personalidad.* Distintos factores de la personalidad pueden dificultar el afrontamiento de dichos cambios de la vejez. El pesimismo, la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración o el exceso de perfeccionismo predisponen a padecer depresión.
3. *Dependencia.* Las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia pero sin deterioro cognitivo, pueden presentar sentimientos de tristeza prolongada.
4. *Aislamiento.* En la vejez, sentirse solo y no contar con el suficiente apoyo social, puede repercutir negativamente en el estado de ánimo y ser un factor de riesgo de depresión.
5. *Problemas crónicos.* La depresión está asociada a otros problemas crónicos como el hipotiroidismo, el dolor crónico, enfermedades neurológicas, etc.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La depresión es un ejemplo de enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica. Dada la pluripatología de estos pacientes la depresión coexiste con otras enfermedades físicas. La principal causa de pérdida de peso en el anciano es la depresión.

Las pérdidas funcionales, las alteraciones cognitivas y la privación sensorial puede predisponer a la depresión.

*Síntomas comunes:* estado de ánimo triste, anergia, anhedonia, pérdida de interés por las cosas, pesimismo, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, síntomas somáticos y psicóticos, trastornos de conducta, del sueño, del apetito y sexuales.

## CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

1. Acentuación patológica de rasgos premórbidos
2. Escasa expresividad de la tristeza
3. Tendencia al retraimiento y aislamiento
4. Dificultad para reconocer los síntomas depresivos
5. Deterioro cognitivo frecuentemente asociado
6. Expresión en forma de quejas somáticas. Hipocondría
7. Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio
8. trastornos conductuales posibles. Irritabilidad.
9. Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
10. Enfermedad cerebrovascular frecuente
11. Presencia de polifarmacia

## DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

En el proceso diagnóstico de un anciano con síntomas de depresión debe incluir una buena historia clínica que incluya síntomas (actual, factores desencadenantes), antecedentes personales y familiares, consumo de sustancias/medicamentos, exploración física, exploración psicopatológica (alteraciones conductuales, del humor, del estado afectivo, de la percepción, del pensamiento, autoestima, sentimientos de culpa), exploración cognoscitiva (conciencia, memoria, atención, capacidad de abstracción), pruebas complementarias: analítica (hemograma, iones, glucosa, hormonas tiroideas, transaminasas, déficit vitamínico) y psicométricas.

Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, entre otras, la escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS) y en pacientes ancianos con demencia la escala de Cornell.

Los criterios de clasificación más utilizados de los trastornos psiquiátricos (CIE-10 y DSM-IV), no incluyen los criterios diagnósticos que se apliquen de forma específica a la depresión en el anciano.

Aunque los síntomas fundamentales del síndrome depresivo son iguales en el adulto joven y en el anciano, la depresión tardía tiene ciertas particularidades.

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de "trastornos del estado de ánimo" en "trastornos depresivos" y "trastornos bipolares". El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o dismi-



DSM-IV	Formas de presentación más frecuentes en el anciano
<p>(Cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de la capacidad para el placer).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi cada día</li> <li>2. Pérdida del interés o de la capacidad para el placer</li> <li>3. Pérdida o aumento de peso</li> <li>4. Insomnio o hipersomnias cada día</li> <li>5. Agitación o enlentecimiento motor casi cada día</li> <li>6. Agitación o pérdida de energía</li> <li>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse</li> <li>9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio</li> </ol>	<p>Los siguientes síntomas pueden presentarse en el anciano con una frecuencia mayor, llegando a dominar el cuadro.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deterioro cognitivo</li> <li>2. Trastornos de conducta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Agitación/retardo psicomotriz</li> </ul> </li> <li>3. Síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones</li> <li>4. Abuso de alcohol u otras sustancias</li> <li>5. Trastornos del comportamiento</li> <li>6. Síntomas somáticos: dolor, fatiga, cefalea...</li> <li>7. Pérdida de iniciativa y de la capacidad de resolver problemas</li> <li>8. Deterioro del cuidado personal</li> <li>9. Culpa, obsesiones, compulsiones u otros síntomas neuróticos.</li> <li>10. Acentuación de rasgos de personalidad</li> </ol>

nación del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

### **Crterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5**

*Crterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.*

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5.

Del resto de los *crterios* que conforman el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, los principales cambios son:

- Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.
- Se introduce el especificador "con características mixtas" que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas maníacos/hipomaniacos de un listado de 7. No obstante, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente.
- Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, en este caso la presencia de al menos 2 síntomas de ansiedad de un listado de 5 hacen a la persona tributaria del especificador "con ansiedad".
- Se cambia la especificación "de inicio en el postparto" por la de "con inicio en el periparto" ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del postparto contempladas anteriormente.
- Se traslada la especificación de "crónico" del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor



	Depresión	Demencia
Hª y curso evolutivo	1. Inicio definido 2. Evolución rápida, corta 3. Antecedentes de depresión 4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo 5. Poco esfuerzo en responder	1. Inicio insidioso 2. Evolución lenta y larga (años) 3. No antecedentes previos 4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad 5. Se esfuerza en responder
Cuadro clínico	6. Síntomas afectivos presentes 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Mejoría vespertina 9. Respuestas displicentes en la prueba 10. Patrón de déficit incongruente	6. Afecto plano, apatía 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Empeoramiento vespertino y nocturno 9. Respuestas intentando disimular el déficit
Exploración	11. Lagunas de memoria específicas	11. No hay lagunas específicas

crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración.

La valoración del riesgo de suicidio es fundamental en la evaluación de la depresión en el anciano. Entre el 60-90% de las personas >75 años que se suicidan tienen diagnóstico de depresión. La tasa de suicidio en el anciano dobla la de adultos jóvenes.

### FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL PACIENTE ANCIANO CON DEPRESIÓN

1. Sexo masculino
2. Edad avanzada
3. Raza blanca
4. Historia de intentos previos
5. Viudedad reciente
6. Presencia de planes o actuaciones concretas (modificación de testamentos)
7. Consumo abusivo de alcohol u otras sustancias
8. Enfermedades somáticas crónicas y discapacitantes, especialmente si existe dolor
9. Rasgos anómalos de personalidad (impulsividad, introversión)
10. Soporte social deficiente (soledad)
11. Presencia de síntomas: insomnio marcado, agitación psicomotriz, ideación delirante, desesperanza...
12. Limitación funcional

Existen 4 causas principales que contribuyen a la dificultad del diagnóstico en el anciano:

#### 1. Comorbilidad con enfermedades somáticas

- La depresión en el anciano se produce con frecuencia en el contexto de enfermedades somáticas, que en ocasiones las precede y en otras, es consecuencia.

- Enfermedades asociadas a la depresión: accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad coronaria, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson (mir), Diabetes mellitus, otras.

- Síntomas que orientan hacia depresión: antecedentes depresivos, predominio de síntomas emocionales y cognitivos frente a la sintomatología física, llanto espontáneo, predominio matutino, falta de respuesta de los síntomas físicos al tratamiento médico.

#### 2. Deterioro cognitivo

- Los pacientes con demencia desarrollan depresión con más frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son más frecuentes entre los pacientes afectados de demencia.
- La depresión aumenta en relación a la severidad de la demencia hasta un estadio GDS IV, disminuyendo a partir de este. La depresión es uno de los trastornos de conducta en las demencias que más sobrecarga produce en el cuidador.

#### 3. Factores estresantes

- En los ancianos los más frecuentes son la pérdida del trabajo, la seguridad económica, la casa, la autonomía personal, la salud propia/adyegados.
- La pérdida del cónyuge es muy frecuente y puede dar lugar a un cuadro depresivo. Se considera duelo normal si la duración no sobrepasa de los dos meses.

#### 4. Síntomas de ansiedad intensos

- La depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, ambos comparten numerosos síntomas. Es importante diferenciarlos ya que el pronóstico y el tratamiento son diferentes.
- Diferencias entre la depresión con ansiedad comórbida y los trastornos de ansiedad solos.

	Depresión con ansiedad	T de ansiedad
Inicio de los síntomas ansiosos	Tardíos en el tiempo	Precoz
Empeoramiento	Matutinos	Por la tarde
Sueño	Despertar temprano	Dificultad para conciliar
Ansiedad	Acerca del pasado	Acerca del futuro
Gravedad	Importante, riesgo de suicidio	No incapacitante, bajo R de suicidio

## TRATAMIENTO

### Farmacológico

A la hora de prescribir medicación en el anciano hay que tener en cuenta: las modificaciones del envejecimiento en el organismo (alteraciones de la FK y FD de los fármacos), pluripatología, polifarmacia y la naturaleza de la enfermedad psiquiátrica en sí.

El objetivo debe ser la remisión de la sintomatología y no sólo la mejoría.

#### Recomendaciones particulares para el anciano en el uso de antidepresivos

- El tiempo de inicio de efecto depresivo puede ser más largo que en el adulto joven.
- La etapa de mantenimiento será doble que en el adulto joven, al menos 1 año.
- Evitar fármacos con capacidad anticolinérgica (el tricíclicos), por la fragilidad cognitiva del anciano.

#### 1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

- Bloqueo selectivo de la recaptación en neuronas presinápticas.
- De primera elección en la depresión del anciano por su menor toxicidad cardiológico y cognitiva y mayor seguridad en caso de sobredosis.
- Los más usados: fluoxetina (mir), sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram.
- Efectos secundarios
  - » No son cardiotóxicos (mir).
  - » Gastrointestinales: los más frecuentes.
  - » Inquietud, ansiedad, insomnio, raramente acatisia (mir).
  - » Sdr serotoninérgico (grave aunque poco frecuente).

#### 2. Inhibidores de la recaptación de aminas "heterocíclicos"

- Inhibidores de la recaptación presináptica de las monoaminas (mir): serotonina, noradrenalina y dopamina.
- De primera elección en: fase depresiva de psicosis maníaca-depresiva, cuadros depresivos no psicóticos, neurosis obsesiva (mir).

- Los antidepresivos tricíclicos (ADT): imipramina (mir), amitriptilina (mir), nortriptilina (mir) clomipramina.
- Los tetracíclicos: mianserina, trazodona, bupropión...
- Efectos secundarios importantes en el anciano.
  - » Anticolinérgicos : confusión, trastorno de memoria, estreñimiento (mir), retención aguda de orina.
  - » Cardiovasculares: hipotensión postural (mir), taquicardia (mir), alteración de la conducción, prolongación del intervalo PR, QRS y QT, alteraciones del segmento ST, aplanamiento de la onda T y U (mir).
  - » Otros: disminución del umbral convulsivo (mir), sedación, temblor fino, aumento de peso y apetito, trastornos gastrointestinales como náuseas y vómitos (mir).
- Contraindicados en: glaucoma de ángulo cerrado (mir), hipertrofia de próstata (mir), IAM reciente, evitar sustancias con potencia anticolinérgica: antihistamínico y antiparkinsonianos (mir), evitar en ancianos (mir), evitar sustancias depresoras del SNC como alcohol (mir) y evitar antihipertensivos centrales como: metildopa (mir).

#### 3. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IAMOs) y RIMA

- Inhiben la MAO de forma irreversible y no selectiva
- Las más usadas: tancipromina (mir), fenelcina, selegilina
- Antes de iniciar tratamiento con IMAOs debe pasar 7-14 días libres de tricíclicos e intervalos mayores para los ISRS (fluoxetina).
- Efectos secundarios:
  - » Crisis adrenérgicas, si se ingieren alimentos ricos en tiramina (quesos fermentados, patés, cerveza, embutidos, chocolate, huevos), dopa u otra amina vasopresora, ya que las MAOs intestinales y hepáticas están inactivadas. (mir)
  - » Hipotensión ortostática, aumento de peso, insomnio, hepatotoxicidad
- Contraindicados en caso de: hepatopatías severas, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad hipertensiva complicada.
- Los RIMA (moclobemida) son inhibidores selectivos solo de la MAO-A y reversibles.

#### 4. Nuevos antidepressivos

- Venlafaxina: es un ISRN (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y adrenalina), importante eficacia antidepressiva y altas tasas de remisión
- Mirtazapina: antidepressivo dual con acción en sistema noradrenérgico y serotoninérgico.

#### 5. Terapia electroconvulsiva

- La indicación principal es la depresión, de elección en depresiones endógenas resistentes al tratamiento farmacológico y en depresiones mayores graves (mir).
- Efectos secundarios: lo más frecuente es la amnesia lacunar del episodio, los más graves son los cardiovasculares pej: arritmias, en pacientes con deterioro cognitivo previo o uso de benzodiazepinas, tricíclicos o litio puede aparecer confusión.

#### 7. Litio

- Dosis terapéuticas: 0,6-15 mEq/l, dosis óptimas 0,8-1,2 meq/l (mir).
- En ancianos por lo general no se precisan dosis >900mg/día (mir). Deben hacerse controles semanales durante el primer mes, mensuales durante 6 meses, y luego trimestrales (mir).
- Antes del inicio del tto debe hacerse un examen médico completo: exploración física y cardiológico, ECG, análisis de orina, medición de creatinina, glucemia, hormonas tiroideas. La analítica se repite anualmente (mir).

### ACTIVIDAD Y EJERCICIO

El ejercicio con regularidad probablemente ayuda a disminuir la depresión de varias maneras, que incluyen:

- La liberación de sustancias químicas en el cerebro que ayudan a sentirse bien que pueden disminuir la depresión (neurotransmisores, endorfinas y endocannabinoides).
- La reducción de sustancias químicas en el sistema inmunológico que pueden empeorar la depresión.
- El incremento de la temperatura corporal, que puede tener efectos calmantes.

Ejercitarse con regularidad también tiene muchos beneficios emocionales y psicológicos. Puede ayudarte a:

- *Ganar confianza.* Cumplir objetivos de ejercicio o desafíos, incluso los pequeños, pueden reforzar la confianza en ti mismo. Estar en forma también puede hacerte sentir mejor sobre tu apariencia.
- *Quítate las preocupaciones.* El ejercicio es una distracción que puede conseguir que te alejes del ciclo de pensamientos negativos que alimenta la ansiedad y la depresión.
- *Obtén más interacción social.* El ejercicio y la actividad física pueden darte la oportunidad de socializar o conocer a otras personas. Simplemente con intercambiar una sonrisa amable o saludar mientras caminas alrededor de tu vecindario puede ayudar a tu estado de ánimo.

- *Afronta de una manera saludable.* Hacer algo positivo para controlar la ansiedad o la depresión es una estrategia saludable de afrontamiento. Tratar de sentirse mejor al beber alcohol, insistir en qué tan mal te sientes o esperar que la ansiedad o la depresión desaparezcan por sí mismas puede llevar a que los síntomas empeoren.

### TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Aunque existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, de modo genérico podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodinámica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de *características comunes*:

- Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado (con experiencia en TF).
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora.

### PSICOTERAPIA

Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con depresión.

Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición. Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y



terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

En los casos en que ni los medicamentos y/ni la psicoterapia ayudan a aliviar una depresión resistente al tratamiento, puede ser útil la terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva, antes conocida como "terapia de choque", solía tener una mala reputación. Pero esta ha mejorado notablemente en los últimos años y puede ofrecer alivio a personas con depresión grave que no han podido sentir ninguna mejoría con otros tratamientos.

Antes de administrar la terapia electroconvulsiva, al paciente se le administra un relajante muscular y se le anestesia brevemente. El paciente no es consciente del pulso eléctrico que se aplica en la terapia electroconvulsiva. Típicamente, al paciente se le somete a terapia electroconvulsiva varias veces a la semana y a menudo es necesario que tome un medicamento antidepresivo o estabilizador del ánimo para complementar los tratamientos con terapia electroconvulsiva y prevenir una recaída. Aunque algunos pacientes únicamente necesitan unas pocas aplicaciones de terapia electroconvulsiva, otros pueden necesitar terapia electroconvulsiva de mantenimiento, al principio, usualmente una vez a la semana y luego cada vez menos hasta llegar a tratamientos mensuales de hasta un año.

La terapia electroconvulsiva puede ocasionar algunos efectos secundarios de corto plazo, incluyendo confusión, desorientación, y pérdida de memoria. Pero, por lo general, estos efectos secundarios desaparecen pronto después del tratamiento. Investigaciones han indicado que al cabo de un año de tratamiento con terapia electroconvulsiva, los pacientes no presentan efectos cognitivos adversos.

## OTROS TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN

Si el tratamiento estándar de la depresión no ha sido eficaz, el psiquiatra puede considerar si usted podría beneficiarse de un procedimiento más comúnmente utilizados, tales como:

- *Estimulación del nervio vago.* Este tratamiento utiliza impulsos eléctricos con un generador de impulsos implantado quirúrgicamente para afectar el estado de ánimo de los centros del cerebro. Esto puede ser una opción si usted tiene depresión crónica resistente al tratamiento.
- *Estimulación magnética transcraneal.* Estos tratamientos utilizan campos magnéticos de gran alcance para alterar la actividad cerebral. Una gran bobina electromagnética se mantiene contra su cuero cabelludo cerca de su frente para producir una corriente eléctrica en el cerebro. La estimulación magnética transcraneal puede ser una opción para aquellos que no han respondido a los antidepresivos.

## PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Es difícil y complejo hablar de prevención de la depresión en la persona adulta mayor, ya que dependerá en mucho de

los factores involucrados en su génesis y perpetuación por lo tanto, las acciones encaminadas a su prevención tanto primaria como secundaria incluyen desde la presencia de una red de apoyo adecuada para los mayores de 60 años hasta la vigilancia y control farmacológico del padecimiento tanto por el médico de primer nivel de atención como por el especialista.

El pertenecer a grupos sociales y participar en actividades agradables, constructivas y que integran a la persona adulta mayor a estos grupos permite que aumente su capital social y disminuye la posibilidad de que la persona sufra de un episodio depresivo. Los "motivos de vida" son importantes para evitar la depresión e incluso como parte esencial para la mejora de los pacientes deprimidos, por lo que el tener una buena relación con sus familiares en mucho ayuda, tanto a evitar la depresión como a mejorar de un episodio depresivo establecido.

El control de los padecimientos crónico-degenerativos como diabetes, artritis reumatoide, osteoartritis, insuficiencia cardíaca, lumbalgia crónica, enfermedad de Parkinson, etc., comunes en la etapa de la vejez es indispensable para evitar que se presente depresión en estos pacientes, si bien es cierto que el tener un padecimiento crónico-degenerativo no es sinónimo de depresión.

La prevención de recaídas y reincidencias forma parte del abordaje general de este padecimiento por lo que en la prevención secundaria se debe tomar en cuenta que la vigilancia del tratamiento es indispensable, con la finalidad de:

- Evitar o disminuir la frecuencia de los episodios depresivos.
- Disminuir la duración de los mismos.
- Disminuir su intensidad.

También hay que hacer notar que la prevención del suicidio también es una perspectiva que siempre debe ser contemplada en la evolución de los pacientes con depresión donde el tratamiento del padecimiento es una línea de prevención básica.

La prevención de la depresión en el mayor puede realizarse a diferentes niveles:

- *Prevención primaria:* La presencia de una autoeficacia significativa desarrollada por los mayores, junto con una disminución del riesgo de DPI controlando los factores de riesgo cardiovascular, el uso de los fármacos antidepresivos en presencia de comorbilidad y el fomento de actividades informativas sobre las opciones terapéuticas actuales.
- *Prevención secundaria:* Disminuyendo el riesgo de recurrencia y recaída mediante el tratamiento prolongado con fármacos antidepresivos y la psicoterapia, solos o en combinación.
- *Prevención terciaria:* Dirigida al manejo clínico amplio de los síntomas con el objetivo de reducir la ideación suicida.

## ESCALAS DE VALORACIÓN EN EL ANCIANO DEPRESIVO

El diagnóstico de depresión es eminentemente clínico; se puede realizar a través de la entrevista, insistiendo en acontecimientos vitales desencadenantes, y la observación de detalles, como la forma de caminar, actitud, aspecto, aseo y tono de voz del anciano. Los criterios DSM-IV se desarrollaron utilizando sujetos jóvenes y no siempre son aplicables a personas mayores. Es más frecuente la presentación en el anciano con síntomas somáticos, como pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad o deterioro en la capacidad funcional en lugar de humor triste y astenia.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cual de los ítems refleja mejor su estado.

## ESCALAS DE VALORACIÓN

### 1. Escala de depresión geriátrica-Test de Yesavage

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Existen dos versiones:

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo

plazo. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínicas. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84, p < 0.001$ ) (Sheikh & Yesavage, 1986).

El GDS no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio.

La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El GDS puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio.

*Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida).*

		Sí	No
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa sin salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total \_\_\_\_\_

*Interpretación:* 0 a 5 normal

6 a 9: depresión leve

> 10: depresión establecida

Adaptado de Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version*. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.

*Escala de Hamilton para la depresión (validada por Ramos-Brieva y cols).*

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabras y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta

### LA ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS))

Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida

con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.



La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de “muy recomendada” según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23.

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

**ESCALA DE GOLDBERG**

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6.

*Escala de ansiedad y depresión de Goldberg*

Subescala de depresión	Sí	No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Subtotal</b> (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>Total depresión</b>		

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO**

La enfermería, como responsable de la estructuración del conocimiento de las respuestas humanas a los problemas de salud, tiene como objetivo proporcionar a cada uno las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. La enfermera para describir y desarrollar un plan de cuidados basado científicamente, y con confianza, utiliza la identificación de diagnósticos de enfermería.

El deterioro cognoscitivo conlleva a la dependencia funcional, situación que representa un desafío para los profesionales de enfermería; quienes buscan estrategias educativas y de tratamiento para ayudar a las familias y a los adultos mayores, para que sean participantes activos de la sociedad.

El diagnóstico de enfermería es una forma de expresar las necesidades de cuidados que son identificadas en los ancianos que cuidamos, o sea, es el juicio clínico de la enfermera sobre la necesidad de una intervención de enfermería.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

**1. Diagnóstico: Baja autoestima situacional**

*Resultados*

- Autoestima.
- Verbalización de autoaceptación.
- Aceptación de las propias limitaciones.
- Sentimientos sobre su propia persona.

*Intervenciones*

- Potenciación de la autoestima.
- Reestructuración cognitiva.

*Actividades*

- Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía.
- Animar al/a la paciente a identificar sus virtudes.
- Mostrar confianza en la capacidad del/de la paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Recompensar o alabar el progreso del/de la paciente en la consecución de objetivos.
- Ayudar al/a la paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales inducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) realistas.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Ayudar al/a la paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
- Ayudar al/a la paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés.

## 2. Diagnóstico: Ansiedad

### Resultados

- Autocontrol de la ansiedad.
- Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- Refiere dormir de forma adecuada.
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

### Intervenciones

- Disminución de la ansiedad.
- Técnica de relajación.

### Actividades

- Escuchar con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al/a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Sentarse y hablar con el/la paciente.
- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.
- Reafirmar al/a la paciente en su seguridad personal.
- Instruir al/a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

## 3. Diagnóstico: Incumplimiento del tratamiento

### Resultados

- Conducta de cumplimiento.
- Confianza en el/la profesional sanitario sobre la información obtenida.
- Comunica seguir la pauta prescrita.
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- Cumple el régimen terapéutico recomendado.
- Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.

### Intervenciones

- Acuerdo con el/la paciente.
- Enseñanza: proceso de la enfermedad.

### Actividades

- Determinar con el/la paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al/a la paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de objetivos.
- Ayudar al/a la paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Instruir al/a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.

## CONCLUSIONES

Una adecuada prevención al igual que una precoz identificación de aquellos factores que provocan o colaboran en la presencia de la enfermedad de la depresión cobra importancia en nuestra sociedad

Resulta de gran interés conocer un adecuado tratamiento de la enfermedad. Aportar los conocimientos necesarios sobre la enfermedad y la técnica adecuada a nuestros profesionales contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente así como reducir los riesgos.

Sería muy importante desarrollar programas de vigilancia para conocer el verdadero alcance en la población de la depresión en general así como en hospitales y centros de cuidados de ancianos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abbasi O, Burke WJ. Depression. In: Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E, eds. Ham's Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014: chap 18.
2. Fox C, Hameed Y, Maidment I, Laidlaw K, Hilton A, Kishita N. Mental illness in older adults. In: Fillit HM, Rockwood K, Young J, eds. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 56.

3. Cortajarena García MC, Ron Martin S, Miranda Vicario E, Ruiz de Vergara Eguino A, Azpiazu Gomez PJ, Lopez Aldana J. Semergen. 2016 Oct; 42(7): 458-463. doi: 10.1016/j.semerg.2015.07.015. Epub 2015 Sep 28. Review. Spanish.
4. Bianchi M, Flesch LD, Alves EV, Batistoni SS, Neri AL. Rev Lat Am Enfermagem. 2016 Nov 28; 24: e2835. doi: 10.1590/1518-8345.1379.2835. English, Portuguese, Spanish.
5. Sebastián Carrasco Muñiz. Hygia de enfermería: revista científica del colegio, ISSN 1576-3056, Nº. 78, 2011: 62-66.
6. Laura Sans Guerrero, Elvira Gázquez Fernández, Miguel Vázquez de Agredos Núñez de Arenas
7. Taylor WD. Depression in the Elderly. N Engl J Med 2014; 371: 1228-36.
8. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto J, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor, una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. An International Journal. 2012, 14(1): 5-13.
9. Bolaños Sánchez, Milena; Helo Guzman, Faridy. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2015 Vol 5 No IV.
10. Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. & Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica, 12(1): 81-94.
11. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, Bautisa N. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dec; 45 Suppl 1:58-67. doi: 10.1016/j.rcp.2016.04.009. Epub 2016 Jun 30. Spanish.
12. Robinson-Whelen S Taylor HB Hughes RB Nosek MA. Depressive symptoms in women with physical disabilities: identifying correlates to inform practice Arch Phys Med Rehabil. 2013 Dec; 94(12): 2410-2416.
13. M. E. Portilla Franco, P. Gregorio Gil. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, ISSN 0304-5412, Serie 11, Nº. 62, 2014 (Ejemplar dedicado a: Enfermedades geriátricas): 3714-3719.
14. Medina Robles Maria Isabel, Godoy Pasto Cándida, Carreño Gómez Ana María. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor / coord. por José Jesús Gázquez Linares, Vol. 1, 2015, ISBN 978-84-608-2405-3: 209-214.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
16. Depresión: tratamiento en pacientes muy ancianos. Panorama actual del medicamento, ISSN 0210-1394, Vol. 29, Nº 280, 2005, págs. 114-114.
17. S. Fuentes Cuenca y E. Mérida Casado. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. Medicine. 2011; 10(86): 5851-4.
18. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2016; 315(4):380-387. PMID: 26813211 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211.
19. Salud y cuidados en el envejecimiento / coord. por José Jesús Gázquez Linares, Vol. 2, 2015, ISBN 978-84-606-8851-8, págs. 281-285.
20. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Informe Nº. avalía-t 2006/06.
21. Calle, G., & Vedado, M. P. D. L. R. Título: "Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva".

+ *Publicación Tesina*  
(Incluido en el precio)



995 €  
ONLINE

500 HORAS  
20 ECTS

## Experto universitario en nefrología, diálisis y trasplante

Edición: 58ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 200 Preguntas tipo test, 22 Supuestos  
y Tesina de investigación



## 2. Tratamiento de la depresión en el anciano

**Carolina Hidalgo Pulpeiro**

Terapeuta Ocupacional. Asturias

**Noelia Agudín Barrero**

Terapeuta Ocupacional. Madrid

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia para hacer frente a las exigencias de la vida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En mayor o en menor medida, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático por lo que podría hablarse de una afectación psíquica y física a nivel global, con especial énfasis en la esfera afectiva.

Las personas con depresión presentan enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos psicomotores (cognición, afecto y comportamiento), afectación en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, afecto y autocuidado), alteraciones en el lenguaje y en la sexualidad, afectación en el curso del pensamiento, deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) y quejas somáticas inespecíficas. Por lo general es episódica, recidivante o crónica. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. Su complicación y desenlace más grave es el suicidio, el cual es más prevalente en este grupo de edad.

La depresión también puede concurrir con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas y con el abuso de alcohol y otras sustancias. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares.<sup>4,8</sup>

### CAUSAS DEL INFRADIAGNÓSTICO EN LA DEPRESIÓN

En numerosas ocasiones la depresión en el anciano no se detecta porque se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no como una patología.

En la siguiente tabla se exponen las diferentes causas del infradiagnóstico en la depresión.

#### Causas del infradiagnóstico en la depresión

##### Relativas al paciente

- Dificultad para aceptar las manifestaciones somáticas como enfermedad mental
- Considerar cualquier forma de tristeza como algo normal
- Autocensura y pasividad
- Prejuicios sociales para la enfermedad mental
- Priorización de las demandas físicas
- Subestimación de la posible gravedad de la depresión

##### Relativas a los profesionales sanitarios

- Carencias en la formación médica e inadecuado desarrollo de competencias
- Inseguridad para moverse en el terreno psíquico
- Nihilismo frente a problemas emocionales
- No considerar la depresión como una enfermedad real
- Priorizar demandas y problemas orgánicos
- No dedicar en consulta el tiempo que precisa atender la salud mental

##### Relativas al sistema sanitario

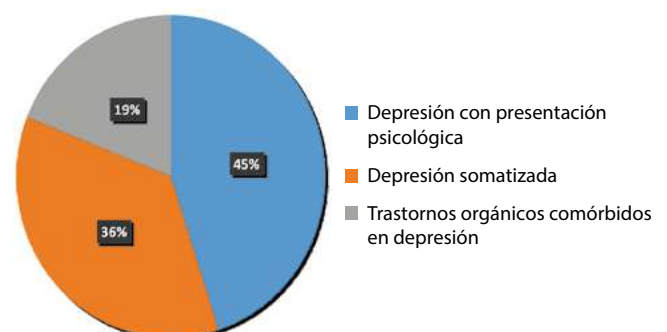
- Agendas limitadas de tiempo para evaluar y atender los estados afectivos
- Importante presión asistencial en las consultas
- Entorno poco adecuado
- Enfoque biomédico de la asistencia sanitaria
- No considerar la depresión como objeto de cronicidad
- Dificultades para acceder a la psicoterapia
- Poca agilidad en la coordinación con otros niveles asistenciales

##### Relativas a la propia enfermedad

- Los trastornos afectivos llegan a Atención Primaria con manifestaciones inespecíficas
- La forma más frecuente es la depresión somatizada

Para evitar el infradiagnóstico es preciso pensar en la enfermedad y evaluar de forma global al paciente (biológica, psicológica y socialmente), con el apoyo de escalas diagnósticas, con el establecimiento de correctos diagnósticos diferenciales con enfermedades mentales y orgánicas, así como llevar un estrecho seguimiento de la evolución clínica y del tratamiento del paciente.

Los síntomas somáticos son un motivo frecuente en las consultas de Atención Primaria y conviene considerar la alta asociación con la que se presenta junto a infradiagnósticos de depresión.<sup>21</sup>



## DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD

Los problemas de salud más citados en pacientes deprimidos son las artropatías, la diabetes, la ansiedad, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, y las respiratorias.

### Ansiedad

Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez. En estas edades se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud, tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, conllevan la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa, se manifiesta tensión motora, hiperactividad, expectación aprensiva, actitud hipervigilante, insomnio de conciliación y sueños angustiosos; esta sintomatología se relaciona fundamentalmente con las respuestas adaptativas a las pérdidas afectivas (cónyuge, amigos, familiares) de roles, de estatus, de apoyo, de autoestima y de objetos, así como a temores (a las enfermedades, a la invalidez, a la muerte), al afrontamiento, a la frustración, al sentimiento de ser marginado. La ansiedad en el anciano crea problemas a la familia y a quienes lo cuidan.<sup>17</sup>

### Artropatías

Las artropatías cursan con inflamación, dolor, pérdida de movimiento articular y deformidad produciendo discapacidad y pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria lo que puede conducir a que el anciano entre en depresión.<sup>18</sup>

### Enfermedad cardiovascular

Los pacientes con depresión presentan un incremento entre 2 y 4 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad cardiovascular y mortalidad tras un evento cardíaco isquémico agudo. Los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar arritmias tanto en forma de extrasístole ventricular como de fibrilación ventricular.

La hipertensión arterial (HTA) es más prevalente en pacientes con depresión y ansiedad que en población general. En estos pacientes, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores receptación serotoninérgico y noradrenérgicos pueden incrementar la presión arterial sistólica y, en consecuencia, deben ser evitados.<sup>12</sup>

### Diabetes mellitus

La prevalencia de depresión es dos veces superior en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la ansiedad se presenta hasta en el 40% de estos pacientes. La presencia de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos empeora el pronóstico, incrementa el riesgo de abandono de tratamientos, disminuye la calidad de vida e incrementa la mortalidad. Por otro lado la depresión incrementa el riesgo de desarrollar diabetes en un 60%.<sup>12</sup>

## Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Los pacientes con EPOC pueden presentar una depresión clínicamente significativa asociada a una peor calidad de vida, reducción de la capacidad de ejercicio y mayor disnea.

La depresión en pacientes con EPOC clínicamente se caracteriza por sentimientos de soledad y pesimismo, anorexia, insomnio, letargia, dificultad en la capacidad de concentración, deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria, baja autoestima y dificultad en el manejo de las reagudizaciones de su patología respiratoria.<sup>12</sup>

## TRATAMIENTO

En el tratamiento de la depresión en el anciano intervienen las terapias biológicas, fundamentalmente los antidepresivos (terapia farmacológica), las terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y las diversas formas de psicoterapia (terapias no farmacológicas).

## FARMACOLÓGICO

En la actualidad existen gran número de antidepresivos que pueden clasificarse en función de su perfil bioquímico.<sup>16</sup>

### Antidepresivos tetracíclicos (ADTC)

#### Mianserina

- *Mecanismo de acción:* bloquea alfa adrenorreceptores periféricos incrementando el recambio de noradrenalina en el cerebro. Posee ligera actividad sedante, antihistamínica H1 y escasa anticolinérgica.
- *Indicaciones terapéuticas:* mejora de síntomas de depresión en aquellos casos de enfermedad depresiva en los que la terapéutica farmacológica está indicada.
- *Reacciones adversas:* discrasias sanguíneas, convulsiones, hipomanía, hipotensión, trastornos de función hepática, artralgia y edema. En los primeros días de tratamiento puede aparecer somnolencia.

#### Maprotilina

- *Mecanismo de acción:* inhibe de manera potente y selectiva la recaptación de noradrenalina.
- *Indicaciones terapéuticas:* depresión endógena, depresión psicógena, depresión somatógena, depresión enmascarada, depresión acompañada de ansiedad, depresión y distimias depresivas en niños, adolescentes y ancianos.
- *Reacciones adversas:* aturdimiento, cefaleas, vértigo, fatiga pasajera, sedación diurna, somnolencia, sequedad de boca, erupción, urticaria, náuseas, vómitos, hipotensión postural, taquicardia, arritmias cardíacas, sudoración, aumento de peso.

## **Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)**

### *Fluvoxamina*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina por las neuronas cerebrales. La interferencia es mínima con procesos noradrenérgicos. Presenta baja afinidad por receptores alfa-adrenérgicos,  $\beta$ -adrenérgicos, histaminérgicos, colinérgicos muscarínicos, dopaminérgicos y serotoninérgicos.
- **Indicaciones terapéuticas:** depresión, trastorno obsesivo compulsivo.
- **Reacciones adversas:** anorexia; agitación, nerviosismo, ansiedad, insomnio, somnolencia, temblores, dolor de cabeza, vértigo; palpitaciones/ taquicardia; dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, boca seca, dispepsia, náuseas, vómitos; hiperhidrosis, sudoración; astenia, malestar.

### *Fluoxetina*

- **Mecanismo de acción:** inhibe selectivamente la recaptación de serotonina por neuronas del SNC.
- **Indicaciones terapéuticas y posología:** episodios depresivos mayores, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa, episodios depresivos de moderados a graves, si no hay respuesta a la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones.
- **Reacciones adversas:** disminución del apetito; insomnio, ansiedad, nerviosismo, inquietud, tensión, disminución de la libido, trastornos del sueño, sueños anormales; alteración de la atención, mareos, disgeusia, letargo, somnolencia, temblor; visión borrosa; palpitaciones; rubor; bostezos; vómitos, dispepsia, sequedad de boca; erupción, urticaria, prurito, hiperhidrosis; artralgia; orinar con frecuencia; hemorragia ginecológica, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación; sensación de nerviosismo, escalofríos; disminución del peso.

### *Paroxetina*

- **Mecanismo de acción:** inhibe específicamente la recaptación de 5-hidroxitriptamina por las neuronas cerebrales.
- **Indicaciones terapéuticas:** episodio depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia con y sin agorafobia, trastorno de ansiedad social/fobia social, trastorno por estrés postraumático.
- **Reacciones adversas:** aumento de los niveles de colesterol, disminución del apetito; somnolencia, insomnio, agitación, agresividad, sueños anormales; disminución de la concentración, mareos, temblores, cefalea, concentración alterada; visión borrosa; bostezos; náuseas, estreñimiento, diarrea, vómitos, sequedad de boca; sudoración; disfunción sexual; astenia, ganancia de peso. En ensayos clínicos de corta duración realizados en niños y adolescentes se observó aumento de comportamientos suicidas, comportamientos autolesivos y aumento de la hostilidad.

### *Sertralina*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no potencia la actividad catecolaminérgica. No presenta afinidad por receptores muscarínicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos, GABAérgicos o benzodiazepínicos.
- **Indicaciones terapéuticas:** episodios depresivos mayores. Prevención de reaparición de episodios depresivos mayores, trastorno de angustia, con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social y trastorno por estrés postraumático.
- **Reacciones adversas:** faringitis, anorexia, aumento del apetito, insomnio, depresión, despersonalización, pesadillas, ansiedad, agitación, nerviosismo, libido disminuida, bruxismo, mareo, somnolencia, cefalea, parestesia, temblor, hipertensión, disgeusia, alteración de la atención, alteraciones visuales, acúfenos, palpitaciones, sofoco, bostezos, diarrea, náusea, boca seca, dolor abdominal, vómito, estreñimiento, dispepsia, flatulencia, erupción, hiperhidrosis, artralgia, mialgia, insuficiencia eyaculatoria, disfunción eréctil, fatiga, dolor torácico.

### *Citalopram*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor más selectivo de la recaptación de serotonina. Desprovisto de efecto sobre la recaptación de noradrenalina, dopamina y del GABA.
- **Indicaciones terapéuticas y posología:** depresión, prevención de recaídas/recurrencias de depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo.
- **Reacciones adversas:** aumento del apetito, disminución del apetito, aumento de peso, disminución de peso, anorexia; agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, estado de confusión, trastornos del sueño, alteración de la atención, orgasmos anormales (mujeres), sueños anormales, apatía; somnolencia, insomnio, cefalea, temblor, mareo, parestesias, migraña, amnesia, acomodación anormal, trastorno visual, tinnitus, palpitaciones, taquicardia, hipertensión, hipotensión ortostática, bostezos, rinitis, sinusitis, sequedad de boca, náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, flatulencia, aumento de la salivación, anomalías del gusto, aumento de la sudoración, prurito, erupción, mialgia, artralgia, trastorno de la micción, poliuria, impotencia, trastorno de la eyaculación, insuficiencia eyaculatoria, dismenorrea (mujeres), astenia, fatiga.

### *Escitalopram*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (5-HT), con alta afinidad por el sitio primario de unión, también se une a un sitio alostérico del transportador de serotonina, con una afinidad 1.000 veces menor. Baja o nula afinidad por 5-HT<sub>1a</sub>, 5-HT<sub>2</sub>, receptores dopaminérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos H<sub>1</sub>, colinérgicos muscarínicos, benzodiazepínicos y opioides.

- **Indicaciones terapéuticas:** trastorno de episodios depresivos mayores, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo.
- **Reacciones adversas:** náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca; aumento de peso; insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor; sinusitis, bostezos; incremento de la sudoración; artralgia, mialgia; disminución del apetito, aumento del apetito; fatiga, piroxia; trastornos de la eyaculación, impotencia; ansiedad, inquietud, sueños anormales, disminución de la libido, anorgasmia. En postcomercialización se han notificado casos de prolongación del intervalo QT y arritmia ventricular.

### **Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRSN)**

#### *Venlafaxina*

- **Mecanismo de acción:** está relacionada con la potenciación de la actividad monoaminérgica en el SNC. En estudios preclínicos se ha comprobado que la venlafaxina y su metabolito principal, O-desmetilvenlafaxina, son potentes inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Inhibe débilmente la recaptación de dopamina.
- **Indicaciones terapéuticas:** depresión mayor, prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores, además las formas de liberación prolongada en trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- **Reacciones adversas:** astenia, escalofríos, fatiga, hipertensión, vasodilatación, palpitaciones, disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos, xerostomía, dispepsia, hipercolesterolemia, pérdida de peso, sueños anormales, disminución de la libido, mareos, sequedad de boca, cefalea, hipertonia, insomnio, nerviosismo, parestesia, sedación, somnolencia, temblor, confusión, despersonalización, bostezos, sudoración, anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales, acúfenos, eyaculación/orgasmos anormales (varones), anorgasmia, disfunción eréctil, afectación en la micción, trastornos menstruales, disuria, polaquiuria.

#### *Duloxetine*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor de la recaptación de serotonina y de noradrenalina. Inhibe débilmente la recaptación de dopamina sin una afinidad significativa por los receptores histaminérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos y adrenérgicos.
- **Indicaciones terapéuticas:** episodios depresivos mayores y pacientes con episodios depresivos mayores comórbidos, trastorno de ansiedad generalizada, dolor neuropático periférico diabético, incontinencia urinaria de esfuerzo de moderada a grave en mujeres.
- **Reacciones adversas:** cefalea, somnolencia, mareos, letargo, temblores, parestesia, disminución del apetito, insomnio, agitación, disminución de la libido, ansiedad, orgasmos anormales, sueños anormales, visión borrosa, acúfenos,

aumento de la tensión arterial, rubor, bostezos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, vómitos, dispepsia, flatulencia, aumento de la sudoración, erupción, dolor musculoesquelético, espasmo muscular, disuria, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación, eyaculación retardada, caídas, fatiga, pérdida de peso.

#### *Desvenlafaxina*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Se cree que la eficacia del succinato de Desvenlafaxina está relacionada con la potenciación de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina en el SNC.
- **Indicaciones terapéuticas:** trastorno depresivo mayor.
- **Reacciones adversas:** taquicardia, palpitaciones, tinnitus, vértigo, midriasis, visión borrosa, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, vómitos, diarrea, fatiga, astenia, escalofríos, nerviosismo, irritabilidad; HTA, aumento de peso, pérdida de peso, pérdida de apetito, mareos, cefalea, somnolencia, temblor, déficit de atención, parestesia, disgeusia, insomnio, ansiedad, nerviosismo, anorgasmia, disminución de la libido, pesadillas, disfunción eréctil, incapacidad para eyacular, bostezos, erupción cutánea, hiperhidrosis, sofocos.

### **Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)**

#### *Mirtazapina*

- **Mecanismo de acción:** aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a nivel central.
- **Indicaciones terapéuticas:** episodio de depresión mayor.
- **Reacciones adversas:** aumento de peso, somnolencia, sedación, cefalea, letargia, mareo, temblor, boca seca, náusea, diarrea, vómito, estreñimiento, exantema, artralgia, mialgia, dolor de espalda, aumento del apetito, hipotensión ortostática, edema periférico, fatiga, sueños anormales, confusión, ansiedad, insomnio.

### **Antidepresivo noradrenérgico**

#### *Reboxetina*

- **Mecanismo de acción:** inhibidor altamente selectivo y potente de recaptación de noradrenalina. Efecto débil sobre la recaptación de 5-HT y no afecta a la captación de dopamina.
- **Indicaciones terapéuticas:** tratamiento agudo de trastornos depresivos/depresión mayor y mantenimiento de mejoría clínica en pacientes que han respondido inicialmente al tratamiento.
- **Reacciones adversas:** insomnio, vértigo, taquicardia, palpitaciones, vasodilatación, hipotensión postural, alteración en la acomodación, boca seca, estreñimiento, falta o pérdida del apetito, sudoración, micción intermitente, sensación de vaciado incompleto de vejiga, infección



Uso de antidepresivos en ancianos: dosis y principales observaciones<sup>7</sup>

<b>Antidepresivos tetracíclicos (ADTC)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Mianserina	10-30 mg	Efectos sedantes y anticolinérgicos. Riesgo de hipotensión y síndrome confusional. Agranulocitosis.
Maprotilina	25-75 mg	Menores efectos anticolinérgicos que los ADT. Evitar en epilepsia.
<b>Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Fluvoxamina	50-300 mg	Efecto ligeramente sedante
Fluoxetina	10-30 mg	Vida media larga. Efecto desinhibidor Riesgo de interacciones y parkinsonismo
Paroxetina	10-40 mg	Efecto anticolinérgico. Incremento ponderal. Frecuente síndrome de abstinencia
Sertralina	50-200 mg	Escasas interacciones farmacológicas
Citalopram	10-20 mg	Escasas interacciones farmacológicas. Sedación
Escitalopram	5-10 mg	Efectivo en depresión severa. Riesgo aumento intervalo QT a dosis mayores. Escasas interacciones farmacológicas. Bien tolerado en mayores. Riesgo aumento QT a dosis mayores
<b>Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRSN)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Venlafaxina	37.5-225 mg	Efectivo en la depresión grave. Tiene escasas interacciones farmacológicas. Vigilar la HTA
Duloxetina	30-60 mg	Efectivo en la depresión y en el dolor
Desvenlafaxina	50-100 mg	Escasa experiencia en ancianos. Ajustar dosis en insuficiencia renal
<b>Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Mirtazapina	15-45 mg	Efectivo en la depresión grave. Efecto sedante, útil en insomnio. Incremento ponderal. Efecto ansiolítico
<b>Antidepresivo noradrenérgico</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Reboxetina	2-6 mg	Efecto desinhibidor
<b>Antidepresivo no selectivo de la recaptación de la serotonina</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Trazodona	50-300 mg	Efecto sedante. Escaso efecto antidepresivo. Vida media corta. Útil para agitación/insomnio en demencias
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Moclobemida	75-150 mg	
<b>Antidepresivo agonista melatoninérgico</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Agomelatina	25-50 mg	Uso autorizado menor o igual a 75 años, requiere monitorización de transaminasas
<b>Antidepresivo inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)</b>		
<i>Principio activo</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Observaciones</i>
Bupropión	150-300 mg	Insomnio, estreñimiento, riesgo de hipoglucemia en diabéticos Contraindicado en epilepsia

del tracto urinario, disfunción eréctil, dolor y retraso en eyaculación, dolor relacionado con trastornos primarios testiculares, escalofríos.

### Antidepressivo no selectivo de la recaptación de serotonina

#### Trazodona

- **Mecanismo de acción:** antidepressivo perteneciente al grupo SARI, es un inhibidor de la recaptación de serotonina y un antagonista de los receptores de 5HT<sub>2</sub>.
- **Indicaciones terapéuticas:** episodios depresivos mayores, estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario.
- **Reacciones adversas:** frecuencia no conocida: discrasias sanguíneas, reacciones alérgicas, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, hiponatremia, pérdida de peso, anorexia, aumento del apetito, conductas suicidas o ideación suicida, confusión, insomnio, desorientación, manía, ansiedad, nerviosismo, agitación, desilusión, reacción agresiva, alucinaciones, pesadillas, disminución de la libido, síndrome de abstinencia, síndrome serotoninérgico, convulsión, síndrome neuroléptico maligno, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, agitación, disminución de la agudeza mental, temblor, visión borrosa, alteración de la memoria, mioclonía, afasia expresiva, parestesia, distonía, alteración del gusto, arritmias cardíacas, bradicardia, taquicardia, anomalías ECG, hipotensión ortostática, hipertensión, síncope, congestión nasal, disnea, náuseas, vómitos, boca seca, estreñimiento, diarrea, dispepsia, dolor de estómago, gastroenteritis, aumento de la salivación, parálisis del íleo, trastornos de la función hepática, colestasis intrahepática, erupción cutánea, prurito, hiperhidrosis, dolor en extremidades, dolor de espalda, mialgia, artralgia, trastorno de la micción, priapismo, debilidad, edema, síntomas tipo gripal, fatiga, dolor en el pecho, fiebre.

### Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

#### Moclobemida

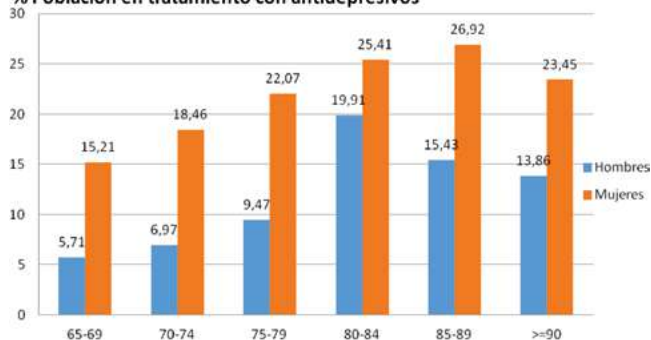
- **Mecanismo de acción:** inhibidor reversible de monoaminooxidasa, fundamentalmente del subtipo A, disminuye el metabolismo de noradrenalina, dopamina y serotonina, conduciendo a un aumento de concentraciones extracelulares de estos transmisores.
- **Indicaciones terapéuticas:** depresión mayor.
- **Reacciones adversas:** agitación, trastornos del sueño, sentimientos de ansiedad, confusión, irritabilidad, mareos, cefaleas, parestesia, vértigo, trastornos visuales, rubor, molestias gastrointestinales, aumento de enzimas hepáticas, rash, prurito, urticaria.

### Antidepressivo agonista melatoninérgico

#### Agomelatina

- **Mecanismo de acción:** aumenta la liberación de dopamina y noradrenalina, específicamente en la corteza frontal y no

% Población en tratamiento con antidepressivos



tiene influencia en los niveles extracelulares de serotonina. Tiene efectos positivos sobre el cambio de fase, induce un adelanto de la fase del sueño, una disminución de la temperatura corporal y liberación de melatonina.

- **Indicaciones terapéuticas:** episodios de depresión mayor en adultos.
- **Reacciones adversas:** cefalea, mareo, somnolencia, insomnio, migraña, náuseas, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, vómitos, hiperhidrosis, dolor de espalda, cansancio, aumentos (>3 veces LSN) en ALAT y/o ASAT, ansiedad. Se ha notificado retención urinaria, acatasia.

### Antidepressivo inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina

#### Bupropión

- **Mecanismo de acción:** inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas con mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas, no inhibe la acción de ninguna MAO.
- **Indicaciones terapéuticas y posología:** episodios de depresión mayor, indicada para dejar de fumar.
- **Reacciones adversas:** reacciones de hipersensibilidad tales como urticaria, anorexia, insomnio, agitación, ansiedad, cefalea, temblor, mareo, alteraciones del sentido del gusto, alteración de la visión, acúfenos, aumento de presión arterial, rubor, sequedad de boca, trastorno gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, erupción cutánea, prurito, sudoración, fiebre, dolor torácico, astenia, hiponatremia.

En nuestro medio, el tratamiento más frecuente de la depresión es el farmacológico. El consumo de antidepressivos en España se ha triplicado entre 2000 y 2013. La prescripción de antidepressivos aumenta notablemente con la edad y en mujeres, alcanzando al 21% de las mujeres y al 9% de los hombres mayores de 65 años. Con frecuencia la prescripción de antidepressivos se produce por falta de otras alternativas, insuficiente accesibilidad a terapias psicológicas y falta de tiempo.<sup>21</sup>

### SELECCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepressivos con mayor evidencia y con

## Combinación de antidepresivos

Combinación	Comentarios
ISRS+ISRS	Se trata de una opción con escasa base teórica, aunque sea relativamente frecuente su uso. Presenta riesgo de síndrome serotoninérgico.
ISRS+ADT	Combinación útil, aunque habrá que estar atento a los posibles efectos secundarios. Los estudios previos recomiendan la combinación de un ADT adrenérgico con fluoxetina.
ISRS+NASSA	Asociación con base teórica en la que se potencian diferentes mecanismos de acción y también se complementan perfiles clínicos.
ISRS+ Bupropion	Bupropion actúa sobre las vías noradrenérgicas y dopaminérgicas potenciando la acción serotoninérgica del ISRS. Puede mejorar algunos efectos adversos de este, como la disfunción sexual.
ISRS + IRSN	La reboxetina tiene acción selectiva sobre la vía adrenérgica. Vendría a ser como si se usase un fármaco de tipo IRSN.
ISRS + Agomelatina	Agomelatina es un antagonista melatoninérgico (receptores MT1 y MT2) y un antagonista de 5 HT2C. Agomelatina aumenta la liberación de dopamina y noradrenalina, específicamente en la corteza frontal, y no tiene influencia en los niveles extracelulares de serotonina, por lo que se complementa bien con la acción de los ISRS.

Existen otras opciones de combinación como IRSN + Agomelatina u otro tratamiento.

mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN o "duales") y otros antidepresivos nuevos no han demostrado ser más eficaces ni más seguros que los ISRS, por lo que su uso debería reservarse para pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran. Los antidepresivos tricíclicos (ATC), dado su perfil de efectos adversos, sólo están indicados en depresión grave y/o resistente cuando otros antidepresivos no son eficaces o no se toleran.

Se ha descrito la respuesta a la potenciación del tratamiento antidepresivo con diferentes sustancias entre las que destaca el uso de la hormona tiroidea, litio, psicoestimulantes como el metilfenidato, y más recientemente, antipsicóticos de segunda generación como la quetiapina o el aripiprazol que se indican en la depresión con respuesta subóptima al tratamiento con antidepresivos.<sup>21,22</sup>

**COMBINACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS<sup>21</sup>**

Se pueden combinar antidepresivos con perfiles de acción complementarios. En la tabla superior se muestran las diversas opciones posibles de combinación.

**TOLERANCIA E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS MÁS RELEVANTES<sup>21</sup>**

Los antidepresivos no producen tolerancia ni dependencia, pero al igual que otros muchos medicamentos, no deben suprimirse de forma brusca ya que podría aparecer el síndrome de supresión, el cual no debe confundirse con recaídas o recaídas. El síndrome de discontinuación hay que tenerlo en cuenta no solo en las suspensiones, sino también en los cambios de tratamiento.

Las interacciones farmacológicas son importantes en pacientes con un manejo difícil o cuando se asocian fármacos

*Interacciones farmacológicas más frecuentes en el tratamiento con antidepresivos*

Sustancias	Antidepresivos	Consecuencias	Recomendaciones
Alcohol	Tricíclicos, IMAO y mirtazapina	Aumento de la toxicidad Mayor efecto sedante	Evitar
Anticoagulantes orales	Fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina	Aumento del efecto anticoagulante	Controles de coagulación
Anticonceptivos orales	Tricíclicos	Aumento de la toxicidad del ADP	Precaución
ADO e insulina	Tricíclicos, ISRS, e IMAO	Riesgo de hipoglucemia	Vigilar glucemias
Antihistamínicos H <sub>1</sub>	Tricíclicos	Aumento de los efectos antihistamínicos	Precaución
Antihipertensivos	Tricíclicos	Disminución del efecto hipotensor y riesgo de toxicidad	Precaución
Cimetidina	Tricíclicos, ISRS, venlafaxina y moclobemida	Incremento de la toxicidad del antidepresivo	Evitar
Digoxina	Trazodona	Aumento de la toxicidad digitalica	Vigilar

de escaso margen terapéutico como son los tratados con anticoagulantes, antiepilépticos, hipoglucemiantes, cardiotónicos y otros psicofármacos.

### DURACION DEL TRATAMIENTO<sup>21</sup>

La duración del tratamiento va a depender de si se trata de un primer episodio depresivo o no.

Las pautas a seguir son:

- *Si se trata de un primer episodio depresivo:* una vez obtenida la remisión completa (en uno o dos meses habitualmente), mantener dicho tratamiento durante otros 6 meses con una disminución gradual en dos meses más.
- *Si no es el primer episodio depresivo:*
  - » Paciente con un episodio previo: 12 meses tras la remisión.
  - » Paciente con dos episodios previos: 2 años tras la remisión.
  - » Depresión recurrente con 3 o más episodios previos o un episodio especialmente grave, o que ha supuesto un elevado riesgo para la salud (tentativas suicidas), o más de 75 años, se deberá mantener a tratamiento durante periodos de 5 años durante toda la vida, para prevenir nuevos episodios.

### TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

La eficacia clínica de la TEC ha sido suficientemente documentada en pacientes de edad avanzada. La mayor parte de los estudios revelan que tiene una eficacia de respuesta del 70 al 80%, especialmente en los casos de melancolía.

Es necesario tener presente que la mayor parte de los tratamientos psicofarmacológicos pueden resultar más lesivos para el anciano que la propia TEC. Además, en casos graves, la respuesta terapéutica es mucho más rápida que la que se obtiene con la utilización de fármacos. Algunos ejemplos de casos graves de depresión son personas que cursan con riesgo de suicidio o de deshidratación, desnutrición (negativas a la ingesta en el contexto de conductas regresivas, habitualmente de evolución rápida en el anciano), etc.

Para poder administrar la TEC en este grupo de edad debe tenerse especialmente en cuenta la presencia de enfermedades somáticas concomitantes (sobre todo hipertensión arterial, patología cardiovascular o pulmonar) y la utilización simultáneamente de varios fármacos.

Por lo general, el paciente anciano precisa una mayor descarga eléctrica debido a que el umbral convulsivo suele ser más alto.

Las principales indicaciones de la TEC en ancianos son:

- Riesgo elevado de suicidio
- Contraindicación en el uso de antidepresivos
- Depresión con síntomas psicóticos

- Depresión resistente
- Estado general crítico (rechazo a la ingesta)
- Enfermedad de Parkinson
- Prevención de recaídas (TEC de mantenimiento)

Pero la TEC también puede ocasionar efectos adversos en los pacientes ancianos como por ejemplo pérdida de memoria, síndrome confusional agudo o delirium, y empeoramiento general del deterioro cognitivo existente.<sup>7</sup>

### TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS (PSICOTERAPIA)

#### *Terapias cognitivo conductuales*

La terapia cognitiva, desarrollada por A.T. Beck, es la modalidad de la terapia psicológica más frecuentemente estudiada en la depresión.

Diferentes estudios han revelado que las intervenciones psicológicas son eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos en los adultos mostrando además una mayor eficacia de este tipo de terapias psicológicas frente a las terapias basadas en el tratamiento farmacológico.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un método de intervención que combina e integra los modelos cognitivo y conductual en una sola terapia.

La terapia cognitivo-conductual parte de la idea de que la depresión es la consecuencia de una combinación de déficit de habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva extremadamente negativa del mundo y de la capacidad de la propia persona para actuar adecuadamente.

La intervención se centra por lo tanto en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

En las terapias cognitivo-conductuales, el terapeuta adopta un estilo educativo y trata de buscar la colaboración del paciente de manera que éste pueda ser capaz de aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo.

Para que este tipo de terapia resulte efectiva, el paciente debe practicar sus nuevas habilidades entre las sesiones a través de tareas que debe realizar en su domicilio así como ensayar nuevas conductas.

La terapia cognitivo-conductual tiene un formato estructurado, es limitada en el tiempo, es decir, cuenta con un número concreto de sesiones, y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos.

Por ejemplo, las terapias cognitivo-conductuales pueden contar con 6-8 sesiones con una frecuencia de una sesión a la semana aunque la duración más frecuente es de 15-20 sesiones de 50 minutos con una vez por semana. Así mismo, en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada, la duración de la terapia puede prolongarse.



La terapia cognitivo-conductual puede emplearse tanto en formato grupal como en formato individual. La de tipo grupal suele emplearse en pacientes con depresión mayor, está muy estructurada y tiene un fuerte componente psicoeducativo.

En resumen, con este tipo de terapia se enseña al paciente a:

- Identificar las relaciones entre pensamiento, emociones y conductas.
- Controlar los pensamientos automáticos.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
- Sustituir los pensamientos distorsionados por realistas
- Aprender a identificar y modificar las creencias erróneas que predisponen a cometer errores perceptivos.

Una variante en formato grupal de la terapia cognitivo-conductual es la terapia basada en la conciencia plena o mindfulness (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) y está diseñada específicamente para prevenir recaídas o recurrencias.<sup>7,8,9</sup>

### **Activación conductual**

La activación conductual es una de las alternativas más utilizadas en el tratamiento de la depresión ya que es un tratamiento estructurado, eficaz y bien establecido.

Se emplean diferentes técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente con depresión aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo.

Es decir, por medio de la activación conductual, se identifican patrones evitativos que pueden estar manteniendo la depresión y se promueve el incremento de actividades placenteras o productivas que pueden proveer refuerzo positivo y por tanto contribuir a la mejora del estado de ánimo y de la calidad de vida.<sup>10</sup>

### **Terapia de solución de problemas**

La terapia de solución de problemas (TSP) es una terapia estructurada y limitada en el tiempo que se centra en mejorar las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos.<sup>7</sup>

### **Terapia incluyendo a la pareja**

Las dificultades interpersonales en la depresión pueden afectar al contexto de la relación conyugal. Vivir con una pareja con depresión está asociado a efectos negativos para el cónyuge no depresivo el cuál podría necesitar también ayuda psicológica. La terapia de pareja permite poner de manifiesto las dinámicas relacionales disfuncionales que desencadenan y/o mantienen los síntomas depresivos. Esta terapia tiene un doble objetivo: modificar los patrones negativos de interacción y aumentar los aspectos de apoyo mutuo de la relación de pareja y la reducción del nivel de conflictos, cambiando así el contexto interpersonal vinculado a la depresión.<sup>8</sup>

### **Terapia interpersonal**

La terapia interpersonal fue desarrollada hace unos 20 años por Gerard Klerman y Mirna Weisman como tratamiento para la depresión y es eficaz en ancianos.

Se centra en las relaciones actuales, es decir, en el "aquí y ahora", y en los procesos que ocurren en el espacio social e interpersonal.

Está especialmente indicada en determinados trastornos depresivos y consiste en resolver los síntomas afectivos a partir de la resolución de los conflictos presentes en la esfera de lo relacional.<sup>7,8</sup>

### **Counselling**

El counselling o consejo psicológico es un proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.

Es un tipo de asesoramiento que mediante la escucha, la contención y una serie de técnicas específicas, ayuda al anciano a tranquilizarse, expresar lo que siente, controlar la situación y realizar pequeños cambios positivos en su vida que le permitan recuperar la sensación de competencia y control.<sup>1,11</sup>

### **Terapia psicodinámica breve**

La terapia psicodinámica breve deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, donde el paciente y el terapeuta exploran conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos.

La terapia psicodinámica breve permite establecer una alianza terapéutica, favoreciendo la introspección del paciente, e incluso, induciendo cambios en su personalidad, si bien es cierto que esto último resulta más complicado en el paciente anciano. Este tipo de terapia está especialmente indicada en trastornos adaptativos, reacciones depresivas y fases iniciales de trastorno por estrés postraumático.<sup>7,8</sup>

### **Terapia de remotivación**

La función de este tipo de terapia es alentar al anciano moderadamente confuso o deprimido a interesarse más por su entorno y a participar en él por medio del uso de estímulos simples que no se relacionen con sus problemas emocionales.

Para que la terapia resulte eficaz, han de llevarse a cabo actividades que tengan un significado para el anciano y que promuevan la participación activa.<sup>1</sup>

### **Terapia psicomotriz**

La terapia psicomotriz consiste en utilizar el cuerpo y su movimiento con el propósito de mejorar o mantener las capacidades físicas y psicomotrices del anciano, facilitan-

do y potenciando el desarrollo perceptivo, físico, cognitivo, afectivo, social y ambiental del sujeto.

Este tipo de terapia suele ser fácilmente aceptada por las personas mayores ya que tienden a asociar el ejercicio físico con la salud.

A través de la terapia psicomotriz es posible trabajar la coordinación motora, la orientación espacial, la lateralidad, las gnosias, la atención y la memoria.

La terapia psicomotriz contribuye en una mejor aceptación del cuerpo envejecido, a conocer sus limitaciones y a mejorar la adaptación.

Por ello, es conveniente que todos los recursos de atención a personas mayores con trastornos cognitivos y afectivos dispongan de alguna actividad psicomotriz o ejercicio físico programado.<sup>7</sup>

### **Intervención desde la terapia ocupacional<sup>1</sup>**

La terapia ocupacional trata de facilitar, en los trastornos depresivos, el desarrollo de la competencia en habilidades de afrontamiento ofreciendo a la persona mayor oportunidades de participación en actividades propositivas y significativas para ella.

Desde la terapia ocupacional pueden trabajarse con el anciano con depresión las siguientes áreas ocupacionales:

#### *Autocuidados, descanso y sueño*

- Expresar las expectativas que la persona tiene para el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- Ayudar a al restablecimiento de las rutinas normales: plan estructurado de actividades cotidianas, diseño y seguimiento de listas de tareas sencillas.
- Instruir en las habilidades necesarias para la vida diaria, como por ejemplo, manejo del dinero, realización de compras, preparación de comidas, etc.

#### *Actividades instrumentales, domésticas y productivas*

- Facilitar la participación en las tareas domésticas. La familia puede señalar tareas específicas para que la persona las realice.
- Explorar la posibilidad de participar en actividades de voluntariado o a tiempo parcial.

#### *Ocio*

- Facilitar la exploración de intereses y el desempeño de actividades agradables de ocio y de participación social.
- Identificar una persona clave que ayude a la persona con depresión a salir de su círculo más íntimo.
- Buscar recursos para disminuir el aislamiento y la soledad.

#### *Habilidades motoras, prácticas y sensorio-perceptivas*

- Incrementar la energía de la persona mediante la participación en actividades.

- Mantener o incrementar la estimulación sensorial mediante la participación en actividades.

#### *Habilidades cognitivas, de regulación emocional, de comunicación y sociales*

- Limitar inicialmente las posibilidades de elección y, gradualmente, proporcionar oportunidades de hacer más elecciones, resolver problemas, tomar decisiones, etc.
- Proporcionar oportunidades para completar con éxito actividades sencillas, concretas, y a corto plazo.
- Definir los objetivos realistas, paso a paso, y elaborar listas de acciones para conseguirlos.
- Ayudar a la persona para que reconozca, controle y modifique sus pensamientos.
- Ayudar a la persona a identificar las creencias realistas y separarlas de las no realistas.
- Instruir en la gestión del tiempo y la confección de un horario de actividades.
- Participar en grupos de discusión sobre problemas como la depresión, el envejecimiento, el manejo de emociones, etc.
- Involucrar a la persona en actividades que sean significativas y valiosas para ella.
- Proporcionar oportunidades de participación en más de una actividad.
- Mejorar el autoconcepto (autoconfianza, sentido de competencia, autoestima) a través de actividades creativas.
- Proporcionar entrenamiento en el manejo del estrés, por ejemplo en grupos de discusión y entrenamiento en asertividad y relajación.
- Relacionar las actividades presentes con los sentimientos y objetivos para potenciar el concepto de actividad significativa.
- Ofrecer oportunidades para desarrollar las habilidades sociales y participar en actividades de grupo.
- Facilitar las relaciones interpersonales a través de actividades grupales. Promover la participación en grupos en la comunidad.
- Incrementar las habilidades de comunicación verbal y no verbal, mediante la práctica en situaciones de grupo, role-playing, discusiones y revisiones.
- Entorno físico y social: proporcionar un entorno estructurado que facilite la participación y que sea seguro ante los posibles riesgos de suicidio o autolisis.
- Comenzar actividades y proyectos a corto plazo que se irán incrementando a medida que la persona vaya mejorando.

## Otras intervenciones terapéuticas

### Terapia cognitivo-conductual computarizada

La TCC-C o terapia cognitivo-conductual computarizada consiste en una intervención estructurada, parecida a la terapia cognitivo-conductual estándar, que se lleva a cabo mediante un ordenador y el uso de CD-ROM o DVD. También puede realizarse a través de Internet (TCC-C Online).

El contacto con los profesionales suele producirse en la introducción del programa, durante el seguimiento y en momentos puntuales si es necesario.<sup>8</sup>

### Autoayuda guiada<sup>8</sup>

La autoayuda guiada es un tipo de intervención orientada a mejorar los síntomas de la depresión en la que el paciente debe leer diferentes materiales diseñados para este fin.

La función de los profesionales consiste en guiar y evaluar el impacto que la lectura de este material de autoayuda tiene sobre los pacientes.

Durante una intervención de autoayuda guiada el contacto que debe tener el paciente con los profesionales no debe ser mayor de 3 horas en total o estar centrado en 3-6 contactos a lo largo de toda la intervención.

Este tipo de intervención puede realizarse de manera individual, grupal o con apoyo por correo electrónico.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN<sup>1,21</sup>

- Restablecer los hábitos saludables y las rutinas cotidianas.
- Ayudar a identificar y validar los sentimientos y facilitar la expresión de los mismos.
- Promover el sentimiento de control del paciente sobre su situación y su vida.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento.
- Proporcionar estrategias adaptativas y de gestión de las pérdidas y el estrés.
- Mejorar las habilidades para tomar decisiones, resolver problemas, comunicarse, etc., y disminuir los problemas de atención y concentración.
- Promover la autoestima y el autoconcepto y reducir la expresión de ideas negativas sobre sí mismo.
- Facilitar la exploración de intereses y el desempeño de actividades de ocio y participación social para evitar el aislamiento y la apatía.
- Favorecer el restablecimiento de los roles previos o la asunción de otros nuevos que potencien su sentimiento de competencia.
- Buscar la remisión completa de síntomas.
- Reducir la posibilidad de recaídas y recurrencias.
- Minimizar el riesgo de suicidio.

## MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN<sup>8</sup>

Aunque existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas para el tratamiento de la depresión, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores.

### Modelo escalonado

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar una continuidad en la atención prestada y mejorar la eficiencia.

Objetivo de la intervención	Naturaleza de la intervención
Depresión grave y/o resistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias farmacológicas</li> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Tratamiento combinado</li> <li>• TEC</li> </ul>
Depresión moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Tratamiento combinado</li> </ul>
Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, apoyo, psicoeducación</li> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Antidepresivos</li> </ul>

### Modelo de atención colaborativa

Este modelo de atención potencia la intervención de las *care manager*, que generalmente son enfermeras, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados enfermeros en función de sus necesidades y realizar funciones de integración y coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) para vertebrar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente.

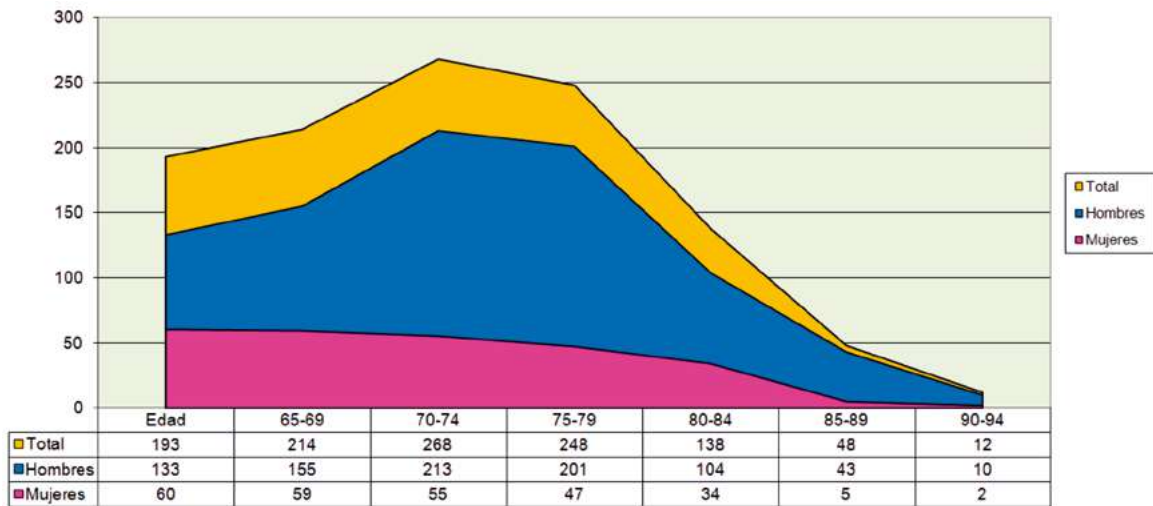
## LA CONDUCTA SUICIDA EN LA TERCERA EDAD<sup>23-27</sup>

El suicidio es un fenómeno que se encuentra condicionado por numerosas variables como prejuicios familiares, sociales y religiosos, estigma, hábitos culturales, cuestiones políticas, registro de defunciones, intereses económicos, etc.

A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, convirtiéndose el suicidio en un fenómeno muy frecuente a partir de los 65 años.

En la tercera edad, las mujeres son las que lo intentan más veces mientras que los varones quienes lo consuman más. El 90% de los hombres mayores de 60 años mueren en el primer intento de suicidio.

Número de suicidios por edad y sexo >65 años en España durante 2012



De entre todos los trastornos mentales, la depresión encabeza la lista de enfermedades que con mayor fuerza se ha asociado a la ideación suicida y suicidio consumado.

En países desarrollados, el método más frecuente de suicidio en ancianos es mediante una sobredosis con hipnóticos, analgésicos y antidepresivos. Otras formas de suicidio son el ahorcamiento, el uso de armas de fuego, el envenenamiento, la sofocación, la sumersión y las caídas.

En general, los hombres ancianos usan métodos más violentos que las mujeres, lo que puede ser una de las causas de las diferentes tasas entre ambos sexos.

**Epidemiología del suicidio**

En España en el año 2012 las defunciones por suicidio aumentaron un 11,3% con respecto al año anterior. La tasa de suicidios se situó en 7,6 por cada 100.000 personas (11,8 en los hombres y 3,4 en las mujeres) siendo la principal causa externa de mortalidad.

Con respecto a la población de la tercera edad se registraron los siguientes valores:

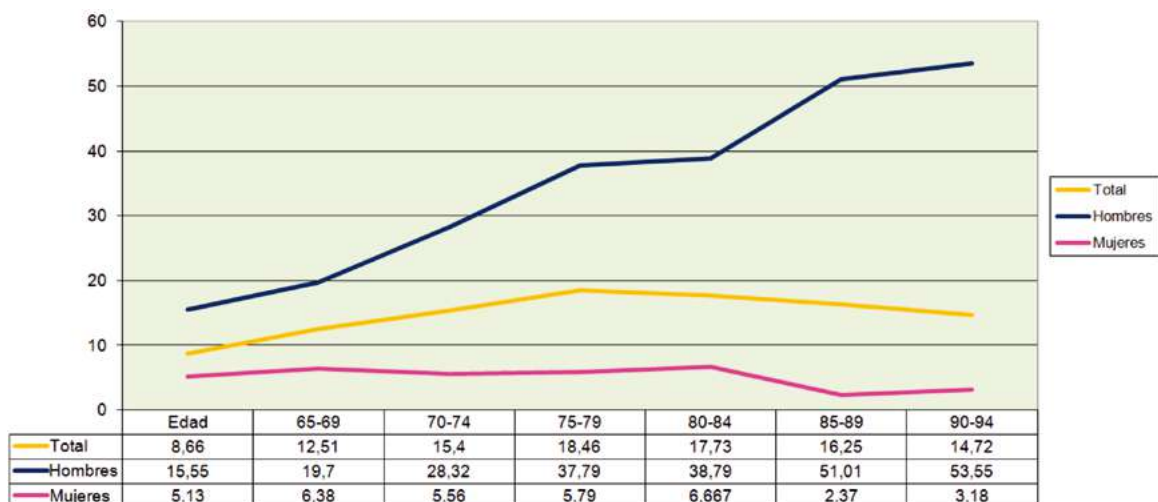
- La tasa de suicidios para ambos sexos para personas mayores de 65 años fue de 14,81 por cada 100.000 habitantes.

- En el caso de los varones la tasa se elevó hasta los 34,5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Esta tasa siempre es mayor a medida que aumenta el sobrevejecimiento, llegando a ser 5 veces mayor a los 90-94 años que a los 65-69 años.
- En el caso de las mujeres, la tasa fue significativamente inferior a la de los varones siendo de 5,01 muertes por cada 100.000 habitantes.
- En total, se produjeron 1.121 muertes por suicidio en personas mayores de 64 años (el 31,7% de los suicidios totales), de los que 859 (77%) fueron de varones y 262 (23%) de mujeres.

En la gráfica superior se muestra el número de suicidios por edad y sexo en personas con 65 años o más. Los datos pertenecen al año 2012 y fueron publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2014.

En la gráfica que se presenta a continuación (con datos del año 2012 y también publicados por el INE en 2014), puede observarse la tendencia al alza de las tasas de suicidios en el sexo masculino, con cifras muy elevadas una vez superada la edad de 90 años; mientras que en el caso de las mujeres la tasa apenas experimenta fluctuaciones (encontrándose el pico máximo entre los 85-90 años). En

Tasa de suicidio por edad y sexo >65 años en España durante 2012





cualquier caso, para ambos sexos la cota máxima se alcanza a los 80-85 años.

### **Tipos de suicidio**

Émile Durkheim (1958-1917) fue el primer pensador e investigador moderno del suicidio. Durkheim identificó cuatro tipos de suicidio:

- *Suicidio altruista*: sería aquel que se realiza en beneficio de otros, fundamentalmente a favor del resto de miembros de la comunidad a la que pertenece. Los intereses de la comunidad se antepone a los del propio individuo, que acepta como propio el beneficio común. Por ejemplo, personas mayores que se quitan la vida con la creencia de que su muerte va a favorecer a la comunidad.
- *Suicidio egoísta*: es un tipo de suicidio propio de las culturas individualistas en las que el individuo no posee suficientes lazos de unión con la sociedad.
- *Suicidio anómico*: es el que se da en sociedades en situación de desintegración, crisis o cambios de valores, que repercuten directamente en la integración en ella de sus individuos y que pueden dar lugar al suicidio entre sus miembros más vulnerables.
- *Suicidio fatalista*: una excesiva regulación social puede llevar a la inadaptación de sus miembros, que no son capaces de soportar sus férreos controles e intensas presiones.

### **Factores de riesgo de la conducta suicida y protectores**

#### *Factores de riesgo*

La conducta suicida en las personas mayores presenta aspectos diferenciales en relación con otros grupos de edad. Los intentos de suicidio en este grupo de edad se caracterizan por presentar mayor intencionalidad y mortalidad asociada que en personas jóvenes. Por ello es especialmente importante evaluar y detectar aquellos factores de riesgo que más se asocian con el suicidio en este grupo de edad.

- *Sexo*: los varones son los que tienen mayor predisposición al suicidio, lo cometen tres veces más que las mujeres.
- *Edad*: las tasas aumentan con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, hasta superar los 30 fallecidos por cada 100.000 habitantes a partir de los 80 años. La asociación de suicidio y edad es muy clara entre los varones, y apenas significativa entre las mujeres.
- *Enfermedades crónicas y limitantes*: se han asociado fuertemente con deseos de morir en la población anciana enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes junto con los trastornos de sueño y la depresión.
- *Trastornos psicopatológicos*: la enfermedad mental se encuentra detrás de al menos el 85-90% de los casos de suicidio consumado. La depresión encabeza la lista de los trastornos psicopatológicos que subyacen tras una conducta suicida, seguido por el alcoholismo, los trastornos psicóticos con síntomas paranoides y agitación, los trastornos delirantes de contenido hipocondríaco, los trastornos del sueño y el síndrome confusional.

- *Estado civil*: las tasas de suicidio son más elevadas entre los solteros, viudos y separados y divorciados. En el caso de los hombres, los varones viudos son los que tienen mayor riesgo potencial y los casados los que menos. En el caso de las mujeres, las diferencias por el estado civil son apenas perceptibles.
- *Falta de soporte social, aislamiento afectivo y sentimiento de soledad*: con el paso de los años la red social de las personas mayores se deteriora a causa de mayor probabilidad de quedar viudo, perder amistades de la misma edad, por muerte natural o por suicidio, o estar limitado físicamente. El aislamiento y los sentimientos de soledad y desesperanza son, en muchos casos, el detonante que puede conducir al suicidio.
- *Pérdida del cónyuge por muerte natural o por suicidio*: el duelo en edades avanzadas supone un suceso muy traumático. En el primer año después de la pérdida del cónyuge el riesgo de suicidio es máximo en los varones ancianos, mientras que en las mujeres el riesgo máximo se alcanza en el segundo año.
- *Intentos previos de suicidio*: en el caso de los varones, 9 de cada 10 sujetos que intentan quitarse la vida lo consiguen. En el caso de las mujeres predominan más las tentativas de suicidio que el suicidio consumado.
- *Historia familiar de intentos de suicidio o suicidios consumados*: el sexo masculino, los antecedentes familiares de suicidio y la existencia de intentos anteriores en el mismo paciente incrementan las posibilidades de suicidio.
- *Institucionalización*: el suicidio es una causa bastante frecuente de fallecimiento en residencias de mayores. La condición de institucionalización en ocasiones y dependiendo de las características personales e individuales del anciano suele correlacionarse con sentimientos de abandono, dificultades económicas o limitaciones en el uso del dinero, probable situación de aislamiento o red social y /o familiar limitada, así como cambios significativos en su rutina habitual contrarrestados por las normas y hábitos circunscritos en el centro lo que conllevaría en el anciano una nueva situación a la que se debe de adaptar (pérdida de autonomía y libertad), provocándole una situación de posible estrés.
- *Factores psicológicos*: el acercamiento a la muerte es vivido por algunos ancianos de una manera ansiosa con fuertes somatizaciones y preocupaciones hipocondríacas que llevan un miedo a la muerte. Por el contrario, en otros casos, el miedo a la enfermedad grave, al dolor, a la incapacidad o al sufrimiento hace que la muerte sea deseada y vivida como una liberación.
- *Maltrato físico y psicológico*: el maltrato a que son sometidos muchos ancianos es otro factor de riesgo suicida, existiendo una estrecha relación entre la pobre salud física, la conducta suicida y las situaciones de maltrato.
- *Religión*: las estadísticas revelan que los ateos tienen una tasa más alta de suicidios que los creyentes, y entre éstos, la tasa más alta es la de los budistas, seguidos de los cristianos, hindúes y por último musulmanes.

- *Estatus socioeconómico*: el bajo estatus socioeconómico puede provocar mayor probabilidad de suicidio en el individuo anciano.
- *Lugar de residencia*: la tasa de mortalidad por suicidio parece ser más elevada en los núcleos rurales aislados.

En resumen, el perfil del anciano que decide quitarse la vida podría ser el siguiente: viudo, con salud deteriorada, aislado, ateo, con escaso soporte social y deprimido.

#### *Perfiles diferenciales del suicidio y el intento de suicidio*

<b>Suicidio</b>	<b>Intento de suicidio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres</li> <li>• Personas mayores</li> <li>• Acto planificado</li> <li>• Conflicto intrapersonal</li> <li>• Método de alta letalidad</li> <li>• Escasa posibilidad de rescate</li> <li>• Factores precipitantes prolongados</li> <li>• Pocas señales de alerta</li> <li>• Pocos antecedentes suicidas</li> <li>• Hostilidad baja</li> <li>• Menor psicopatología del carácter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres</li> <li>• Personas jóvenes</li> <li>• Acto impulsivo</li> <li>• Conflicto interpersonal</li> <li>• Método de baja letalidad</li> <li>• Alta posibilidad de rescate</li> <li>• Factores precipitantes coyunturales</li> <li>• Muchas señales de alerta</li> <li>• Varios intentos previos</li> <li>• Hostilidad alta</li> <li>• Mayor psicopatología del carácter</li> </ul>

#### *Factores protectores*

Algunos factores que pueden reducir el riesgo de suicidio en personas mayores son, por ejemplo:

- Hábitos de vida saludables
- Contacto con la familia y amigos
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida
- Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.
- Aumentando el bienestar psicológico: percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma, habilidades de afrontamiento, orientación al futuro y espiritualidad
- Locus de control interno
- Percepción de auto eficacia.

En la siguiente tabla se resumen los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en personas mayores.

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores protectores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida</li> <li>• Trastorno mental y adicciones</li> <li>• Trastornos y rasgos anancásticos de la personalidad</li> <li>• Enfermedad física crónica</li> <li>• Falta de apoyo social, aislamiento y presencia de eventos vitales estresantes</li> <li>• Déficit funcional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos de vida saludables</li> <li>• Contacto con la familia y amigos</li> <li>• No consumir alcohol de manera excesiva</li> <li>• Mantenerse activo</li> <li>• Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida</li> <li>• Rasgos de la personalidad: extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad</li> <li>• Locus de control interno</li> <li>• Percepción de autoeficacia</li> <li>• Satisfacción con la vida</li> <li>• Habilidades de afrontamiento</li> <li>• Orientación al futuro y espiritualidad.</li> </ul>

#### **Evaluación y valoración del riesgo suicida**

El perfil suicida en la tercera edad posee algunos rasgos distintivos que el clínico debe conocer y explorar adecuadamente, pues nunca debe olvidar que los individuos que han sobrepasado los 65 años de edad son los que registran los datos más preocupantes con respecto al suicidio consumado.

#### *Evaluación*

La evaluación de la conducta y del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe enfrentarse cualquier clínico.

A continuación se presenta un listado de algunas cuestiones que los profesionales sanitarios deberían tener presente a la hora de abordar la evaluación del riesgo suicida.

#### **Cuestiones a considerar en la evaluación de personas mayores con posible riesgo de suicidio**

- ¿Con quién vive el paciente? ¿Cómo es su red social? ¿Cómo es su relación con la familia? ¿Existe algún problema que impida su socialización?
- ¿Cómo se desenvuelve el paciente con las actividades de la vida diaria y el autocuidado? ¿Cuenta con algún tipo de ayuda?
- ¿Cuál es el estado físico del paciente? ¿Ha requerido hospitalización recientemente? ¿Cuál es la percepción que tiene sobre el pronóstico y tratamiento de su enfermedad?
- ¿Cuál es el estado mental del paciente? ¿Ha tenido algún ingreso previo debido a un trastorno mental o por haber presentado conducta suicida previa?
- ¿Abusa de bebidas alcohólicas o de alguna medicación prescrita (en especial hipnóticos)?
- ¿Presenta el paciente síntomas de depresión?
- ¿Cree el paciente que la vida merece la pena? ¿Cuál es la actitud del paciente hacia la muerte? ¿Desea morir? ¿Piensa en ello? ¿Tiene planes específicos sobre cómo morir y cómo llevarlo a cabo?

Explorar	Implicaciones en la 3ª edad
<b>Riesgo suicida inmediato</b>	
Ideación suicida	Las personas mayores presentan poca ideación suicida esporádica, es más bien persistente.
Determinación	Las personas mayores contemplan el suicidio como una decisión firme, es menos frecuente que el suicidio lo consideren como una posibilidad.
Plan suicida	Las personas mayores desarrollan ideas de suicidio elaboradas y estructuradas, además tienen mayor disponibilidad de medios y los métodos son más letales.
Soledad	Los sentimientos de soledad están muy extendidos en este colectivo.
Consumo de alcohol u otra sustancias	El consumo de alcohol y otras sustancias multiplica el riesgo de suicidio en personas mayores, máxime si además tienen un pobre soporte socio-familiar y se sienten solas.
Dificultades sociales	Bien por limitaciones físicas o por cualquier otra razón, las personas mayores son más vulnerables al empobrecimiento relacional.
<b>Intento suicida reciente</b>	
Peligrosidad del método elegido	Los ancianos utilizan métodos más letales e infalibles.
Grado de convicción sobre la eficacia del método elegido	Las personas mayores depositan grandes expectativas en los métodos elegidos.
Posibilidad de ser descubierto	Las personas mayores no suelen esperar a que alguien los rescate durante la ejecución del acto suicida.
Grado de alivio al ser salvado	El deseo de morir suele permanecer inalterable en la mayoría de individuos ancianos que intentan quitarse la vida.
Propósito de comportamiento suicida	Los ancianos suelen dar pocas señales de aviso.
Grado de planificación	El grado de planificación de la conducta suicida suele ser elevado.
Existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida	En la tercera edad pocas son las ocasiones en que cambian las circunstancias que empujaron al anciano a cometer el gesto suicida, por ejemplo la pérdida del cónyuge, institucionalización, deterioro de salud irreversible, etc.

En la tabla anterior se presenta la evaluación de la conducta suicida según la CIE-10-AP e implicaciones en la tercera edad.

#### Valoración

La valoración del riesgo suicida es un procedimiento que consiste, entre otras labores, en el uso por parte del clínico de una serie de herramientas o instrumentos para calcular el riesgo o la probabilidad de que se produzca un acto suicida y cuál es la magnitud de la ideación/acto suicida.

Cuando el clínico valora a un paciente con este tipo de riesgo debe de tratar de estimar si el riesgo de suicidio es inminente (menos de 48 horas), a corto plazo (menos de una semana) o a largo plazo.

La valoración del riesgo suicida siempre debe incluir una entrevista clínica la cual puede ir acompañada de múltiples instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de los aspectos directa o indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas.

Estas herramientas o instrumentos pueden ser registros, cuestionarios, test y escalas auto o heteroaplicadas que pueden ser más o menos específicas en función de la esfera que se quiera explorar.

A continuación se exponen las escalas más extendidas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas en personas mayores.

#### Escalas no específicas de suicidio

- Escala de valoración de la depresión de Hamilton (ítem sobre la conducta suicida)(HDRS)
- Inventario de Depresión de Beck (ítem sobre la conducta suicida)(BDI)
- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

#### Escalas específicas de evaluación del comportamiento suicida

- Escala de ideación suicida de Beck (SSI)
- Escala de ideación suicida de Paykel (PSS)
- International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (Inter SePT)
- Escala SAD PERSON
- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SRSS)
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)

*Escalas de evaluación de los actos suicidas*

- Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
- Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)

*Escalas para la evaluación de los constructos relacionados con el suicidio*

- Escala de Desesperanza (HS)
- Inventario de Razones para Vivir (RFL)
- Escala de Impulsividad de Barrat (BISS-11)
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durke (BDHI)
- Historia de Agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)
- Escala de acontecimientos vitales estresantes de Brugha (LTE)

**Tratamiento de la conducta suicida en la tercera edad***Tratamiento psicoterapéutico*

En el caso concreto de la depresión, las terapias conductuales, especialmente la terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal tienen buena eficacia. En ensayos clínicos de 6 a 12 semanas la eficacia fue similar a la farmacoterapia, con la ventaja de que las terapias psicológicas no producen efectos secundarios ni hay posibilidad de sobredosis.

En las depresiones recurrentes, utilizando sesiones de mantenimiento mensuales con terapia interpersonal se consigue un efecto intermedio entre la farmacoterapia y el placebo.

*Tratamiento farmacológico*

En la actualidad no existe un tratamiento específico debido a la complejidad del fenómeno del suicidio, siendo lo fundamental el tratamiento específico de la enfermedad de base. Numerosos pacientes suicidas son tratados con una combinación de psicofármacos que pueden incluir antidepresivos (especialmente inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y de la noradrenalina (ISRN), benzodiazepinas, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo.

*Terapia electroconvulsiva (TEC)*

Algunos autores defienden que la terapia electroconvulsiva es el tratamiento de elección en pacientes con trastornos afectivos con riesgo de suicidio elevado ya que la respuesta suele ser más rápida que con el uso de antidepresivos (de cuatro a seis semanas). En los ancianos, generalmente, es mejor tolerado que la mayoría de psicofármacos, cuyos efectos cardiovasculares, neurológicos y genitourinarios aumentan con la edad.

**Estrategias para prevenir la conducta suicida en adultos mayores**

- Enseñar a los adultos mayores en el manejo de situaciones.

- Prestar atención a conversaciones de los adultos mayores.
- No juzgar y facilitar que pueda explicar su situación o sentimientos para así ayudarlo de forma efectiva.
- No dejar sola a la persona suicida y contactar a un profesional en la salud.
- Prestar atención a posibles preparativos como realización de testamento y obsequios personales.
- Enseñar a los profesionales de la salud en el reconocimiento de la depresión y las tendencias suicidas.
- Proporcionar acceso a una asistencia de salud mental y otras áreas de la salud.
- Aumentar los exámenes de detección y tratamientos para los adultos mayores con depresión, ansiedad o uso inadecuado de sustancias.
- Aumentar los servicios de rehabilitación y asistencia en el hogar.
- Promover contacto con familiares o encargados.
- Fomentar la integración social.

**CONCLUSIONES**

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el adulto mayor. La depresión en los mayores tiene una prevalencia elevada que oscila entre el 5 y el 20% en población que vive en la comunidad, entre un 11 y un 45% de los ancianos hospitalizados y hasta un 30-75% de ancianos institucionalizados. La depresión suele ser altamente incapacitante debido al importante impacto en la funcionalidad y la productividad de las personas mayores constituyendo un gran problema socioeconómico.

Su forma de presentación suele ser atípica y se acompaña generalmente de síntomas somáticos y trastornos cognitivos.

Su pronóstico en un buen número de los casos es poco favorable por su tendencia a la cronicidad y remisión parcial así como a su asociación a la presentación de síndromes demenciales.

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad y el riesgo de conducta suicida es considerable. Respecto a éste último, las tasas tienden a aumentar con la edad, convirtiéndose en un fenómeno muy frecuente a partir de los 65 años lo que resulta muy preocupante.

Aunque se ha avanzado mucho en materia de tratamiento en este tipo de patología los resultados arrojan que no es suficiente.

Con frecuencia la depresión es infradiagnosticada. En numerosas ocasiones no se detecta porque se considera un fenómeno "normal" propio del envejecimiento y no como una patología tratable.



El abordaje en el paciente mayor con depresión debe ser integral con un enfoque biopsicosocial. Es preciso realizar una valoración integral que tenga en cuenta la salud física y el estado cognitivo del paciente, el contexto social, la estructura familiar, el papel del cuidador, etc. así como contar con más recursos y con equipos de profesionales entrenados y cualificados, dotados de una formación específica en el abordaje de la patología psicogeriatrica.

Considerando el importante crecimiento de la población envejecida, resulta inminente responder a los retos asociados a este fenómeno poblacional y a las necesidades de este grupo de edad.

Sólo así se logrará reducir la prevalencia de este gran síndrome geriátrico y por ende de los casos de riesgo suicida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez O, Polonio B, Pellegrini M. Terapia ocupacional en salud mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. 1ª ed. Madrid: Editorial Panamericana, S.A.; noviembre 2012. 280-304.
2. Mahoney F.I., Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 2.
3. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
4. D'Hyver C, Gutiérrez L.M. Geriatria. 3ª ed. México D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2014. 397-405.
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
6. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.
7. Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Mateos R. Guía Esencial de Psicogeriatría. 2 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A. 2014. 183-241.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. 71-72.
9. Sales A, Pardo A, Mayordomo T, Satorres-Pons E, Meléndez J.C. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015. 20: 165-172. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: [www.aepcp.net](http://www.aepcp.net)
10. Bianchi J, Henao Á, Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*. Jul 2015. 33(2). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082015000200002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082015000200002&script=sci_arttext&tlng=en)
11. Martí-Gil C, Barreda-Hernández D, Marcos-Pérez G, Barreira-Hernández D. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farmacia hospitalaria*. Mayo-Junio 2013. 37(3). Toledo. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432013000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000300007)
12. López J.A., Gil P, Álamo C. Caballero L, Espín L, García P, Mesa N, Ramos I, Zaragoza C. Guía de buena práctica clínica en Geriatria: depresión en las personas mayores. Madrid: Sociedad de geriatría y Gerontología. 2017. 7-49.
13. Salla M, Vilaregut A, Montesano A, Paz C, Feixas G. Terapia Sistémica de pareja en la depresión: cambios en la percepción interpersonal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Noviembre 2016. Vol. XXV, nº 3, 212-234. Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416002.pdf>
14. Reynoso L, Becerra A.L., Medicina conductual: teoría y práctica. 1ª ed. México. Editor Qartuppi. 2014. 91-94.
15. Martín M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*. Enero-marzo 2016. 15(1): 177-172. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a14.pdf>
16. Vademecum Internacional 2017. Disponible en: <https://www.vademecum.es/>
17. Chong A, Ruíz J. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 28(2): 79-86. La Habana, Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n2/mgi09212.pdf>
18. Bordón M.I. Depresión en Pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis Reumatoidea. *Eureka (Asunción) en Línea*. 2012. Eureka vol. 9 nº 1. Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción. Paraguay. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262012000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100009)
19. Pasquín N. Depresión en el adulto mayor: Factores influyentes y alteraciones asociadas. *Cognifit Salud, Cerebro y Neurociencia* [Internet]. Enero 2017. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>
20. Llanes López Y, Vázquez J.L., Hernández R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de ciencias médicas* [Internet]. 2015. La Habana. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
21. López S, Gasull V, Alcalá J.A. Depresión mayor: Recomendaciones SEMERGEN. *Editorial Medical & Marketing Communications*. 2016. 8-38.
22. Departamento de salud del Gobierno Vasco. Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria: Cuando

y con qué. Información Farmacoterapéutica. 2017. 27(1) País Vasco. Disponible en : [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2017/es\\_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1\\_antidepresivos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf)

23. De la Caridad V, Alfonso M, Ramos M.E., González A. Suicidio en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2012. 11(5):699-708. La Habana. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000500017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017)
24. Sepúlveda R. Suicidio en las personas mayores: la triste realidad. El nuevo día. 2017. Puerto Rico. Disponible en: <https://www.elnuevodia.com/suplementos/bienestar/nota/suicidioenadultosmayoreslatristerealidad-2285313/>
25. Anseán A. Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª ed. Madrid. Editor: Fundación Salud mental España. 2014. 48-562.
26. Moreno A. El suicidio en el anciano institucionalizado. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2012 17(2). Disponible en: [https://www.alcmeon.com.ar/17/66\\_oct11/07\\_moreno\\_alc66.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/17/66_oct11/07_moreno_alc66.pdf)
27. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

+ *Publicación Tesina*  
(Incluido en el precio)



1375 €  
PDF

750 HORAS  
30 ECTS

## Experto universitario en el Anciano Frágil y su Entorno

Edición: 13ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 260 Preguntas tipo test, 9 Supuestos  
y Tesina de investigación



## 3. Intervenciones no farmacológicas en la demencia

**Cristina González Argüelles**

Terapeuta Ocupacional. Asturias

Se puede decir que el deterioro cognitivo aparece cuando existe una disminución o pérdida de las funciones mentales superiores. Este hecho puede surgir como consecuencia del "envejecimiento normal del cerebro" o desencadenarse por alguna enfermedad<sup>1</sup>.

En muchas ocasiones a partir del deterioro cognitivo se diagnosticará una enfermedad demencial<sup>1</sup>.

Un diagnóstico precoz permitirá planificar los cuidados e incluir medidas terapéuticas y de prevención. Incluso, en determinadas situaciones será posible tratar la causa desencadenante<sup>2</sup>.

### TIPOS DE DEMENCIA

La clasificación<sup>3</sup> que se detallará a continuación distingue entre demencias degenerativas o primarias (si la muerte de las neuronas se produce de manera progresiva e irreversible como en la Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Pick, Demencia por cuerpos de Lewy,...) y las no degenerativas o secundarias (si la disminución de neuronas podría ser interrumpida si se trata la causa como en la Demencia vascular o demencia multiinfarto, Demencia asociada al VIH, Pseudodemencia depresiva, Hidrocefalia normotensiva,...).

También puede aparecer demencia en los siguientes casos<sup>3</sup>:

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Síndrome de Down
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Deficiencias de vitamina B12 o B6
- Tumores
- Trauma encefálico

### FUNCIONALIDAD Y COGNICIÓN

Según Garrido et al<sup>5</sup> "la demencia afecta a las funciones cognitivas y tiene un impacto directo en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria".

Para determinar el tipo de apoyo y necesidades que requieren las personas afectadas con demencia, se les debe someter a una serie de evaluaciones relacionadas con la cognición y la funcionalidad<sup>6</sup>.

Durante muchos años las evaluaciones se centraron en la memoria y en el deterioro cognitivo<sup>5,7</sup> y se prejuizaba “la capacidad funcional de una persona a partir de pruebas de cognición”<sup>7</sup>.

Se ha comprobado que los datos obtenidos pueden no ser exactos, ya que una persona puede lograr muy buena puntuación en un test cognitivo y ser dependiente en las actividades de la vida diaria o viceversa<sup>7</sup>.

Los instrumentos de valoración<sup>2</sup> más utilizados de las capacidades cognitivas son:

- Test del reloj
- Mini- Cog
- Test episódico
- Eurotest
- Test de Alteración de la Memoria
- Test de las Fotos
- Mini Mental State Examination
- Montreal Cognitive Assessment
- Test de Pfeiffer
- Test de los 7 minutos
- Memory Impairment Screen
- CAMCOG

La elección de utilizar uno u otro estará condicionado por el tiempo disponible, las características del paciente y por la experiencia del profesional<sup>2</sup>.

Según Robinson et al<sup>7</sup>, el motivo de utilizar preferiblemente las evaluaciones a nivel cognitivo para la demencia es porque éstas son fáciles, breves y económicas, al contrario que para valorar el estado funcional en las actividades de la vida diaria.

No tiene sentido no valorar la capacidad funcional, si se tiene en cuenta que la intervención enfocada directamente en el entrenamiento de las actividades diarias aumentará la calidad de vida tanto del paciente como la de su cuidador<sup>7</sup>.

Y siendo además, la valoración de la capacidad funcional, la que puede llegar a determinar si el paciente con demencia “puede o no permanecer en su propio hogar”<sup>7</sup>.

Por este motivo, no es recomendable equiparar los resultados a nivel cognitivo con la funcionalidad de la persona.

Robinson et al<sup>7</sup> insisten en que si se les permite y ayuda a ser lo más independientes posible a las personas con demencia, se reducirá la carga directamente sobre los cuidadores y el sistema comunitario.

Y que en algunos casos, “la rehabilitación cognitiva a través de tareas funcionales” puede hacer que exista una mejoría o mantenimiento de la independencia en las actividades de la vida diaria<sup>5</sup>.

Dentro de las herramientas específicas<sup>2</sup> que se pueden utilizar para valorar la capacidad funcional se encuentra:

Activities of Dayling Living Mild Cognitive Impairment

- Activities of Dayling Living Prevention Instrument
- Test Mongil
- AMPS
- Índice de Barthel
- Escala de Lawton y Brody
- Katz

La herramienta AMPS se ha identificado como una de las más apropiadas para la evaluación funcional, ya que superó muchas limitaciones encontradas en otras pruebas<sup>7</sup>.

## OCUPACIÓN/VOLICIÓN

Morgan et al<sup>8</sup>, destacan en su artículo que “ser activo es un poderoso impulso humano y su ausencia constituye una amenaza significativa para el bienestar”.

Añaden que a través de la participación y de la ocupación, las personas que presentan demencia, pueden dar sentido a sus vidas manteniendo su identidad personal y su autonomía y teniendo el sentimiento de conexión y pertenencia en la sociedad<sup>8</sup>.

Hampson et al<sup>9</sup> explican que “la ocupación es mucho más que una forma de llenar nuestro tiempo: es la forma en que nos definimos a nosotros mismos, un medio para lograr el bienestar, y que es intrínseco a nuestra función y desempeño en nuestra vida cotidiana”.

Definen la ocupación cotidiana “como la estructura del bienestar” y añaden que “la participación en ocupaciones diarias es fundamental para mantener una sensación de bienestar y personalidad” de una persona con demencia<sup>9</sup>.

Según Raber et al<sup>10</sup>, Kielhofner en 2008, detalló que la volición está relacionada directamente con la ocupación ya que es un “aspecto importante de la experiencia personal” de cada individuo, que “incluye los valores, los intereses y el sentido de causalidad y que se refleja en los deseos, las preferencias y las elecciones” de cada persona.

Añaden que “comprender la volición es fundamental para diseñar una atención efectiva para las personas con demencia”<sup>10</sup>.

Cuando realizaron un estudio a ocho personas con demencia moderada obtuvieron los siguientes datos<sup>10</sup>:

- Los participantes para adaptarse a sus capacidades, llegaban a modificar sus ocupaciones.
- Existía discrepancia en la volición de cada individuo.
- Surgían cambios entre los intereses presentes y pasados.
- Según Hampson et al<sup>9</sup>, “el papel del cuidador puede ser fundamental para alentar y mejorar la ocupación de las personas con demencia”.

En el caso de las personas que viven en residencias de ancianos, Morgan et al<sup>8</sup> observaron “que los residentes con demencia dependen del personal para iniciar la ocupación y el compromiso social”.

## 1. VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Gracias a la “Entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI- II”<sup>11</sup>, desarrollada por Gary Kielhofner, Caerrie Crawford, Trudy Mallison, Matt Rigby, Meika Novak, Debora Walens y Alexis Henry se consigue asegurar que se obtiene la información necesaria sobre las cinco áreas siguientes:

1. Organización de rutinas de la vida diaria
2. Roles ocupacionales
3. Elección de actividades/ ocupaciones (intereses)
4. Eventos críticos de la vida
5. Influencia ambiental de comportamiento ocupacional

Esta entrevista permite que el terapeuta pueda improvisar con cada paciente, pudiendo avanzar o retroceder en las preguntas según vaya obteniendo la información. Es una entrevista “diseñada para ser muy flexible”<sup>11</sup>.

### Preguntas Entrevista Semi-Estructurada OPHI-II<sup>12</sup>

#### 1. Roles ocupacionales y comportamiento ocupacional

- ¿Trabaja, estudia?
- ¿Está a cargo de niños, de la casa?
- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- ¿Cuál son los principales motivos por los que hace esto?
- Cuénteme algo que haya hecho recientemente sobre lo que es usted (padre, trabajador, estudiante) y de lo que se sienta orgulloso.
- En el pasado: ¿Ha trabajado, estudiado?
- ¿Por qué lo eligió?
- ¿Fue difícil?
- ¿Por qué renunció a esto?
- ¿Afectó su discapacidad a su trabajo?
- Pregunte por otros roles en el mismo sentido: Amigo, participante de organizaciones, cuidado de la casa, etc.

#### 2. Rutina diaria

- Describa un típico día de la semana
- ¿Hace lo mismo en fines de semana?
- ¿Está satisfecho con su rutina?
- ¿Qué es lo más importante de su rutina?

- Si tuviera un día bueno/malo ¿cómo sería?
- Antes, ¿su rutina era diferente?
- ¿Le gustaba más o menos que la actual?
- ¿Qué es lo que le gustaría cambiar de su rutina?
- ¿Tenía o tiene algunos proyectos o hobbies que formaban parte de su rutina?

#### 3. Eventos críticos de vida

- ¿Cuándo cambiaron las cosas realmente para usted?
- ¿Qué sucedió?
- ¿Cuál ha sido hasta ahora, la mejor y la peor época de su vida?

#### 4. Ambientes ocupacionales

- Hábleme de su casa. ¿Es confortable? ¿Le gusta, es adecuado? ¿Y el barrio?
- ¿Puede moverse sin dificultad?
- ¿Le incita a hacer cosas interesantes? ¿Le aburre?
- ¿Con quién vive?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que vive? ¿Qué hace con ellos?
- ¿Tiene algún conflicto con alguna persona con la que vive?
- ¿Puede confiar en su familia?
- En relación a su lugar de trabajo/estudios, hacer preguntas en el mismo sentido.
- Diversión: ¿Cuáles son las cosas que hace para relajarse y divertirse?
- ¿Les gusta?
- ¿Son adecuadas?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que se divierte?

#### 5. Selección de actividades/ocupaciones

- ¿Cómo llegó a desempeñar los roles que desempeña actualmente?
- ¿Cuáles son las cosas realmente importantes para usted?
- ¿Qué cosas puede hacer y por qué? ¿Qué cosas no puede hacer?
- ¿Puede dar un ejemplo?
- Recientemente ¿no ha podido hacer una cosa realmente valiosa para usted?
- ¿Ha podido elegir lo que realmente le importa?
- ¿Cuenta con tiempo para hacer las cosas que desea?
- ¿Cuenta con tiempo libre? ¿Disfruta?



## 6. Metas

- ¿Tiene metas/proyectos hacia el futuro? ¿Cuáles son?
- ¿Puede caminar hacia las metas que se pone?
- ¿Ha tenido impedimentos para alcanzar una meta?
- ¿Cómo decide hacer las cosas que realmente quiere?
- ¿Puede manejar y resolver los problemas que le surgen para superar los obstáculos y caminar hacia la meta?

La segunda parte del OPHI está formada por la "Escala de Identidad Ocupacional, la Escala de Competencia Ocupacio-

nal y la Escala de ambientes de Comportamiento Ocupacional"<sup>11</sup>.

Se califica cada apartado dándoles una puntuación del 1 al 4:

1. Extrema disfunción ocupacional
2. Algo de disfunción ocupacional
3. Función ocupacional buena, apropiada y satisfactoria
4. Función ocupacional totalmente competente

<b>Escala de identidad ocupacional</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Tiene metas personales o proyectos				
Identifica un estilo de vida ocupacional				
Espera éxito				
Acepta responsabilidades				
Valora habilidades y limitaciones				
Tiene compromisos y valores				
Reconoce identidades y obligaciones				
Tiene interés				
Se sintió efectivo en el pasado				
Encontró sentido, satisfacciones en su estilo de vida pasado				
Hizo elecciones ocupacionales				
<b>Escala de competencia ocupacional</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Mantiene un estilo de vida satisfactorio				
Cumple con las expectativas de sus roles				
Trabaja hacia metas				
Cubre los estándares de desenvolvimiento personal				
Organiza su tiempo para cubrir responsabilidades				
Participa en intereses				
Cumplió con sus roles en el pasado				
Mantuvo hábitos en el pasado				
Logró satisfacción en el pasado				
<b>Escala de ambientes de comportamientos ocupacionales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Formas ocupacionales de vida en el hogar				
Formas ocupacionales del rol principal productivo				
Formas ocupacionales de diversión				
Grupo social en la vida hogareña				
Grupo social del principal rol productivo				
Grupo social de diversión				
Espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña				
Espacios físicos, objetos y recursos en el rol productivo				
Espacios físicos, objetos y recursos en los ambientes de diversión				

La tercera parte de la entrevista está formada por “el registro de narración de la historia de vida”, donde se detallarán los principales eventos de su vida<sup>11</sup>.

### *Implicaciones de la historia de vida*

Pasado \_\_\_\_\_

Presente \_\_\_\_\_

Futuro \_\_\_\_\_

Al rellenar el siguiente diagrama<sup>11</sup> se podrá observar cómo empeoró o mejoró la vida del paciente a partir de los principales eventos de su vida (la inclinación de la pendiente indicará las transiciones).

## **2. VALORACIÓN DE LOS INTERESES**

A través del “listado de intereses” adaptado por Kielhofner y Neville (1983) se pretende identificar el patrón de intereses relevantes en la vida del paciente.

Podrá rellenarlo el propio paciente y si no puede, lo rellenará el terapeuta.

En cada una de las actividades, se detallará:

- ¿Cuál ha sido su nivel de interés en los últimos 10 años y en el último año? (Las opciones a marcar serán “mucho, poco o ninguno”).
- ¿Participa actualmente en esa actividad? (Pudiendo elegir entre “sí o no”).
- ¿Le gustaría realizarla en el futuro? (También podrá elegir entre “sí o no”).

Las actividades propuestas serán:

- Practicar jardinería
- Jugar a las cartas
- Caminar
- Cocinar
- Bailar
- Nadar
- Leer
- Viajar
- Cantar
- Coser
- Hablar/ leer idiomas extranjeros
- Participar en actividades religiosas
- Escuchar la radio
- Reparar coches
- Jugar al golf

- Jugar/ver fútbol
- Escuchar música clásica
- Asistir a charlas/conferencias
- Jugar a los bolos
- Ir de visita
- Arreglar ropa
- Jugar a las damas/ajedrez
- Hacer asado
- Ir a fiestas
- Practicar artes marciales
- Limpiar la casa
- Jugar con juegos de construcción
- Ver televisión
- Ir a conciertos
- Hacer cerámica
- Cuidar mascotas
- Acampar
- Lavar/ planchar
- Participar en política
- Jugar a juegos de mesa
- Decorar interiores
- Pertenecer a un club
- Ser Scout
- Ver vitrinas o escaparates/ comprar ropa
- Ir a la peluquería (salón de belleza)
- Andar en bicicleta
- Ver un deporte
- Observar aves
- Ir a carreras de coches
- Arreglar la casa
- Hacer ejercicios
- Cazar
- Trabajar en carpintería
- Sacar fotografías
- Jugar al billar
- Escribir
- Cuidar niños

- Jugar al tenis
- Jugar al billar
- Pintar
- Estudiar historia
- Coleccionar
- Estudiar ciencia
- Pescar
- Realizar marroquinería
- Ir de compras
- Jugar al baloncesto
- Conducir un coche
- Otros...

## TERAPIA OCUPACIONAL EN LA DEMENCIA

Ya se ha comentado que la evolución funcional y cognitiva de dos personas diagnosticadas con demencia puede ser totalmente diferente: mientras una puede llevar un camino hacia un nivel de dependencia extremo e incluso caro para el sistema sanitario, la otra quizá pueda mantener su independencia casi hasta el final de su vida<sup>13</sup>.

Por lo general, se van a conocer una serie de aspectos comunes en la demencia como son la ansiedad, insomnio, agresión, vagabundeo y agitación<sup>13</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Terapia Ocupacional (TO) como "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social"<sup>14</sup>.

Los terapeutas ocupacionales deberán ser capaces de conseguir "describir una gama de medidas simples para que los cuidadores las usen" y que puedan ponerlas en práctica<sup>13</sup>.

Se ha descubierto que las siguientes intervenciones pueden generar un resultado positivo en el desempeño ocupacional de la persona<sup>9</sup>:

- Ofreciéndoles una orientación témporoespacial
- Utilizando pistas y recordatorios
- Adaptando el entorno físico
- Graduándoles las actividades
- Dándoles soluciones a los problemas

La rutina diaria, la repetición y la constancia en actividades que sean significativas para ellos son aspectos que les aportarán seguridad y funcionalidad<sup>15</sup>.

## 1. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Las terapias no farmacológicas se pueden definir como cualquier tipo de intervención desarrollada sin agentes químicos o fármacos, realizadas sobre el paciente o el cuidador y que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas<sup>2</sup>.

### 1.1. Snoezelen

Es un concepto que cada vez se utiliza más con personas con demencia y con diferentes tipos de discapacidad<sup>16</sup>.

La palabra *snoezelen* proviene del holandés y "consiste en experiencias sensoriales placenteras generadas en una atmósfera de confianza y relajación"<sup>16</sup>.

Es una intervención que suele ser realizada por terapeutas ocupacionales<sup>17</sup> y consiste en preparar una sala con un entorno multisensorial, que les proporciona a los pacientes estímulos táctiles, olfativos, auditivos y visuales<sup>16</sup>.

Varios estudios han demostrado que esta intervención tiene una serie de efectos positivos y agradables para estas personas<sup>16,17</sup>.

Baker et al<sup>16</sup>, observaron a corto plazo en los pacientes un aumento de interés y de felicidad y una disminución de tristeza y miedo. También mejoró la relación entre los residentes y el personal que realizaba la sesión. A largo plazo no hubo cambios.

También es una intervención beneficiosa para las personas que presenten períodos de agitación, ya que encontraron "una variación considerable en la dirección y la magnitud del cambio en el comportamiento agitado de los participantes individuales y la frecuencia cardíaca durante y después de las sesiones"<sup>17</sup>.

Suelen realizarse sesiones de 30 minutos<sup>16</sup>.

El personal a cargo de las sesiones debe tener en cuenta que la experiencia en la sala Snoezelen debe ser algo positivo tanto para el paciente como para ellos<sup>17</sup> y que para unos pacientes estas sesiones serán relajantes, pero "para otros pueden tener un efecto más estimulante"<sup>18</sup>.

### 1.2. Musicoterapia

Cox et al<sup>19</sup>, afirman que la musicoterapia es una "herramienta prometedora en el manejo de la agitación en la enfermedad de Alzheimer".

El valor terapéutico y los beneficios curativos de la música, se documentaron en la antigüedad por Platón, por lo que no es un concepto nuevo<sup>19</sup>.

A principios del siglo XX, Messner (alumno de Sigmund Freud) realizó experimentos con la música, incluyéndola como tratamiento para personas demenciadas<sup>19</sup>.

En la actualidad, la música en directo debe ser considerada por los terapeutas ocupacionales como una actividad significativa y alcanzable para intervenir con estos pacientes, ya que puede contribuir a mejorar su bienestar y calidad de vida<sup>19</sup>, además de trabajar todas las áreas cognitivas<sup>2</sup>.

### 1.3. Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva es un tipo de intervención psico-social que ha demostrado “un beneficio significativo en los síntomas cognitivos de las personas con demencia”<sup>20</sup>.

Los terapeutas ocupacionales también se encargan de realizar este tipo de intervenciones<sup>20</sup>.

Se ha comprobado que las sesiones grupales, incluida la estimulación cognitiva, ayudan a obtener “una mejor calidad de vida para las personas con demencia de leve a moderada”<sup>21</sup>.

El número ideal de participantes en cada sesión grupal es alrededor de 8, aunque si los pacientes presentan un deterioro avanzado se necesitará reducir este número<sup>15</sup>.

Por ello, es importante conocer el nivel de deterioro cognitivo que presentan los participantes de la sesión<sup>21</sup>.

A la hora de dirigirnos a los ellos, se hará con un tono agradable y el volumen de voz elevado, pero siempre sin gritar<sup>15</sup>.

Para evitar su frustración, nunca se les pedirán tareas que estén muy por encima de su nivel cognitivo. Según Sarasa, lo que se pretenderá será estimularles y que a la vez se puedan sentir “útiles, valorados y ocupados”<sup>15</sup>.

### 1.4. Espiritualidad

Bursell et al<sup>22</sup>, definen la espiritualidad en su artículo como “la búsqueda de significado y propósito en la vida, que puede o no estar relacionada con una creencia en Dios o alguna forma de poder superior”.

Para las personas que no tienen este tipo de creencias, podría relacionarse la espiritualidad “con la noción de una fuerza de vida motivadora, que implica una integración de las dimensiones de la mente, el cuerpo y el espíritu”<sup>22</sup>.

Estos autores<sup>22</sup> también destacaron “que las necesidades espirituales de los pacientes deberían ser abordadas por todos los profesionales de la salud”, a pesar de que las investigaciones centran este tema en determinadas profesiones específicas y no en el conjunto multidisciplinar.

Concretamente en los terapeutas ocupacionales se ha investigado su papel al “evaluar y luego abordar las necesidades espirituales de sus pacientes”, pero también la enfermera, auxiliar, etc deberían ser partícipes e intentar obtener información de los cuidadores, ya que podría ser un aspecto beneficioso si se descubre que para esa persona era un tema significativo<sup>22</sup>.

### 1.5. Terapia del muñeco o baby doll

No existe un protocolo de actuación, pero se puede considerar esta terapia como “un enfoque no farmacológico eficaz para mejorar el bienestar de los pacientes con demencia de moderada a grave”<sup>23</sup>.

Para justificar su uso, se cita a menudo la teoría del apego de Bowlby (1969), donde los “objetos de transición podrían utilizarse también en la edad adulta”<sup>24</sup>.

Se entiende por *objetos de transición* a juguetes suaves, mantas,... e incluso frases y palabras repetitivas que suelen utilizar los niños con frecuencia<sup>24</sup>.

En este caso, estos objetos pueden “actuar como un ancla para las personas con demencia en un período de incertidumbre”<sup>24</sup>.

Algunos autores rechazan completamente esta terapia, ya que para ellos es un modo de engaño, de abuso de confianza y de infantilizar a la persona<sup>24</sup>.

Aun así, varios estudios demostraron que gracias a la terapia del muñeco hubo una reducción en la agresión, deambulación y agitación en pacientes con demencia<sup>24</sup>.

Braden et al<sup>23</sup>, añaden que pueden aparecer otros resultados positivos como el “aumento en el nivel de felicidad, mayor interacción con el personal y una reducción de ansiedad”.

Mitchel et al<sup>24</sup>, mencionan que las acciones de besar y de abrazar al muñeco se puede considerar como una “expresión de seguridad” y que “abrazar un objeto de transición puede considerarse una representación del apoyo personal que ellos anhelan”.

Por último, añaden que “cualquier vía terapéutica que no involucre farmacología debilitante y mejore el bienestar de la persona con demencia” será de gran valor para la práctica clínica<sup>24</sup>.

### 1.6. Nuevas tecnologías

El avance de las neurociencias “ha permitido que los métodos tradicionales de estimulación se sustituyan de manera progresiva por distintos dispositivos y programas informáticos que añaden un nuevo formato en la estimulación de las funciones superiores”<sup>25</sup>.

Se ha comprobado que las personas con deterioro cognitivo leve, pueden tener conservada “la capacidad de aprender nueva información y de adaptar su comportamiento”<sup>26</sup>.

Según González et al<sup>26</sup>, en estos pacientes existen “evidencias de plasticidad cognitiva”.

Se encontraron efectos positivos<sup>26</sup> tras utilizar el ordenador como medio de rehabilitación. Hubo una mejoría en la velocidad de procesamiento de la información, en la memoria de trabajo, visual y espacial (estos resultados se mantuvieron incluso 5 meses después de finalizar el tratamiento).

La intervención completa incluía el entrenamiento en:

- Memoria
- Percepción vasomotora
- Atención
- Lenguaje
- Percepción visoespacial



El avance de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación), durante el siglo XXI ha permitido desarrollar programas informáticos “dedicados a la rehabilitación por ordenador”<sup>27</sup>:

- RehaCom<sup>27</sup>
- THINKable<sup>27</sup>
- Smart Brain<sup>2,27</sup>
- Imentia<sup>2</sup>
- Gradior<sup>2</sup>

Según los resultados encontrados por Rodríguez et al<sup>28</sup>, “las nuevas tecnologías contribuyen a disminuir algunos síntomas asociados a la enfermedad, como la ansiedad y la depresión, mejorando además ciertas funciones cognitivas en personas que tienen un deterioro cognitivo leve- moderado” y siendo siempre preferible combinar estas terapias con las tradicionales.

Hay que mencionar que también existen algunos inconvenientes<sup>28</sup> que habrá que tener en cuenta:

1. El presupuesto económico para poder adquirir el dispositivo, software,...
2. Los pacientes pueden rechazar utilizar los dispositivos tecnológicos por no conocer previamente su uso.

## EL PAPEL DEL CUIDADOR

Según el artículo de Griffiths et al<sup>29</sup>, atender a personas que presenten demencia es un compromiso muy exigente, en muchas ocasiones, estresante y<sup>30</sup> que presenta una “amplia gama de desafíos” para la propia familia.

Al analizar los problemas que les surgían a un grupo de cuidadores llegaron a la conclusión que la actividad cotidiana más estresante para ellos era tener que encargarse de las necesidades fisiológicas de la persona a su cargo<sup>29</sup>.

También encontraban dificultades en las transferencias, ya que les suponía en muchas ocasiones sobrecargar su propia espalda<sup>29</sup>.

Los “problemas de memoria, las dificultades económicas y la angustia psicológica” también eran aspectos que les preocupaban<sup>29</sup>.

Como ya se ha comentado, la satisfacción y una disminución del estrés en el cuidador puede ser posible gracias al incremento del “compromiso ocupacional de la persona con demencia”<sup>9</sup>.

Rodríguez et al<sup>31</sup>, para disminuir la ansiedad y mejorar el estado emocional de los cuidadores proponen realizar actividades físicas como:

- Ejercicios de yoga
- Ritos tibetanos
- Tai Chi Chuan

- Caminatas
- Paseos de orientación

Será necesario asesorar adecuadamente a los cuidadores para que puedan ayudar a la persona con demencia “a medida que se deteriora su capacidad” de aprendizaje y de adaptación<sup>9</sup>.

## 1. RECOMENDACIONES

A continuación se detallarán una serie de recomendaciones que pueden ser útiles para el cuidador<sup>15,32</sup>.

### Alimentación

Fase inicial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observan dificultades en el almacenamiento de la comida y en su preparación.</li> <li>• <i>Recomendaciones:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Dejarles un recetario por escrito.</li> <li>» Escribir los nombres de cada producto en recipientes sin etiquetar (sal, azúcar,...).</li> <li>» Dejar por escrito recordatorios (apagar horno, cerrar el gas,...)</li> <li>» Ayudar en la planificación del menú semanal y a realizar la lista de la compra.</li> <li>» Es necesaria ligera supervisión.</li> </ul> </li> </ul>
Fase intermedia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparece dificultad para identificar y manejar algunos utensilios, pero pueden comer solos.</li> <li>• <i>Recomendaciones:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Para mantener la praxis ideatoria, se favorecerá que echen agua en el vaso, corten la carne, pelen la fruta,... sin ayuda.</li> <li>» Se les dará sólo el utensilio que vayan a utilizar con cada plato (cuchara para la sopa,...).</li> <li>» Mantener horarios fijos para favorecer su orientación.</li> </ul> </li> </ul>
Fase avanzada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta problemas de deglución. Es completamente dependiente.</li> <li>• <i>Recomendaciones:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se le irá dando la comida despacio, dejando que la persona trague lo anterior para acercarle la próxima cucharada.</li> <li>» En las últimas etapas será necesario utilizar sonda nasogástrica o jeringas para facilitar la alimentación.</li> </ul> </li> </ul>

### Aseo y baño

Fase inicial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suelen aparecer desinterés por su aspecto personal ya que se olvidan de si se han aseado o no.</li> <li>• <i>Recomendaciones:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Realizar una rutina diaria que facilite la automatización de las tareas.</li> <li>» Necesitarán ligera supervisión para evitar resbalones, uso de aparatos eléctricos con agua cerca,...).</li> </ul> </li> </ul>

**Fase intermedia**

- Presentan dificultad para ejecutar la actividad y para el manejo de utensilios.
- *Recomendaciones:*
  - » Para evitar caídas es mejor que estén sentados durante el aseo.
  - » Dejar que se peinen ellos solos.
  - » Guiarles en el proceso del aseo y ayudarles a lavar la cabeza y la espalda.

**Fase avanzada**

- Dependencia total para baño y aseo.
- *Recomendaciones:*
  - » Si es posible para lavarle la cabeza se recomienda que la mantenga en ligera flexión hacia adelante, para evitar que el jabón le caiga en los ojos.
  - » Si el aseo tiene que ser en la cama, hay que asegurarse de que se seca bien todo el cuerpo.

**Vestido****Fase inicial**

- Pueden presentar problemas para diferenciar la ropa limpia de la sucia, combinar las prendas o elegir la ropa según el clima.
- *Recomendaciones:*
  - » Dejar en el armario sólo las prendas de temporada (guardar las de verano o invierno en otro lugar).
  - » Dejar el pijama doblado en la cama (no meterlo dentro del armario).

**Fase intermedia**

- Dificultad para abrochar/desabrochar correctamente. Pueden ponerse prendas del revés o incluso la ropa interior por fuera.
- *Recomendaciones:*
  - » Guiar a la persona en la secuencia del vestido.
  - » Usar prendas que tengan cintura elástica y calzado con velcros.
  - » Entrenar a la persona a que abroche/desabroche varias veces y a reconocer prendas.

**Fase avanzada**

- Presentará dependencia total.
- *Recomendaciones:*
  - » Para facilitar la tarea al cuidador, la mejor posición será que esté tumbado o sentado.
  - » Con las personas que estén encamadas se recomienda que se usen prendas amplias (fáciles de quitar y poner) y que no se formen arrugas en la ropa o en las sábanas ya que con el roce de la piel existe la posibilidad de que se formen escaras.

**Control de esfínteres y uso del WC****Fase inicial**

Al principio no suelen tener problemas. Al final de esta etapa hay que estar atentos por si empiezan a tener problemas para limpiarse correctamente o por motivos de desorientación no les da tiempo llegar a tiempo al baño.

**Fase intermedia**

- Aumentan las pérdidas de orina debido al olvido de donde está el baño o no les da tiempo a quitarse el pantalón.
- *Recomendaciones:*
  - » Que utilicen prendas fáciles de quitar y poner.
  - » Realizar supervisión cuando vayan al baño.

**Fase avanzada**

- Suelen presentar incontinencia fecal y urinaria. Necesitarán usar pañal y dependerán completamente de otra persona.
- *Recomendaciones:*
  - » Cambiarle el pañal tantas veces como se ensucie, para evitar irritaciones e infecciones de orina.

**Deambulación y transferencias****Fase inicial**

- Puede aparecer ligera desorientación. Son independientes para las transferencias.
- *Recomendaciones:*
  - » Pequeñas supervisiones o acompañamiento.
  - » Realización de un itinerario sencillo por escrito (si van solos).
  - » Tener una dirección y número de teléfono de su familiar de referencia, anotados en un papel, en el bolsillo de su chaqueta o pantalón.

**Fase intermedia**

- No podrán salir solos a la calle. Pueden comenzar a tener problemas en transferencias o en la deambulación.
- *Recomendaciones:*
  - » Si su deterioro cognitivo lo permite, se entrenará con él el uso de un andador o bastón. Sino necesitará la ayuda de tercera persona.

**Fase avanzada**

- Seguirán precisando de otra persona para los traslados y transferencias, pero al principio de esta fase podrán seguir caminando.
- En la fase terminal, seguramente tendrán que desplazarse gracias a una silla de ruedas empujada por su cuidador.
- *Recomendaciones:*
  - » Hacerle transferencias a menudo, de cama a sillón y a silla para favorecer una "postura semivertical que favorecerá funciones orgánicas y fisiológicas".
  - » Si no fuera posible levantarlo de la cama, se deberá utilizar una cama articulada.

**Manejo del dinero****Fase inicial**

- Pueden confundir el valor de las monedas y los billetes y les cuesta "hacer cálculos del precio y de las vueltas".
- *Recomendaciones:*
  - » No dejar que salgan de casa con demasiado dinero
  - » Procurar que si salen solos, vayan a tiendas conocidas
  - » Lo ideal sería acompañarles, pero dejar que sean ellos los que paguen

**Fase intermedia**

Deberán ir siempre acompañados. Ya no podrán realizar los pagos, a no ser que se les de en la mano el dinero justo.

**Fase avanzada**

No reconocerán ni manejarán el dinero.

*Control de la medicación***Fase inicial**

- Pueden olvidarse de la pauta, del horario de la toma o de si ya lo han tomado o no.

- *Recomendaciones:*

- » Se deberá utilizar pastilleros y entrenar muy bien su uso y seguir unas rutinas muy exactas.
- » Lo ideal es realizar siempre la supervisión.

**Fase intermedia**

Se debe realizar supervisión para asegurarse de que toman la medicación con la pauta correcta.

**Fase avanzada**

Existe una dependencia total. Hay que tener cuidado con los problemas de deglución al tomar la medicación.

**CONCLUSIONES**

Para conseguir un diagnóstico preciso de un paciente con deterioro cognitivo<sup>7</sup>, se deberá realizar una evaluación detallada y minuciosa “de todos los aspectos del funcionamiento conductual, físico, intelectual<sup>33</sup> y social de la persona.

Para conocer la capacidad funcional del paciente, no servirá con equipararla a la valoración del nivel cognitivo. Será necesario realizar una buena evaluación funcional a través de las herramientas disponibles.<sup>7</sup>

Según Agüera<sup>4</sup>, para posibilitar “la detección precoz de un eventual deterioro cognitivo o incluso de la aparición de demencia”, es recomendable realizar valoraciones cognitivas a intervalos de entre 6 y 9 meses. Sobre todo “en el caso de aparición de depresión en un paciente anciano, especialmente si sucede por primera vez en la edad tardía”.

Los propios pacientes, pueden dificultar la intervención si presentan algún comportamiento alterado como irritabilidad, desinhibición sexual, hiperactividad, apatía...<sup>15</sup>

A la hora de trabajar con este colectivo, como terapeutas ocupacionales y según la propia reflexión de Andrews<sup>13</sup>: no está permitido decir que “el tiempo se fue cuando nos dimos cuenta que no sabíamos...” cómo ayudar, cómo adaptar o cómo intervenir. Como profesionales sociosanitarios “debemos hacerlo mejor que eso”.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Muñoz-Pérez MJ, Espinosa-Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Rev Mex Neuroci* [Internet]. 2016 [citado 15 Sep 2017]; 17(6): 85-96. Dis-

ponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=69354>

2. López Trigo JA, Arriola Manchola E, Carnero Pardo C, Freire Pérez A, López Mongil R, Manzano Palomo S, Olazarán Rodríguez J. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología/ IMC; 2017. Disponible online en: <https://www.segg.es/>
3. Moya Chávez LA, Mamani Mamani CR. Demencia. *Rev Act Clín.* [Internet]. 2013 [citado 20 Sep 2017]; 35: 1810-1814. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35\\_a05.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a05.pdf)
4. Agüera L. La interfase depresión y demencia: etiología y clínica. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría 2003 [actualizado 14 Ene 2015; citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/265820153>
5. Garrido-Pedrosa J, Sala I, Obradors N. Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. *Brit J of OT.* [Internet]. 2017 [citado 10 Nov 2017]; 80(7): 397-408. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0308022617698166>
6. Gregory K, Gibbs D. AIDS Dementia Complex: the Perception of Loss of Functional Ability. *Brit J of OT* [Internet]. 2002 [citado 1 Nov 2017]; 65(11). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802260206501105>
7. Robinson SE, Fisher AG. Functional and Cognitive Differences between Cognitively-Well People and People with Dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 1999 [citado 1 Nov 2017]; 62(10). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802269906201007?journalCode=bjod>
8. Morgan-Brown M, Ormerod M, Newton R, Manley D. An exploration of occupation in nursing home residents with dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 2011 [citado 1 Nov 2017]; 74(5). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4276/030802211X13046730116452>
9. Hampson C, Smith SJ. Helping occupational performance through engagement: A service evaluation of a programme for informal carers of people with dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 2015 [citado 1 Nov 2017]; 78(3): 200-204. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022614563941>
10. Raber C, Teitelman J, Watts J, Kielhofner G. A phenomenological study of volition in everyday occupations of older people with dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 2010 [citado 1 Nov 2017]; 73(11). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802210X12892992239116?journalCode=bjod>
11. terapiaocupacionalensaludmentalumb.blogspot.com.es [Internet]. Entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI- II. [Actualizado 6 May 2015; citado

- 11 Nov 2017]. Disponible en: <http://terapiaocupacionalensaludmentalumb.blogspot.com.es/2015/05/entrevista-historica-del-desempeno.html>
12. acpgerontologia.com [Internet]. Preguntas Entrevista Semi- Estructurada OPHI- II. [Citado 11 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/EntrevistaOPHI2.pdf>
  13. Andrews J. Dementia care and occupational therapy. *Brit J of OT* [Internet]. 2010 [citado 4 Nov 2017]; 73(4). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802210X12706313443820>
  14. ibeaudry. com [Internet]. Oviedo [citado 23 de Junio 2017] Disponible en: <http://www.ibeaudry.com/s4/ques-la-t-o/>
  15. Sarasa Frechín E. Terapia ocupacional y enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para la estimulación global en los servicios sociales. Zaragoza: Mira Editores; 2008.
  16. Baker R, Dowling Z, Wareing LA, Dawson J, Assey J. Snoezelen: its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 1997 [citado 5 Nov 2017]; 60(5). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802269706000507?journalCode=bjod>
  17. Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Rooke N, Redman J, Campbell R. Variability in Response of Older People with Dementia to Both Snoezelen and Reminiscence. *Brit J of OT* [Internet]. 2005 [citado 7 Nov 2017]; 68(8). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802260506800805?journalCode=bjod>
  18. Van Diepen E, Baillon S, Redman J, Rooke N, Spencer DA, Prettyman R. A Pilot Study of the Physiological and Behavioural Effects of Snoezelen in Dementia. *Brit J of OT* [Internet]. 2002 [citado 7 Nov 2017]; 65(2). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802260206500203?journalCode=bjod>
  19. Cox E, Nowak M, Buettner P. Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: the role of live music. *Brit J of OT* [Internet]. 2011 [citado 29 Oct 2017]; 74(11). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802211X13204135680866?journalCode=bjod>
  20. Streater A, Aguirre E, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in practice: A service evaluation. *Brit J of OT* [Internet]. 2016 [citado 29 Oct 2017]; 79 (9). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022616659886?journalCode=bjod>
  21. Streater A, Spector A, Aguirre E, Orrell M. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study. *Brit J of OT* [Internet]. 2016 [citado 29 Oct 2017]; 79(12): 762-767. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022616668358?journalCode=bjod>
  22. Bursell J, Mayers C. Spirituality within dementia care: perceptions of health professionals. *Brit J of OT* [Internet]. 2010 [citado 30 Oct 2017]; 73(4): 144-151. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802210X12706313443866?journalCode=bjod>
  23. Braden B, Gaspar PM. Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: innovative practice. *Dement* [Internet]. 2015 [citado 3 Nov 2017]; 14(5): 696-706. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301214561532?journalCode=dema>
  24. Mitchel G, O'Donnell H. The therapeutic use of doll therapy in dementia. *Brit J of Nurs* [Internet]. 2013 [citado 3 Nov 2017]; 22(6): 329-334. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23901451>
  25. Marchena Rodríguez A. Evidencia científica de los programas de estimulación cognitiva con nuevas tecnologías en pacientes con Enfermedad Alzheimer en estado inicial. Trabajo fin de Máster. [Internet] 2017 [citado 29 Nov 2017]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4316/1/MARCHENA%20RODRIGUEZ%2C%20ADELA.pdf>
  26. González Palau F, Franco M, Jiménez F, Bernate M, Parra E, Toribio JM. Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Paramer J of Neuropsico* [Internet]. 2012 [citado 29 Nov 2017]; 6(1): 84-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4396/439643203007/>
  27. Arroyo-Anlló EM, Poveda Díaz-Marta J, Chamorro Sánchez J. Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensam Psicol* [Internet]. 2012 [citado 29 Nov 2017]; 10(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165789612012000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165789612012000100008&script=sci_arttext&tlng=pt)
  28. Rodríguez- Martínez MC, Ortega Fernández E, Sánchez Vega E. Aplicación de nuevas tecnologías en personas mayores con trastorno cognitivo leve- moderado desde la Terapia Ocupacional. *Intern J of Tech and Educ Inno* [Internet]. 2017 [citado 29 Nov 2017]; 3(1): 75-84. Disponible en: <http://www.revistas.uma.es/index.php/innoeduca/article/view/2037/2484>
  29. Riffiths J, Bunrayong W. Problems and needs in helping older people with dementia with daily activities: Perspectives of Thai caregivers. *Brit J of OT* [Internet]. 2016 [citado 19 Nov 2017]; 79(2): 78-84. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022615604646?journalCode=bjod>



30. Hall L, Skelton DA. Occupational therapy for caregivers of people with dementia: a review of the United Kingdom literature. *Brit J of OT* [Internet]. 2012 [citado 19 Nov 2017]; 75(6). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802212X13383757345184?journalCode=bjod>
31. Rodríguez Pérez ML, Díaz Rodríguez A, Díaz Rodríguez P. Actividad física: alternativa para disminuir el estado de ansiedad en cuidadores de enfermos de Alzheimer aplicada en la Provincia de Pinar del Río, Cuba. *Rev Elec Cien y Tec Cult Fís* [Internet]. 2016 [citado 29 Nov 2017]; 11(1). Disponible en: <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/641/pdf>
32. Rincón E, Sánchez-Ortiz M, Ramos R. Terapia ocupacional: intervención en distintas patologías. Formación Alcalá S.L.; 2007.
33. Rodríguez J, Gajardo J. Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Rev Chil de TO* [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2017]; 12(2): 29-36. Disponible en: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-704374>

+ *Publicación Tesina*  
(Incluido en el precio)



1375 €  
PDF

750 HORAS    30 ECTS

## Experto Universitario en Geriatría y Gerontología

Edición: 12ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 100 Preguntas tipo test, 6 Supuestos y Tesina de investigación



## 4. Intervención cognitiva y social con enfermos de Alzheimer y sus familiares

Noelia Del Hoyo Manrique

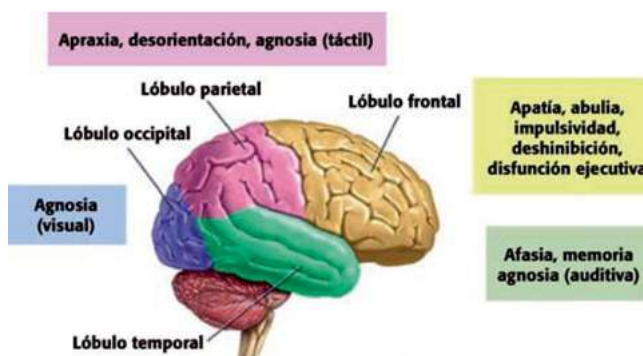
Graduada en Trabajo Social. Valladolid

### INTERVENCIÓN CON ENFERMOS DE ALZHEIMER Y FAMILIARES

#### 1.1. Intervención profesional a personas con Alzheimer

Hacemos intervención desde el primer momento en el que la persona con síntomas de demencia acude a un profesional en busca de respuestas. Las demencias en general, y la enfermedad de Alzheimer (EA) en concreto, se definen como un trastorno neuro-degenerativo irreversible que ocasiona un deterioro global persistente, y cuya consecuencia son alteraciones en el carácter, cognición, conducta y personalidad. Además, produce un grave deterioro de la vida social, laboral y cotidiana de la persona afecta, e interfiere el autogobierno de la misma.<sup>1</sup>

La intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer se fundamenta en los principios de la rehabilitación neuropsicológica y consiste en la aplicación de una serie de técnicas desarrolladas de manera específica para el tratamiento de las demencias y los problemas de memoria.



*Alzheimer. Partes del cerebro afectadas por Alzheimer. Empresas Paré. Fuente: <https://empresaspare.wordpress.com/alzheimer/>*

El proceso metodológico que guía la intervención requiere de unos pasos:

#### 1.1.1. Primer contacto con el profesional

Este primer momento es muy importante para establecer una buena intervención con el paciente, ya que es entonces cuando comienza la relación usuario-profesional, donde se tienen las mayores dudas, no entienden qué es lo que les está pasando ni cómo afrontar la situación en el caso de padecer una enfermedad degenerativa.

Tenemos que mostrar empatía, escucha activa y comprensión al paciente y a sus familiares que se encuentran en la misma situación de incompreensión. En este momento el

profesional debe recoger datos e información útil para diseñar un *Plan de Atención Individualizado* (PAI), se consulta el historial médico del enfermo, se conversa con los familiares y con el propio paciente, para obtener información más detallada sobre su estado cognitivo, afectivo-conductual y social, de esta forma observaremos la evolución, progreso, mantenimiento y retraso del deterioro cognitivo a medida que pase el tiempo.

La forma de obtener estas valoraciones se obtiene a partir de:

- Observación directa
- Entrevista informal no estructurada con el usuario, teniendo en cuenta el estadio o la evolución que presenta, se utilizan preguntas según el deterioro cognitivo que presente.

El fin de esta recopilación de datos es el diseño de unos objetivos individualizados y la elaboración de un plan de tratamiento adaptado a las capacidades y los déficits detectados en la valoración.

### 1.1.2. El estudio/valoración integral de la persona con Alzheimer

Para conseguir los objetivos de intervención con enfermos de Alzheimer debemos entender una valoración integral de la persona, es decir, que elaboraremos un historial donde se recojan aspectos sociales, económicos, culturales y de salud, tanto de la propia persona como de su entorno familiar y social que determina la situación global del paciente.<sup>2</sup>

La *valoración social*, trata de explorar diferentes elementos relativos a la persona, familia, entorno y vivienda comprobando las características de la provisión de cuidados efectivos y potenciales desde los sistemas de apoyo formal e informal. Esta valoración nos permite identificar, por un lado, los factores de riesgo social y problemas sociales que dificultan el afrontamiento de las diferentes etapas de la demencia tipo Alzheimer y por otro, las potencialidades existentes, entendidas éstas como recursos propios o externos de los que podría disponer cada persona y familia para afrontar las fases, contrarrestar las consecuencias y problemas sociales que pudieran tener en diferentes momentos.

La valoración social tiene su forma más común en la entrevista directa a la persona que padece la enfermedad y a sus familiares con el objetivo de recoger información acerca de:

- Características personales (sexo, edad, estado civil, formación, ocupación...)
- Situación socio sanitaria (características de los cuidados que se presta...)
- Provisión de cuidados (tipos de cuidados, ayudas técnicas, características de los cuidados que se prestan...)
- Características familiares (parentesco, ocupación, estado de salud, etc.)
- Características del entorno (se valora la vivienda y las barreras arquitectónicas)
- Limitaciones y potencialidades

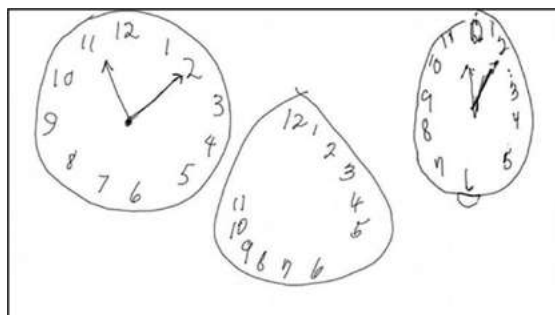
La *valoración clínica-física*: la esfera clínica tiene una presentación de enfermedades atípica por tanto, debe incluir la entrevista clínica clásica y además un interrogatorio directo sobre la presencia de síndromes geriátricos: movilidad, riesgos de caídas, valoración nutricional, valoración auditiva y visual, valoración farmacológica, con especial hincapié en los fármacos de uso inapropiado y actividades de promoción y prevención recomendadas.

La *valoración del estado cognitivo* de los pacientes se establece a partir de diferentes instrumentos:

#### A. Test de cribado<sup>3</sup>

Son test de fácil aplicación y que requieren poco tiempo para su aplicación. Evalúan distintos ámbitos cognitivos, como la orientación, la memoria, el lenguaje, la lectura o las praxias. La puntuación que obtenemos nos proporciona el índice del estado cognitivo, que a partir de un punto de corte nos da una posible patología. Estos test nos ayudan a seleccionar a aquellos pacientes a los que es preciso realizar una exploración neuropsicológica más detallada, pero nunca nos darán un diagnóstico definitivo. Un test de cribado debe ser: rápido de realizar, fácil, simple, aplicable a todo tipo de personas, adaptable a todos los idiomas y debe evaluar distintos dominios cognitivos.

- Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Es el instrumento más usado a escala internacional para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en personas mayores. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria. El evaluador va demandando las tareas a la persona y esta va respondiendo o realizando las preguntas o tareas solicitadas (véase anexo VI).
- Test del reloj<sup>4</sup>*. En este test se pide al paciente que dibuje un reloj y que marque una determinada hora y además que copie uno que ya está dibujado. Permite detectar estas enfermedades incluso en ocasiones, mucho antes que empiecen a manifestarse los síntomas. Los adultos pasan más tiempo pensando lo que van a dibujar si su memoria está afectada por el alzhéimer, mientras que los enfermos de párkinson tardan más en dibujar los relojes y los hacen más pequeños. Sin embargo, el criterio del facultativo que realiza la prueba es subjetivo y no siempre arroja conclusiones concluyentes.



Prueba del test del reloj. Fuente: [http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2015-08-31/el-test-del-reloj-que-te-permite-detectar-el-alzheimer-y-el-parkinson\\_995659/](http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2015-08-31/el-test-del-reloj-que-te-permite-detectar-el-alzheimer-y-el-parkinson_995659/)

De izquierda a derecha: el reloj que dibujaría una persona sana, el de una persona con Alzheimer y finalmente el de la derecha una persona con Parkinson.

*Test de Pfeiffer*<sup>5</sup>. Se trata de un test para valorar la memoria del paciente, de cara, fundamentalmente, a descartar que determinados olvidos en su vida diaria sean síntoma de algún proceso degenerativo cerebral. Es un test sencillo de hacer, rápido, y cuyo resultado se correlaciona de forma adecuada con un eventual deterioro cognitivo, y con el grado de afectación del mismo. Es, por su sencillez, probablemente el test más utilizado en los centros de Atención Primaria.

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cómo se llama el lugar dónde estamos?
4. ¿En qué mes estamos? (en su defecto, en qué estación del año)
5. ¿Cuál es su número de teléfono? (o bien, si no tiene teléfono, o si tiene dificultades con los números, se le puede preguntar por su dirección: calle, número y piso)
6. ¿Cuántos años tiene usted?
7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
8. En algunas presentaciones del test, de cara a basar el resultado en la escala decimal, en lugar de preguntar 6 y 7, se pregunta sólo 7.
9. ¿Quién es el actual presidente del gobierno?
10. ¿Y el anterior presidente?
11. Dígame los apellidos de su madre.
12. Si usted tiene 20 manzanas (o euros, o cualquier otra unidad conocida) y me da 3, ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da otras 3? (y seguir hasta llegar a 0).

La valoración del resultado se realiza en función de número de errores que ha tenido la persona que lo completa. Así:

- 0-2 errores: Normal (no hay deterioro cognitivo).
- 3-4 errores: Deterioro cognitivo leve.
- 5-7 errores: Deterioro cognitivo moderado
- 8-10 errores: Deterioro cognitivo grave

Los pacientes con algún grado de demencia, ni que sea inicial, no contestan adecuadamente a todas las preguntas. Incluso, si no saben la respuesta, pueden fabularla.

- c. *Eurotest*: Es especialmente útil para los sujetos con bajo nivel cultural y educativo, ya que su puntuación no se ve afectada por tales factores. El punto de corte está establecido en 23 puntos sobre una puntuación máxima posible de 35. Está diseñado para los países en los que la moneda de curso legal es el Euro (€), aunque puede adaptarse con

facilidad a otras monedas. Antes de su realización hay que asegurarse de que el sujeto no padece déficits sensoriales visuales ni auditivos o, si los padece, comprar de la disponibilidad de adaptaciones tales como gafas de ver o audífonos. Como promedio debe realizarse este test en menos de 7 minutos.<sup>6</sup> Se basa en el conocimiento del sujeto de las monedas y billetes de curso legal. Incluye tareas de lenguaje, memoria, cálculo, capacidad de abstracción y función ejecutiva.

- d. *Test de las fotos o fototest*<sup>7</sup>: es un test cognitivo breve que evalúa la capacidad de recordar seis elementos que previamente se le han mostrado al sujeto y se le ha pedido que nombre; entre denominación y recuerdo se inserta una tarea de fluidez verbal en la que el sujeto debe evocar nombres de personas agrupadas por sexo.

Al igual que otros test cognitivos breves, está especialmente indicado para la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, tanto en Atención Primaria como en consultas especializadas, pero también es un instrumento adecuado para el seguimiento de pacientes o la evaluación de la respuesta al tratamiento.



*Ejemplo de test de fotos.*

Fuente: <http://www.hipocampo.org/eurotest.asp>

*Test de los 7 minutos*. Se compone de cuatro pruebas para detectar aspectos específicos que fallan exclusivamente en caso de demencia, especialmente tipo Alzheimer, con independencia del nivel de escolarización, la ansiedad o cualquier otro factor de confusión. Las pruebas que incluye evalúan:

- *Memoria*: La memoria libre y la memoria con clave semántica, como técnica para el aprendizaje y recuerdo.
- *Orientación temporal*, en relación con la fecha y hora.
- *Lenguaje*: a través de la fluidez verbal, medida pidiéndole al paciente que diga en un minuto el máximo número posible de nombres de animales.
- *Visoconstrucción, cálculo y praxis*, evaluadas a través del test del reloj.

Cada uno de los cuatro test tiene distinto peso en la puntuación total, por lo que sus puntuaciones individuales se transforman en puntuaciones que se suman y proporcionan la puntuación total. Un percentil < 20 se considera indicativo de demencia.

En concreto, los test de cribado más utilizados específicamente para la EA son:

1. *Test de alteración de memoria (T@M)*<sup>8</sup>. Es un test cognitivo de cribado, con un alto valor discriminatorio para el deterioro cognitivo leve de tipo amnésico y para la enfermedad de Alzheimer leve, entre la población general. El símbolo "@", introducido por los autores en el acrónimo desde la primera publicación del método, intenta representar una vista coronal del hipocampo. El T@M es breve, y fácil de administrar y puntuar. Es un test de cribado completo que evalúa varios subtipos de memoria, y que está basado en la teoría de la consolidación de la memoria, que dice que la memoria episódica requiere del lóbulo temporal medio para su consolidación, alojándose después en los circuitos neocorticales como parte del sistema de memoria semántica. Consta de cinco apartados:

1. Memoria inmediata.
2. Memoria de orientación temporal
3. Memoria remota semántica
4. Memoria de evocación libre.
5. Memoria de evocación con pistas.

2. *Memory impairment screen (MIS)*. Es una prueba breve, de fácil aplicación y mínimo costo. Explora el recuerdo facilitado (RF), lo cual minimiza la influencia del déficit de atención o de distintas estrategias de procesamiento sobre la puntuación final. Es muy breve (4 minutos) y está recomendado específicamente por la Academia Americana de Neurología para la detección de la EA. Evalúa el recuerdo de 4 palabras, tanto en evocación libre como facilitada con clave semántica, con una tarea distractora no semántica intercalada entre la codificación y el recuerdo. Su puntuación se calcula con una simple operación aritmética que otorga mayor importancia al recuerdo libre ( $2 \times [\text{recuerdo libre}] + [\text{recuerdo facilitado}]$ ) sobre un total de 8 puntos. En su versión original en inglés, validada en una muestra comunitaria, el punto de corte de 4 puntos tendría una sensibilidad para detectar demencia del 80% y una especificidad del 96%. La sensibilidad para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer es mayor (87%), dado que es una prueba que sólo evalúa memoria, defecto principal en dicha entidad. Su desarrollo sigue 5 pasos secuenciales.

- Leer 4 palabras (ej. Cuchara, martillo, manzana, jirafa)
- Asociarlas a 4 categorías distintas
- Tarea distractora específica de 2-3 minutos de duración
- Recuerdo libre (RL) de las palabras
- Recuerdo facilitado (RF) de las palabras no recordadas

### B. Baterías neuropsicológicas generales

Son un conjunto de pruebas o elementos que exploran las principales funciones cognitivas de forma sistematizada, con el objeto de detectar y tipificar la existencia de un daño cerebral. Las principales ventajas de su uso radican en la posibilidad de estudiar los principales síndromes y alteraciones neuropsicológicas en un tiempo relativamente breve, la oportunidad de disponer de una amplia base de datos que

facilita, por un lado, la obtención de perfiles que caracterizan a diferentes lesiones cerebrales (por ejemplo, accidentes isquémicos o hemorragias en diferentes territorios vasculares), y por otro, un mayor control sobre un conjunto de variables (edad, nivel educativo, etc.) que afectan al rendimiento de los individuos en estas pruebas. Las baterías generales más usadas son según Meneu García<sup>3</sup>:

- Test Barcelona Revisado (TBR)
- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV).

Las baterías específicas empleadas para la Enfermedad de Alzheimer son:

- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) (véase ANEXO I)
- Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly (CAMDEX) (véase ANEXO II)
- Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) (véase ANEXO III)

### C. Pruebas específicas de evaluación neuropsicológica

Estos test están especialmente elaborados para el estudio de determinadas funciones cognitivas: lenguaje, memoria, praxias, etc.

En general, al comenzar un estudio neuropsicológico se comenzará por la aplicación de las pruebas de rastreo cognitivo, y dependiendo de los resultados obtenidos en ellas, de la finalidad de la evaluación, de las quejas del paciente y sus familiares, de la existencia de datos clínicos médicos o de neuroimagen importantes, se decidirá el camino e intervención a seguir para tratarlo.

Lo objetivos que persiguen estas pruebas son<sup>9</sup>:

- Determinar la actividad cognoscitiva del paciente, con el fin de describir el patrón general de cambios que pueden estar sucediendo y si la situación corresponde a un cuadro demencial.
- Analizar la presencia de síntomas y signos neuropsicológicos para identificar las características de un posible síndrome demencial subyacente (quejas de falta de memoria, reportes de desorientación espacial, etc.).
- Proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre condiciones aparentemente similares, diferenciar por ejemplo, entre un deterioro cognoscitivo leve y una demencia en sus etapas iniciales o entre estas dos condiciones y un envejecimiento normal.
- Proponer procedimientos terapéuticos y de rehabilitación, aunque la mayoría de las demencias no son tratables, estas evaluaciones puede ayudar a sugerir estrategias cognoscitivas compensatorias
- Determinar la bondad de un procedimiento terapéutico particular.
- Determinar la evolución de un cuadro demencial.



**Ejemplos de pruebas específicas para el diagnóstico de demencia<sup>10</sup>**

1. **Inteligencia general:** Escala de Weschler para adultos (WAIS).
2. **Orientación:** Escala de orientación de Christensen y Galveston Orientation and Amnesia test (GOAT).
3. **Atención, concentración y velocidad de procesamiento:** Continuous Performance Test (CPT); Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT); Trail Making Test (TMT A y B); Clave de números del WAIS; test de atención breve (BTA); Tareas de cancelación.
4. **Habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoespaciales:** test de organización visual de Hooper; Rompecabezas y cubos del WAIS; Test de retención visual de Benton; Test de Orientación de líneas, Test de reconocimiento de caras, Batería de test para la percepción visual de objetos y del espacio.
5. **Praxias, coordinación y velocidad manual:** Finger Tapping Test; Grooved Pegboard Test; Tareas de control motor de Luria; Pruebas de praxias de Christensen; Test de apraxia de Goodglass Kaplan.
6. **Memoria:** escala de memoria de Wechsler (WMS-III); Figura compleja de Rey; Test de aprendizaje verbal de Rey; Test de aprendizaje verbal de California; Buschke Selective Reminding Test; Cuestionario de memoria autobiográfica (AMI).
7. **Lenguaje y comunicación:** test de denominación de Boston; test para la evaluación de la afasia de Boston; evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia (EPLA); Porch Index of Communicative Ability (PICA).
8. **Razonamiento:** Comprensión, semejanzas, historietas del WAIS; Test de formación de conceptos de Hanfmann-Kasanin; Test de categorías de Halstead-Ritan.
9. **Funciones ejecutivas:** Trail Making Test, Test de Stroop, Fluidez Verbal (FAS), Fluidez de diseños, Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST), Test de las torres; test de evaluación conductual del síndrome disejecutivo (BADS).

La **valoración funcional** constituye un proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad de la persona mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).<sup>11</sup>

En las **ABVD** incluimos tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, continencia de esfínteres). Las escalas más utilizadas para valorar estas tareas son:

- **Índice de Katz<sup>12</sup>:** En muchos casos, puede ser contestado por el propio enfermo, en otros deben ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas. La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1.

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne) Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	

Escala Katz. Fuente: <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-enfermeria/indice-de-katz-valoracion-de-actividades-en-la-vida-diaria.html>

- **Índice de Barthel<sup>13</sup>:** Es utilizada para determinar 10 actividades básicas de vida diaria, uno de los test más utilizados internacionalmente para la valoración funcional de pacientes neurológicos. Según las puntuaciones clasifica a los pacientes en: Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas); Dependiente leve: >60 puntos; Dependiente moderado: 40-55 puntos; Dependiente grave: 20-35 puntos; Dependiente total: <20 puntos.

Comer	
10	<i>Independiente.</i> Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	<i>Necesita ayuda</i> para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.
0	<i>Dependiente.</i> Necesita ser alimentado por otra persona.
Vestirse	
10	<i>Independiente.</i> Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.
5	<i>Necesita ayuda.</i> Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	<i>Dependiente.</i>
Arreglarse	
5	<i>Independiente.</i> Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	<i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda.
Deposición	
10	<i>Contigente.</i> Ningún episodio de incontinencia.
5	<i>Accidente ocasional.</i> Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.
0	<i>Incontinente.</i>

<b>Micción (valorar la situación en la semana anterior)</b>	
10	<i>Continente.</i> Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
5	<i>Accidente ocasional.</i> Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	<i>Incontinente.</i>
<b>Ir al retrete</b>	
10	<i>Independiente.</i> Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.
5	<i>Necesita ayuda.</i> Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0	<i>Dependiente.</i> Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
<b>Traslado sillón-cama (transferencias)</b>	
15	<i>Independiente.</i> No precisa ayuda.
10	<i>Mínima ayuda.</i> Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
5	<i>Gran ayuda.</i> Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	<i>Dependiente.</i> Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>Deambulación</b>	
15	<i>Independiente.</i> Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	<i>Necesita ayuda.</i> Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	<i>Independiente (en silla de ruedas)</i> en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	<i>Dependiente.</i>
<b>Subir y bajar escaleras</b>	
10	<i>Independiente.</i> Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
5	<i>Necesita ayuda.</i>
0	<i>Dependiente.</i> Incapaz de salvar escalones
< 20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

Escala de Barthel. Fuente: <http://www.hubstroke.com/escalas-ictus/escala-funcional-en-seguimiento/>

Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en la que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (hacer la compra, cocinar, usar teléfono o realizar las labores de la casa). Las escalas más utilizadas para valorar estas actividades son:

- *Índice de Lawton y Brody*<sup>14</sup>: Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

- *Functional Activities Questionnaire (FAQ)*

Las AAVD incluyen aquellas actividades que permiten a la persona colaborar en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes, etc.

### 1.1.3. Diagnóstico

La demencia tipo Alzheimer aparece con síntomas muy discretos, silenciosos pero progresivos, con problemas leves de memoria y lenguaje en la vida cotidiana. Diagnosticar la demencia<sup>15</sup> en estadios avanzados es relativamente fácil, pero en su inicio los síntomas pasan fácilmente desapercibidos. Algunas veces la sintomatología inicial se manifiesta de forma tan insidiosa que es interpretada, tanto por parte del paciente como por su familia y el mismo médico, como cambios atribuidos a la edad, al envejecimiento.

Desde el comienzo de la intervención el equipo y los profesionales que lo conforman escucharán al propio paciente que acude a ellos así como a sus familiares, consiguiendo un historial más amplio con mayor información acerca de la situación del enfermo y de cómo tratar e intervenir para mejorar la calidad de vida de ambos.

El proceso del diagnóstico<sup>16</sup> puede incluir pruebas neuropsicológicas y exámenes físicos como analíticas de sangre, punción lumbar o escáneres cerebrales. El *diagnóstico definitivo* de enfermedad de Alzheimer solo puede darse después de un examen del cerebro de la persona fallecida, autopsia, en la actualidad se da un *diagnóstico probable*, que tiene un 90% de exactitud. Ante la situación de las personas que padecen algún síntoma de demencia, son los familiares y en algunos casos los propios enfermos quienes deciden acudir al médico de atención primaria.

En la atención primaria y ante la presencia de síntomas de deterioro de la memoria y el pensamiento, el médico hará exámenes para valorar qué puede estar causando la sintomatología. Para realizar un diagnóstico de la EA fiable se considera necesario diferenciar adecuadamente entre síntomas que puedan pertenecer a otros posibles cuadros clínicos. En este proceso es imprescindible tener en cuenta los criterios de los distintos diagnósticos diferenciales para no conducir a la realización de un diagnóstico erróneo. De los posibles cuadros clínicos destacan<sup>8</sup>:

- *Envejecimiento natural*: Los síntomas de la EA pueden pasarse por alto ya que se asemejan a las señales del envejecimiento natural. Estos síntomas incluyen olvido,

pérdida de la concentración, pérdida de peso sin explicación y problemas motrices, incluyendo dificultades leves para caminar.

- *Depresión*: La depresión tiene un inicio más agudo, una evolución oscilante, contiene tristeza, su región afectada es la subcortical, su región cerebral alterada es la frontal y su respuesta a los antidepresivos es buena; mientras que la EA tiene un inicio insidioso, una evolución gradual, no contiene tristeza, su región afectada es la cortical, su región cerebral alterada es la temporoparietal y su respuesta a los antidepresivos es pobre.<sup>17</sup>
- *Enfermedad por cuerpos de Lewy*. Su evolución es similar a la de la EA, ya que comienza en forma lenta y progresiva, pero tiene una variación y es que los pacientes presentan graves fluctuaciones, alucinaciones visuales y síntomas extrapiramidales. El deterioro cognitivo en la EA se produce de manera lenta y progresiva, a diferencia de lo observado en la enfermedad por cuerpos de Lewy cuyo deterioro es de forma intermitente.
- *Demencia vascular*. Incluye a la demencia multiinfarto. La distinción entre demencia vascular y EA resulta más difícil, requiriéndose a menudo el uso de técnicas de neuroimagen para establecer un diagnóstico diferencial. El deterioro cognitivo en la EA se produce de manera lenta y progresiva, a diferencia de lo observado en la demencia vascular cuyo deterioro se produce de manera escalonada. La demencia vascular tiene típicamente un comienzo más brusco, con síntomas y signos de tipo neurológico, así como con afectación de tipo emocional precoz.
- *Demencia frontotemporal*. Muestra características corticales precoces, con defectos de lenguaje y cambios conductuales evidentes, pero con relativa preservación de la memoria episódica en etapas temprana.
- *Enfermedad de Parkinson*. Esta se diferencia de la EA por su característica motora, pero debe tenerse presente que en la medida en que una EA progresa, es común la bradiquinesia y el tono muscular aumentado.
- *Hidrocefalia normotensiva*. Es un tipo de demencia leve, de inicio insidioso y está precedida por alteraciones de la marcha e incontinencia urinaria, no tiene más características cognitivas corticales propias de la EA. Los estudios de neuroimagen permitirán determinar la dilatación ventricular en ausencia de atrofia cortical y la inversión del flujo del LCR.

La Neuropsicología es una disciplina fundamentalmente clínica que converge entre la Neurología y la Psicología. Estudia, evalúa y trata los efectos que una lesión, daño o funcionamiento anómalo causa sobre las estructuras del Sistema Nervioso Central, los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual. Permite el diagnóstico del deterioro cognitivo<sup>3</sup> así como de los perfiles característicos, pero para la EA es solo una herramienta más que debe ser sumada a las otras necesarias como son las neuroimágenes, el laboratorio y la entrevista clínica. Por lo tanto, un neuropsicólogo se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de aquellos problemas cognitivos, conductuales y emocionales que pueden ser resultado de diferentes procesos que afecten el normal funcionamiento cerebral.

La evaluación neuropsicológica<sup>18</sup> es importante en la identificación y detección precoz de la enfermedad, en el diagnóstico diferencial frente a otros trastornos y en la determinación del grado de severidad y progreso del cuadro clínico. Su principal objetivo es identificar las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral. Debe proporcionarnos una descripción válida del estado mental del paciente.

Entre un 30 y un 40 por ciento de los casos de Alzheimer podrían estar sin diagnosticar, de los cuales un 80 por ciento pertenecen a un estadio leve. Resulta importante que el paciente cuente con un apoyo cercano de un familiar o una persona de su entorno, ya que el propio enfermo puede tratar de minimizar los síntomas del Alzheimer que sufre a la hora de explicarlos. Además, debido a los trastornos de memoria que sufre o el resto de problemas puede que el propio paciente no dé a conocer todo lo que percibe que le ocurre.

Tras las primeras valoraciones de los profesionales al usuario, podemos establecer un primer diagnóstico, que nos permitirá elaborar objetivos y metas para restablecer o mejorar la vida tanto de la persona que padece Alzheimer como de los familiares que asumirán su cuidado y sufrirán las consecuencias.

#### 1.1.4. Ejecución y tratamiento

La demencia tipo Alzheimer es crónica, discapacitante y progresiva, a día de hoy no tiene cura. Por tanto el objetivo principal de la intervención y su tratamiento es retrasar el deterioro cognitivo así como mejorar la calidad de vida y bienestar de la persona que padece la enfermedad y de los familiares que sufren el avance y evolución de la demencia.

Lo que pretendemos en este proceso de intervención es elaborar alternativas para conseguir los objetivos propuestos en los Programas de Atención Individualizada de cada paciente con enfermedad de Alzheimer. Los objetivos son diferentes en cada usuario pero, si bien es cierto, podemos encontrar objetivos generales a todos los pacientes con esta demencia<sup>19</sup>.

- Retrasar la progresión del deterioro cognitivo
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Retrasar la institucionalización de la persona que padece EA

La enfermedad de Alzheimer es una patología de evolución lenta. Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se inicia una etapa de mayor gravedad pueden pasar años, dependiendo de cada persona, entre 5 y 20. Por el momento no existe ningún tratamiento que revierta el proceso de degeneración que comporta esta enfermedad. Sin embargo, sí se dispone de algunos fármacos que pueden retrasar, en determinadas etapas de la enfermedad, la progresión de la patología.<sup>20</sup>

#### Tratamiento farmacológico<sup>21</sup>

El tratamiento farmacológico debe estar incluido en el Plan de Atención Individualizada de la persona. Se utilizan

los inhibidores de la colinesterasa como tratamiento sintomático a largo plazo.

- *Donepezilo*: Es el medicamento más ampliamente prescrito en la EA. Está oficialmente aprobado para estadios leves, moderados y severos de la enfermedad. Su perfil farmacocinético, farmacodinámico, tolerabilidad e interacción con otras drogas lo convierte en un fármaco de uso seguro. Aunque su eficacia es limitada, existe evidencia que demuestra un beneficio cognitivo, de la función global y de alteraciones del estado del ánimo como la apatía, ansiedad y depresión. Entre sus efectos adversos se encuentran los gastrointestinales y otros menos frecuentes como la anorexia, cefalea, síncope o incontinencia urinaria.
- *Rivastigmina*: Se ha observado que proporciona beneficio en la cognición, función global y actividades de la vida diaria. Los efectos adversos varían con la dosis y son principalmente gastrointestinales.
- *Galantamina*: A diferencia de otros tratamientos tiene un efecto de modulación en los receptores nicotínicos del cerebro. Estos receptores se han asociado a la atención, memoria y aprendizaje. Ha demostrado ser eficaz en la cognición y en el retraso de los síntomas psicológico-conductuales especialmente en casos de conducta motora aberrante, apatía, desinhibición. Se ha observado que el tratamiento con galantamina a largo plazo en pacientes con EA y pacientes con EA y enfermedad cerebrovascular, se asoció a un retraso en la institucionalización de los pacientes.
- *Memantina*: Fue el primer fármaco aprobado para la EA moderada-grave. En este grupo de pacientes ha demostrado beneficios en la cognición, actividades de la vida diaria, función global y conducta. También se ha estudiado en pacientes en estadios leve-moderados de la enfermedad, presentando un beneficio significativo en la cognición, conducta y función global. Los efectos adversos más frecuentes son el mareo, confusión, cefalea y estreñimiento.
- *Antiepilépticos*: El uso de antiepilépticos se ha evaluado en el control de los SPCD. La carbamazepina han demostrado mejoría en la agitación y agresión, aunque presenta efectos secundarios a tener en cuenta como la anemia aplásica y la agranulocitosis.
- *Benzodiazepinas* como el lorazepam y el oxazepam se usan de forma frecuente en el manejo de la agitación, aunque su eficacia es dudosa. Son seguros cuando se utilizan a dosis bajas pero cuando se aumenta la dosis son comunes efectos secundarios como la hipersedación, ataxia, confusión y agitación paradójica. Si se usan durante tiempo prologando es probable que aparezca tolerancia y dependencia del fármaco. El zolpidem es un hipnótico que puede ser útil para restaurar el patrón del sueño en pacientes ancianos.
- *Ansiolíticos* como la buspirona han demostrado reducir la ansiedad, agresión, o agitación en pacientes con demencia.
- *Antidepresivos*: El uso de antidepresivos ha demostrado eficacia en el tratamiento de las demencias siendo esta sintomatología frecuente sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad.

### *Tratamiento no farmacológico*

Son intervenciones, no químicas, que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas, en este caso con demencia Alzheimer. Las terapias no farmacológicas<sup>22</sup> comenzaron a aplicarse de forma sistemática en las demencias por parte de varios grupos de profesionales en un intento de paliar los efectos de estos procesos, a falta de tratamientos curativos. Estas intervenciones desde sus inicios se han centrado en el paciente con Alzheimer, por lo que el mayor abanico de intervenciones disponibles están precisamente en este campo, a partir de los años 80 se empezó a hablar del "síndrome del cuidador quemado" fue entonces cuando comienzan a desarrollarse apoyo a los cuidadores familiares.

Estas terapias son conocidas también por Intervención Psicosociales, su uso en demencias se extienden ante la ausencia de tratamientos farmacológicos eficaces. Este tipo de intervenciones buscan aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Las investigaciones han demostrado que las intervenciones psicosociales pueden ser tan efectivas o incluso más en algunos casos, como el uso de fármacos para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores y para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de esta enfermedad.

Las principales terapias no farmacológicas<sup>23</sup> son:

### **Terapias centradas en el funcionamiento cognitivo**

#### *A. Estimulación cognitiva*

La estimulación cognitiva en las demencias se fundamenta en unas estrategias y métodos que pretenden optimizar el rendimiento de las capacidades cognitivas residuales de los pacientes. Está indicada para personas con Alzheimer en las fases leve y moderada, con un determinado grado de independencia para que esas actividades resulten efectivas.

Antes de realizar una intervención cognitiva en una persona con la enfermedad de Alzheimer, es necesario realizar un detallado estudio de cuáles son las capacidades afectadas y su grado de afectación, y cuáles las preservadas. Es fundamental especificar las capacidades reales del paciente para realizar la intervención. Y esto se consigue con una exploración neuropsicológica realizada por un experto en trastornos cognitivos. La exploración deberá ir acompañada del conocimiento de las capacidades reales del paciente en las actividades diarias, la historia de vida (para conocer sus intereses y actitudes), las capacidades desarrolladas por su profesión o aficiones, y las posibles alteraciones psicológicas y comportamentales del paciente.

Una vez realizada la exploración, se determinarán los objetivos a conseguir, que dependerán de cada caso. Pero en general, los objetivos serán los siguientes:

#### *Objetivos iniciales*

- Estimular y mantener las capacidades mentales.



- Fortalecer relaciones sociales y evitar desconexión del entorno.
- Aumentar la autonomía.
- Estimular la autoestima e identidad.
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.

#### *Objetivos intermedios*

- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Aumentar la autonomía personal en actividades diarias.
- Mejorar el estado de salud.

#### *Objetivos finales*

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mejorar la calidad de vida de los familiares y cuidadores.

Posteriormente se procederá a la aplicación del programa de estimulación. La aplicación se convertirá en una práctica con carácter crónico, se prolongará en el tiempo hasta que el avance de la enfermedad imposibilite la aplicación de las medidas terapéuticas de carácter no farmacológico.

La evaluación de estas terapias será antes, durante y al final del periodo de duración de dicha intervención para conocer el avance de la enfermedad y resultados obtenidos, conociendo si hemos o no alcanzado los objetivos propuestos con antelación.<sup>24</sup>

#### *B. Orientación a la realidad*

Método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva y es utilizada con personas con pérdida de memoria, desorientación espacial y temporal y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismos y su entorno.

#### *C. Programas de estimulación cognitiva basados en nuevas tecnologías<sup>25</sup>*

La investigación en la intervención cognitiva ha despertado interés en distintos grupos de trabajo, que han adaptado programas de intervención cognitiva con soporte informático multimedia (Programa Gradior, Programa Neuron Up, Programa Smarthbrain, RehaCom y otros más específicos como los programas APT (Attention Program Training), LECTO (Programa para la lectura), etc., para la evaluación y rehabilitación neuropsicológica, donde puede intervenir en distintas áreas cognitivas: atención, percepción, memoria, orientación y cálculo, adaptado a pantallas táctiles en las que el paciente sin necesidad de utilizar un teclado puede responder a las preguntas planteadas, respondiendo a estímulos sonoros y visuales.

### **Intervenciones que fomentan la calidad de vida y modifican la conducta**

#### *A. Entrenamiento en actividades de la vida diaria*

Práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual (estímulo verbal, visual o físico) de alguna actividad diaria, con el fin de mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad.

#### *B. Intervenciones conductuales*

Estos programas se rigen por modificación de conductas por lo que el objetivo que se persigue en primer lugar es analizar el alcance del problema cuantificándolo en términos de frecuencia, intensidad, duración o localización de un comportamiento específico.

Actuaciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, para reforzar las conductas adaptadas o que generan placer y a modificar las conductas desadaptadas o que generan sufrimiento.

### **Intervenciones dirigidas al abordaje afectivo**

#### *A. Reminiscencia*

Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas...). Este tipo de ejercicios mentales se centran en el uso de información histórica para ayudar a desencadenar recuerdos a largo plazo. Por ejemplo, fotos o videos de famosos, políticos o escenas históricas puede llevar al paciente a relacionarlos con los recuerdos personales y experiencias. Utilizada esta técnica a diario se puede medir cómo está el paciente día a día en el avance de la enfermedad al observar cómo sus recuerdos se están viendo afectados.<sup>26</sup>

#### *B. Validación*

Combinación de distintas técnicas (reminiscencia, orientación, tacto...) con el fin de empatizar de forma afectiva con el paciente.

### **Otras intervenciones no farmacológicas**

- *Música:* Utilización de la música de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico.
- *Ejercicio físico:* Ejecución guiada (mediante indicación verbal o por imitación) de ejercicio aerobio dirigido a mejorar la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación.
- *Actividades:* Elaboración guiada de actividades adaptadas a las posibilidades del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.
- *Animales:* Utilización de animales de compañía (perros, gatos, etc.) para motivar al paciente y provocar una mejoría global (cognitiva, afectiva y social).

- *Estimulación multisensorial*: Utilización de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta.
- *Masaje y tacto*: Grupo de intervenciones que, a través del contacto físico, busca la mejoría afectiva y conductual.
- *Relajación*: Intervención física y cognitiva para liberar al paciente de la tensión muscular y de la ansiedad.
- *Acupuntura*: Perforación cutánea mediante agujas en los puntos marcados por la tradición china, acompañada del uso de ungüentos tradicionales (moxibustión). Se persigue la mejoría cognitiva y afectiva.
- *Luz*: Utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir una mejor sincronización del ritmo circadiano natural de sueño y vigilia.
- *Estimulación magnética*: Utilización de corriente magnética para facilitar funciones cognitivas o la conducta.
- *Estimulación eléctrica*: Utilización de corriente eléctrica para facilitar funciones cognitivas, mejorar el sueño o mejorar la conducta.

(Veamos algunos ejemplos de ejercicios en el anexo IV)

### 1.1.5. Evaluación del proceso

Como bien hemos dicho, el Alzheimer no tiene cura, hasta el momento. Por tanto debemos evaluar las terapias e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas a las que son sometidos estas personas y sus familiares con el fin de retardar el progreso de la enfermedad y sus consecuencias.

Para eso debemos utilizar las escalas y test breves que habremos utilizado en la valoración inicial de la persona. Si hemos conseguido los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Atención los resultados obtenidos en estas pruebas deben ser mejores que cuando se hicieron por primera vez, pero recordemos que la enfermedad en muchos casos avanza a mayor velocidad que la ciencia y la sociedad.

Es necesario por tanto, evaluar antes, durante y mediante las intervenciones que estemos ejecutando, para conocer si es la terapia ideal, si hace falta modificarse o si han aparecido nuevas necesidades o problemas que deben tenerse en cuenta. Esta evaluación debe ser de forma grupal, que atienda los resultados conjuntos de todas las personas que participan en los ejercicios y terapias grupales así como evaluación individual atendiendo a los objetivos particulares de cada uno de los pacientes enfermos de Alzheimer.

Para ello realizaremos un programa de evaluación en el que recojamos una breve descripción de la situación de la persona enferma de Alzheimer, el nivel de dependencia y los recursos y apoyos que necesita para realizar las actividades básicas de vida diaria, recogeremos también los objetivos específicos y generales marcados en el Programa de Atención Individualizada y las terapias y ejercicios que se están desarrollando con el fin de conseguirlos, identificaremos los resultados obtenidos y esperables de estas ejecuciones y comprenderemos si son las intervenciones ideales o es ne-

cesario modificar, eliminar o fomentar el apoyo que se le está dando al paciente.

## 1.2. Intervención y apoyo profesional al cuidador informal

Como hemos dicho, el aumento de la esperanza de vida condiciona en las personas mayores la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades que derivan en la dependencia hacia sus familiares y otras personas. Los problemas que mayor dependencia originan son enfermedades neurológicas como la demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson o los accidentes cerebrovasculares, también llamados ictus.

En nuestra sociedad son numerosas las personas que realizan la función de cuidadores informales quienes cuidan y atienden a su familiar durante las veinticuatro horas del día. Este apoyo, es el recurso más importante para garantizar una calidad de vida mínima a estos mayores con problemas en la realización de ABVD, como pueden ser levantarse, asearse e incluso comer. Esta ayuda familiar ralentiza el avance de los problemas, tanto físicos, psíquicos como sociales que puedan surgir.<sup>27</sup>

Este papel de cuidadores no lo han deseado estas personas, no es algo que se espera, ni para el que se forman, por eso lleva asociado un riesgo elevado para su salud y puede llegar a interferir negativamente en su vida persona, social y laboral.

### 1.2.1. Primer contacto con el profesional

Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas, mayores de 65 años en este caso, puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Sin embargo la enfermedad de Alzheimer, al ser una enfermedad degenerativa a medida que avanza la demencia las consecuencias y la dependencia aumenta.

Es por eso que muchos cuidadores acuden al profesional sin saber muy bien cómo atender a su familiar, sin conocer las consecuencias y efectos de la enfermedad de Alzheimer, sin entender por qué les ocurre a ellos y sin comprender como va a afectarles al resto de familiares convivir con esta demencia.

El profesional debe explicar tanto a la persona que padece Alzheimer como a los familiares que van a atenderles (incluidos los cuidadores secundarios) en qué consiste la enfermedad y cómo atenderla, así mismo es necesario considerar las alternativas y recursos que existen de atención, formación e información para los cuidadores.

### 1.2.2. Diagnóstico de Alzheimer a su familiar

Es nuestro deber como profesionales iniciar una entrevista con los cuidadores y familiares de la persona enferma de Alzheimer en la cual expliquemos qué es lo que padece la persona, como va a afectar al nivel de vida y cómo atender la enfermedad en cada fase de progresión.

Hay que tomar la decisión de decirle o no al familiar enfermo qué es lo que ocurre realmente, qué es lo que padece y las consecuencias que va a desencaminar esta situación. En mi opinión creo que es totalmente necesario contarle al paciente qué es lo que pasa ya que esto podría facilitar la participación de la persona en aspectos médicos, legales, financieros y en la propia conducta personal.

El equipo profesional debe informar a los cuidadores acerca de los recursos de apoyo que existen para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Los familiares que van a atender a una persona enferma de Alzheimer deben prevenir la situación de Burn-out, para no ser derrotados también por la enfermedad, por ello es necesario seguir una pautas para el bienestar tanto del cuidador como de la persona que cuidan<sup>28</sup>:

1. *Buscar información*: informarse de la demencia, informar al entorno y demás cuidadores acerca de esta enfermedad haciéndoles partícipes en el cuidado del enfermo y respiro del cuidador principal. La información y el conocimiento es la base del cuidado.
2. *Organización*: Organizar las tareas administrativas y económicas del propio enfermo, pedir la incapacitación legal y tutela cuando la persona que padece la enfermedad se encuentra en las primeras fases puede prevenir situaciones de pérdida de dinero, materiales de valor, firmas, etc.
3. *Buscar apoyos*: Los siguientes pasos a tener en cuenta en este primer momento es buscar ayuda y recursos para el propio cuidador, grupos de apoyo, asociaciones y profesionales informen, asesoren y cuiden al cuidador en cada fase de la enfermedad.
4. *Paciencia, amor, respiros y esperanza*: Otro punto es no tener miedo por hacerlo mal y cargarse de paciencia hasta el final, porque sabemos que el Alzheimer se lleva al enfermo, pero no podemos dejar que también lo haga con los cuidadores. Evitar el sentimiento de culpa al dedicar tiempo para sí mismo, descanso, ocio y vida personal. Estos pensamientos negativos, el sentimiento de culpa y soledad y los síntomas de cansancio físico y mental conllevan únicamente al sentimiento de desesperanza, de pesimismo en la evolución de la enfermedad, contagiando esta negatividad al propio enfermo.

### 1.2.3. Recursos para cuidadores

Los trabajadores sociales deben intervenir ofreciendo a la familia y sobre todo al cuidador habilidades sociales, deben potenciar sus capacidades, es decir, trabajar para el empoderamiento de los usuarios, haciendo ver el cambio de rol que provoca esta situación, (quien ha sido el padre/madre ahora se encuentra como hijo/hija) y los cambios que van a tener lugar en la convivencia y relaciones familiares.

### Tratamiento no farmacológico

#### A. Intervención psicoterapéutica individual y familiar

Comienza en la primera acogida, el profesional ofrece apoyo emocional e informativo, se le orienta a la necesidad de

acudir a las consultas médicas y al centro de acción social de referencia para resolver dudas y buscar respuestas a la situación que están viviendo. La intervención individual debe estar siempre orientada a una mejor atención del enfermo y primar el bienestar del cuidador. El profesional debe mantener una actitud buena, escucha activa, empatía, crear una relación de confianza con el usuario para recoger la información necesaria, entender los riesgos y necesidades y elaborar la intervención.

El profesional en esta fase del proceso informará al cuidador y otros familiares sobre la enfermedad de Alzheimer, asesorará al cuidador y otros familiares sobre cuestiones y dudas que se les planteen, atenderá las demandas realizadas por estos acerca de recursos y prestaciones sociales, se valorarán los recursos personales del cuidador para afrontar el cuidado, se enseñará a los familiares a manejar los problemas de conducta del enfermo y se ofrecerá apoyo a las labores del cuidador para favorecer un buen trato con el enfermo.

#### B. Programa de intervención psicoeducativo

Son programas que se llevan a cabo en formato grupal, con un guion estructurado ofrecen la posibilidad de conocer a otras personas que se encuentran en una situación similar a la suya. Mediante la combinación de diferentes contenidos y entrenamiento en habilidades: cómo afrontar determinadas situaciones, resolución de problemas, cuidar del cuidador, promoción de apoyo social.

Estos programas ofrecen la formación necesaria para un cuidador, que viene directamente de otro cuidador familiar, estos testimonios en ocasiones tienen mejores resultados que la palabra de un profesional, ya que entienden que otras familias pueden ofrecer mejor apoyo al convivir directamente con el Alzheimer y encontrarse en la misma situación. No solo ofrecen formación e información sino que fomentan las relaciones sociales de los cuidadores, ya que la atención a su familiar ocupa la mayor parte del tiempo de su día a día y en muchos casos no dedican ningún minuto a su ocio y vida personal.

#### C. Apoyo telefónico

Esta intervención pretende ser un apoyo más para el cuidador en el arduo proceso del cuidado. Este puede disponer de apoyo telefónico a cualquier hora para solicitar información, solucionar algún problema, desahogo emocional, etc.

#### D. Programas de respiro

Los programas de respiro (ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial) ofrecen la posibilidad al cuidador de disponer de unos servicios que pueden proporcionarle unas horas de descanso mientras que los pacientes están atendidos. Solicitar alguno de estos servicios y acceder a que el paciente acuda a ellos no suele ser una tarea que resulte fácil para los cuidadores.

### 1. Servicios a domicilio

Otra manera de prevenir el agotamiento es solicitar ayudas a domicilio<sup>3</sup>. El cuidador suele temer que el enfermo no las acepte, pero es necesario saber que cuánto antes se introduzcan ayudas y apoyo en el lugar de convivencia, aunque sea en pequeñas dosis, mejor las tolerará el enfermo y será más fácil ir aumentando según las necesidades que vayan surgiendo.

Según recoge la Fundación de Alzheimer España, 2015, existen diferentes servicios de ayuda en el domicilio del enfermo y del cuidador, el importe varía en función de los ingresos del solicitante:

- **Servicios de ayuda a domicilio (SAD):** programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, que engloba un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional, prestados en el domicilio del enfermo, con el objetivo de favorecer el incremento de la autonomía personal en su entorno.
- **Auxiliar del hogar:** los servicios de ayuda a domicilio en categoría de auxiliar del hogar recogen diferentes atenciones: personal (apoyo al cuidador en la atención del enfermo) doméstica (realización de tareas de la casa) y apoyo psico-social (todo aquello que promueva la autoestima del cuidador y prevención y reducción de sobrecarga).
- **Servicios prestados por el sector privado:** muchas familias recurren a cuidadores profesionales para cuidar a su familiar en el propio domicilio. Existen empresas privadas que cuentan con personal especializado y algunas entidades sin ánimo de lucro o bolsas de empleo tiene referencias de personas con experiencia.
- **Servicio de comida a domicilio:** consiste en un sistema de comidas en frío que se sirven en el domicilio y se calientan en microondas. Va dirigido a cuidadores que tienen escasos apoyos familiares.

### 2. Centros de día

Los centros de día para enfermos de Alzheimer proporcionan asistencia tanto a la familia como a las personas con demencia. Los enfermos tienen oportunidad de relacionarse socialmente con otras personas en circunstancias similares y con personal sanitario y profesionales sociales, que les animan a mantener su capacidad funcional y cognitiva. El objetivo es retrasar todo lo posible su institucionalización.

La asistencia diurna a jornada completa permite al cuidador familiar conservar su puesto de trabajo y unos ingresos regulares, mientras que una asistencia a tiempo parcial permite disfrutar de un merecido descanso durante unas cuantas horas al día.

### 3. Servicios de atención residencial

- **Servicio de estancias temporales:** Se dan en centros residenciales y están destinadas a servir de vivienda temporal y lugar de convivencia, prestando una atención integral y continuada a las personas que acceden al servicio durante periodos variables como por ejemplo de fin de semana o

varios meses. Cuando concurren situaciones que afectan temporalmente al enfermo o al propio cuidador, vacaciones, descanso temporal, enfermedades intercurrentes.

- **Servicios de residencia permanente:** son servicios de atención permanente a personas mayores, personas dependientes y con Alzheimer, durante las veinticuatro horas al día. Cuando el cuidador ya no puede atender económicamente, físicamente ni psíquicamente al enfermo debe tenerse en cuenta este servicio. Las personas con Alzheimer son atendidas bajo cuidados y tratamientos de rehabilitación cognitiva y fisioterapia.

### E. Asociaciones familiares de Alzheimer (AFAS)

Las AFAS tienen programas específicos de apoyo y asesoría que favorecen a que los enfermos permanezcan en su ambiente habitual. El Centro de Alzheimer de cada provincia es el apoyo más grande diario para el cuidador principal del enfermo, de ahí lo llaman "respiro familiar".

Son Organizaciones No Gubernamentales (ONG), es decir, que tienen autonomía de funcionamiento respecto a las políticas asistenciales del gobierno y no dependen de financiación pública. Aunque pueden recibir subvenciones de organismos públicos, se mantienen con las cuotas de los asociados y las donaciones que reciben, como fuente estable de ingresos

Acudir a una AFA es conveniente para el cuidador de Alzheimer ya que estará acompañado por personas que tienen las mismas responsabilidades y comparten la misma enfermedad, no hace falta explicar nada ni ocultar la verdad, todos están pasando por lo mismo. Esto hace que el cuidador se sienta comprendido y quizás puedan ayudarle a sacarle de todo el dolor y agobio que lleva dentro. El estar pasando por lo mismo crea una especie de complicidad que muchas veces deriva en una verdadera amistad. Las AFAS cuentan con diversidad de profesionales: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, abogados, etc., las reuniones periódicas con todos ellos constituyen el mejor soporte para mantener la calidad del cuidado tanto a nosotros como al enfermo.

Veamos un mapa de organización acciones e información que ofrecen las AFAS<sup>3</sup>

<b>Organización</b>	En red, sedes departamentales, regionales.
<b>Acciones</b>	Ayuda a enfermos y a su familia. Promoción de la investigación. Acción en el ámbito de los poderes públicos y de la opinión. Formación de los cuidadores.
<b>Informaciones</b>	Sobre la enfermedad. Sobre las ayudas y los derechos. Sobre la asistencia a los cuidadores Sobre la busca y selección de una institución.

*Asociaciones de Alzheimer. Fuente: Florence Moulin y Solène Thévenet. En torno al Alzheimer. Respuestas a las dudas más frecuentes*



### F. Atención en fase terminal y proceso de duelo

Tal y como recoge Fernández Merino<sup>4</sup> en el caso del Alzheimer, el duelo se empieza y se desarrolla a lo largo de todo el tiempo que dura la enfermedad.

El Alzheimer es una condena a morir en vida, por lo que se va a experimentar el luto y las fases asociadas al proceso de pérdida, antes de que el enfermo muera físicamente, y es probable que el duelo comience en el diagnóstico. Las fases del duelo son:<sup>5</sup>

- Negación (negar que la persona está enferma, esperar una mejora e incluso la cura).
- Enfado (sentir frustración con el enfermo, soledad y abandono por parte de otros familiares).
- Culpabilidad (preguntarte si tienes la culpa de que tu familiar tenga esa enfermedad).
- Tristeza (desesperación, depresión, aislamiento, ausencia de redes sociales).
- Aceptación (aceptar la enfermedad, su evolución y desarrollo, aceptar la muerte de tu ser querido).

Estas fases se pueden repetir a lo largo de los años del cuidado y darse en un orden distinto y/o alterno.

Necesariamente hay que hablar del fallecimiento del familiar que padece Alzheimer. La vida de estos enfermos se va apagando lentamente, y su final va a afectar a los cuidadores de los mismos, aunque sea algo que se vaya viendo día tras día. El cuidador desde hace tiempo ha hecho del cuidado y atención que requería su familiar, su único trabajo en la vida y ahora ve como todo se acaba, por eso este acontecimiento puede afectar de forma intensa la capacidad emocional del cuidador, no encontrando sentido a la propia vida. Después de la desaparición del familiar que padece la enfermedad de Alzheimer, la vida continúa para su cuidador. Pero si este se ha volcado excesivamente en la atención al enfermo de forma que haya descuidado sus otras relaciones sociales, el cuidador puede encontrarse con la sorpresa de que se ha alejado de todos ellos y considerar que está solo/a, por eso hay que ser prevenidos y mantener las amistades y relaciones con el resto de familiares. Es en la fase de pérdida de la persona cuando el cuidador necesita más ayuda y soporte psicológico, profesional y familiar.

En el caso de los ancianos, suele ser menos penoso, pues a menudo sufren una muerte súbita a causa de embolia pulmonar o infarto de miocardio y paro cardíaco. Los otros enfermos acaban en cama, inmóviles, con incontinencia, sin hablar, con dificultades para deglutir y la mirada perdida.

Muchos especialistas en duelo y salud mental recomiendan al cuidador escribir una carta de despedida a modo de terapia (incluso en vida), en la que se dé rienda suelta a sentimientos de amor, pero también de reproche si es necesario. Esto ayudará a expresar emociones y a dejarlas en limpio. A decir todo eso que siempre se ha querido decir y que no puede escuchar.<sup>29</sup>

### G. Prestaciones económicas

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia facilita una serie de recursos para las personas afectadas. En el catálogo de servicios se encuentran:

- *Prestación económica vinculada al servicio*: Es una prestación económica periódica, que contribuye a financiar el gasto de servicios demandados, como puede ser la residencia, centro de día, ayuda a domicilio, etc. La cuantía económica de esta prestación es en base al grado de dependencia y de la capacidad económica del usuario y familia.
- *Prestación económica para cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales*: ayuda económica para los cuidadores familiares o no profesionales con el objetivo de cubrir los gastos de atención y cuidado de la persona dependiente a su cargo.
- *Ayudas de emergencia*: Cubren total o parcialmente situaciones de extrema urgencia o grave necesidad. Se solicita a través de los CEAS. Estas ayudas se pueden utilizar para atender: necesidades básicas de subsistencia y gastos relacionados con necesidades esenciales no cubiertas por los sistemas de protección y para adaptación funcional de la vivienda reparaciones de carácter urgente y gastos necesarios para la habilitación. Entre estas ayudas encontramos las *Ayudas técnicas para la autonomía personal*: existen productos, sistemas o servicios que dan respuestas específicas a personas con limitaciones sensoriales, motoras, cognitivas o de atención. Estas técnicas incluyen productos diversos como pueden ser sillas de ruedas, grúas, adaptaciones para el baño, pastilleros, mobiliario geriátrico, camas articuladas, etc.

### H. Aplicaciones móviles para cuidadores

Se trata de un catálogo de aplicaciones móviles gratuitas destinadas a proporcionar a cuidadores y familiares herramientas tecnológicas para mejorar la atención, cuidados y seguridad del enfermo, así como información extensa y actualizada sobre diferentes recursos relacionados con el Alzheimer y otras demencias.

El progresivo aumento de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, consecuencia lógica del envejecimiento de la población, ha motivado que las empresas dedicadas al sector de la telefonía apuesten por desarrollar herramientas concretas para este tipo de demencia. Así, las personas que se encargan del cuidado del enfermo disponen de un gran número de aplicaciones cuyo uso permite, entre otras cosas, contactar con otros cuidadores y asociaciones de familiares; localizar centros de día y residencias; acceder a información sobre relajación, comunicación y terapia familiar, enfrentamientos de memoria y cuidados de enfermería, y conocer mejor los síntomas, el tratamiento y las medidas de prevención del Alzheimer.<sup>30</sup> (Véase anexo V).

#### 1.2.4. Valoración del cuidador

Al igual que se realiza una valoración integral al paciente enfermo de Alzheimer, los profesionales deben tener en cuenta la valoración integral del cuidador, conocer sus necesidades y demandas, sus fortalezas y debilidades, sus capacidades emocionales e incluirle en el plan de cuidados e intervenciones que se realizarán con la persona enferma.

Debemos prevenir la situación de sobrecarga por el cuidado, por tanto es necesario conocer al cuidador y valorar las posibles situaciones que pueden conllevar a esta situación. Evaluaremos diferentes áreas que se consideran importantes para cuidar al cuidador y que este así pueda cuidar:

- Contexto del cuidado
- Conocimiento sobre la enfermedad y su proceso
- Capacidad funcional del cuidador para ayudar en las ABVD y AIVD al paciente.
- Tareas y estrategias para el cuidado
- Salud
- Apoyo social
- Información económica, legal y laboral
- Perfil psicológico del cuidador
- Estrategias de afrontamiento
- Competencias en el cuidado
- Fortalezas y debilidades
- Aspectos relacionados con la intervención

Las evaluaciones son continuas, deben hacerse antes, durante y al final de cada intervención con el cuidador, ya que los objetivos pueden ir variando debido a la situación en la que se encuentre el familiar, el Alzheimer es una enfermedad que no se estanca, sigue en activo durante todo el proceso y esta hace que las situaciones cambien a medida que esta progresa.

### CONCLUSIONES

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa, progresiva e incurable hasta el momento. En nuestra sociedad debido al aumento de la esperanza de vida encontramos un incremento en los problemas y enfermedades relacionadas con la edad, que normalmente desencadenan dependencia hacia otras personas y familiares para la realización de las Actividades Básicas de Vida Diaria. En este caso el Alzheimer es una de las enfermedades que más requiere cuidado y atención de otra persona.

Al ser una enfermedad incurable la intervención a seguir por los profesionales con los enfermos de Alzheimer está basada principalmente en estimulación cognitiva, cuyos objetivos son retrasar el deterioro cognitivo y mantener en nivel y calidad de vida, promocionando apoyos en la realización de las ABVD.

La falta de ayuda, el desconocimiento de la enfermedad, no saber a dónde ni a quién acudir y las repercusiones físicas, emocionales y económicas que conlleva esta enfermedad desembocan en una sobrecarga del cuidador que en muchas ocasiones dan lugar a la pérdida de motivación en el cuidado y atención a su familiar, la desgana de seguir en esa situación y el sentimiento de abandonar el papel del cuidador.

Por eso es tan necesaria la intervención con el propio paciente de Alzheimer como lo es intervenir con los familiares de estas personas. En mi opinión esta enfermedad no solo se lleva a quien la sufre directamente en su cuerpo, sino que también se lleva a las personas que día a día sufren la evolución de esta demencia y ven cómo va desapareciendo aquel que un día fue su padre/madre/tío/abuelo etc., por ello es de vital importancia centrarnos también en los cuidadores, la cara oculta del Alzheimer.

Aún queda mucho por avanzar pues desde el comienzo de la intervención, nos dedicamos más a aquellos que padecen la enfermedad que de los familiares, y estos entienden que la enfermedad no va con ellos, únicamente el papel que tienen es cuidar y atender, obviando que el Alzheimer también les afecta a ellos de una manera indirecta, se lleva la vida del cuidador, su ocio, sus intereses, su vida laboral, su familia, sus amistades, etc.

Nuestra labor no solo como profesionales, sino también como ciudadanos de esta sociedad en la que el Alzheimer juega uno de los papeles más importantes en cuestión de problemas de salud pública, debemos comprender que la intervención desde la primera entrevista es muy importante, es en ese momento donde debemos poner el enfoque de la gravedad de la situación y hacer partícipes en todo momento a los cuidadores en el plan de intervención que se va a seguir con su familiar enfermo, tanto tratamiento farmacológico como intervenciones psicosociales y elaborar paralelamente un plan de intervención individual con el familiar. Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de vida de la persona que tiene la enfermedad así como mejorar el nivel y bienestar de vida de los cuidadores pues de estos depende el estado físico, psíquico y emocional del enfermo.

*Es necesario cuidarse para cuidar.*

La sociedad debe reconocer el esfuerzo, el trabajo y sobrecarga de esta dedicación diaria de los cuidadores de Alzheimer, tenemos que fomentar la atención a estas personas, no podemos limitarnos a que esta enfermedad no tiene cura y no servirá de nada atenderles.

Los cuidadores se ven sumidos en esa tarea de la noche a la mañana, muchos van entendiendo a medida que pasa el tiempo que su familiar no está bien y al ser una enfermedad cada vez más común en la etapa del envejecimiento muchos se atreven a diagnosticarlo antes que los médicos lo constaten. Es ahí cuando empiezan a formarse como cuidadores al más alto nivel emocional, psicológico, físico y asistencial para atender a su familiar

El problema del Alzheimer está caracterizado por el silencio y las barreras por parte de la sociedad, nuestra cultura

nos dice que aquello de la esfera privada no debe traspasar la esfera pública. Pero hay situaciones que no debemos abandonar, sino tener en cuenta que este problema afecta a todos y que mañana podemos ser nosotros alguno de las víctimas.

Las intervenciones no farmacológicas tanto en enfermos como en familiares son muy importantes para conseguir mejorar el bienestar y calidad de vida de ambos. Sabemos cuál es el final para el Alzheimer, pero en nuestras manos está que ese momento llegue lo más tarde posible y sobre todo no dejar que también se lleve a los cuidadores, ya que estos en la batalla final deben seguir con sus vidas, vidas que alguna vez dejaron de lado por dedicarse a su familiar y será cuando más apoyo necesiten, no solo profesional sino también por parte de la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García Meilán J, Carro Ramos J. PACID. Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias. El tren de la Intervención Cognitiva. IMSERSO. 2011.
- Gomáriz Ján José. Valoración social del enfermo. Comité científico Know Alzheimer. 2014. Recuperado el 16 de enero de 2016. <http://knowalzheimer.com/valoracion-social-del-enfermo/>
- Meneu García E. Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz. El farmacéutico, 1. 2014.
- El test del reloj que permite detectar Alzheimer y el Parkinson. Instituto tecnológico de Massachusetts (MIT). El confidencial. 2015. Recuperado el 14 de enero de 2016. [http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2015-08-31/el-test-del-reloj-que-te-permite-detectar-el-alzheimer-y-el-parkinson\\_995659/](http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2015-08-31/el-test-del-reloj-que-te-permite-detectar-el-alzheimer-y-el-parkinson_995659/)
- Marín F. Deterioro cognitivo y demencia. Test de Pfeiffer: diagnóstico de la demencia. 2014. Recuperado el 15 de enero de 2016. <http://salud.doctissimo.es/enfermedades/deterioro-cognitivo-y-demencia/test-de-pfeiffer.html>
- De la vega R, Zambrano A. Las demencias: Escalas y test, Eurotest. 2015. Recuperado el 15 de enero de 2016. <http://www.hipocampo.org/eurotest.asp>
- Carnero Pardo C. Fototest: el test de las fotos. 2014. Recuperado el 15 de enero de 2016. <http://www.fototest.es/test-de-las-fotos.php>
- Cornelia Chira M. Demencia tipo Alzheimer: últimos avances en el ámbito neuropsicológico. Trabajo fin de Grado. Universidad de Jaén. 2014.
- Rosselli M, Jurado M. Evaluación Neuropsicológica de la demencia. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. Florida. EE.UU. 2012. Recuperado el 16 de enero de 2016 [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol12\\_num1\\_10.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_10.pdf)
- Perfil neuropsicológico y pruebas de evaluación en demencia. 2013. Recuperado el 16 de enero de 2016. <http://www.hela03.es/2013/07/demencias-2/>
- Hernández Fleita J. Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 2011. Recuperado el 16 de enero de 2016. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/010d085d-4820-11e1-92c3-9195656fdecf/Cap5.pdf>
- Índice de Katz: Valoración actividades vida diaria. 2015. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-enfermeria/indice-de-katz-valoracion-de-actividades-en-la-vida-diaria.html>
- El índice o Escala de Barthel. 2012. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://fisioterapia.blogspot.com.es/2012/06/el-indice-o-escala-de-barthel.html>
- Frigás Ferrín M. Escala de Lawton y Brody. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>
- Tárraga L, Boada M. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Fundación ACE. 2011.
- Chappotin D. ¿Cómo se diagnostica el Alzheimer?. 2015. Recuperado el 14 de enero de 2016. <http://www.2ti.es/2015/08/como-se-diagnostica-el-alzheimer/>
- Acosta D, Ignacio Brusco, L., Fuentes Ggulielmetti, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R., y otros. La enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico y tratamiento. Madrid. 2012.
- Luna Lario P, Seijas Gómez R, & Carnés Vendrell A. Papel del neuropsicólogo en los servicios de neurología: estudio descriptivo de los usuarios de la consulta especializada de evaluación neuropsicológica del Complejo Hospitalario de Navarra en su primer año de funcionamiento. Revista Neurología, 529-530. (2014).
- AFEDAZ. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento de una persona con Alzheimer?. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.afedaz.com/preguntas-frecuentes/cuales-son-los-objetivos-del-tratamiento-de-una-persona-con-alzheimer>
- DMedicina. El Alzheimer. Junio 2015. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer.html>
- Neurowikia. Tratamiento Farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. 2014. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.neurowikia.es/content/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Muñiz R, Olazarán J. Mapa de terapias no farmacológicas para demencias Tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales. Fundación María Wolff. Madrid. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnalfzhparapr.pdf>
- Terapias no farmacológicas para la enfermedad de Alzheimer. Fundación CIEN. 2014. Recuperado el 17

- de enero de 2016. <http://blog.fundacioncien.es/index.php/2013/05/terapias-no-farmacologicas-para-la-enfermedad-de-alzheimer/>
24. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en el Alzheimer. Objetivos. MimoOnline. Recuperado el 15 de enero de 2016. <http://blog.mimoonline.es/intervencion-cognitiva-en-el-alzheimer-i-objetivos.html>
  25. Promeplan. Estimulación cognitiva. Nuevas tecnologías en intervenciones cognitivas. 2014. Recuperado el 17 de enero de 2016. [http://www.promeplan.com/?page\\_id=240](http://www.promeplan.com/?page_id=240)
  26. El taller de mis Memorias. Ejercicios de reminiscencia y AVD Alzheimer. 2013. Recuperado el 17 de enero de 2016. <http://www.eltallerdemismemorias.com/2013/07/26/ejercicios-de-reminiscencia-y-a-v-d/>
  27. García Vicente S. Ayuda a los cuidadores de las personas mayores dependientes. 2015. Recuperado el 18 de enero de 2016. <http://www.netdoctor.es/articulo/cuidadores-personas-mayores>
  28. Del Hoyo Manrique N. La cara oculta del Alzheimer: los cuidadores familiares. Universidad de Valladolid. Trabajo de Fin de grado. Valladolid. 2015.
  29. Simón, Pedro. Memorias del Alzheimer. Cuidando al cuidador. 50 pautas para sobrellevar el Alzheimer. Barcelona. La esfera de los libros. 2012.
  30. Alzheimer: 5 App's móviles gratuitas para cuidadores. 4 de enero de 2016. Recuperado el 18 de enero de 2016. <http://knowalzheimers.com/aplicaciones-moviles-para-cuidadores-i/>
  31. Biopsicología E. Pruebas neuropsicológicas. 2014. Recuperado el 16 de enero de 2016: <http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/n5-discapacidad/697-pruebas-neuropsicologicas>

## ANEXOS

### Anexo I: Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)

El ADAS<sup>31</sup> es un test que evalúa rendimiento y que consta de 21 ítems segregados en dos subescalas: cognitiva (ADAS-Cog) y conductual (ADAS-Noncog), de 11 y 10 ítems respectivamente. En la práctica se ha hecho muy popular la administración del ADAS-Cog, en tanto que el ADAS-Noncog ha sido relegado debido a la existencia de escalas conductuales más abarcativas como la Escala de Medición de Patología Conductual en la Enfermedad de Alzheimer o BEHAVE-AD y el Inventario Neuropsiquiátrico o NPI.

En el ADAS-Cog el rango de puntaje varía entre 0 (sin deterioro) y 70 (demencia severa), aunque en la práctica los individuos sanos suelen desempeñarse en el rango que va de 5 a 10 puntos. La evaluación de las funciones cognitivas dedica 3 ítems a memoria (27 puntos), 1 a orientación (8 puntos), 5 a lenguaje (25 puntos) y 2 a praxias (10 puntos). Estas funciones cognitivas son las más representativas del compromiso cortical en la enfermedad de Alzheimer y las más sensibles a la progresión del deterioro durante la evolución de la misma.

El ADAS no fue diseñado como instrumento único de diagnóstico sino para el estudio de los síntomas característicos de la enfermedad de Alzheimer y como indicador sensible de evolutividad: la evidencia obtenida de estudios longitudinales sugiere que pacientes no tratados presentan un nivel de cambio en un año de aproximadamente 9 puntos en la subescala cognitiva. Debido a esto el ADAS-Cog ha sido ampliamente utilizado para valorar la eficacia de nuevos fármacos en la evolución de la demencia de tipo Alzheimer. Sin embargo, se debe ser cauto en la interpretación de los resultados ya que el nivel de cambio parece ser altamente dependiente del grado de deterioro en el momento de la primera evaluación. Así, los pacientes levemente deteriorados tienden a mostrar menor nivel de cambio en un año que aquellos que estaban más seriamente comprometidos. Por otra parte, a medida que la enfermedad progresa, los pacientes que presentan un nivel de deterioro muy severo tienden a enlentecer nuevamente el ritmo del nivel de cambio. ADAS total (Cognitivo + no Cognitivo). Para evaluar diversos aspectos del lenguaje tanto receptivo como expresivo se utiliza:

Conducta cognitiva	Conducta no cognitiva
Recuerdo de palabras	Lloros
Órdenes	Depresión
Denominación de objetos y dedos	Concentración/distractibilidad
Praxis constructiva	Falta de cooperación en los tests
Praxis ideatoria	Ideas delirantes (delusiones)
Orientación	Alucinaciones
Reconocimiento de palabras	Deambulación
Recuerdo de las instrucciones de la prueba de memoria	Incremento de la actividad motora
Capacidad en el lenguaje hablado	Temblores
Comprensión del lenguaje hablado	Incremento/decremento del apetito
Dificultad en encontrar las palabras adecuadas	

### Anexo II: Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly (CAMDEX)

Es una prueba completa y larga que incluye una entrevista con el paciente, una entrevista con el cuidador, un examen cognitivo (CAMCOG) y una parte en la cual se anotan las observaciones clínicas. Los objetivos principales de esta prueba son permitir diagnosticar la demencia siguiendo criterios clínicos operativos y estandarizados, diferenciar entre enfermedad orgánica, demencia multiinfarto y depresión, valorar la intensidad del deterioro, así como registrar la conducta y adaptación del paciente. Esta entrevista estructurada incluye el Mini-examen cognitivo, el Mini-Mental State, la Escala de demencia de Blessed, una escala de organicidad y otra de depresión. Esta prueba está validada y adaptada a la población española.<sup>2</sup>



**Anexo III: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD)**

Los autores de esta batería, en su intento de establecer métodos estandarizados para evaluar los aspectos clínicos, neuropsicológicos y de neuroimagen de la EA, se preocuparon por elaborar una batería neuropsicológica que fuera sensible al deterioro que presentan los pacientes con demencia incipiente. Esta batería consta de siete pruebas:<sup>2</sup>

- fluidez verbal
- 15 reactivos de la prueba de vocabulario de Boston que varían en la frecuencia de uso (baja, media y alta)
- el MMSE
- aprendizaje de una lista de palabras
- praxias constructivas
- recuerdo diferido de la lista de palabras
- reconocimiento de la lista de palabras

También se incluye la escala de demencia de Blessed, el Short Blessed Test y el Clinical Dementia Rating. Cuando a estas pruebas se añaden el examen médico y las pruebas de laboratorio, la especificidad de esta prueba alcanza entre 80 y 90% de precisión. Esta batería ha sido traducida y adaptada al español.

**Anexo IV: Ejemplos de ejercicios de intervención**

*A. Orientación.* Personalizar y reforzar preguntas que nos den respuestas a quién somos, de dónde venimos, quiénes son nuestros familiares, dónde estamos.

Orientación temporal	Orientación espacial	Orientación de la persona
¿Qué día de la semana es hoy?	¿Dónde estamos?	¿Cómo se llama?
¿En qué fecha estamos?	¿Qué es este sitio?	¿En qué año nació?
¿En qué mes estamos?	¿En qué calle estamos?	¿Qué edad tiene?
¿En qué año?	¿En qué planta estamos?	¿Está casado/a?
¿En qué estación del año?	¿En qué barrio estamos?	¿Cómo se llama su esposo/a?
¿Qué hora es?	¿En qué ciudad estamos?	¿Tiene hijos?
¿En qué momento del día estamos?	¿En qué provincia?	¿Cómo se llaman?
¿Si ahora vamos a comer, qué hora debe ser?	¿En qué nación?	¿Y nietos?
		¿Cómo se llaman?
		¿Qué edades tienen?
		¿En qué calle vive?
		¿Cuál es su número de teléfono?

*Preguntas de orientación. Fuente propia*

*B. Lenguaje.* Nombrar y hablar acerca de los objetos que vemos.



*C. Praxias.* Copiar el dibujo que tenemos al otro lado, terminar y completar el dibujo. Coordinación visual y lineal.



*D. Gnosias.* Deben reconocer qué animal es, imitar el sonido e identificarlo en animales de peluche que tendremos al lado.



E. *Memoria*. Utilizar el programa de Google Earth, buscando en él las calles y casas de los usuarios, recordando dónde jugaban de pequeños, dónde vivían, etc.



F. *Cálculo*. Los folletos publicitarios de los supermercados en los que se expone al usuario: alimentos, productos de limpieza, prendas de vestir, y al lado monedas o billetes de euro para poder simular una compra de esos objetos. ¿Cuál es el producto más caro? ¿Cuánto vale un kilo de naranjas? ¿Con qué monedas o billetes podemos pagar un kilo de naranjas y un kilo de pimientos?



+ *Publicación Tesina*  
(Incluido en el precio)



1375 €  
PDF

750  
HORAS

30  
ECTS

## Experto Universitario en Cuidados de enfermería Geriátrica

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 180 Preguntas tipo test, 7 Supuestos y Tesina de investigación



+ *Publicación Tesina*  
(Incluido en el precio)



995€  
PDF

500  
HORAS

20  
ECTS

## Experto Universitario en Demencia tipo Alzheimer

Edición: 83ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 120 Preguntas tipo test, 21 Supuestos y Tesina de investigación

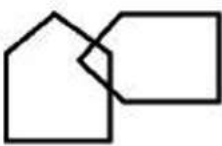


## Anexo V: Aplicaciones móviles para cuidadores de Alzheimer

App	Descripción	Idioma	Plataforma
 <p><b>Enfermedad de Alzheimer</b></p>	<p>Esta aplicación se presenta como una ayuda para facilitar que el doctor eduque al paciente y su entorno sobre la enfermedad de Alzheimer apoyándose en ilustraciones claras y precisas.</p>	Español	
 <p><b>Alzheimer</b></p>	<p>Esta aplicación te pone en contacto con otros cuidadores, a través de la Asociación de Familiares más cercana. También te ayuda a localizar los recursos necesarios para tu tarea como cuidador: asociaciones de familiares, residencias, centros de día, servicios profesionales y distribuidores de GPS, ortopedias... Además, contiene información útil para el cuidador, consejos sobre el cuidado diario de la persona a tu cargo, y un apartado de noticias para que te mantengas informado sobre avances, cambios legislativos, campañas, etc.</p>	Español	
 <p><b>Alzheimer's info</b></p>	<p>Información y noticias sobre alzhéimer</p>	Inglés	
 <p><b>Alzheimer App</b></p>	<p>Consejos prácticos para muchos de los problemas que enfrentan los que toman el cuidado diario de los enfermos y respuestas sencillas y claras a muchas preguntas. Además de la información sobre la enfermedad de Alzheimer también está disponible la información necesaria para hacer una donación a la Federación Alzheimer Italia.</p>	Italiano	
 <p><b>Treating Alzheimer</b></p>	<p>Guía completa para tratar y hacer frente a la enfermedad de Alzheimer. Está diseñada para ayudarle con la atención continua si su ser querido padece esta enfermedad.</p>	Inglés	



## Anexo VI: Minimental

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente .....	Edad .....
Ocupación .....	Escolaridad .....
Examinado por .....	Fecha .....
<b>ORIENTACION</b>	<b>PUNTOS</b>
"Dígame el día ..... Fecha ..... Mes ..... Estación ..... Año ....."	..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) ..... Planta ....."	..... (5)
Ciudad ..... Prov. .... Nación ....."	..... (5)
<b>FIJACION</b>	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."	..... (3)
<b>CONCENTRACION Y CALCULO</b>	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás" ....."	..... (3)
<b>MEMORIA</b>	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."	..... (3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b>	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?" ....."	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."	..... (1)
"Escriba una frase" ....."	..... (1)
"Copie este dibujo":  	..... (1)
<b>PUNTUACION TOTAL</b> .....	<b>(35)</b>
<b>Nivel de conciencia</b>	
Ciego	Sordo
Otros	



## Índice

1. La depresión en el anciano.....	4
2. Tratamiento de la depresión en el anciano .....	18
3. Intervenciones no farmacológicas en la demencia .....	35
4. Intervención cognitiva y social con enfermos de Alzheimer y sus familiares .....	46

## Índice de Autores

Agudín Barrero, Noelia -	18
Del Hoyo Manrique, Noelia -	46
García Álvarez, Miguel Ángel -	4
González Argüelles, Cristina -	35
González Bello, Desirée -	4
González Molejón, José Antonio -	4
Hidalgo Pulpeiro, Carolina -	18
Iglesias Ruisánchez, Sandra -	4
Valdés Álvarez, María -	4

