

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA
PERSONA MAYOR HOSPITALIZADA

ANGÉLICA MARÍA GARCÍA JAIMES Y DORELLY HIGUERA COGUA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA-SECCIONAL BUCARAMANGA

Escuela de Ciencias SOCIALES

Facultad de Psicología

Bucaramanga, 2012

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA
PERSONA MAYOR HOSPITALIZADA

ANGÉLICA MARÍA GARCÍA JAIMES Y DORELLY HIGUERA COGUA

Trabajo de grado:

En modalidad de trabajo de grado para optar el título de psicóloga.

Directoria:

MSC, MARIA FERNANDA REYES

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA-SECCIONAL BUCARAMANGA

Escuela de Ciencias SOCIALES

Facultad de Psicología

Bucaramanga, 2012

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Justificación
3. Marco conceptual
4. Objetivo general
- 4.1 Objetivos específicos
5. Método
6. Consideraciones éticas
7. Referencias
8. Anexo: Guía de atención psicosocial para la persona mayor hospitalizada

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Diseño y validación de una guía de atención psicosocial para la persona mayor hospitalizada

AUTORES: Angélica María García Jaimes y Dorelly Higuera Cogua,

FACULTAD: Psicología

DIRECTORA: María Fernanda Reyes

RESUMEN: El aumento de la población vieja ha generado y generará un cambio significativo en diferentes sectores, especialmente en el de la salud. Actualmente, Bogotá cuenta con 7'035,155 millones de habitantes, de los cuales el 9,5% tienen 60 años o más, el 57% son mujeres y el 8% son analfabetas. El envejecimiento es la disminución gradual de todas las funciones y durante la vejez, es donde se hace más evidente esta disminución haciendo a la persona mayor vulnerable, con mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas (como cardiovasculares y diabetes) y de realizar visitas al hospital (Zea y Tórres, 2007). Es importante resaltar, que es común que las personas mayores presenten múltiples problemas psicológicos comúnmente asociados a co-morbilidad con una enfermedad física (APA, 1998). Por esto su evaluación debe ser integral y multidimensional y no necesariamente orientada al problema (Fernández-Ballesteros, 2009). Para ello, es fundamental en esta población conocer cuáles son los desórdenes psicológicos más comunes en la vejez, dentro de los que se encuentran el deterioro cognoscitivo leve, síndromes demenciales, desórdenes de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos del sueño, entre otros. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el presente estudio pretendió el diseño de una guía de atención psicosocial para la persona mayor hospitalizada, la cual orienta la evaluación e intervención en el ámbito hospitalario.

PALABRAS CLAVE: Psicología de la salud, Guía de atención psicosocial; Desordenes psicológicos comunes en la vejez; Evaluación e intervención con la persona mayor hospitalizada.

GENERAL SUMMARY WORK OF DEGREE

TITTLE: Diseño y validación de una guía de atención psicosocial para la persona mayor hospitalizada.

AUTHORS: Angélica María García Jaimes y Dorelly Higuera Cogua,

FACULTY: Psicología

DIRECTOR: María Fernanda Reyes

ABSTRACT: The increasing of the elderly population has produced an important change in different areas, especially in health. Actually, Bogota has 7.035.155 millions of population, of which 9.5% are 60 years or more, 57% are women and 8% are uneducated. Ageing is the gradual decline of all functions and in the elderly age, is where it becomes more evident, making the person more vulnerable, with more likely to have chronic diseases (like cardiovascular disease and diabetes) and visits to the hospital (Zea and Torres, 2007). It is important to emphasize, that it is common for older people present multiple psychological problems commonly associated with co-morbidity with physical illness (APA, 1998). Therefore, their evaluation should be comprehensive and multidimensional and not necessarily focused on the problem (Fernandez-Ballesteros, 2009). For that, is essential in this population know what are the most common psychological disorders in the elderly, within which are the mild cognitive impairment, dementia syndromes, anxiety disorders, mood disorders, psychotic disorders, sleep disorders, among others. Taking into account what has previously stated, this research aimed the design of a psychosocial care guide for hospitalized older people, which guides the assessment and management in the hospital.

KEYWORDS: Health psychology, psychosocial care guide, common psychological disorders in the elderly, assessment and intervention with the elderly person hospitalized.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es inevitable, así lo han evidenciado las estadísticas demográficas mundiales que también han mostrado un aumento en la esperanza de vida (González-Celis, 2009; Universidad Nacional de Colombia, UNC, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA & Secretaria Distrital de Integración Social-SDIS, 2009). Se espera que para el año 2050, existan alrededor de 2 mil millones de personas mayores de 60 años, de las cuales en su mayoría estarán en países en desarrollo (Department of Social Affairs – DESA, 2007).

El que las personas sean más longevas es un logro de la sociedad moderna; sin embargo, este fenómeno ha significado nuevos retos para la humanidad, ya que la sociedad se ha enfrentado a nuevas enfermedades, demandas y necesidades (DESA, 2007). El hecho de que las personas vivan más tiempo y al parecer cada vez sean más saludables, pone en evidencia un reto a los gobiernos los cuales deben garantizar que las personas tengan una vejez digna, con unos estándares de vida adecuados.

Desde los años 80's las Naciones Unidas han alertado a los gobiernos sobre el envejecimiento poblacional (Naciones Unidas, 2002); sin embargo, hasta el año 2002, en la segunda asamblea de las Naciones Unidas sobre envejecimiento se generaron lineamientos mundiales para un plan de acción de los gobiernos frente a las oportunidades y retos frente al envejecimiento, en donde se pone nuevamente a consideración la transformación demográfica (Naciones Unidas, 2002).

En el plan de Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) se plantean lineamientos donde se propone a nivel general que los países deben garantizar el pleno ejercicio y desarrollo de los derechos de esta población, así como condiciones de

seguridad, participación e igualdad, lo que significa la erradicación de la pobreza, favoreciendo a esta población, de otra parte el derecho a la salud y acceso a los servicios sanitarios, participación económica, política y social.

Los países desarrollados con una importante población vieja, han experimentado cambios en la fuerza laboral, en el sistema pensional y de salud (DESA, 2007). Latinoamérica, todavía es una región joven, por lo que se considera estar en una oportunidad demográfica (DESA, 2007), ya que hasta ahora está iniciando a sufrir estos cambios. Por lo tanto, se espera que esté preparada para asumir los retos, a través de la formulación e aplicación de políticas públicas.

Colombia sigue siendo un país joven; sin embargo, la esperanza de vida ha venido aumentando (73.2 años). El Ministerio de la Protección Social – MPS (2007), reporta que actualmente el 9.6% de la población Colombiana es mayor de 60 años y se espera que en los próximos años este índice siga creciendo. Se tiene estimado que para el 2025 el 13% de la población será adulta mayor. Actualmente, se considera que un alto porcentaje de la población mayor vive en condición de pobreza, lo que ha generado y facilitado la aparición de problemáticas como malnutrición, abandono, maltrato, entre otros. Además, la población mayor atraviesa por situaciones como negligencia por parte del personal de la salud y frecuentemente poli-medicación, lo cual en la mayoría de las veces, se debe a la ignorancia de los profesionales con relación a la intervención con esta población. Por lo tanto, el desarrollar estrategias de intervención orientadas a responder a sus necesidades y adaptadas a sus características, es fundamental.

Es imprescindible empezar a preparar la sociedad para su proceso de envejecimiento; además, es necesario iniciar el ajuste a los sistemas pensionales, sociales y de salud

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, pretende responder al llamado de las Naciones Unidas de empezar a pensar y aportar desde la disciplina de la psicología para trabajar por la vejez, así como, contribuir en garantizar el ejercicio de sus derechos y de vivir una vejez con dignidad.

El diseño de la presente Guía, adicional al conocimiento de sus investigadores respecto a la relevancia, es considerado importante por las directivas de la Clínica Universitaria El Bosque, quienes han manifestado gran interés en desarrollar productos que faciliten el trabajo con personas mayores, debido a que ésta es una población que consulta de manera constante en la institución (en el año 2010), puesto que afronta diversas situaciones adversas, como:

maltrato, abandono y depresión, entre otros y no se cuenta con lineamientos claros para su abordaje, especialmente en relación con maltrato. En Bogotá, la Secretaría de Salud, tiene guías de atención al maltrato, sólo para niños, niñas y mujeres, pero deja de lado la población mayor, la cual es también vulnerable a este trato por parte de su familia en particular y de la sociedad, en general.

El desarrollo de una guía de atención psicosocial para personas mayores hospitalizadas en la Clínica Universitaria El Bosque, junto con su validación y extensión, se convertiría en un gran aporte para la población de adulto mayor en Colombia, ya que pocos estudios se han realizado. En relación con este tema, el presente estudio hará un aporte social, puesto que beneficiará directamente a la población mayor, ya que el desarrollo y validación de una guía de intervención, garantizará una mayor calidad de las intervenciones que se dirigen a esta población; será un producto tecnológico importante para los profesionales de la Psicología que ejercen en el campo de la salud porque les brindará herramientas validadas que les permita optimizar su ejercicio profesional, y aumentar la probabilidad de éxito en la asesoría a la población de adulto mayor colombiano; para la Clínica el Bosque porque contara con una Guía que facilitara una mejor atención para la población mayor que ingresa; además, con las modificaciones y aportes requeridos, podrá ser aplicada en otras instituciones hospitalarias y de salud.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los lineamientos de evaluación e intervención psicosocial para el diseño de una guía de atención a personas mayores hospitalizadas?

Objetivo general:

Contar con una guía de atención psicológica para personas mayores, hospitalizadas en la Clínica Universitaria El Bosque.

Objetivos específicos:

- Diseñar una guía de atención psicológica para personas mayores hospitalizadas
- Establecer los lineamientos de evaluación que el profesional de la psicología debe seguir para brindar una atención de calidad a la persona mayor hospitalizada.
- Determinar la intervención o asesoría que el profesional en psicología puede realizar con la persona mayor hospitalizada.

Marco teórico

El crecimiento de la población es un fenómeno, que además de ser global y duradero, es inevitable y sin precedentes en la historia de la humanidad, y tiene importantes implicaciones en la sociedad (Fernández-Ballesteros, 2009). El aumento de la población mayor, ha generado un cambio significativo en diferentes sectores de la sociedad, especialmente en la salud, ya que implica mayor inversión en dinero por parte de los gobiernos para responder al costoso tratamiento de enfermedades crónicas (comunes en esta población) y de otras que son poco conocidas; estos aspectos han generado la necesidad de especialización de los profesionales de la salud en el trabajo con personas mayores, ya que es fundamental garantizar una adecuada respuesta a esta demanda, brindando un servicio digno y de calidad. Actualmente, el psicólogo se ha convertido en un profesional fundamental en los equipos de atención de la población en diferentes contextos, tanto clínicos, comunitarios, sociales y de la salud; razón por la cual, se hace indispensable asumir el reto que implica trabajar con personas mayores, para asegurar su bienestar y una buena calidad de vida.

Guías de atención

El Ministerio de la Protección Social – MPS, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenio de cooperación N° 176 de 2002 con la Fundación FES Social, coordinó la realización del Estudio Nacional de Salud Mental y la elaboración de una propuesta de lineamientos de política de salud mental para Colombia, con el propósito de promover la salud mental de la población colombiana, de prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas y de reducir el impacto negativo de los trastornos mentales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas (Ministerio de la Protección Social - MPS, 2005, MPS, 2010).

Las líneas de acción de esta política pública son: (a) la organización de servicios de salud mental, (b) la provisión de servicios de salud mental, (c) la inclusión social, (d) los recursos humanos, (e) la vigilancia de eventos; y (f) los servicios en salud mental e investigación en asuntos prioritarios de salud mental. Por tanto, la construcción de guías basadas en la evidencia responde al cumplimiento de esta política pública (MPS, 2005).

Según Alvarado, et al. (2007) una guía de atención “contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que

presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención” (p. 6). El Ministerio de la Protección Social, propone que es necesario la creación de guías de atención integral - GAI (guía de atención integral), las cuales se definen como un conjunto de recomendaciones para la atención de una condición en salud específica, construido a partir de guías de práctica clínica, basadas en la evidencia.

Los propósitos de las guías de atención integral para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Alvarado, et al., 2007), son:

- Brindar a quienes deben tomar decisiones, insumos técnicos que sean útiles para las políticas públicas en salud y para la toma de decisiones frente a la atención en salud.
- Ser instrumentos para señalar parámetros de calidad en el sistema, de manera que permitan reducir variabilidad inadecuada en la práctica médica.
- Avanzar en la aplicación de metodologías de evaluación, de tecnologías en salud para la asignación eficiente de los recursos en salud.
- Ser una herramienta que relacione las buenas prácticas en el ejercicio médico, con el uso eficiente de los recursos y con las posibilidades reales del sistema de financiación de las prestaciones recomendadas para la práctica clínica.
- Ser una herramienta para medir y evaluar a los distintos actores del sistema por cuanto contribuyen a la generación de indicadores de seguimiento y de resultados en salud.

Para la elaboración de una GAI es necesario llevar a cabo una fase preparatoria donde se constituye el grupo de desarrollo y se hace una identificación de conflictos de intereses. Una primera fase que consta de una etapa en la que se formula una Guía de Práctica Clínica (GPC: asisten a médicos y pacientes en la toma de decisiones respecto a la atención en salud según el caso específico) basada en evidencia, una en la que se desarrolla y adapta y otra en la que se prepara el borrador de la guía de práctica clínica (Ministerio de la Protección Social-MPS, 2010).

La segunda fase consiste en definir y conducir la evaluación económica de intervenciones en salud contenidas en una GPC basada en la evidencia, que consta de una etapa en la que se define la evaluación económica y otra en la que se adapta o desarrolla; la tercera fase se refiere a la preparación de la versión preliminar de la GAI; la cuarta fase es la evaluación de impacto en la Unidad de Pago por Capacitación; y una fase final donde se da la preparación de la GAI para el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (MPS, 2010)

Existen diferentes herramientas para evaluar calidad de Guías de Atención, sin embargo en su mayoría están dirigidas a guías médicas. Unos de los lineamientos más conocidos a nivel mundial en salud, es el AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Colaboration), el cual se basa en asunciones teóricas, más que en evidencias empíricas, las cuales se elaboraron mediante discusiones entre investigadores de varios países que tienen amplia experiencia y conocimiento sobre guías de práctica clínica (AGREE collaboration, 2001). Estos lineamientos son usados para ayudar a los productores de guías de práctica clínica, en la evaluación de la calidad metodológica de estas; así como, para ayudar a la toma de decisiones entre profesionales de la salud y pacientes, respecto a los cuidados en salud en circunstancias clínicas específicas (AGREE, 2001).

El objetivo de éste es el de evaluar la calidad de las guías, ya que establecen que información y como se debe presentar en las guías; evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados (AGREE, 2001).

El grupo AGREE, al hablar de calidad de la guía, hace referencia a la confianza que brinda el adecuado señalamiento de sesgos potenciales, la validez de las recomendaciones a nivel interno y externo, y la aplicabilidad práctica; la evaluación de la calidad encierra, tanto aspectos de información como de recomendación, por tanto incluye juicios sobre los métodos llevados a cabo en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones y los factores relacionados con su aceptación (The AGREE Colaboración, 2001).

El AGREE, tienen un papel importante en la elaboración de políticas de salud, el objetivo de este es el de evaluar la calidad de las guías; establecen que información y cómo se debe presentar en las guías, son genéricas y se pueden aplicar a guías sobre cualquier área de las enfermedad y sobre cualquier punto del continuado proceso de atención sanitaria, incluyendo las que tratan sobre la promoción de la salud, salud pública, cribado, diagnóstico, tratamiento o intervenciones. Estas pueden ser usadas por proveedores de atención de salud, elaboradores de guías para que la elaboración sea estructurada y rigurosa, por los gestores y responsables de las políticas de salud y por educadores, para que hagan una evaluación crítica (The AGREE Colaboración, 2001).

Es importante resaltar que la guía se diseñará bajo el modelo de la GAI, basándose solamente en la sección de guía de práctica clínica, con el fin que las recomendaciones a seguir en el momento de abordar a la población foco de atención queden lo suficientemente claras y de esta manera asegurar que el profesional de la psicología que vaya a ser uso de la

guía no tenga inconvenientes al momento de llevarla a la práctica. Adicionalmente, en esta guía se incluirá un apartado dirigido a todos los profesionales de la salud de la Clínica el Bosque, el cual contendrá información de que acciones se deben llevar a cabo en caso de que se detecte un caso de maltrato en el adulto mayor.

El presente proyecto pretende establecer dichas recomendaciones en una guía de intervención psicológica, para la atención de personas mayores hospitalizadas.

Caracterización demográfica y de la salud de la población mayor

Según el censo de 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el porcentaje de las personas mayores de 60 años ha aumentado 2 puntos porcentuales de 1995 al año 2005 y alcanzará el 13% en el 2025. En la ciudad de Bogotá se calcula un crecimiento de un 5.3% de la población mayor de 60 años en los últimos 15 años, casi el doble de la tasa de crecimiento de la población total de la ciudad que es de 2.7% años (Secretaría Distrital de Integración Social, 2010 p. 10).

Como se mencionó anteriormente, los resultados del último censo en Colombia arrojaron que el 10% de la población tiene 60 o más años, en donde su mayoría son mujeres (DANE, 2005). De esta población se conoce que alrededor del 40% es pensionada; la mayoría de los adultos mayores vive en hogares multi-generacionales (53%), un 39% de las personas mayores de 65 años está casado, el 31% ha enviudado, el 14% es soltero y el 7% restante está separado o divorciado (DANE, 2005).

En cuanto el nivel educativo, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS realizada por Profamilia (2010), se encontró que la mayoría (58%) de las personas mayores sólo tienen estudios de primaria incompleta y completa, el 17% ha cursado bachillerato, el 20% no tiene ningún grado de educación y tan solo un 5% tiene educación superior, siendo Bogotá la ciudad con mayor nivel educativo. Según la encuesta ENDS realizada por Profamilia (2010), el 94% de la población está afiliada al sistema de salud, en donde el 45% es del régimen contributivo y el 48% al subsidiado.

Actualmente, Bogotá cuenta con 7'035,155 millones de habitantes, de los cuales el 9% tienen 60 años o más, el 57% son mujeres y el 8% son analfabetas. En la capital, las personas mayores viven una situación dramática, se considera que el 40% de la población mayor vive en pobreza y tan solo el 10% recibe una pensión (Universidad Nacional de Colombia, UNC, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA & Secretaria Distrital de Integración Social-SDIS, 2009). En consecuencia del inevitable aumento de la población, los entes

gubernamentales de la ciudad han creado la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025, la cual tiene como objetivo “garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distinción alguna, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al estado en su conjunto y de acuerdo a los lineamientos nacionales e internacionales” (Secretaría Distrital de Integración Social, 2010 p. 10). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos políticos, la formulación de la política pública no ha sido oportuna, ya que la situación de las personas mayores en Bogotá sigue siendo dramática.

Como se mencionó anteriormente, se ha evidenciado que la población mayor es víctima de maltrato.

Según el Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses (2012) en el estudio del periodo comprendido del 2004 al 2011, se halló que 366 personas adultas mayores (51,1% de hombres y 48,9% de mujeres) reportaron haber sido víctimas de violencia por parte de algún miembro de la familia; en este estudio también se recopilaron datos frente a las lesiones fatales y las lesiones no fatales según los rangos de edad comprendidos de 60 a mayores de 80 años, ver tabla 1.

Tabla 1

Lesiones fatales y no fatales en el contexto de la violencia intrafamiliar según edad de la víctima.

RANGO DE EDAD	LESIONES FATALES	LESIONES NO FATALES
60-64	34	3.631
65-69	15	2.473
70-74	17	1.629
75-79	11	1.087
Más de 80	11	972

Nota: Adaptado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, p. 4, 2012.

Cambios propios de la vejez

La vejez es un periodo evolutivo y de adaptación, en donde se presentan cambios graduales a nivel físico, cognoscitivo y social (APA, 2003; Cárdenas y López, 2010; Vaillant, 2002). El envejecimiento es la disminución gradual de todas las funciones y durante la vejez, es donde se hace más evidente esta disminución, haciendo a la persona mayor, vulnerable de presentar enfermedades crónicas (como cardiovasculares y diabetes) y de realizar visitas al hospital (Zea y Tórres, 2007). En la vejez, se experimentan cambios como la disminución de la agudeza sensorial, alteraciones en la apariencia física y la composición corporal, los cambios hormonales, la reducción en la capacidad de rendimiento de la mayoría de los sistemas del cuerpo, se ha debilitado la respuesta inmunológica y hay una mayor susceptibilidad a la enfermedad (American Psychological Association - APA, 2003). La presencia de enfermedades crónicas en esta etapa de la vida, restringe y modifica la participación social y aumenta la probabilidad de alteraciones en la funcionalidad, que pueden llegar a ocasionar alguna discapacidad.

El envejecimiento no afecta globalmente al cerebro sino partes discretas del corteza prefrontal dorsolateral y del lóbulo temporal medio; ésto, explica la disminución en actividades ejecutivas y almacenamiento de nueva información (Alberca y López-Pousa, 2006). Adicionalmente, se ha encontrado una disminución leve del peso y volumen cerebral, lo que parece deberse a la de pérdida neuronal en la corteza y núcleo subcorticales; lo anterior se debe especialmente, a una disminución en la densidad sináptica y reducción del volumen de la sustancia blanca de los lóbulos frontales. Se ha encontrado que existe un encogimiento de las neuronas, debido a la pérdida de tejido conectivo en los axones, dendritas y sinapsis (Alberca y López-Pousa, 2006; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

En cuanto a los neurotransmisores, se sabe que se presencia una disminución de los sistemas dopaminérgicos y catecolaminérgicos. La reducción en acetilcolina, parece estar asociado al descenso de la memoria y a la baja de dopamina a las dificultades en la capacidad para planificar y en la ejecución de actividades motoras (Alberca y López-Pousa, 2006).

A pesar de los cambios cerebrales, en general las personas mayores muestran modificaciones modestas que implican poca diferencia en el funcionamiento. Adicionalmente, el cerebro de las personas mayores es capaz de utilizar estrategias supletorias o compensatorias de posibles deficiencias funcionales y/o estructurales (Alberca y López-Pousa, 2006; APA, 2003)

Los cambios más comúnmente asociados con el envejecimiento normal a nivel cognoscitivo, es la desaceleración en los tiempos de reacción y la velocidad total de procesamiento de la información, reducción en las capacidades viso-espaciales y de control

motor (APA, 2003). La memoria cambia con la edad, en particular los procesos de recuperación de la información y la llamada memoria de trabajo (retención de información, mientras que se utiliza en el desempeño de otra tarea mental), sin embargo siguen siendo capaces de aprender información nueva (APA, 2003).

Se ha encontrado que se incrementa la tasa del olvido y se reduce la habilidad para adquirir nueva información (memoria de trabajo), o en dado caso que se logro realizar esta adquisición, la información no va a quedar necesariamente guardada como una huella a largo plazo (Arango, Fernandez y Ardila 2003). La memoria a corto plazo (MCP), se afecta de forma evidente (Squire 1992, citado por Lapuente y Sanchez, 1998), la segunda atiende a que la recuperación de la información se lleve a cabo de un modo no consciente por parte del sujeto. Donde se ha encontrado que la memoria explícita se encuentra más afectada que la implícita (Lapuente y Sánchez, 1998).

A pesar de que algunos cambios parecen no alterar la vida diaria de las personas mayores, los problemas visuales y auditivos pueden privarlos de actividades, relaciones sociales y de independencia; y los motores pueden limitar las actividades cotidianas, especialmente entre viejos de edad muy avanzada (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Más allá, el proceso de envejecimiento varía de una persona a otra; algunos si experimentan una declinación aguda, lo que afecta en mayor medida su funcionalidad. Los cambios asociados al envejecimiento, también han demostrado disminución en la fortaleza física y el equilibrio, lo que genera mayor riesgo de caídas en esta etapa de la vida, las cuales traen consigo fracturas que generan problemas de salud física y mental, y es una de las causas comunes de hospitalización en la vejez (APA, 2003; Fernández- Ballesteros, 2009; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

La hospitalización es una situación estresante, ya que significa la presencia de alguna enfermedad y la ruptura de la cotidianidad de la persona, donde se experimenta incertidumbre y ansiedad. Adicionalmente, su autonomía se ve restringida y en la mayoría de las ocasiones hay pérdida de intimidad. Más allá, la comunicación médico paciente, no siempre es sencilla, debido al lenguaje técnico que usan los profesionales de la salud (Remor, Arranz y Ulla, 2003). Esta experiencia, puede ser aún más traumática para la población mayor, ya que aspectos como el analfabetismo, disminución en la audición y visión, así como la probabilidad de presentar compromiso cognoscitivo en la vejez (APA, 2003), dificultan la comprensión de las personas mayores, así como la adaptación y afrontamiento a esta situación. Por lo tanto, el diseño de lineamientos dirigidos a una intervención psicosocial que garantice el bienestar en esta población, es esencial.

Dentro este gran grupo de las enfermedades mentales, se encuentra los síndromes demenciales. La demencia es una enfermedad que aumenta la probabilidad de incidencia exponencialmente con el aumento de la edad (Arango, Fernández y Ardila 2003; Serrano, 1988). Por otro lado, se ha encontrado que los problemas médicos de mayor prevalencia en las personas mayores son, la incontinencia, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión, los síndromes demenciales y el maltrato (Fernández-Ballesteros, 2009).

Según los datos de la OMS (2010) las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, se calcula que anualmente muere en todo el mundo unas 424.000 personas debido a caídas y más de un 80% de esas muertes se registran en países de medios y bajos ingresos, las personas mayores de 65 años son los que sufren de caídas mortales y cada año 37.3 millones de caídas son de tanta gravedad que requieren de atención médica, incluso la hospitalización. La prevalencia de caídas en adultos mayores sanos con edades entre los 60 y 75 años varía de 15 a 30% y aumenta en los mayores a 70 años (Carmona, Roldan, Santos, Rodríguez, 2005).

En Colombia según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS realizada por Profamilia (2010), las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en la población mayor en el año 2010, estaban relacionadas con enfermedades cardiovasculares, neumonías, artritis, cáncer y epilepsia. Las mujeres fueron diagnosticadas y tratadas en mayor proporción por hipertensión arterial y los hombres por neumonía. En cuanto a índices de hospitalización en el 2010 el 22% de la población mayor bogotana estuvo hospitalizado, en algún momento, de los cuales la mayoría corresponden a personas mayores de 69 años (Profamilia, 2010). Adicionalmente, se considera que el 27% de las personas mayores de 65 años en Colombia presentan alguna condición de discapacidad (Cárdenas y López, 2010).

A pesar, de la vulnerabilidad que tienen las personas mayores para presentar algún tipo de enfermedad, es de resaltar, que la mayoría de ellas no sufren necesariamente enfermedades discapacitantes (American Psychological Association - APA, 1998, APA, 2003) y que en su mayoría tiene una percepción positiva hacia su salud, en ejemplo de esto es que el 40% de la población Colombiana reportó tener excelente estado de salud, el 44% aceptable y tan sólo el 6% percibía su estado de salud como malo (Profamilia, 2010).

Salud mental en la vejez

A pesar de que la mayoría de personas mayores viven en comunidad y no presentan alteraciones mentales (APA, 2003), entre más incrementa la edad aumenta la probabilidad de

presentar alguna condición de enfermedad. En cuanto la salud mental, las personas mayores pueden presentar alteraciones que evidencian problemas psicológicos de cuando eran más jóvenes, o pueden estar relacionados a dificultades asociadas a estrés durante la vejez o a una condición neuropatológica (APA, 1998). Es importante resaltar, que es común que las personas mayores presenten múltiples problemas psicológicos, comúnmente asociados a co-morbilidad con una enfermedad física (APA, 1998). Por esto su evaluación debe ser integral y multidimensional y no necesariamente orientada al problema (Fernández-Ballesteros, 2009); ya que por ejemplo una persona mayor puede presentar un síndrome confusional asociado a una condición de salud, pero al indagar con los familiares, ha venido presentando cambios a nivel cognoscitivo, que pueden denotar un síndrome demencial o índices de sintomatología depresiva. El evaluar la co-morbilidad de enfermedades mentales y médicas es fundamental en esta población, para esto es fundamental conocer los desórdenes psicológicos más comunes en la vejez.

Según la APA (1998, 2003) y otros autores (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009), en la adultez tardía suelen presentarse algunos problemas de salud, que simplemente se disparan sólo en esta edad, o que pueden ser parte del envejecimiento particular de la persona. En la tabla 1 se exponen cuáles son las problemáticas más comunes.

Tabla 1.
Problemáticas más comunes de las personas mayores

Nivel	Tipo de trastorno
Cognoscitivo	Demencias, deterioro cognoscitivo leve,
Afectivo	Depresión
ansiedad	Crisis de angustia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada:
Sueño	Insomnio
	Disfunción sexual, trastornos de

Datos epidemiológicos

Demencias

Se ha estimado que los síndromes demenciales se presentan en el 1% de la población a la edad de 60 años y se duplica cada cinco años, hasta llegar de 30% a 50% en las personas mayores de 80 años, (Arango, Fernández y Árdila 2003). En Colombia se estima que el 13,1% de la población de 60 años y más presenta algún síndrome demencial (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES, 2003).

A partir de los 60 años de edad, las cifras de prevalencia de demencia se duplican aproximadamente cada 5 años (Peña, Tardon, Mendez y Blazquez 2000). Dicha prevalencia tiene algunas variaciones, ya que cuando se realiza el diagnóstico, con los criterios del CIE-10 se encuentra un 3.1% de pacientes que padecen la enfermedad de demencia, mientras que se aplican los criterios diagnósticos mediante del DSM-IV, la cantidad de pacientes aumenta a un 29.1%. (García, et al, 2001). Finalmente en cuanto a sus subtipos, se tiene que la demencia tipo alzhéimer es la más frecuente en la población (4.6%), seguida por la demencia vascular que tiene un 1.6%

Depresión

De acuerdo con la APA (DSM IV- 2002), el riesgo del trastorno depresivo a lo largo de la vida varía entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres.

En Colombia las cifras son similares, según el estudio de Posada Aguilar, Magaña y Gómez (2004) se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de un 12.1%; la Organización Mundial de la Salud, en la encuesta multinacional realizada en Colombia, encontró que el 10% de la muestra presentó episodio depresivo durante el último año (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondon y Díaz, 2004). De esta manera, los anteriores datos dan muestra que este trastorno se presenta frecuentemente en la población general, sin embargo se debe tener en cuenta que su prevalencia incrementa en el ámbito hospitalario y de atención primaria (Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer, 2003; MacHale, 2002).

La investigación epidemiológica ESEMemd-España sobre la prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales Trastornos del Estado de Ánimo (TEA) en comparación con los Episodios de Depresión Mayor (EDM), los resultados hallados fueron: Prevalencia por año de TEA en hombres 2%, en mujeres 6% y población total de 4 %; Prevalencia por

año de EDM, en hombres 2%, en mujeres 6% y en la población general de 4% ; en la Prevalencia-vida para TEA en hombres fue de 7%, en mujeres de 16% y población total 11,47%, para EDM el porcentaje en hombres fue de 6.29, mujeres 14,47 y población total 10,55%, (Fernández-Ballesteros, 2009).

En las personas mayores la epidemiología de estos trastornos del estado de ánimo es reciente si se compara con las demás etapas del ciclo vital, sin embargo debido a los cambios socio-demográficos diversos profesionales han realizado estudios focalizados hacia la atención de esta población (Fernández-Ballesteros, 2009).

La prevalencia de la depresión en las personas mayores que viven en comunidad es menor, frente a las que atraviesan enfermedades crónicas, se encuentran hospitalizados, en la vejez, la depresión no sólo hace que se sienta físicamente enfermo sino también produce un empeoramiento de la salud física y aumenta la mortalidad, o institucionalizados durante mucho tiempo en hogares geriátricos (Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco, 2005). Se calcula que están deprimidos el 2% de los ancianos de la población general y el 9% de los enfermos crónicos, en comparación con el 6% de los adultos de la población general. La cifra aumenta hasta el 36% en pacientes geriátricos e incluso más en pacientes ingresados por ictus o infarto de miocardio y en pacientes con cáncer (39-47%) Los cálculos para la depresión de sujetos ingresados en residencias oscilan entre el 29 y el 52,4% (Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006).

Al estudiar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores, se debe tener en cuenta el contexto en el cual se encuentra el sujeto, los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42%, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad .En los pacientes hospitalizados por condiciones médicas la prevalencia de depresión también es bastante elevada, variando entre 6% y 45%, según los criterios diagnósticos que se utilicen (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

En Latinoamérica el multicéntrico SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y El Caribe) estudio la importancia de la prevalencia clínica de la depresión, en las seis ciudades capitales de América Latina osciló entre 16,5% a 30,1% en mujeres y de 11,8% a 19,6% en los hombres, (Ferri, Sosa, Salas, Ganoa, González, Rojas y Prince, 2009).

A nivel nacional, un estudio realizado por la Universidad del Valle en el año 2000 encontró que la depresión mayor es una de las causas más frecuentes de consulta en los pacientes ancianos (Reyes y Moreno, 2000). Por otra parte, un estudio transversal realizado en el año 2004 mostró que los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas

en los 12 meses previos a la encuesta fueron el de 46 a 60 años y el de 61 años o más (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

La depresión constituye un problema de salud mental en los adultos mayores, un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum et al., 2006; Lawrence et al., 2006; Loughlin, 2004). De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin, 2004) y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).

Trastornos del sueño

Se conoce que el sueño sufre cambios a lo largo del ciclo de la vida, las personas en la vejez, tienden a durar menos en la etapa MOR del sueño que cuando se es más joven las personas adultas parecen tener mayor tiempo en vigilia que cuando se era más joven, se demoran más en conciliar el sueño; se considera que pueden existir leves cambios en los ciclos circadianos en la vejez (APA, 1998; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Pando-Moreno, Aranda, Aguilar, Mendoza y Salazar (2001) hicieron un estudio con adultos mayores de la ciudad de Guadalajara en México que viven en domicilios particulares para evaluar qué tantos síntomas de trastornos del sueño presentaban. Entre sus resultados encontraron que el 58% de los hombres y el 76% de las mujeres presentaron al menos uno (basándose en el Cuestionario de Goldelberg) y señalaron que los casos que se acercaban a un caso de trastorno de sueño, según el DSM IV (el 33%), podían estar relacionados con el género, el nivel de educación y presencia de depresión. Estos autores rescatan la importancia del tratamiento y discuten sobre la necesidad de la preparación adecuada y actualización para los profesionales de la salud en la detección oportuna de estos casos y sobre la mejora de calidad en los servicios de salud mental en esta población.

Se ha identificado que las personas mayores experimentan con frecuencia problemas relacionados con el sueño, tienden a presentar ronquidos y manifestar que el sueño no es reparador; lo que parece agravarse en edades muy mayores (APA, 2003, APA, 1998). Por esto, uno de los trastornos del sueño más comunes es el insomnio, el cual es mantenido por la falta de actividad basada en horarios estrictos lo que puede generar una asincronía de los ritmos circadianos del cuerpo (APA, 1998). Éste tiene una prevalencia del 66% en mayores de 60 años (siendo 10% menor en quienes viven en un domicilio particular y no en un hogar geriátrico) (Díaz, Ruano y Chacón, 2009)

Otros de los desórdenes que aparecen en la edad son la apnea del sueño y el síndrome de piernas inquietas. En Colombia la información sobre la prevalencia de estos trastornos en adultos mayores a nivel nacional todavía está pendiente (Díaz, Ruano y Chacón, 2009). Todos lo relacionado a estos trastornos es explicado más específicamente en un apartado más adelante.

Ansiedad.

Actualmente, la American Psychological Association (APA, 2003) plantea unos lineamientos generales para el trabajo del psicólogo con la población mayor (Ver ANEXO A). Para poder cumplir con estos objetivos es necesario que el profesional revise los imaginarios que tiene sobre la vejez y tenga claridad sobre los conceptos de la edad y el envejecimiento, las etapas del ciclo de vida, el cambio longitudinal y diferencias transversales, las diferencias de cohortes y diseños de investigaciones dentro del desarrollo adulto mayor. Es fundamental tener en cuenta sus cambios cognoscitivos y sensoriales, sus limitaciones funcionales y otras pérdidas, y al mismo tiempo las fortalezas con las que el sujeto cuenta para realizar el tipo de intervención más conveniente, facilitando el trabajo psicológico a nivel individual y con las redes de apoyo, las cuales favorecen todo el proceso (APA, 1998; APA, 2003).

En Colombia el estudio de Salud Mental realizado por el MPS y FES (2003) refiere que el 19% de la población general presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, presentándose mayor prevalencia en las mujeres (50%) que en los hombres (36%) cómo también menor relación entre la adultez mayor y la presencia de ansiedad, mientras existe gran relación con haber tenido alguna enfermedad mental, conflictos durante la crianza, comorbilidad física, experiencia situacional grave, consumir tabaco, tener nivel de ingreso más alto y presentar ansiedad (Ministerio de Protección Social, 2003).

Canto y Castro (2004) reportan que la incidencia de ansiedad en la población mayor puede aumentar cuando están institucionalizadas. Hernández, Orellana, Kimelman, Nuñez e Ibáñez (2005) encontraron que las mujeres mayores de 55 años tendían a presentar trastornos de ansiedad durante la hospitalización en mayor proporción que los hombres.

En Estados Unidos las enfermedades mentales más comunes son los trastornos de ansiedad, con una prevalencia mensual de 7.3% en la población adulta (en todas las edades), prevalencia que baja al 5.5% en adultos mayores de 65 años en adelante, pero alcanza un 20% en un periodo de seis meses; en el caso de los adultos mayores que están internados por

algún trastorno de tipo orgánico, aproximadamente entre un 40% a un 50% presentan trastornos mentales; en instituciones geriátricas de un 70% a un 94% padecen este tipo de trastornos; en las instituciones psiquiátricas el 27% de los pacientes que están internados tienen más de 65 años; y se estima que aproximadamente entre el 15% al 25% de los norteamericanos mayores de 65 años padecen problemas mentales, donde los de mayor prevalencia son las fobias (4.8%), el trastorno obsesivo compulsivo (0.8%) y el trastorno de pánico (0.1%) (Gabay y Fernández, 2006).

En España se encontró una prevalencia del 11% para los trastornos de la ansiedad, destacándose el trastorno por ansiedad generalizada con el 7% en la población mayor de 65 años (Montorio, Nuevo, Losada, y Márquez, 2001).

Evaluación

Toda evaluación e intervención psicológica en la vejez debe llevarse a cabo desde una perspectiva integral y multidimensional. Esta evaluación es un proceso diagnóstico, que cuyo diseño permite la identificación y cuantificación de los problemas físicos, funcionales, de las condiciones psicológicas problema, la prevención de discapacidades, con el objetivo de llevar a cabo un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas buscando optimizar los recursos de la persona para afrontarlos, también se busca maximizar la autonomía personal o de grupo, la optimización de la competencia biológica, comportamental y social, y el mantenimiento o mejora de la calidad de vida (Fernández, 2009; Ramos, 2004).

Para realizar evaluación con personas mayores, es necesario tener en cuenta un enfoque bio-psico-social y cultural, la cual debe incluir tanto una evaluación nomotética como idiográfica, debido a que es necesario comparar siempre con la normalidad en términos del proceso normal del envejecimiento y evaluar el problema; sin embargo, es fundamental evaluar todas las áreas del sujeto y no enfocarse solamente en el problema, debido a que como se mencionó anteriormente es común la coexistencia de problemas, en esta etapa de la vida. Cabe resaltar que para realizar una óptima evaluación, se deben usar métodos como la historia clínica como instrumentos/escalas más específicas que faciliten la detección de problemas de una manera objetiva (Ramos, 2004; Fernández-Ballesteros, 2009).

La APA (1998) propone que la evaluación de personas mayores debe tener en cuenta: (a) entrevista diagnóstica, (b) historia psiquiátrica, médica, tóxica, farmacológica, psicológica, (c) habilidad pre-mórbida, (d) estado mental actual, (e) actuales dificultades psicológicas,

teniendo en cuenta características psico-socio-culturales (edad, etapa de la vida, educación, etnia, creencias, valores, religión, etc.); y, (f) aspectos sociales y económicos.

Por la misma línea, Fernández- Ballesteros (2009), propone un modelo de evaluación de personas mayores, el cual debe incluir:

- Actividades de la vida diaria: Movilidad física, actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales cotidianas.
- Estado funcional en salud mental: Funcionamiento cognoscitivo y presencia o sintomatología de problemas mentales o psicológicos
- Bienestar emocional y funcionamiento psicosocial en contexto social y cultural.
- Salud Física: percepción subjetiva del estado de salud, sintomatología física de tipo médico, y condiciones diagnósticas, utilización de servicios de salud, niveles de actividad y medida de incapacidad.
- Recursos económicos
- Recursos sociales: accesibilidad a la familia, amigos o a una comunidad familiar,
- Recursos ambientales

El modelo de evaluación dado por Fernández-Ballesteros (2009), se debe realizar de la siguiente manera:

El contacto inicial con el paciente es fundamental para el desarrollo de todo el proceso psicoterapéutico. En la evaluación de personas mayores, es importante que el profesional de psicología tenga en cuenta que el lenguaje que use debe ser claro, afable y directivo, evitar ambigüedades y tecnicismos, no se debe reforzar las expresiones negativas que el adulto mayor suele usar frente a la etapa de la vida en la cual se encuentra la persona y finalmente se debe procurar entablar un vínculo fortalecido en la confianza, demostrado así un compromiso para con el proceso que se iniciara (Fernández-Ballesteros, 2009).

Una vez se ha establecido el compromiso clínico y se ha explicado el proceso, ajustándose así las expectativas de ambas partes, se puede proceder a la recopilación de la información necesaria para la construcción de la historia clínica del paciente, la cual debe ofrecer una visión general del paciente y de los aspectos en los que se debe focalizar el proceso de evaluación de la persona mayor por medio de los instrumentos estandarizados y adaptados para esta población. Las áreas a evaluarse son las siguientes:

- Área física: Es vital contar con un examen del estado físico de la persona, de tal manera que se puedan descartar posibles enfermedades y revisar el consumo de fármacos, esta última información se puede corroborar con el informe del médico tratante del paciente;

- Área sexual: El área sexual debe ser evaluada para descartar que las posibles disfunciones sexuales que se puedan estar presentando no se deban a procesos de origen psicológico, como la presencia de ansiedad, depresión, demencias y otros procesos, como los sentimientos de hostilidad hacia el compañero sexual o temor al contacto sexual (Curiel, 2003);
- Área cognoscitiva: La competencia cognoscitiva tiene que ver con el funcionamiento intelectual adecuado y con la ausencia de sintomatología (Fernández-Ballesteros, 2009). Para realizar una valoración del funcionamiento cognoscitivo, existen innumerables baterías y pruebas orientadas a realizar una evaluación neuropsicológica formal, la cual no es el objetivo principal de la presente investigación. Sin embargo, al trabajar con esta población es fundamental incluir siempre instrumentos de tamizaje de síndromes demenciales y déficit cognoscitivo; unos de los más comunes es el Mini Mental State Examination, Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ), Mental Status Questionnaire (MSQ) y el Montreal Cognitive Test.
- Área afectiva: Se evalúa la ideación e intención suicida, los rasgos de personalidad, el estilo atribucional, la autoestima y el autocontrol, apoyo social percibido y pareja (Fernández-Ballesteros, 2009).
- Área conductual y ambiental: En esta sección se debe evaluar (a). las actividades placenteras que realiza el paciente, [las actividades que realiza en su diario vivir, indagar si se encuentra activo laboralmente], así como sus habilidades sociales y eventos vitales que puedan influir en su estado físico y psicológico (Fernandez-Ballesteros, 2009).
- Área Social: se evalúa las redes de apoyo y cuidadores, es importante evaluar la calidad de las redes de apoyo del individuo, por ello se deben evaluar aspectos como calidad, frecuencia de contacto y satisfacción (Fernández-Ballesteros, 2009). Para evaluar esta área se han creado instrumentos exclusivos para esta población como “Mis relaciones” de Fernández-Ballesteros (2009), la Escala de Soledad en el Adulto Mayor de Montero-López y Rivera-Ledesma (2009) y la Escala de Redes de Apoyo ERASAM adaptada en población mexicana por Mendoza y Martínez (2009). De igual manera es importante conocer como se encuentra el cuidador que está a cargo del adulto mayor, saber si la carga con la que cuenta es adecuada, soportable y adicionalmente la disposición que tiene esta persona para realizar el cuidado de la manera más adecuada. Para esta

apreciación una de los instrumentos más usados, en cuidadores de mayores es la Escala de Sobrecarga en el Cuidador de Zarit (Fernández-Ballesteros, 2009).

- Competencia funcional: Dentro la evaluación integral de la persona mayor se encuentra la funcionalidad, entendiéndose esta como la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Evaluar esta área es vital debido a que la alteración funcional puede ser un “indicador” para reconocer la presencia de una enfermedad sistémica en el paciente, establecer el diagnóstico, pronóstico y finalmente la intervención, a su vez puede indicar cuando ya se ha diagnosticado una enfermedad el grado de severidad de la misma, puesto que mide la capacidad de independencia, la cual se pierde usualmente con la llegada de los problemas de salud en esta población, (Hazzard y Reubin, 1999 citados por Varela, Chavez, Galvez y Mendez, 2005). En esta competencia, las pruebas más usadas en Colombia son el Lawton y Brody para actividades instrumentales, la escala de Barthel para actividades básicas de la vida diaria y el índice de Katz. Fernández Ballesteros, propone una, que evalúa tanto funcionalidad básica como instrumental.

Intervención en personas mayores desde la psicología de la salud

El concepto de salud no puede definirse como un estado estático, sino por el contrario es totalmente variable, dependiente y relativo, el cual presenta tres principales características. (Roa, 1995). La primera, explica que el estado de salud es variable, así como lo son las situaciones ambientales, físicas y sociales. La segunda, expresa que no existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad, sino diversos niveles y grados que tampoco poseen a su vez criterios definitivamente establecidos. Por último, este concepto implica tres componentes que son: el subjetivo (percepción y creencia de bienestar), objetivo (integridad y funcionalidad orgánica) y adaptativo (integración bio-psicosocial y cultural del individuo) (Roa, 1995).

El concepto de psicología de la salud, tiene sus inicios a partir de la segunda guerra mundial donde se evidencia que ciertos problemas físicos tienen una relación estrecha con los mentales y viceversa, a raíz de esto, la APA en 1978 decide instaurar dicho concepto para así crear una disciplina que abarque el cambio de prevalencia de enfermedades crónicas a enfermedad infecciosas, el coste elevado de los cuidados de la salud y por ultimo enfatizar en la calidad de vida (Oblitas, 2008).

Matarazzo (1986) (citado por Roa, 1995) define a la psicología salud como el conjunto de aportación específicas y profesionales de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la comorbilidad y diagnósticos de la salud, enfermedad y los daños relacionadas

Por otra parte Oblitas (2008), define la psicología de la salud la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar.

Se evidencia que la psicología contribuye al conjunto de aportes en cuanto a la investigación, evaluación, intervención, formación y gestión, haciendo a la vez un diagnóstico, análisis y mejorar del sistema sanitario y de las políticas de la salud (Gody, 1999).

En cuanto las áreas de la aplicación existen cinco grandes categorías, sobre las cuales se mencionarán brevemente a continuación (Godoy, 1999).

- Promoción y acercamiento dirigido principalmente al control de variables, establecimiento de hábitos y estilos de vida saludable, y todo tipo de actuaciones encaminadas a mejorar la salud.
- Prevención, actuando sobre las variables afectivas-emocionales, hábitos y conductas que estén poniendo en riesgo la salud. También va enfocada a la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad, y a su vez prevenir recaídas.
- Evaluación, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas, principalmente aquellas llamadas crónicas (cardiovasculares, del sistema nervioso central, respiratorias, renales, sexuales, patrones del sueño y alimentación, excretoras, etc.)
- Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, potenciando el trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la salud.
- Formación de profesionales.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el diseño de programas de intervención en personas mayores cobra relevancia en la mejora de los problemas conductuales, psicológicos y de salud que los aquejan; se ha encontrado que las intervenciones cognoscitivo-conductuales influyen en la disminución de depresión, ansiedad, estrés y

mejora de hábitos conductuales y, por ende, en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

El reconocimiento de las relaciones que se establecen entre los diferentes sistemas del organismo humano, ha dado como resultado el desarrollo de una disciplina, cuyo auge e impacto se fundamentan en su capacidad para explicar muchas interacciones, efectos o consecuencias de manifestaciones físicas y psicológicas que demanda el individuo en cuanto a sus estados de salud y enfermedad. La *psiconeuroinmunología*, se ha encargado de dar una mirada científica, donde ha demostrado que los parámetros de medición del sistema inmune se pueden ver influenciados por estrategias bio-comportamentales, incluyendo estrategias de autorregulación (Halley, 1991; Nieto-Munuera, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004).

Los estados emocionales han sido uno de los focos principales en el desarrollo de la psiconeuroinmunología. Se ha encontrado una estrecha relación que se establece entre tales condiciones emocionales y el sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Los estados emocionales negativos como los positivos están asociados a la secreción de inmunoglobulina A (S-IgA), un anticuerpo o defensor de primera línea del resfriado común. En este orden de ideas, los estados de ánimo positivos aparecen para reforzar la respuesta del sistema inmune, mientras que los negativos influyen en la disminución de la misma (Salovey et al., 2000).

Así mismo, se ha identificado el importante rol del optimismo en el estado de ánimo y en los cambios inmunológicos (Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998). Especialmente en personas adultas mayores, se ha encontrado que el optimismo y afecto positivo está asociado con el desarrollo y mantenimiento de resiliencia (capacidad de adaptarse a situaciones adversas manteniendo un funcionamiento psicosocial adecuado) en esta población (Ong, Bergeman y Boker; 2009; Zautra y Smith, 2001; Ong et al, 2006; Kuppens, Realo y Diener, 2008).

La intervención dirigida al desarrollo de resiliencia y percepción de autoeficacia en la vejez es fundamental, se ha identificado que facilitan una percepción de bienestar subjetivo, previenen el desarrollo de depresión y ansiedad, así como de desarrollo de enfermedad (Gallo, Penedo, Espinosa y Arguelles, 2009; Ong y Bergeman, 2004; Ong et al, 2006). Más allá se ha identificado, como factor protector del suicidio en esta población (Smith, 2009; Heisel y Flett, 2010).

Para lograr un impacto en la calidad de vida de las personas mayores, es necesario siempre orientar las intervenciones desde un enfoque bios-psico-socio-cultural. Adicionalmente, es necesario realizar una intervención interdisciplinaria (Rodríguez,

Valderrama y Molina, 2010), siendo de esta manera más efectivo ya que se hace una mirada de la persona mayor desde su integralidad.

Adicionalmente, se recomienda que el psicogerontólogo, dirija su intervención hacia la prevención de dependencia, a través de estimulación de las funciones cognoscitivas, tratamiento de síntomas somáticos y/o emocionales (afecciones crónicas, las modificaciones del sueño y dificultades de relación con el entorno) y a los sentimientos de minusvalía y dependencia. Éste último se genera con frecuencia debido a la pérdida de sus ingresos, el cierre de perspectivas de vida y la conciencia de esta realidad, lo que puede producir melancolía e incluso depresión. (Fernández- Ballesteros, 2009). Generando de esta manera un mejoramiento en la calidad de vida del paciente, termino de dependencia, manejo del tiempo libre y afectaciones generales de su salud.

Los psicólogos también Pueden ayudar a los adultos mayores a lograr el control del dolor y la gestión de sus enfermedades crónicas y un mayor cumplimiento con los medicamentos asociados (Watkins, Shifrin, Parque, y Morrell, 1999). Adicionalmente, la intervención debe basarse siempre en un enfoque bio-psico-social y cultural, reconociendo las diferencias, ya que cada sujeto vivencia cada situación de una manera diferente al otro (Castellanos, 1990).

De igual forma el psicólogo en el contexto hospitalario desempeña un papel clave en la capacitación del personal que trabaja directamente con personas mayores. Por lo tanto, su trabajo debe ir también dirigido al desarrollo de programas, evaluación, capacitación y aseguramiento de la calidad (Castellanos, 1990).

Es importante resaltar que la guía se diseñará bajo un el modelo de la guía de práctica clínica que define la GAI, con el fin que los lineamientos a seguir en el momento de abordar a la población foco de atención, queden lo suficientemente claros y de esta manera asegurar que el profesional de la psicología que vaya a ser uso de la guía no tenga inconvenientes al momento de llevarla a la práctica. Adicionalmente, en esta guía se incluirá un apartado dirigido a todos los profesionales de la salud de la Clínica el Bosque, el cual contendrá información de que acciones se deben llevar a cabo en caso de que se detecte un caso de maltrato en el adulto mayor.

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha informado que la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas y que de estos tienen acceso a tratamientos efectivos menos de un 25%; este porcentaje es preocupante puesto que advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, cifra que puede aumentar con

la intervención de factores como enfermedades medicas o situaciones de estrés (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

La depresión se encuentra ubicada dentro de los trastornos del estado de ánimo el cual genera en el individuo pérdida de vitalidad general, interés, energía, labilidad emocional, indiferencia, aislamiento y pesimismo, afectando de esta manera todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; así mismo se presenta una alteración en su comportamiento en general evidenciándose en la modificación de los hábitos alimenticios, trastornos del sueño, la percepción de sí mismo y de la vida, produciendo malestar y sufrimiento tanto a quien lo padece como a su familia (Tapia, Morales, Cruz y Rosa, 2000; Devesa, 1992 y Cruz, 1992 citados por García, Guridi, Medina y Dorta, 2007)

Según indicó la OMS (1996) un 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente hasta los 75 años (Agudelo, Lucumí y Santamaría, 2008). La presencia de este trastorno del estado de ánimo en las personas mayores, reduce la calidad de vida e incrementa las enfermedades físicas (Serna, 2007). Los pacientes que sufren de algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60 % (Agudelo et al., 2008). En el caso de pacientes hospitalizados puede llegar a prolongar las estancias, retrasar el proceso de recuperación, incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y adquiere una peor funcionalidad (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

En cuanto a los factores que pueden generar este trastorno de ánimo, en la literatura no se encuentra una única causa, a continuación se describirán las más comunes.

Etiología de la depresión en la Persona Mayor. Las causas de mayor frecuencia de la depresión en las personas mayores obedecen a factores tanto orgánicos, como psicológicos y sociales (Serna, 2007; García et al., 2007; Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco, 2005).

En las causas orgánicas se encuentran las enfermedades que padecen con mayor frecuencia los ancianos, como señalan Gallo y Coyne (2000), más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión, por ello se puede afirmar que en la vejez, cobran más relevancia los factores físicos y la disfunción cerebral que en otras etapas de la vida, sobre todo en los casos en que se da inicio al trastorno sin episodios previos. Algunas de estas enfermedades son las endocrinopatías, enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas, enfermedades cardiacas, carcinomas, accidentes cerebro-

vasculares, etc., muchas de las cuales, se asocian con síntomas y signos afectivos, sobre todo si se acompañan de dolor.

Durante la vejez se ha encontrado que es una etapa en donde existe una mayor probabilidad de experimentar eventos estresantes, lo cuales pueden contribuir a que se presente la depresión y a la recurrencia o la cronicidad de la misma (Serna 2007).

Dentro de los factores psicosociales, se sitúan eventos significativos y una serie de pérdidas más intensas como, la muerte de familiares próximos, el deterioro del estado de salud, el depender económicamente de otros familiares, la jubilación y con ello el cambio de rol que se desempeñaba en la sociedad, son situaciones que afectan el estado de ánimo de la persona mayor y minimizan sus relaciones interpersonales. Otra pérdida que tienen que afrontar las personas mayores, y que constituyen un factor importante para la presencia de la depresión, es la pérdida de autoridad y autonomía, pues el sentir que han perdido poder, prestigio y ver que ahora necesitan que otras personas les colaboren, puede llegar a dificultar la adaptación a esta nueva etapa de la vida, viéndose afectado el estado de ánimo de la persona (Serna 2007).

Desde una visión del modelo cognoscitivo Beck (1967), propuso la triada cognoscitiva de la depresión, la cual se compone de 3 patrones que guían al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático:

1. Visión negativa del paciente acerca de si mismo, la persona tiende a asignar las experiencias desagradables a un defecto ya sea físico, psíquico o moral, es así que en base a dichos defectos se subestima y autocrítica;
2. Interpretación negativa de las experiencias, mantiene la percepción que el mundo le hace demandas exageradas o le interpone obstáculos insuperables para lograr las metas; y
3. Visión negativa acerca del futuro, la persona cree que las dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente y por ello no lograra cumplir los proyectos que se propone.

Ahora, una vez se han expuesto las causas de la depresión, se abordarán los factores de riesgo significativos, para la presencia de depresión en las personas mayores.

Factores de riesgo para la depresión. Los factores de riesgo para la presencia de depresión en personas mayores, según la revisión que hizo Colen (2003), de 20 estudios realizados con sujetos entre los 58 y 85 años encontraron: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo y género femenino. Otros estudios con personas mayores institucionalizadas en el Canadian Study of Health and Aging (CSHA) y el

Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED) reportaron factores de riesgo similares a los encontrados en pacientes de la comunidad, estos fueron: dolor, enfermedad cerebrovascular, pobre soporte social, eventos vitales negativos y percepción de un cuidado inadecuado, (Dejrknes, 2006; Jongenelis, 2004; Ostbye, 2005, citados por Peña, et al., 2009). Adicional a los factores ya nombrados también se han encontrado como factores de riesgo la, situación sentimental (viudo, separado, divorciado), dolencias medicas comorbidas, antecedentes familiares y personales de depresión, deterioro funcional, y deterioro cognitivo (Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006).

Tipos de Trastornos Depresivos. Los tipos de depresión establecidos en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, (2000) son trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado:

1. *Trastorno depresivo mayor:* se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, por ejemplo al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés en casi todas las actividades, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión (ANEXO B);
2. *Trastorno distímico:* se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor (ver ANEXO C); y
3. *Trastorno depresivo no especificado:* Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Es importante tener en cuenta que en la persona mayor un trastorno depresivo puede presentar ciertos rasgos que lo diferencian con respecto a otras edades, estos cambios se pueden dar a nivel biológico, fisiológico o psicosocial, como lo plantean Koenig y Blazer (1996); Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross (2001) y Serna (2007):

- Pérdida de concentración.
- Pérdida de interés
- Llanto frecuente
- Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento.
- Mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición.
- Mayor pérdida de apetito.

- Más problemas de estreñimiento y mayor tendencia al letargo.
- Mayor irritabilidad.
- El insomnio puede ser más intenso.
- La sintomatología paranoide es más frecuente, predominando los contenidos delirantes de ruina, culpa e hipocondría.
- Superior frecuencia de somatizaciones e hipocondría.
- Más formas enmascaradas y menos tristeza vital.
- Mayor riesgo de suicidio.
- Muestran menos variaciones diurnas del humor.
- Disminuyen los rendimientos cognoscitivos.
- El riesgo de cronicidad es mayor.

Diagnóstico Diferencial. Cuando se va a establecer un diagnóstico diferencial de la depresión es vital tener en cuenta ciertos síntomas que se pueden llegar a confundir con otras patologías, sobre todo si se encuentran asociadas con un deterioro cognoscitivo. De acuerdo con los criterios que ofrece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR (2000) para realizar un diagnóstico diferencial del trastorno depresivo en las personas mayores, se plantea que normalmente es difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) pertenecen a una demencia o a un episodio depresivo mayor. Se propone que para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración de los antecedentes de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Otro indicador a tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial entre una demencia y un episodio depresivo mayor, es el estado premórbido del paciente; en la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que en el episodio depresivo mayor es más probable que se dé un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo repentino asociado a la depresión. (DSM IV-R, 2002).

Fernández-Ballesteros (2009), propone unos criterios que permiten realizar un diagnóstico diferencial de la depresión con otras patologías (ver tabla 3).

Tabla 3

Criterios para realizar un diagnóstico diferencial del trastorno depresivo

Criterio	Depresión	Demencia	Delirio
Comienzo	Rápido y preciso	Lento y poco preciso	Brusco e indefinido
Conducta social	Afectada a corto plazo	Afectada a medio-largo plazo	Afectada a corto plazo.
Conducta personal	Abandono	De compensación	Variable e inestable.
Humor	Tristeza y apatía	Inestable e inadecuado	Inestable e incoherente
Memoria inmediata	Afectada en ocasiones	Afectada	Afectada con frecuencia
Memoria remota	Estable con pequeñas lagunas	Afectada progresivamente	Estable
Sueño	<i>Estable</i>	Empeoramiento nocturno	Muy alterado
Quejas	Muy precisas y constantes	Imprecisas	Pocas e incongruentes

Nota: Tomado de Fernández-Ballesteros, 2009, *Psicología de la vejez: una aplicada psicogerontología aplicada* (p. 146).

Evaluación de la depresión. La evaluación de la depresión en la persona mayor debe estar guiada por un modelo integral, que contemple todas las posibles causas biológicas, psicosociales, físicas, para así realizar una evaluación multidimensional, como lo propone Fernández-Ballesteros (2009):

- **Biológicos:** variaciones en algunos neurotransmisores, hormonas o fármacos, como los antihipertensivos; fármacos cardiológicos; agentes neurológicos; sedantes, hipnóticos y psicotrópicos; entre otros, (Kaplan y Sadock, 1999) que la persona mayor este consumiendo, antes de la hospitalización o durante la estancia hospitalaria pueden ser el origen para algunas manifestaciones depresivas como la falta de concentración y el insomnio, por ello es relevante tener información acerca de estos factores.

- **Psicológicos:** En esta área se deben evaluar los pensamientos asociados a la vejez, las distorsiones cognoscitivas en general, habilidades interpersonales, autoestima y autocontrol, el estado mental, el sueño y rasgos de personalidad que pueden afectar la adecuada adaptación a los diversos cambios o eventos que se pueden producir en la vejez. Por ejemplo, la persona mayor que presenta un patrón cerrado ante la vida presentan unos esquemas de análisis negativos frente a sus experiencias diarias, estos esquemas permanecen estables y arraigados al estilo de vida por lo cual la persona mayor no percibe las actividades que realiza diariamente como placenteras.

Respecto al estado de salud actual del paciente y a la estancia hospitalaria se debe evaluar el conocimiento que se tiene de la enfermedad, las creencias acerca de la salud, actitudes presentes frente a la enfermedad, el tratamiento y los cuidados que se deben seguir así como los sentimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, [debido a que estos factores pueden afectar la adaptación al ambiente hospitalario y una percepción negativa del estado de salud puede generar un estado de ánimo depresivo] (Belar, Deardoff y Kelly, 1987, citado por Roa, 1995).

- **Sociales y ambientales:** En la vejez suelen suceder eventos como la pérdida de seres queridos, la jubilación, el deterioro de la salud física presentándose así enfermedades crónicas y en algunos casos discapacitantes y la institucionalización son factores que pueden generar síntomas depresivos ya que la persona puede sentir que no es capaz de afrontarlos, la aparición de estos eventos suele ser inesperada y simultánea, limitando a la persona en su proceso de adaptación a cada uno de estos cambios debido a que no cuenta con el tiempo necesario para la asimilación de los mismos. En esta área también se debe evaluar las redes de apoyo, tanto familiares como sociales, ya que el contar con una adecuada red permitirá un mejor afrontamiento de la enfermedad y contribuirá al mantenimiento de un mejor estado de ánimo en la persona mayor.

En la tabla 4 se presentan algunos instrumentos para evaluar la depresión, las condiciones asociadas en esta población, y las áreas que cada uno evalúan.

Tabla 4

Instrumentos para evaluar depresión

Instrumento	Autor	Qué evalúa
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	Beck et al. (1961),	Evalúa las manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión.
<i>Escala de Depresión Geriátrica Yesavage</i>	Brink y Yesavage (1982) (adaptación española: González, 1988)	Esta escala se compone de 30 items dicotómicos. Permite obtener una valoración global los pensamientos, sentimientos, actitudes, y actividades relacionadas a estados depresivos.
<i>Pleasant events Schedule (PES)</i>	MacPhillamy y Lewinsohn (1982) (traducción al castellano: Montorio, 1994)	Evalúa la frecuencia de ocurrencia y la intensidad de acontecimientos reforzantes y no reforzantes para la persona
<i>Inventario de Situaciones Conflictivas para Ancianos (ISCA)</i>	Fernandez-Ballesteros et al. (1988)	Acontecimientos conflictivos que presentan una alta ocurrencia entre las personas mayores. Valora la ocurrencia/no ocurrencia de cada una de las situaciones y las valoraciones subjetivas sobre el nivel de conflictividad que causa en la persona.
<i>Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)</i>	Gurland et al. (1977)	Valora elementos médicos, psicológicos, nutricionales, económicos y sociales. Evalúa la presencia, duración e intensidad de síntomas vegetativos, la autoestima, el

riesgo de suicidio, el pensamiento psicótico, el estado de ánimo.

<i>Escala de Ideación Suicida</i> (Scale for Suicide Ideation, SSI)	Beck y otros (1979) (traducción al castellano: Rodríguez-Pulido y González de Rivera, 2000)	Cuantifica y evalúa la intencionalidad suicida y el grado de seriedad e intensidad con que se piensa en el suicidio
<i>Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)</i>	Hamilton (1960)	Evalúa la intensidad de los síntomas depresivos, contiene 24 ítems.

Intervención. La intervención del trastorno depresivo en la persona mayor debe tener en cuenta la evolución de los síntomas y las posibles limitaciones que pueda presentar el paciente, para que de esta manera el proceso psicoterapéutico se ajuste y responda a las necesidades del senescente.

Desde la perspectiva psicológica existen diversos tratamientos o técnicas que han resultado ser efectivas para tratar la depresión. De acuerdo a un estudio realizado por Scogin, Welsh, Hanson, Stump, y Coates, (2005), quienes evaluaron los tratamientos para la depresión en personas mayores basados en la evidencia, encontraron que seis técnicas cumplen los criterios establecidos por la *Society of Clinical Psychology*, los cuales fueron: Terapia Cognitiva-Conductual, Terapia Conductual, Terapia de solución de problemas, Terapia Psico-dinámica breve, Terapia de Reminiscencia y la biblioterapia cognoscitiva.

Autores como Scogin, Welsh, Hanson, Stump, y Coates, (2005); Frazer, Christensen, y Griffiths (2005); Gebretsadik, et al. (2006); Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008), coinciden con algunas de las terapias mencionadas anteriormente y que a seguir serán ampliadas.

Terapia Cognoscitivo-Conductual (TCC). Este modelo constituye uno de los más estudiados y aplicados para el manejo de la depresión en los adultos mayores deprimidos, y adicionalmente se ha observado que es muy efectiva en pacientes con depresión en el hospital

y en la comunidad (Alexopoulos, 2006; Hepple, 2004; Dobson, 1989). La TCC se puede definir como un método estructurado, centrado en un objetivo, centrado en un problema y limitado en el tiempo, que se centra simultáneamente en el entorno, la conducta y la cognición.

El proceso psicoterapéutico se centra en la identificación y modificación de las conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes des-adaptativas relacionadas con la depresión.

En el proceso terapéutico una vez identificados dichos pensamientos distorsionados o falsas creencias se deben confrontar y junto con las técnicas conductuales se realiza un modificación de las conductas que pueden estar contribuyendo al mantenimiento de determinadas cogniciones, así mismo se pueden generar cogniciones asociadas a conductas específicas.

Dentro de las técnicas cognitivas se enseña al paciente los siguientes procesos:

1. Controlar los pensamientos automáticos negativos;
2. Identificar la relación existente entre cognición (pensamientos), afecto (sentimientos/emociones) y conductas;
3. Examinar la evidencia existente a favor y en contra de los pensamientos distorsionados;
4. Sustituir los pensamientos disfuncionales por pensamientos e interpretaciones más realistas; y
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias.

Durante la intervención el terapeuta se caracteriza por mantener un estilo educativo y a su vez procura que el paciente colabore, con el propósito que aprenda de qué forma sus pensamientos contribuyen a los síntomas y cómo cambiar estos pensamientos. Para que este enfoque logre el éxito deseado, es necesario que el paciente practique las habilidades adquiridas fuera de las sesiones y que ensaye nuevas conductas. La duración más frecuente del proceso terapéutico oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia semanal aproximadamente, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o co-morbilidad asociada (Alexopoulos, et al., 2001; Gebretsadik, et al., 2006; Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

Terapia Interpersonal (TIP). Fue desarrollada originalmente por Klerman y es una terapia práctica, centrada, breve, aplicable al tratamiento de la depresión en fase aguda de los

ancianos y en la prevención de recaídas. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente.

La terapia se desarrolla en 3 fases a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar del paciente corresponden con una o más de las siguientes áreas de la vida: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones, por tanto tiene como objetivo mejorar la comunicación, expresar afecto y apoyar roles renegociados en las relaciones, con el efecto de reducir los síntomas y mejorar la funcionalidad (Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross, 2001; Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006; Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

Cabe mencionar, que tanto la Terapia Interpersonal como la Terapia Cognitivo - Conductual son de los modelos más usados para tratar la depresión, por ello a continuación se presentará un cuadro donde el Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor (2008), estipuló el nivel de evidencia y las conclusiones obtenidas de varios estudios realizados frente al uso de estos métodos (Tabla 5).

Terapia Cognoscitiva. Es una terapia estructurada, orientada hacia al problema con el propósito de aliviar el malestar psicológico por medio de la modificación de los esquemas disfuncionales y del procesamiento de la información sesgada (Clark y Beck, 1976).

Generalmente en la aplicación de esta técnica con población de adultos mayores, no se busca enseñarle al paciente nuevas habilidades sino facilitar el medio a través del cual se retomen las habilidades y competencias que había olvidado a medida que las angustias se iban presentando y acrecentando. Por ello esta técnica es apropiada para la intervención con la persona mayor porque busca, como se dijo anteriormente, mejorar las habilidades, se orienta hacia el presente, se focaliza en el problema, es fácil de usar y finalmente tienen como objetivo principal la de reducción de los síntomas, (Laidlaw, 2010).

La reestructuración cognoscitiva se puede realizar a través de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la cual se basa en el método A-B-C-D-E, siendo A: Acontecimiento activador, B: Sistema de creencias, C: Consecuencias, D: Discusión y E: Efectos (afectivos, fisiológicos, conductuales), (Labrador, 2006).

Con este modelo se pretende detener las ideas irracionales las cuales se rigen bajo 3 nociones, (a). Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar, (b). Tú debes actuar de forma agradable, considerada, y justa conmigo. (c). Las condiciones deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad. Una vez se realiza la identificación de las ideas irracionales presentes en la persona se deben discutir y confrontar para que posteriormente se genere una nueva filosofía de vida, (Labrador, 2006).

Otra técnica que se puede emplear para realizar una modificación de los pensamientos negativos en el adulto mayor es la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum, con esta terapia se busca reducir las verbalizaciones irracionales e incoherentes, instaurando verbalizaciones internas que permiten la realización y afrontamiento de determinada tarea, situación o acontecimiento.

El procedimiento que se sigue es el siguiente: (a) Definición del problema. (b). Aproximación al problema, (c). Autorrefuerzo, (d). Verbalizaciones para hacer frente a los errores, (e). Autoevaluación (Labrador, 2006).

Tabla 5

Nivel de evidencia y conclusiones de la terapia cognitivo conductual y e interpersonal.

Terapia cognitivo conductual	
Nivel de evidencia	Conclusión
1++	En general, la terapia TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos en el abordaje de la depresión mayor (NICE, 2004).
1+	En la depresión leve, los formatos de TCC breves (entre 6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados (NICE, 2004).
1+	La combinación de tratamiento antidepresivo y TCC ofrece unos resultados superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado en la depresión crónica o grave (NICE, 2004; Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, et al. 2006).
1+	La terapia TCC parece ser mejor tolerada que los antidepresivos,

especialmente en los casos más graves (Keller, McCullough, Klein, Arnow, Dunner, Gelenberg, et al, 2000).

1+ La terapia TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable a la medicación de mantenimiento contra las recaídas/recurrencia, siendo los casos con múltiples episodios previos o con síntomas residuales los que más se benefician por su alto riesgo de recaída (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, Lau, 2000; Thase, Friedman, Biggs, Wisniewski, Trivedi, Luther, et al., 2007).

Terapia interpersonal

1- La TIP se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión mayor respecto al placebo, si bien la adquisición de la mejoría puede ser más lenta que con antidepresivos (NICE, 2004).

2+ El tratamiento con TIP podría estar asociado con mejoras adicionales en el funcionamiento social al finalizar la terapia (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, Lau, 2000)

1- El tratamiento combinado TIP y medicación ofrece mejores resultados que la TIP sola en la reducción de las tasas de recaída (Klerman, Weissman, Rousanville, 1984).

Nota: Los niveles de inferencia señalados son los siguientes: 1+ + Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; 1+ Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; 1 - Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; 2++ Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; 2+ Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; 2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo; 3 Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; 4 Opinión de expertos. Tomado de Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008, pp. 52-53.

Terapia Conductual. En este modelo, la depresión se entiende como el resultado de una baja tasa de comportamiento reforzado. La terapia es estructurada y se focaliza en la activación conductual, con el objetivo de conseguir que el paciente realice comportamientos más gratificantes a través de tareas de exposición gradual y planificación de actividades placenteras en consonancia con los objetivos de la persona, *role-playing* para abordar déficits conductuales, el fomento de habilidades interpersonales dirigidas a incrementar y reforzar positivamente las nuevas relaciones sociales que se entablen, etc. (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008; Fernández-Ballesteros, 2009).

Terapia de Solución de Problemas. Es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de técnicas para afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión y de esta manera generar en el paciente una percepción de eficacia a la hora de afrontar situaciones complejas y conflictivas. Esta técnica, ha demostrado su eficacia ante placebo en la depresión leve y en el contexto de la atención primaria, no obstante no existen resultados fiables a largo plazo (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008; Fernández-Ballesteros, 2009).

Psicoeducación. Esta aborda tanto a los pacientes como a los familiares, ya que les brinda información sobre el diagnóstico, el tratamiento, cómo reconocer los signos de recaída, prevenir las recaídas y estrategias para hacer frente a la realidad de problemas de conducta o emocionales prolongados, con esto lo que se pretende es que el paciente incremente su capacidad de auto-regulación y planificación de los recursos y habilidades adquiridos. Debido a lo anterior, se dice que la psicoeducación puede ser un componente o complemento de otras terapias. El principal objetivo es reducir el estrés, la confusión y la ansiedad en el paciente o en su familia para facilitar el cumplimiento del tratamiento y reducir el riesgo de recaída (Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006)

Terapia de Sistemas (familia). Tiene como objetivo corregir las comunicaciones y relaciones alteradas como medio para ayudar a toda la familia o sistema, incluyendo al paciente depresivo. En el caso de la depresión tardía que a veces se complica por relaciones familiares o sistémicas enredadas y de «gran expresión de emoción», esta técnica puede ser muy útil. Estudios controlados de resultados de terapias de familia para la depresión han arrojado como resultados que la realización de intervenciones centradas en el problema y basadas en la familia pueden mejorar la función de la familia y favorecer la recuperación de los síntomas depresivos del paciente (Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006)

Finalmente es conveniente mencionar que la terapia farmacológica acompaña generalmente a los procesos psicoterapéuticos. Para que el paciente lleve a cabo un

tratamiento farmacológico debe solicitar la valoración médica de su estado de salud y de la posibilidad de iniciar el consumo de antidepresivos de nueva generación (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, ISRS), (Fernández-Ballesteros, 2009).

Cabe resaltar que la red de apoyo familiar y social desempeñara un papel importante en el proceso de intervención, apoyando y motivando al paciente a que ingrese a tratamiento, brindándole compañía en todo el proceso para que no desfallezca ante los inconvenientes que se puedan presentar, los familiares o amigos contribuirán a que se dé un mejor proceso terapéutico ya que al notar conductas o manifestaciones suicidas podrán informar al profesional y adicional a ello favorecerán la toma de una actitud activa del paciente para que retome las actividades que solían ser placenteras y su vida social (Alexopoulos, Katz, Reynolds, Ross, 2001).

Ansiedad

Como explica Moser (2007), todo individuo en algún momento de su vida ha sentido ansiedad, siendo éste un fenómeno transitorio que tiende a carecer de importancia, aunque la evidencia ha encontrado que ante un nivel de ansiedad leve se puede producir un incremento en el desempeño, llegando a mejorar aspectos como la creatividad; pero la ansiedad puede ir desde lo normal hasta lo patológico. En ello, este autor define la ansiedad como una emoción negativa que se da en respuesta a amenazas percibidas que pueden proceder tanto de fuentes internas como externas, caracterizándose por una aparente incapacidad de predecir o controlar los resultados al enfrentar una amenaza.

Otros autores como Beesdo, Knappe y Pine (2009), explican que la ansiedad es una respuesta del cerebro ante el peligro, por ocasión de estímulos amenazantes que el organismo intenta evitar, siendo ésta una emoción básica que está presente desde la infancia, la cual puede llegar a ser patológica cuando interfiere con el funcionamiento adaptativo, ocasionando un deterioro o malestar subjetivo en el individuo.

También puede ser definida como un fenómeno psíquico fisiológico que experimenta el organismo ante una amenaza que puede ser real o imaginaria, presentando síntomas subjetivos como miedo, preocupación, despersonalización, sentimientos de terror, etc. y síntomas objetivos (también llamados somáticos) como dolor abdominal, náuseas, vértigo, mareo, palpitaciones, hiperventilación, sequedad de la boca, dolor de cabeza, entre otros (Emilien, 2002).

Ahora bien, con respecto a la ansiedad en adultos mayores, autores como Canto y Castro (2004) para definir la ansiedad citan a Kaplan y Sadock (2000), describiendo ésta como una

respuesta apropiada ante situaciones amenazantes, la cual, a diferencia del miedo, se da como respuesta a un peligro desconocido, interior o conflictivo, y consta de sensaciones fisiológicas y la conciencia de estar asustado o nervioso, llegando a comprometer el pensamiento, la percepción y el aprendizaje, por lo que en altos niveles puede distorsionar y confundir la percepción del tiempo y del espacio así como de otras personas y sucesos, disminuyendo la concentración, la memoria y la capacidad para relacionar un tema con otro. De esta manera, si a lo anterior se suma el hecho que existe un déficit en el adulto mayor en sus reacciones de adaptación a las problemáticas que deben afrontar en esa etapa del ciclo vital (como dolores físicos, duelos, trastornos del sueño, etc.), serán significativamente más vulnerables a padecer patologías mentales como los trastornos de ansiedad (Gabay y Fernández, 2006).

Etiología de la ansiedad en la personas mayor. Entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología de la ansiedad se encuentra la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencia de esta, se encuentra también asociado a problemas emocionales como lo son la anticipación del sufrimiento propio y de sus familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, los temores, preocupaciones, la impresión de la pérdida de control. Los problemas de tipo económico (pérdida del empleo por largas incapacidades), su área familiar, sus relaciones interpersonales, y sus problemas de índole espiritual, se presenta también por problemas de su entorno como lo son la privación, el aburrimiento, la falta de cuidados o la sobreprotección por parte de la familia. (Méndez, Prat, Gil, 2004).

En las personas mayores la ansiedad se caracteriza frecuentemente por problemas como el declive físico, la pérdida de familiares o personas queridas, preocupaciones económicas y familiares, estas son fuentes de preocupación y evidentemente este tipo de pensamientos provoca ansiedad y malestar.

La ansiedad en las personas mayores es un problemas de salud mental de gran importancia, existe evidencia que muestra que muchas de las enfermedades y consecuencias asociadas a esta ocurren en edades avanzadas, tales como enfermedades cardiovasculares, la hipertensión o el dolor crónico, entre otras. (Montorio, Nuevo, Losada, Márquez, 2001).

Tarlan (2000) denomina tres áreas en las que repercute la ansiedad las cuales son:

Área cognoscitiva o psicológica: se presentan por una preocupación leve hasta el pánico, experimentando temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración.

Área conductual-motora: en esta presente la evitación de situaciones provocadas por la misma, como: irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental.

Área fisiológica o somática: hiperactivación vegetativa: respiración entrecortada, resequedad de boca, manos y pies fríos, diarrea, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de la transpiración, tensión muscular (sobre todo en la cabeza, cuello, hombros y pecho) e indigestión. (Maya, Guzman, Jaimes, 2009). Según (Mendez, Prat, Gil, 2004), presentan los síntomas, como somáticos, cognoscitivos y conductuales.

Tabla 6

Síntomas somáticos	Síntomas cognitivos	Síntomas conductuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del ritmo cardíaco • Sensación de ahogo • Disnea • Opresión torácica • Molestias gástricas • Náuseas • Vómitos • Inestabilidad • Mareos • Cefalea • Tensión muscular • Parestesias • Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento. • Miedos acerca de la muerte, y la dependencia de los demás. • Sobregeneralización • Catastrofismo • Magnificación de los aspectos negativos y minimización 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento, abandono del mismo) • Irritabilidad • Mutismo • Verborrea • Inquietud interna • Agitación psicomotriz • Hiperactividad

-
- | | |
|----------------------|------------------------------|
| • Escalofríos | de los positivos |
| • Sofocaciones | • Abstracción selectiva |
| • Temblores | • Indefensión |
| • Cansancio | • Pensamientos de culpa |
| • Dolor | • Desrealización |
| • Pérdida de apetito | • Despersonalización |
| • Insomnio | • Miedo a perder el control. |
| • Disminución de la | |

libido

Tomado de: Mendez, Prat, Gil, 2004, *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*.(pp. 211-230).

Diagnóstico diferencial. Diagnóstico diferencial, se debe evaluar los síntomas ansiosos su etiología, se debe diferenciar debido a su enfermedad como (dolor no controlado, cambios metabólicos, complicaciones médicas, el Delirium), la ansiedad debida a la medicación (Benzodiacepinas y antidepresivos), y la ansiedad debida al tratamiento (Mendez, Prat, Gil, 2004).

Se debe hacer una revisión de los síntomas de las personas para hacer una diferencia de la ansiedad, se puede realizar una división en los que se presentan síntomas de los dominios afectivos, somáticos, cognoscitivo y conductual, similares a los síntomas de la depresión (Agudelo, Casal y Spielberger, 2007).

Evaluación de la ansiedad. Con el fin de identificar la presencia de ansiedad en el adulto mayor se debe realizar un proceso por el cual se logre triangular diferentes fuentes de información, por esto se plantean los siguientes elementos para llevar a cabo el proceso de evaluación:

- Entrevista semiestructurada donde se explore la presencia de aspectos relacionados con: nerviosismo, temores, preocupaciones excesivas, hiperactividad, conductas repetitivas y evitativas, habla acelerada y sintomatología fisiológica (taquicardia, opresión torácica, sequedad de boca, hiperventilación, parestesias, sudoración, cefaleas, mareo, dolor, fatiga) (Cassidy, Swales, y Sheikh, 2002).
- Aplicación de instrumentos para su detección, uno de los más efectivos es el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), instrumento que permite evaluar la ansiedad en adultos mayores el cual fue creado para evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitorio) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), el cual está compuesto por 40 ítems, siendo una escala que se puede aplicar tanto a población normal como a individuos hospitalizados, brindando un nivel de ansiedad de nada, algo, bastante y mucho, para el concepto de estado, y una valoración de casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre, para el concepto de rasgo (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002). Otro instrumento que se recomienda es la escala de ansiedad de Hamilton la cual está diseñada para ser aplicada en pacientes hospitalarios, consta de una serie de preguntas cerradas que se le aplican al paciente y permite explorar los siguientes síntomas: “estado de ánimo, tensión, temores, insomnio, intelecto, estado de ánimo deprimido, somático, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas autonómicos” (Canto y Castro, 2004, p. 263)
- Aplicación de la Escala Breve de Ansiedad de Tyrer que tiene como fin realizar la medición de la ansiedad patológica aislada y en el contexto de otros trastornos de tipo médico o psicológico, evalúa sobre aspectos de tipo afectivo, somático y cognitivos de la ansiedad, específicamente “tensión interior, sentimientos de hostilidad, hipo-condriasis, preocupación, fobias, dificultades de sueño, síntomas autonómicos, dolores y tensión muscular” (Bobes et al., 2002, p. 70).

Intervención de la ansiedad. La implementación de diversas técnicas de intervención para tratar la ansiedad en adultos mayores es fundamental para mejorar la calidad de vida de los mismos, por esta razón se ha procurado reconocer cuáles son los métodos y técnicas de intervención más adecuados, Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic y Vera (2006) en un estudio realizado con 38 adultos mayores cuyas edades fueron comprendidas entre 63 y 77 años, que presentaban depresión leve y/o moderada y sintomatología ansiosa, lograron demostrar que la implementación de la terapia cognoscitivo-conductual (utilizando relajación progresiva, reestructuración cognoscitiva, psicoeducación y promoción de las conductas saludables) es útil para disminuir los índices de depresión y ansiedad en adultos mayores en quienes se genera aprendizaje de nuevas habilidades que perduran en el tiempo y les permite afrontar de manera adecuada las situaciones que puedan considerar amenazantes.

De igual manera Oblitas (2010) reconoce que las técnicas de relajación pueden ser útiles en el manejo de estrés y el afrontamiento de complicaciones médicas desarrollada en pacientes con enfermedad crónica. La relajación muscular progresiva y la relajación autógena, son aconsejables como parte independiente del tratamiento, requieren de práctica diaria, pueden practicarse en horas fijas o como respuesta para afrontar el estímulo temido (Caballo, 1998). Estas técnicas de relajación pueden ayudar a las personas a afrontar problemas relacionados con el estrés, el dolor o la ansiedad, estos procedimientos son tan eficaces como otros enfoques psicológicos y más efectivos que un placebo (Brannon y Feist, 2001). Para la mayoría de los pacientes la relajación es una intervención lógica, no amenazante por lo tanto eleva la sensación de su eficacia, y de esta forma lograr un entrenamiento pertinente (Caballo, 1998). Se encuentra también el entrenamiento en inoculación de estrés de (Meichenbaum y Cameron, 1983) con la cual pretender instaurar en las personas habilidades para que sean usadas en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés (Meca, Alcazar y Rodríguez, 1999).

El entrenamiento en estas técnicas de en relajación forman parte de unas estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. Se puede combinar con otras técnicas y aplicarse en personas de todas las edades. Se ha demostrado que proporcionan un equilibrio físico y mental adecuado, además de eso enseña formas para reducir la activación en determinadas situaciones, que generan ansiedad, depresión y en ocasiones para disminuir el dolor (Alvarez, Granela, Amador, 2008).

Por lo anterior a continuación se presentan una serie de técnicas de intervención que pueden ser de utilidad para el manejo de la ansiedad en el adulto mayor:

Inoculación de estrés.

Este método de intervención tiene en cuenta las relaciones existentes entre lo afectivo, fisiológico, conductual, cognoscitivo, social y ambiental, reconociendo que los subsistemas de las personas como su ambiente interactúan y se desarrollan de un modo transaccional. La aplicación de este tipo de intervención está fundamentalmente relacionada con el manejo de los trastornos de ansiedad, aunque se ha implementado también en lo relacionado con timidez, carencia de asertividad, autoimagen corporal negativa, disminución del estrés, manejo de la ira, afrontamiento de intervenciones quirúrgicas y enfermedades como el cáncer, esclerosis múltiple y dolor de cabeza. Por lo anterior, se puede reconocer que el entrenamiento en inoculación de estrés (EIDE) puede ser muy útil para intervenir diversos problemas en diferentes poblaciones (Labrador 1993).

El EIDE se aplica considerando la implementación de tres fases en las cuales se pretende desarrollar colaboración entre el paciente y el terapeuta con el fin de formular una serie de posibles problemáticas, manifestadas como preocupaciones del paciente, para formular un tratamiento orientado hacia la acción, en el cual se pueden implementar tratamientos muy diferentes, dependiendo de las necesidades del paciente y considerando tanto el punto de vista del terapeuta como del paciente, para finalmente poder hacer la aplicación de dicha intervención, procurando llevarla al contexto real, por medio de simulación, escenificación e imaginación hasta llegar a la aplicación en situaciones reales. A continuación se presenta de forma detallada en qué consiste cada una de las fases:

- Fase 1. En esta fase se pretende reconocer los problemas percibidos por el paciente la razón de ser de los mismos, la manera de modificarlos y los elementos que pueden ser de apoyo o interferir; para lograr este fin en esta fase se pretende desarrollar buena relación con el paciente, evaluar con él la naturaleza de sus problemas, generar hipótesis de trabajo acerca de los mismos y su modificación (Labrador, 1993).
- Fase 2. En esta fase se consigue definir, ensayar y refinar los componentes fundamentales de la intervención, basando los objetivos en los resultados de la evaluación, modificándose según las necesidades o información, dentro de las técnicas que se pueden entrenar en la EIDE se encuentran las habilidades de relajación para el afrontamiento, la reestructuración cognoscitiva, la solución de problemas, el entrenamiento en autoeficacia/autorrecompensa y el establecimiento de habilidades conductuales (Labrador, 1993).
- Fase 3. Considerando que para este punto los pacientes han podido desarrollar y ensayar las habilidades de afrontamiento requeridas, lo que se pretende en esta fase es: entrenar

para la puesta en práctica, entrenar para la prevención de recaídas y el mantenimiento (Labrador, 1993).

Relajación progresiva. Procedimiento por medio del cual se enseña al paciente a relajarse a través de ejercicios que le permiten tensar y relajar de forma alternativa sus grupos musculares, para lo cual se debe disponer de un ambiente tranquilo, sin distracciones, de temperatura confortable e iluminación tenue según sea conveniente. El procedimiento se lleva a cabo a través de seis sesiones en las cuales se va generando de forma progresiva tensión-relajación en brazos, cara, cuello, tronco y piernas, como también recorridos de tensión-relajación completos y recorridos mentales (Labrador, 1993). Se han logrado resultados con este tratamiento de la tensión muscular, en la ansiedad, el insomnio, la depresión, la fatiga, dolor de cuello y espalda, hipertensión, fobias moderadas y el tartamudeo (Oblitas, 2010).

Lo anterior se logra cuando la persona logra identificar la diferencia entre tensión y relajación en las diversas partes de su cuerpo, haciendo un recorrido pormenorizado, un recorrido abreviado, un recorrido de grandes partes, ejercicios de generalización y relajación diferencial (Labrador, 1993).

El procedimiento de relajación funciona puesto que existen influencias recíprocas entre el cerebro y las estructuras periféricas del cuerpo, por lo que existe relación entre la activación una de estas partes con la activación de la otra, generando así la posibilidad de que las aferencias periféricas generen activación neurológica y que la activación mental produce activación a nivel muscular (Labrador, 1993). Antes de realizar los ejercicios de tensión-relajación, se le debe pedir a la persona que cierre sus ojos y se relaje, después de 1 o 2 minutos se debe iniciar con estos ejercicios, se debe realizar dos veces por semana, cuando la práctica se realiza en la casa se recomienda llevar un autoregistro antes y después de la práctica y los problemas encontrados (Caballo, 1998).

En esta se realiza una relajación progresiva de todas las partes del cuerpo; se basa en la percepción del tono muscular y en su control, lo cual provoca una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares (Alvarez, Granela, Amado, 2008).

Entrenamiento autógeno. Proceso de relajación por el cual el paciente es quien ejerce el control del mismo, basado en la importancia de la unidad psicofísica mente-cuerpo, por la cual una representación mental conveniente permite que se genere el cambio deseado a nivel corporal, con lo que se podría conseguir la disminución de la tensión a nivel corporal, provocando sensaciones de relajación y tranquilidad, debido a la disminución de estimulación del medio, el proceso de concentración de forma pasiva y la repetición a nivel mental de las

frases, lo cual se codifica en el tálamo, generando a su vez acción sobre el hipotálamo en cuanto a la reducción de su actividad simpática, promoviendo el desarrollo de actividad parasimpática (Labrador, 1993).

El entrenamiento autógeno genera relajación muscular, menor conductancia electrodérmica, menos motilidad gástrica, incremento de la temperatura periférica y reducción de la tasa cardiaca (Labrador, 1993).

La técnica de relajación autógena de Schultz, es una de las técnicas más conocidas, esta consiste en una serie de frases elaboradas, con el objetivo de generar estados de relajación a través de autosugestiones sobre: (A) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades, (B) relajación de los latidos de su corazón, (C) sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo (D) concentración pasiva en su respiración. (Caballo, 1998).

Esta técnica ha resultado eficaz para trastornos del aparato respiratorio, (hiperventilación y asma) del aparato digestivo (estreñimiento, diarrea, gastritis, úlceras y espasmos) del aparato circulatorio (taquicardia, arritmia, dolores de cabeza) y del sistema endocrino (problemas de tiroides), también se usa para reducir la ansiedad generalizada, la irritabilidad y la fatiga, modificar reacciones de dolor, aumentar la resistencia al estrés y para reducir o eliminar los trastornos del sueño (Oblitas, 2010).

La relajación de las personas se hará mediante la realización de determinados ejercicios fisiológicos y racionales, esta se basa en la percepción de dos sensaciones, el peso (consigue la relajación muscular) y el calor (relaja los vasos sanguíneos y el aparato cardiovascular), es adecuada y utilizada para disminuir los estados de depresión y ansiedad (Alvarez, Granela, Amado, 2008).

Técnicas de control de la respiración. La adecuada respiración permite la correcta oxigenación del organismo con lo que se genera un mejor funcionamiento de los tejidos, disminución del trabajo a nivel cardiaco, decremento en la fatiga muscular y sensaciones de ansiedad; por lo que es importante poder enseñar a tener control sobre la respiración con el fin de que en un futuro se pueda automatizar dicho control en presencia de situaciones problema (Labrador, 1993).

El uso de las técnicas de control de la respiración es de fácil aprendizaje y puede generar buenos resultados aún con periodos cortos de implementación, por esta razón es útil trabajar con personas de diferentes edades así sólo cuenten con breves periodos de tiempo para la intervención, pero teniendo en cuenta que durante la primera semana deben realizar los ejercicios varias veces (mínimo tres) al día como parte de su actividad diaria, para que se

genera aprendizaje y posteriormente se aplique la técnica en los momentos de actividad que le generen mayor activación (Labrador, 1993).

Se ha demostrado que esta técnica es útil para reducir la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga, se ha utilizado en el tratamiento y prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración artificial y la frialdad de las manos y pies (Oblitas, 2010). Si se tiene hábitos adecuados de respiración se aporta al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro, esta técnica tiene como objetivo facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de tensión o ansiedad (Álvarez, Gránela, Amado, 2008).

Demencias

Los síndromes demenciales con mayor prevalencia son la demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de lewy y la demencia frontotemporal (Serrano, 1998; Bermejo, 2007; Toro, 2010 y Ostroky, Madrazo y Velez 2008)

La elevada prevalencia de estos tipos de demencia hace que constituya un asunto de primer orden, originando un gran número de problemas socio sanitarios, científicos y familiares (Serrano, 1988). Permitiendo de esta manera darle un tratamiento integral a dicha problemática y a su vez crear programas para el mejoramiento de la calidad de vida, de aquellos pacientes que padecen esta enfermedad.

Según como se identifica hay diferentes definiciones en cuanto a la enfermedad demencial, pero de igual manera se puede realizar un consenso llegando a la conclusión, que es un enfermedad orgánico cerebral que se presenta generalmente en las personas de edad avanzada, manifestándose por medio por una perdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales severas, acompañadas de deterioro en el control emocional, en el comportamiento social o de la motivación, lo cual debe ser clínicamente significativo (Lapuente y Sánchez, 1998; Serrano, 1988 y Martínez, Pérez, Carballo y Varona 2005). Junto con esta definición al momento de de diagnosticar un síndrome demencial, también es necesario revisar los criterios del DSM-IV que plantea que: es déficit cognitivo múltiple que incluye: a) alteración de la memoria; b) algunos de los siguientes síntomas: afasia, apraxia, agnosia o déficit de capacidades ejecutivas; c) alteración en actividades ocupacionales y/o sociales; d) déficit con respecto a la situación previa; e) evidencia clínica o de laboratorio de trastorno orgánico; f) las alteraciones anteriores no aparecen exclusivamente en el curso de un delirio.

Además de identificar las diferentes postulaciones que existen para explicar el síndrome demencial, también es necesario identificar los factores de riesgo donde se encuentra que la demencia alzhéimer se presenta más en las mujeres, mientras que la demencia vascular, se manifiesta más en los hombres (Serrano, 1988).

Tipos de demencia. Después de conocer la definición y epidemiología de la enfermedad demencial, es necesario explicar cada uno de sus tipos para así poder conocer sus diferencias, lo cual será pertinente para realizar el diagnóstico.

Demencia tipo Alzheimer (DTA). La enfermedad de Alzheimer, es un trastorno cerebral progresivo, perjudica gradualmente la memoria y la capacidad de aprendizaje, tomar decisiones, comunicar y realizar las actividades de la vida diaria. Los primeros problemas que se pueden notar son estar tan despistado que tenga problemas para hacer su trabajo u otras actividades diarias. Podría perderse en lugares conocidos o tener dificultad para decir el nombre correcto de las cosas. (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000)

Siendo la causa más común, se evidencia entre sus manifestaciones clínicas, el compromiso cognoscitivo de la memoria, incluyendo la comprensión de nueva información y la amnesia de corto término, además una desorientación espacial evidente, y en sus estadios finales la incapacidad para reconocer rostros familiares o los nombres de los mismos (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000)

En sus primeras etapas también hay habitualmente un compromiso de la memoria y el juicio, pero no de menor manera también se ve afectada el área del lenguaje, manifestándose anomia, conducta de repetición de historias, incoherencia en su discurso, diversificar el tema inicial con el que comienza una conversación, y ecolalia (Donoso 1995).

Junto con estos síntomas también se podrán encontrar según el estadio en que se encuentre la enfermedad, agrafia, apraxia, alteraciones visuales complejas y la disfunción ejecutiva. . A sí mismo a lo que respecta a los trastornos de ánimo se podrá encontrar depresión, alteraciones psicóticas, delirios y alucinaciones, ansiedad, u agitación (Serrano, 1988).

En cuanto a los cambios neuronales, en su curso natural está relacionado con los cambios en el hipotálamo, donde hay alteración neuropatológica; pérdida de neuronas y sinapsis, la angiopatía amiloidea, la placa senil y el cambio neuro-fibrilar de Alzheimer (Libre y Guerra, 1999).

Demencia frontotemporal. Este síndrome que se relaciona con una degeneración progresiva de los lóbulos frontales y la parte anterior de los temporales (Serrano, 1998). Siendo una condición clínico-patológica que al igual que la enfermedad de alzhéimer es su manifestación neurovegetativa es lenta, caracterizada por los cambios comportamentales y alteraciones en el lenguaje (Ostroky, Madrazo y Velez 2008). En la fase inicial de la enfermedad los pacientes serán diagnósticos con depresión y/o ansiedad, presentando cambios de humor o también se pueden confundir con pacientes hipocondriacos. Junto con estos síntomas del estado de ánimo, a su vez se presentan una pérdida de la capacidad de iniciativa, razonamiento, preocupación por los modales, negligencia con sus responsabilidades, lo que puede involucrar un gasto de dinero de manera irresponsable. En una fase media o final los pacientes manifiestan un trastorno de la conducta social (Serrano, 1998).

En cuanto a los trastornos cognoscitivos se encuentra respuestas superficiales en las conversaciones, presentando incluso un negativismo, manifestando ser impulsivos o muestran una apatía (Serrano, 1998). Además se caracteriza por alteración de comportamiento con cambio de personalidad, alteración de la conducta social y afectación de lenguaje (Toribio y Morera 2008)

Su diagnóstico exige la combinación de un desorden conductual y un síndrome disejecutivo progresivo, siendo la segunda causa más frecuente de demencia degenerativa (Fuentes, Slachevsky, Reyes y Cartier 2005).

Respecto a su fenotipo se describen dos subtipos en función de la predominancia de cada uno de los síntomas o de su momento de aparición a lo largo de la evolución; demencia frontotemporal variante (DFT) y demencia y afasia primaria progresiva no fluente (APPNF).

La DFT se caracteriza principalmente por el cambio de personalidad de la persona, que adopta un comportamiento poco usual como si fuera otra persona, o por lo contrario recalca de manera exacerbada ciertos rasgos propios de su carácter. Estas alteración depende de las áreas pre frontales averiadas, conformado tres síndromes frontosubcorticales típicos; dorsolateral: tipo disejecutivo, pseudodepresivo; orbitomedial, orbitofrontal: tipo desinhibido, tipo pseudomaníaco o tipo pseudopsicopático; mesifrontal: tipo apático, hipocinético. Este diagnóstico se complementa con una pérdida progresiva de la capacidad lingüística, con ecolalia, preservación y dificultad para la nominación como para la escritura. (Toribio y Morera 2008)

Por otra parte la APPNF presenta una alteración en los aspectos fonológicos y semánticos del lenguaje, la alteración en la fluidez será muy marcada, con parafasias

fonéticas, comprensión conservada en fases iniciales, agramatismos y anomia, la cual termina por evolucionar en mutismo (Toribio y Morera 2008)

Demencia vascular. Por esta demencia engloba todas aquellas demencias que son producidas por lesiones isquémicas o hemorrágicas, causante de la mayoría de los cambios mentales en los pacientes. Es una demencia multicausal ya que juegan factores genéticos, infartos cerebrales y alteraciones en la sustancia blanca cerebral (Rivas y Gaviria, 1998; Bermejo, 2007).

En otras de sus múltiples causas se encuentra la asociación a factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad arterial y tabaquismo (Romero et al, 2009).

En cuanto al diagnóstico clínicos, se encuentra un inicio súbito con periodos de exacerbación de los síntomas y otros de remisión, estados de confusión los cuales por lo general se presentan en las noches (Rivas y Gaviria, 1998). Sus diferencias básicas respecto a la enfermedad de alzhéimer, tiene que ver que en este tipo puntual de demencia se ve una mayor alteración en la funciones ejecutivas, y además los pacientes que padecen esta enfermedad están conscientes de su declive cognitivo, y junto con sus familiares-cuidadores pueden precisar en qué momento sus síntomas comienzan a empeorar (Romero et al 2009).

Demencia por cuerpos de lewy. La demencia de los cuerpos de lewy es un síndrome patológico y clínico el cual se define por la presencia de excesivos cuerpos de lewy en la corteza cerebral. (Ojeda, Yanez, Camañez, Porcel 2002). Para comprender un poco mas esta enfermedad es necesario saber que son los cuerpos de lewy son depósitos redondos que se encuentran dentro de las células nerviosas dañadas, los cuales posiblemente se forman porque dichas células tratan defender de una agresión. (Ojeda, Yanez, Camañez, Porcel 2002).

En sus fases iniciales no hay un deterioro significativo de la memoria, y su causa es por la muerte y degeneración de las células nerviosas en el cerebro, junto con sus síntomas principales como la pérdida de la marcha y el equilibrio, comparándose con síntomas de la enfermedad de párkinson (Kaufer, 2003).. Se diferencia de la Demencia tipo Alzheimer en la rapidez en su inicio, ya que la esta primera tiene un inicio rápido con una progresión durante sus dos primeros meses de curso mientras que la DTA es de inicio lento y progresivo.

Es considerada como la segunda dentro del grupo de las demencias degenerativas, causando el 30% de las demencias, y se evidencia entre los 60 y 90 años, por lo general. Su

causa no es clara, pero se ha podido establecer una asociación con el gen PARK11 (Toro, 2010).

Las manifestaciones clínicas de la demencia de los cuerpos de lewy se encuentran un déficit en las funciones atencionales y visoespaciales, y una afectación no tan grave en la memoria a corto plazo. A su vez hay ciertos niveles de consciencia y atención se ven alterados, sin embargo no se presenta síndrome crepuscular. Los síntomas más evidentes son las alteraciones en la marcha, como la rigidez, bradiquinesia y temblor en reposo (Kaufer, 2003).

Al conocer cada uno de los síndromes demenciales es necesario reconocer las diferencias que hay entre todos, ya que en la manifestación de los síntomas casi todos tienen similitudes muy estrechas lo cual dificulta el diagnóstico en términos psicológicos. (Ver tabla 7)

Tabla 7

Características de los síndromes demenciales más comunes.

Tipos de Demencia	Principales Características
Demencia tipo Alzheimer	Pérdida de la memoria, desorientación, incapacidad de nuevo aprendizaje. Comienzo lento y paulatino
Demencia de los cuerpos de lewy	Déficit en las funciones atencionales y visoespaciales. Su desarrollo es lento
Demencia Prefrontal	Alteraciones en el lenguaje, cambios comportamentales, negligencia por sus responsabilidades y falta de modales
Demencia Vascular	Causada por lesiones isquémicas o hemorrágicas. Alteración evidente en las funciones ejecutivas. Desarrollo lento
Enfermedad de Parkinson	Lentitud del procesamiento cognitivo y déficit de memoria y capacidad visoespacial.

Nota. Tomado de Serrano, 1998; Bermejo, 2007; Toro, 2010 y Ostroky, Madrazo y Velez (2008).

Diagnóstico Diferencial. Uno de los trastornos que se presentan especialmente en las personas mayores hospitalizadas y con el que se puede llegar a confundir con síndromes demenciales es el síndrome confusional o delirium (ver tabla 8)

Según el DSM IV-TR, los criterios diagnósticos para el delirium síndrome o confusional son (Ghandour, Saab y Mehr, 2011): Alteración de la conciencia, con una disminución de la capacidad para concentrarse, mantener o cambiar la atención; el cambio en la cognición, percepción o una perturbación, que no se explica por una demencia preexistente o en desarrollo; rápida aparición de deterioro cognitivo, fluctuación probable que durante el curso del día; la evidencia de la historia clínica, física examen, o de laboratorio que demuestra la alteración de la conciencia es una consecuencia.

Tabla 8.

Pistas para el diagnóstico diferencial entre demencia y delirium.

Parámetros	Delirium	Demencia
1. Inicio	Suele ser brusco	Suele ser insidioso
2. Curso	Fluctuante	Estable, escalonado o de empeoramiento progresivo.
3. Nivel de consciencia o vigilia	Siempre disminuido	No hay alteración del estado de vigilia.
4. Atención	Siempre dificultada	Usualmente dificultada
5. Desorientación	Constante y generalmente total	Frecuente
6. Sensopercepción	Frecuencias alucinación perceptuales.	Poco frecuentes (20%)
7. Sueño	Alteración del ritmo vigilia-sueño. Es típico el empeoramiento nocturno	Menor alteración del ritmo vigilia-sueño. Es menor empeoramiento nocturno
8. Duración	Inferior a 6 meses	Persistente

Nota. Tomado de Pérez (2006).

Se encuentran tres tipos de delirium según su alteración a nivel motor: (a) el primero se refiere al delirium hiperactivo el cual facilita su diagnóstico por la constante inquietud y agitación, (b) el segundo se denomina delirium hipoactivo y se manifiesta por el retraso

psicomotor (se confunde con depresión); y, (c) por último se encuentra el delirium mixto el cual se caracteriza por la fluctuación de los síntomas entre el hiperactivo e hipoactivo (Ghandour, Saab y Mehr 2011).

El delirium presenta características comportamentales como fisiológicas, entre el primer grupo se encuentra una alteración de la cognición la cual es de curso fluctuante, con cambios a nivel de la conciencia, la concentración, memoria, atención, pensamiento, percepción y comportamiento (Restrepo, Cardeño, Paramo, Ospina y Calle, 2010; Tobar, Beddings, Vallejo y Martinez 2010); y, en el otro grupo de características se encuentra que es un síndrome neuropsiquiátrico que resulta de alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central y abarca un amplio espectro de fisiológico, psicológico y conductual (Restrepo, Cardeño, Paramo, Ospina, Calle 2010; Ridney, 2010). También es conocido como una fase confusional aguda, el cual complica la estancia hospitalaria del adulto mayor ya que se prolonga su tiempo, costos hospitalizados y la rehabilitación (Inouye et al, 1999).

Esta patología puede originarse en diferentes situaciones clínicas, presentarse como algún efecto secundario por la ingesta de algún medicamento, por inflamaciones a nivel cerebral o debido a estrés agudo (Restrepo, Cardeño, Paramo, Ospina y Calle, 2010).

El síndrome confusional se diferencia de la DTA, en que el primero presenta un comienzo agudo, en horas y días, y una evolución fluctuante, con una exacerbación de los síntomas y disminuye durante las próximas 24 horas, además es un síndrome transitorio y reversible, mientras que la DTA es progresiva, degenerativa a irreversible (Restrepo, Cardeño, Paramo, Ospina, Calle 2010).

También es pertinente aclarar que en el síndrome confusional (la alteración del estado de conciencia, perturbación cognitiva, las cuales se desarrollan en un corto periodo de tiempo, no se explican mejor por una demencia preexistente o en evolución, y tendrá fluctuaciones durante el día (Regazzoni, Aduriz, Recondo 2000). Junto con estas características mencionadas, la literatura incluye al síndrome dentro del grupo de los “grandes síndromes geriátricos” también conocidos como “gigantes de la geriatría”, por diferentes razones: (a) se trata de una enfermedad cuya incidencia aumenta con la edad, ya que es frecuente que se haga manifiesta en personas entre los 75 y 80 años; y, (b) cuando se manifiesta lleva consigo otras enfermedades en el adulto mayor (Casado 2005).

Por último hay dos factores principales desencadenantes: (a) el primero de ellos se refiere a la alteración neuronal más o menos brusca de flujo sanguíneo en el SNC que está viviendo el adulto mayor, lo cual por lo general ocurre en un postoperatorio de una cirugía, agudización de una enfermedad crónica, ancianos con hipoglicemia, insuficiencia cardiaca

de instauración brusca o situaciones que dan lugar a una deshidratación; y, (b) también puede suceder cuando hay presencia de una intoxicación del SNC, causado por el uso inadecuado de fármacos (Casado, 2005).

Evaluación. La evaluación de los cambios del ciclo vital debe realizarse desde una perspectiva biopsicosocial, y las demencias no son la excepción, por esto antes de comenzar el proceso evaluativo y de tamizaje, es necesario evaluar el contexto y medio de interacción en el que el paciente se encuentra, para así de esta manera no realizar un diagnóstico errado. (Ribes, 2000).

Cuando se tiene sospecha de la presencia de un síndrome demencial, para comenzar la evaluación el primer paso que se debe realizar es realizar un diagnóstico diferencial, ya que entre un 10% y 30% es común que se realice un diagnóstico de demencia, cuando por lo contrario el paciente estaba presentando un cuadro de delirium o un cuadro depresivo. El paso número dos después de confirmar el diagnóstico del paciente, es conocer la etiología de su enfermedad, ya que esto indicará cuáles podrán ser las manifestaciones a nivel comportamental y emocional que se desarrollarán en él. Como paso número tres se encuentra la aplicación de pruebas y baterías psicológicas al paciente para así poder conocer qué tan avanzada está la enfermedad, permitiendo direccionar el tratamiento siendo este el paso final (Perez, 2006).

Para la evaluación psicológica de demencias existen diferentes instrumentos, baterías y escalas, aquí se describirán algunos de los más relevantes los cuales serán útiles para poder realizar el diagnóstico necesario.

Desde hace 30 años atrás el instrumento más utilizado para el tamizaje de demencias es el MMSE (Mini-Mental State Examination) (Pérez, Batsán, González, Socorro, 2005); El Seven-Minute Screen (7MS) es un instrumento de tamizaje que evalúa 4 áreas: Orientación temporal, memoria, habilidades viso-espaciales y fluidez verbal (Carnero, 2006); Memory Impairment Screen (MIS), evalúa la memoria verbal a corto plazo, en una primera fase el sujeto debe aprender cuatro palabras escritas que lee en voz alta y que posteriormente se asocian a cuatro categorías diferentes; tras una distracción de 2-3 minutos se realiza el recuerdo libre y se ofrecen como claves semánticas el nombre de las categorías no recordadas (Barrero-Hernández, Vives-Montero y Morales-Gordo, 2006); El Test de las fotos: evalúa el recuerdo facilitado, asocia una prueba de denominación y fluidez, puede ser aplicado a sujetos analfabetos (Carnero, 2006). Cuetos-Vega, Menéndez-González y Calatayud-Noguera (2007) aseguran que este test ha mostrado una buena capacidad discriminativa; La

escala Dementia Rating Scale (DRS), está diseñada para detectar presencia de demencia en población mayor. Está compuesta por 5 subescalas que miden, atención, iniciación, habilidades visoconstruccionales, razonamiento y memoria. Su duración es de 20 a 45 minutos (Galvin, Roe, Xiong y Morris, 2006).

Intervención. Debido a que la enfermedad de las demencias, es una enfermedad degenerativa y exponencial con la edad (Vega y Bermejo 2002), la cual no tiene cura hasta el momento, por esto su intervención y tratamiento están direccionados a la reducción de pérdidas cognitivas, y para ello el tipo más usada es el farmacológico. Aunque al notarse la limitad eficacia y plasticidad de dichos tratamientos, desde los últimos años, el procedimiento no farmacológico se encuentra en auge, donde tiene como objetico la prevención de la progresión de la enfermedad (Winblad y Poritis, 1999, citado por (Fernandez-Ballesteros, 2009. La grafica 1, a continuación evidenciará los diferentes tratamientos que puede recibir una paciente que presenta demencia, y más adelante de describirá brevemente acerca de cada uno de los mismos.

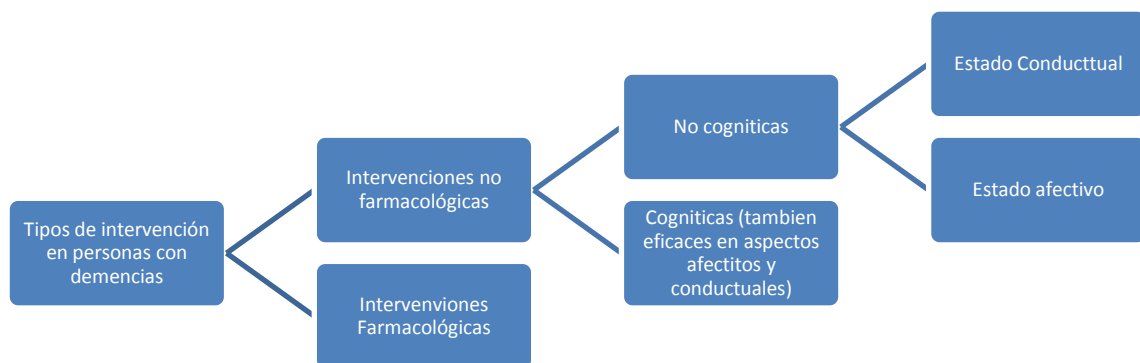


Figura 1. Diferentes tipos de intervención con pacientes demenciales. Nota: tomado de Fernandez-Ballesteros, 2009

Psicoestimulación

Este término es definido como la reeducación de las capacidades que el paciente va perdiendo, como la memoria, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación, mediante diferentes técnicas (Junque, 1994). Es necesario aclarar que para la ejecución de este procedimiento, previamente es necesaria la evaluación exhaustiva tanto de psicología como de neuropsicología, para conocer en qué estadio se encuentra la enfermedad de cada paciente, y de esta manera tener claro cuáles capacidades cognitivas aún se encuentran preservadas y permiten, realizar la Psicoestimulación (Fernandez-Ballesteros, 2009). Para evaluar los beneficios que produce este tratamiento se han realizado estudios en entrenamiento de memoria en una tarea específica, entrenamientos en actividades de la vida diaria, programa de intervención psicosocial, combinación de la estimulación cognitiva y counselling (Fernandez-Ballesteros, 2009)

En cuanto a su eficacia, diferentes estudios han demostrado que para los pacientes con enfermedad demencial, es útil la psicoestimulación y claramente hay mejoría en la calidad de vida del paciente y a su vez ayuda a la buena dinámica familiar y social, generando de esta manera una disminución de la carga para el cuidador (Fernandez-Ballesteros, 2009)

Intervenciones No Conductuales.

En cuanto a las intervenciones conductuales, se ha encontrado que la agitación está bastante alterada, generando niveles de estrés en sus redes de apoyo, y para el cuidador, además siendo un factor de riesgo para la institucionalización. (Fernandez-Ballesteros, 2009) Para solucionarlo se ha implementado la “intervención BACE (balancing arousal controls excesses) (Kovach et al, 2004. Citado por Fernandez-Ballesteros, 2009); en cuanto a las alteraciones del sueño, siendo esta la profundización y eficiencia del sueño, y para esto se ha hecho uso de la luminoterapia (Fernández-Ballesteros, 2009)

Respecto a las intervenciones no conductuales se ha implementado estrategias como desarrollo y mantenimiento de rutinas, para así generar beneficios en la consistencia, reduciendo la ansiedad; por otra parte se ha visto que la comunicación no verbal también ha tenido repercusiones positivas para reducir la ansiedad, ira y agitación. Dentro de este grupo también se encuentra la psicomotricidad, siendo un proceso que tiene como objetivo favorecer el dominio del cuerpo, la relación con uno mismo y los demás objetos que rodea al ser humano. Finalmente también se encuentran los programas de modificación del ambiente, los cuales tienen como objetivo adaptar el entorno y el ambiente en el cual se desarrolla el paciente para que tenga un lugar más seguro, como, estable y le genere orientación para que de esta manera logre así mantener su autonomía dentro de sus capacidades (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Intervenciones cognitivas. Dentro de este grupo de técnicas tradicionales, para comenzar se encuentra la terapia de orientación a la realidad, donde su objetivo principal es lograr que le paciente tenga una mejor calidad de vida cuando se encuentre en estados confusionales o de alteración de orientación. Otro de sus objetivos es mejorar las conductas sociales y personales, estimular la comunicación e interacción. De esta manera el paciente no se aleja de su entorno inmediato y lo cual le generara capacidades de autonomía (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Por otra parte se tiene la técnica de la reminiscencia, la cual consiste en evocar la historia personal del paciente, mediante sus recuerdos personales, teniendo como objetivo mantener la identidad personal y estimulación de la autoestima. Se le dirige al paciente a recordar su historia, su pasado mediante la presentación de estímulos como fotografías, objetos o lugar significativos del pasado (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Como ya es conocido, en los pacientes demenciales la memoria y funciones cognitivas son las más afectas, por ello es necesario realizar una estimulación de la memoria. Ya que se ha demostrado que en los primeros estadios de la enfermedad, los consultantes logran adquirir nueva información, y mantener el aprendizaje significativo para si mismo durante el transcurso del tiempo (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Para finalizar con la descripción de la intervención que se puede realizar con pacientes demenciales, es necesario aclarar y como se ha podido observar, debido a las condiciones que presenta esta enfermedad que el trabajo directo con el paciente realmente muchas veces son abarca todas las áreas esperadas, y en realidad es limitante ya que este padecimiento en la actualidad no tiene una cura. Para ello es necesario realizar un trabajo a mayor profundidad con la familia y sus cuidadores, puesto que serán ellos quienes sean conscientes y vivencian de forma clara todo el proceso de la enfermedad, y en la gran mayoría de los casos no estén capacitados, tengas muchas dudas y son quienes van a sufrir mayores alteración en sus propias vida.

Como ya se describió los pacientes con síndromes demenciales, presentan alteraciones en sus comportamientos, lo cual es progresivo con la enfermedad y a su vez, su grado de dificultad y de control. Para ello desde la psicología se puede intervenir estos problemas de la siguiente manera (Brañas y Serra 2002):

1. Definir los síntomas en concreto que se quieren tratar, porque están afecta la vida del paciente como la de su familia. Como por ejemplo que el sujeto se quita la ropa en cualquier sitio, que agrede a su familia, entre otros.

2. Reevaluar los diagnósticos médicos, permitirá conocer si los comportamientos que está manifestando el paciente, son generados por la demencia o si son secundarios por algún medicamento u otra enfermedad.
3. Reevaluar los síntomas neuropsicológicos.
4. Es necesario detectar y evitar los factores agravantes, como la oscuridad, violación de la intimidad, el irrespeto, la minusvalía, etc.
5. Conociendo cual es el déficit cognoscitivo del paciente, es necesario adaptarse a ello y realizar la intervención sobre lo específico y más afectado.
6. Identificar factores psicosociales relevantes, como cambio de vivienda, muerte de un ser querido, hospitalizaciones frecuentes.
7. Educar a los cuidadores.
8. Utilizar antipsicóticos específicos según el síndrome psiquiátrico específico.

Cuidadores. Para comenzar no existe una definición exacta para precisar lo que significa cuidador, pero si se ha llegado a un consenso considerando que esta persona es aquella que atiende a otro sujeto quien padece un deterioro cognitivo o funcional y a quien se le presta ayuda durante un tiempo prudente (Losada, Montorio y Fernández 2005). Esta dedicación que usualmente la realiza esposa/esposo o hijos, hoy en día conocidos como “cuidador informal”, implica en muchos casos renunciar a sus relaciones sociales, reducir las horas de ocio y descanso, y en muchos casos generar sentimientos de culpa cuando se realizan actividades de goce propio en vez de estar al tanto del paciente (Espinosa, Méndez, Lara y Rivera 2009). Se estima que el cuidador dedica entre 4 y 5 horas al día al cuidado de su familiar/paciente y este cuidado usualmente no se hace en las mejores condiciones, ya que quien está a cargo no está capacitado para ejercer estos cuidados (Domínguez, Savala, De la Cruz y Ramírez 2010).

El papel que ejerce el cuidado informal contribuye a rellenar falencias de las redes sociales, porque son punto central de las políticas sociales de atención a las personas mayores, las cuales se plantean como objetivo prioritario el envejecimiento en casa (López y Crespo 2007).

Existen diferentes variables que pueden predecir el malestar que puede llegar a sufrir el cuidador, generando enfermedades y psicológicas, en él. Dentro de este grupo se encuentra la falta de satisfacción social percibida, un estado de salud propio deteriorado y por último el síndrome de burnout también puede ser un indicador de padecer alguna patología. Todas estas variables no afectan de igual manera a todos los sujetos, y esto depende de las capacidades y

habilidades que disponga el sujeto para afrontarlas, y a su vez la interacción entre estresores, apoyo social, recursos y estrategias de afrontamiento. (Muela, Torrez, y Pelaez 2002)

Para disminuir esta sobre carga en el cuidador o para calmar el malestar en las familias del paciente, es bastante útil y tiene consecuencias positivas es realizar psicoeducación. Esta técnica brinda información sobre la enfermedad, el diagnóstico, así como estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores, además permite conocer el tratamiento a seguir. Debido a lo anterior, se dice que la psicoeducación puede ser un componente o complemento de otras terapias. El principal objetivo es reducir el estrés, la confusión y la ansiedad en el cuidador para facilitar el cumplimiento del tratamiento y reducir el riesgo de la manifestación de conductas problemáticas (Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg, 2006; Espin, 2009)

Después de identificar que es muy posible que en el cuidador de un paciente demencial, pueda ocurrir un síndrome de burnout o su propia salud tanto física como mental surja alguna consecuencia negativa, a continuación se describirán conductas que se pueden adoptar durante la convivencia con el paciente y eviten las manifestaciones de conductas difíciles o pérdidas. (Alzheimer's disease international, sf)

- A. Establecer rutinas, manteniendo las cosas normales: Establecer rutinas puede generar orden, disminuir la toma de decisiones constantes por parte del paciente y representa seguridad para el mismo. Aunque si es útil realizar de esta manera también se debe mantener aparentemente todo en orden, para que el paciente no note que se le está modificando su cotidianidad.
- B. Mantener la independencia de la persona: El hecho que la persona tenga su independencia el mayor tiempo posible genera autoestima en él, y disminuye la carga del cuidador.
- C. Ayudar a mantener la dignidad de la persona: Evitar discusiones o malos tratos ya que la persona (según el estadio de la enfermedad) escucha y entiende lo que pasa a su alrededor
- D. Evitar discusiones: El temperamento del paciente se convierte muy volátil, por ello es mejor no generar ningún tipo de discusión llamándole la atención por fallas mínimas de la enfermedad.
- E. Simplificar tareas: Entre las tareas cotidianas del paciente sean más sencillas, el tendrá menos posibilidad de decidir y esto disminuirá las posibilidades de discusión.

- F. Estimular la salud física: De acuerdo con lo establecido con el médico hay ciertas actividades físicas que puede desarrollar el paciente que le ayudaran con coordinación física y memoria, ya que son dos funciones seriamente alteradas.
- G. Establecer una comunicación adecuada al estadio de la enfermedad: Con el paso de la enfermedad se van perdiendo habilidades, para ello es necesario estar seguro del nivel auditivo y visual que tiene la persona para así saber cómo direccionar la comunicación.

Trastornos del sueño

En la adultez tardía, el sueño normal que se requiere diario es de 5 a 6 horas, sin embargo cuando se lleva una mala higiene del sueño como presentar un horario irregular, sobreestimulación mental en la noche, bebidas excitantes/estimulantes antes de acostarse, dieta, poco control de ruido y temperatura, tener siestas diurnas largas, entre otros, el sueño se puede alterar sin ser necesariamente diagnosticados como patología específica (Fernández, 1996). Por esto es fundamental el explorar sobre los hábitos de la persona y tener un seguimiento diario para que se expliquen las alteraciones que presenta una persona mayor con el fin de orientar la intervención a entrenar en la higiene del sueño. Los trastornos del sueño no sólo afectan la calidad de vida del adulto mayor y su familia, sino que, además, aumentan la posibilidad de adquirir enfermedades (Pando-Moreno, Aranda, Aguilar, Mendoza y Salazar, 2001; Fernández, 1996; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006).

Dentro de los cambios en las etapas del sueño que se dan con la edad se encuentran, por un lado, que el estadio IV del sueño dura menos, lo que aumenta los despertares nocturnos y lo hace más sensible a ruidos y otro estímulos; también es más fácil dormir durante el día en esta etapa de la vida lo que hace que se incrementen las siestas. Estos aspectos sugieren una alteración del ritmo circadiano del sueño (transformando el ciclo sueño-vigilia bifásico), la temperatura corporal y del sistema endocrino que tiene implicaciones en la organización temporal de los procesos biológicos. El horario, por lo mismo, es otro aspecto que cambia ya que suelen dormirse más temprano durante la noche y despertarse más temprano, es decir, se da una fase de sueño adelantada también llamada “alondra” (Fernández, 1996; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006).

Por eso, algunas alteraciones del sueño son normales del envejecimiento, mientras que otras se deben más a procesos patológicos asociados con la edad. Por ejemplo, la prevalencia de insomnio puede estar asociada a trastornos afectivos y mentales orgánicos (como la

demencia), o a dificultades de ajuste a cambios laborales (jubilación), personales (salud) y sociales (muerte de seres queridos) (Ancoll-Israel y Ayaton, 2006).

Entre las características a destacar del sueño en el adulto mayor se encuentran un adelanto en el ciclo circadiano e interrupciones del sueño; la valoración negativa de la calidad del sueño por parte de la población, se da cuando el sueño profundo es más corto, hay incremento en el tiempo total en la cama – llamado síndrome de fase adelantada de sueño, según Nogales (2005) – y los despertares son más frecuentes y prolongados, lo que generan alteración en el sueño eficiente. Existe una alta posibilidad de sufrir trastornos del sueño durante esta etapa de la vida; aproximadamente el 42% de la población mayor reportan dificultades para iniciar y mantener el sueño (Pando-Moreno, Aranda, Aguilar, Mendoza y Salazar, 2001; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006).

Diagnóstico y tratamientos. La clasificación internacional del sueño más reciente se realizó en el año 2005 y se conoce como ICSD-2. Este texto divide los trastornos del sueño en siete categorías según la sintomatología: insomnio (causas médicas, psiquiátricas y patológicas), hipersomnia, trastorno respiratorio (la causa común es la apnea obstructiva – explicada más adelante –), parasomnia (se definen como fenómenos motores, verbales o conductuales anormales que se presentan durante el sueño), alteración del ritmo circadiano, movimientos anormales y trastornos aislados (Fernández, 1996; Velayos, 2009).

El trastorno del sueño más común en el adulto mayor es el insomnio; éste se define como una dificultad para quedarse dormido o alcanzar un sueño reparador, hasta el punto de ser disfuncional (Fernández, 1996; Velayos, 2009). El insomnio puede ser un diagnóstico primario, definido como trastorno, o secundario, es decir, como un síntoma; generalmente se encuentra asociado a algún tipo de enfermedad médica o psiquiátrica, a drogas/medicamentos, a cambios en el ritmo circadiano o a otros trastornos del sueño. Por ejemplo, el insomnio crónico puede deberse a otros trastornos del estado de ánimo como la depresión, o a la ingesta de medicamentos (Morgenthaler, et al., 2006; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; McCurry, Ligsdon, Teri y Vitiello, 2007). De igual forma, sea primario o secundario, el insomnio requiere atención. Entre los indicadores de evaluación respecto a la severidad, se encuentran la intensidad, la frecuencia y la duración de la dificultad para dormir; puede ser clasificado como transitorio cuando dura menos de 3 semanas (Nogal, 2005; Morgenthaler, et al., 2006). Según Nogal (2005) se considera crónico cuando dura meses o años, pero Morgenthaler, et al. (2006) tiene en cuenta otra calificación más: cuando la

duración es de uno a seis meses, se considera moderado, y cuando se excede en duración pasa a ser crónico.

Generalmente es tratado con fármacos de forma efectiva, pero se ha reconocido que el mejor tratamiento se da cuando son combinados con terapia conductual, usada para corregir los hábitos del sueño mal adaptados, reducir la excitación cognoscitiva y modificar las actitudes respecto al sueño, educando así a los adultos mayores sobre prácticas de salud del sueño. Una ventaja de usar ambas opciones es que mientras la terapia conductual surge efecto, los medicamentos mantienen controlados los síntomas (Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; McCurry, Ligsdon, Teri y Vitiello, 2007). En el caso de insomnio crónico primario e insomnio secundario. Al igual que la terapia conductual, está comprobada la efectividad de la terapia de privación del sueño, la cual controla el tiempo que se gasta acostado en la cama para facilitar el dormir; esta privación permite conciliar el sueño en el momento correspondiente y permanecer así. Entre otras intervenciones posibles se encuentran la relajación progresiva muscular, la intención paradójica y el biofeedback, además de la terapia cognitiva, otros tipos de relajación y educación sobre la higiene del sueño que también tienen una eficacia potencial a la hora de tratar el insomnio en el adulto mayor (Morgenthaler, et al., 2006; McCurry, Ligsdon, Teri y Vitiello, 2007).

Los trastornos respiratorios durante el sueño alteran la calidad del descanso y aumentan los despertares; estos trastornos suelen prevalecer en los adultos mayores. se caracterizan por presentar apnea del sueño donde se presentan pausas respiratorias por más de 10 segundos y se dan aproximadamente 5 veces o más por hora de sueño. Estas apneas pueden ser obstructivas (donde se detiene el flujo aéreo nasobucal; es la más común y la que requiere más atención debido a los efectos en la morbilidad), centrales (donde el flujo aéreo nasobucal y el esfuerzo inspiratorio se dan simultáneamente) o mixtas. Los criterios diagnósticos incluyen insomnio y una fuerte somnolencia durante el día, ronquidos, sequedad en la boca al despertar y cefaleas matinales (fatiga mental y alteraciones cognitivas al despertar). Este trastorno es un factor de riesgo de otros problemas del corazón y de pulmones, incluyendo la hipertensión, que pueden incrementar la posibilidad de muerte. Para tratarlos se recurre a dispositivos de presión de aire positiva (establecida de forma individual dependiendo de la gravedad de la apnea, generalmente entre 5 y 20 cm de agua) que mantienen abiertas las vías respiratorias (Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; McCurry, Ligsdon, Teri y Vitiello, 2007).

Aunque en este estudio no es relevante, vale la pena mencionar un trastorno ubicado dentro de las parasomnias: el trastorno conductual del REM (TCR). Se presenta cuando los

sueños son bastante vívidos y se acompañan por movimientos fuertes, generalmente violentos, y descontrolados acordes con el contenido de este, es decir que corresponden a la respuesta motora de la actividad en la que se suela (en algunos casos también se dan verbalizaciones). Estos episodios se dan especialmente durante el amanecer, debido a que es donde el REM es más frecuente. Comúnmente las conductas son violentas que pueden conllevar a agresiones hacia la pareja o hacia sí mismo y frecuentemente se asocian a taquicardia. Este trastorno es propio de los adultos mayores de género masculino y puede presentarse varias veces en la noche o solo algunas veces al mes. A pesar de esto, quienes lo padecen se quejan de interrupción del sueño y/o fatiga diurna asociada, a excepción de cuando está asociado con la narcolepsia; el TCR está relacionado más con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y se evalúa con el polisomnógrafo donde se evidencia la carencia de la atonía permanente durante el REM y un aumento en el tercer y cuarto estadio del sueño No-REM. El tratamiento se limita a cuidados del ambiente (no dejar objetos peligrosos cerca del lugar donde el paciente duerme, colocar colchones al borde de la cama en caso de caídas, etc) y a intervenciones farmacológicas (Nogales, 2005).

Otros trastornos de este tipo son las mioclonías nocturnas y el síndrome de piernas inquietas; el primero se caracterizan por movimientos estereotipados periódicos y repetitivos durante el sueño. Según el ICSD, los criterios diagnósticos son: insomnio o somnolencia diurna y por movimientos repetitivos y estereotipados (generalmente de miembros inferiores); las personas que lo sufren mencionan que también sienten molestias en las piernas durante el día. Respecto al síndrome de piernas inquietas los criterios son: sensación desagradable en las piernas durante las noches (con problemas para conciliar el sueño) y disestesias (“hormigueo”) en lo profundo de las pantorrillas. La polisomnografía (registro de parámetros fisiológicos durante el sueño) debe mostrar movimientos al iniciar el sueño. Estos trastornos también son tratados con medicamentos dirigidos a los movimientos (como el ropinirol), y/o las interrupciones del sueño que provocan (como pergolida y pramipexol que sirven para ambos casos) (Fernández, 1996; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; Stepanski, Rybarczyk, Lopez y Stevens, 2003).

La narcolepsia, trastorno conocido también con el nombre de síndrome de Gelinea, se caracteriza por un estado de somnolencia prolongado persistente y excesivo durante el día; también se presenta junto con manifestaciones anormales del sueño REM que pueden causar cataplejía, es decir, una pérdida automática del tono muscular. El trastorno puede llegar incluso a la parálisis del sueño interrumpiendo el descanso y el ciclo sueño-vigilia adecuado, causando incapacidad. El diagnóstico de la narcolepsia es difícil y fundamentalmente clínico

ya que se asocia con la disminución de hipocretina/orexina y se controla con estimulantes del sistema nervioso central, y con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la receptación de serotonina en caso de presentar también cataplejía. El estudio de este fenómeno se ha incrementado en la última década aunque su prevalencia es bastante baja (0,013-0,067% en Europa y Estados Unidos) (Álvarez-Manzaneda, 2008).

Además, también se puede dar un trastorno de movimiento rápido de ojos conocido como el trastorno de conducta REM, que implica la presentación del comportamiento motor normal del sueño REM, causado por una actividad intermitente del músculo esquelético; éste trastorno prevalece con mayor frecuencia en los hombres. La etiología todavía no se conoce, pero se piensa que está asociado al consumo de antidepresivos, fluoxetina e inhibidores de la monoamino-oxidasa y la privación de alcohol o sedantes; de forma crónica, se encuentra asociada a enfermedades idiopáticas degenerativas. También se trata generalmente con fármacos que actúen directamente sobre el músculo, pero los síntomas tienen a volver una vez se suspende la ingesta (Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; Stepanski, Rybarczyk, Lopez y Stevens, 2003).

Los tratamientos para tratar los trastornos del sueño pretenden aminorar la morbimortalidad y aumentar la calidad de vida tanto del adulto mayor como el de su familia. Para llegar a un diagnóstico correcto se deben tener en cuenta métodos simples (como una entrevista adecuada realizada a la persona y a su familia) e indagar sobre los hábitos del sueño, los fármacos que se consume, las patologías asociadas y autoinformes sobre horarios y quehaceres diarios (Fernández, 1996).

En su estudio, Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman (2010) encontraron que las personas mayores hospitalizadas generalmente presentan alteraciones del sueño relacionadas con factores ambientales. El sueño de los 48 participantes mayores de 70 años de edad fue controlado mediante actigrafía de muñeca, y los niveles de ruido y la luz se midieron la primera noche de hospitalización. La duración del sueño fue breve (media, 3,75 horas) y fragmentado (media, 13 despertares por noche). El ruido resultó un factor importante con un nivel de ruido promedio de 49,65 decibeles y la luz también con 3 períodos de aumento (media, 64 lux) con una duración media de 1,75 horas cada noche. Finalmente, no se encontraron correlaciones importantes entre el sueño y la edad, la luz y el sonido, pero si se recomienda tener cuidado con estas variables tomando medidas de reducción y ubicando un recordatorio de "no molestar" para permitir un ciclo de sueño completo de 90 minutos.

Evaluación. Nogales (2005) plantea algunas formas de estudiar estos trastornos. En primer lugar, la anamnesis estructurada, que consiste en la consigna de horarios de sueño, hábitos, actividades de vigilia en el dormitorio, uso de estimulantes y drogas, variables ambientales (e.j. ruido externo, ronquidos del conyugue, etc.), síntomas asociados con estas variables (e.j. movimientos de inquietud, sonambulismo, somniloquia o hablar dormido, etc.) y síntomas psiquiátricos. En segundo lugar, los estudios de laboratorio como polisomnografía, mencionado anteriormente, que incluye un electroencefalograma, un electroculograma, una electromiograma de mentón y de tibiales anteriores, sensor de posición y monitoreo de variables cardiorespiratorias. Éste se usa principalmente en estudios de hipersomnia y trastornos respiratorios del sueño y también se usa en caso de movimientos periódicos y en el TCR, pero en casos de insomnio su uso está restringido a casos refractarios con el fin de descartar causas orgánicas. En tercer lugar, existe una prueba de latencias múltiples de sueño (TLMS) donde se documenta la presencia de hipersomnia haciéndole tomar de cuatro a cinco siestas seguidas al paciente, con una duración de 20-30 minutos, separados por dos horas en las que le aplican electromiograma de mentón, electroencefalograma y un electroculograma. En cuarto lugar, la actigrafía que se usa para detectar actividad motora y es de carácter semicuantitativo. Para esto se utiliza un sensor de movimiento que se ubica en las muñecas para extrapolar el ciclo sueño-vigilia; es útil en el estudio de trastornos del ciclo circadiano y algunos casos de insomnio. En sexto lugar, la prueba de mantención de vigilia (TMV) para medir el nivel de alerta. En este caso se ubica a la persona en un cuarto oscuro y se le pide que se siente en una silla y que procure no quedarse dormido. Y finalmente, diarios de sueño usados para recopilar durante semanas/meses información sobre los horarios y duración de sueño.

García de Guturbay (2007) explica que dada la complejidad y el costo de estos exámenes realizados en laboratorios especializados del sueño, la sugerencia de estos debe apoyarse en una evaluación y exploración completa de los síntomas del paciente; es necesaria una evaluación clínica con el fin de establecer una sospecha diagnóstica y decidir el tipo de registro más conveniente según el caso. Para esto se recomienda (con el apoyo médico pertinente) primero, definir específicamente el tipo de trastorno de sueño, después caracterizar el curso clínico y circunstancias de aparición, también hacer un diagnóstico diferencial entre varios trastornos, evaluar los patrones de vigilia-sueño, historiar al conyugue (persona con la que duerme) y finalmente evaluar la forma en la que influye el trastorno en el funcionamiento cotidiano de la persona (horarios de sueño e historial en días laborales y

libres, rituales antes de acostarse a dormir y posibles causas de despertares en la noche, sin olvidar su estado durante el día como fatiga, ingesta de alcohol, medicamentos, etc.).

Stepanski, Rybarczyk, Lopez y Stevens (2003) hacen énfasis en la entrevista y sugieren una serie de temas que se deben tener en cuenta a la hora de realizarla: “(a) identificación de la presencia o ausencia de trastornos del sueño, (b) caracterización del tipo de trastorno del sueño, (c) la evaluación del tipo y grado de daño durante el día, y (d) análisis de evaluaciones y tratamientos anteriores para trastornos del sueño” (pág. 27). La importancia del cuestionario que la información debe ser completa ya que estos aspectos no suelen mencionarlos en consulta médica. También recomiendan realizar un seguimiento de auto-registro para estar al tanto de los síntomas y su efecto.

Las escalas para abordar el tema del sueño varían según el aspecto en el que se centran. Por ejemplo, sobre la calidad del sueño se encuentra la Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y el Cuestionario de Sueño Basic Nordic, y sobre somnolencia la Escala de Epworth y la Escala de Stanford (García de Guturbay, 2007).

La Prueba de Latencias Múltiples del Dormir (PLMD) es el patrón preferido para evaluar la somnolencia, donde se registra la actividad eléctrica cerebral, ocular y muscular, dos horas después de levantarse y a partir de ahí, cada dos horas hasta completar cinco veces. Esta prueba se aplica para determinar los estadios del sueño. El inconveniente es que es difícil acceder a ella y además tiene un costo elevado; debido a esto se crea la necesidad de instrumentos especializados rápidos y de fácil aplicación, como la escala de somnolencia de Epworth, la cual evalúa mediante escala Likert (0 a 3) la tendencia a quedarse dormido en 8 situaciones pasivas diferentes: sentado leyendo, viendo televisión, sentado en un lugar público, paseo en carro durante una hora, acostado reposando en la tarde, sentado hablando con alguien, sentado después de almuerzo (sin alcohol) y en cuando se complica el tráfico por unos minutos (Chica-Urzola, Escobar-Córdoba y Eslava-Schmalbach, 2007; Uribe, Álvarez, Giobellina y Uribe, 2000).

En el estudio de Uribe, Álvarez, Giobellina y Uribe (2000) se comprobó la eficacia de esta escala para predecir positivamente la sospecha de apneas del sueño. En Colombia ya se encuentra validada (ESE-VC) y adaptada para población mayor. Ésta, además de identificar somnolencia severa, también discrimina a los pacientes por la severidad de apnea del sueño y anormalidad de la latencia del sueño (incluso con movimientos oculares rápidos) de forma efectiva (Chica-Urzola, Escobar-Córdoba y Eslava-Schmalbach, 2007). Además se encuentra correlacionada de forma clínica y significativa estadísticamente con la polisomnografía

(Chica-Urzola, Escobar-Córdoba y Eslava-Schmalbach, 2007; Uribe, Álvarez, Giobellina y Uribe, 2000).

Caídas en el adulto mayor.

Una de las principales causas más comunes de hospitalización son las caídas en los adultos mayores, esta es definida como cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad y es un problema frecuente en edades adultas (González, Marín, Pereira, 2001). El adulto mayor tiene la probabilidad de perder el equilibrio cuando se está realizando una actividad como pueden ser el levantarse o sentarse en una cama, de una silla de ruedas o del inodoro, también pueden ocurrir al acostarse o levantarse de la cama, al estirarse o inclinarse para recoger o colocar un objeto (Tideiksaar, 2005).

Las intervenciones para mejorar la fuerza y el equilibrio, dependen del mantenimiento de los programas y el apego del paciente a estos; las caídas y traumatismos se reducen si la persona mantiene un programa de ejercicios en casa. (Carmona, Roldan, Santos, Rodríguez, 2005).

Los factores de riesgo se han clasificado por su naturaleza, pueden ser intrínsecos como lo son los cambios asociados a la edad, procesos patológicos y fármacos o extrínsecos, los cuales se refieren a la presencia de condiciones peligrosas (pisos mojados, camillas sin barandas) y dispositivos defectuosos (timbre o alarma) que están cerca a la camilla o cama y calzado no adecuado, suelos resbaladizos, camas y sillas inadecuadas, escalones altos y estrechos, desniveles en los ascensores, ausencia de pasamanos, objetos tirados en el suelo, iluminación defectuosa (Tideiksaar, 2005). Otros factores que se han identificado son la edad, alteraciones del equilibrio, presencia de dos o más enfermedades crónicas, inactividad física previa, aislamiento, enfermedades neurológicas, los cambios de residencia y entorno. (Carmona, Roldan, Santos, Rodríguez, 2005).

Las caídas, son un problema en los adultos mayores ya que es una de las principales causas de deterioro funcional, lesiones y hasta causantes de la muerte de estas personas. El Ministerio de la Protección Social (2008) a través del observatorio de la calidad en salud ha implementado una política para la seguridad del paciente y la atención segura, la cual tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de eventos adversos y de esta forma contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente y ha implementado paquetes instruccionales para la reflexión, el análisis y desarrollo de estrategias que pretenden minimizar el riesgo de

ocurrencia de eventos que puedan suceder en las caídas de pacientes al interior de los hospitales.

Algunas estrategias para reducir el riesgo de lesiones relacionadas con las caídas, están los ejercicios para mejorar la fuerza y el equilibrio, revisión de medicamentos por un profesional de la salud, con el fin de evitar efectos secundarios como mareos, somnolencias o desorientación, también se recomienda hacer modificaciones en el hogar como lo pueden ser instalar barras para agarrarse, aumentar la luminosidad, instalar barras a ambos lados de las escaleras.

Alteraciones psicológicas.

Muchas personas en la edad adulta experimentan dificultades psicológicas relacionadas directamente con las caídas, ya que pierden confianza en sí mismos, evitan realizar actividades físicas por miedo a caer de nuevo, produciendo aislamiento notable e interfieren en su vida diaria (Sheffer, Schuurmans, Dijik, Hooft, 2008).

El síndrome “post-caída”, es uno de los más importantes, este se caracteriza por el miedo a volver a caer, ya que suponen que habrán cambios en su comportamiento es decir sus actividades diarias y físicas; entre el 9 y el 26% de las personas que han sufrido una caída reconocen que esta ha cambiado su vida, debido a que por el dolor de las contusiones actuaran como un factor limitante de la movilidad, además de eso generaran ansiedad y miedo a presentar una nueva caída. (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007).

Las caídas están asociadas al compromiso funcional de las personas, esto se puede explicar a que su presencia puede ocasionar un deterioro funcional por causa de una lesión, y de esta forma limitar a las personas a realizar sus actividades tratando de evitar nuevas caídas como un síndrome post-caída (Varela, Chávez, Galvez, Méndez, 2005). La relación entre funcionalidad y depresión puede deberse a que esta última al causar desinterés en sus actividades diarias, anhedonia y limitación funcional, previa causando así el estado de depresión (Varela, Chávez, Galvez, Méndez, 2005).

Las caídas pueden ocasionar depresión por el sentimiento de inutilidad y pérdida de recursos y apoyos sociales, haciendo que estas personas pierdan las ganas de moverse, salir y de esta forma creando un círculo vicioso (Gandoy, Lopez, Varela, Lodeiro, Lopez, Millan, 2001).

El tratamiento de las caídas

La geriatría tiene como fin lograr que el envejecimiento de una persona sea más saludable e independiente, el objetivo de la prevención de caídas son conseguir la máxima movilidad del anciano, reducir el riesgo de caídas y su mortalidad (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007)

A nivel de prevención primaria; el personal de salud debe informar sobre la importancia del ejercicio físico, identificando sus beneficios, como lo pueden ser el incrementar la fuerza, reducción de la depresión, mejora el dolor artrosico, reducción de riesgos de diabetes, adicionalmente se debe recomendar el uso de sus lentes, audífonos, uso correcto de los caminadores y sillas de ruedas ya que la marcha y el equilibrio pueden ser un factor predictor de futuras caídas (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007).

En cuanto a la prevención secundaria, su objetivo es el de actuar sobre las causa que las han generado es decir los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las caídas. Por último está la prevención terciaria, en donde orienta el tratamiento al manejo de las complicaciones físicas y psicológicas de la caída, la rehabilitación de la marcha y el equilibrio, así como enseñara a levantarse tras una caída (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007).

Un elemento importante es el ajuste de las actividades, para compensar sus incapacidades, como lo pueden ser: el bastón, el collarín cervical, andadores, etc, también es importante recomendar la rehabilitación con ejercicios con el fin de mejorar el tono muscular, la flexibilidad, la agilidad en las personas mayores, y por último la rehabilitación psicológica para intentar devolver al anciano la confianza en sí mismo tras una caída (Birren y Schaie, 1996; Sanchez ,Fernandez, Alfonso, Milian, 1999).

Para lograr reducir las caídas en el adulto mayor se debe brindar una educación sanitaria sobre el correcto uso de los medicamentos, así como conocer las principales formas de prevención y tratamiento de las caídas en el adulto mayor (ver tabla 9).

Tabla 9

Prevención y tratamiento de las caídas en el anciano. Elementos en la valoración del equilibrio y la marcha

Anormalidad	Diagnóstico posible	Rehabilitación o adaptaciones ambientales.
Dificultad para	Miopatía, artritis, síndrome	Sillas altas y firmes, ejercicios de

levantarse y parkinsoniano postural, falta de fortalecimiento.

sentarse en sillas ejercicios

Desequilibrio Enfermedad degenerativa Ejercicio del cuello, collar cervical, durante el giro y cervical como artritis y almacenamiento adecuado de los la extensión del espondilitis artículos de uso diario en la cocina y cuello habitación

Desequilibrio Síndrome parkinsoniano y otras Entrenamiento del equilibrio, después de enfermedades del SNC ejercicios de la espalda, Ambiente percusión de sin obstáculos, Bastón apropiado y esternón luz de Noche

Marcha. Altura Enfermedad del SNC, dificultad Evaluación sensorial, zapatos de los pies sensorial múltiples(visuales, apropiados(tacón bajo, bien disminuidas vestibulares) y miedo al caer amarrados, no uso de chancletas). Enseñanza de la marcha. Alfombra plana. Piso pulido

Desequilibrio Propiocepción disminuida y Enseñanza de la marcha, zapatos sobre áreas debilidad del tobillo apropiados, bastón apropiado irregulares

Desequilibrio Enfermedad del cerebelo, Ejercicios, ambiente sin obstáculos, mientras gira pérdida del campo visual, déficit enseñanza de la marcha y bastón sensorial múltiple, síndrome apropiado. parkisoniano y hemiparesia

Nota: tomado de Sanchez ,Fernandez, Alfonso, Milian, (1999). *Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención.*98-102.

Afrontamiento

Se ha reconocido que el estrés se da como respuesta a eventos que se perciben como amenazantes, desafiantes o exageradas y que es un aspecto al que todos, sin discriminación, nos debemos enfrentar de una u otra forma; las maneras de hacerlo dependen de la etapa de la vida (de la edad y la madurez que se alcanza con ella), el género, la raza (cultura), el estado civil, el nivel socioeconómico y la educación; además, se sugiere que las fuentes de estrés cambian con el tiempo y por ende, el afrontamiento también lo hace. Además, existen

factores externos como la seguridad, que influyen en la forma de afrontar problemas económicos o situaciones de salud delicadas (Clemente, Tartaglini y Stefani, 2009). La efectividad de los recursos a la hora de hacerle frente al estrés marca la calidad de vida del ser humano, pues las repuestas adaptativas a los cambios y demás situaciones psicosociales influyen notablemente en el desarrollo de una vejez exitosa, y en el desempeño de roles activos substanciales que brindan sentido y satisfacción. Además, se ha señalado también que tanto las situaciones de tipo físico (como enfermedades o discapacidades), psicológico y social que generan estrés, conllevan a una aceleración en el envejecimiento. Es por esto que el afrontamiento, definido como el comportamiento adaptativo que se ejecuta con el fin de reducir o aliviar el estrés, se vuelve un aspecto fundamental (Clemente, Tartaglini y Stefani, 2009; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009; Stefany y Feldberg, 1006).

En 1986, Lázarus y Folkman (citado por Riso, 2009) conceptualizaron el afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos y comportamentales que varían constantemente, ocupándose de manejar las exigencias externas e internas que la persona considera son excesivas de enfrentar con los recursos propios; estas demandas pueden generar un estrés real (situación presente) o anticipado (preocupación por el futuro). Por su parte, Neugarten (1968, citado por Clemente, Tartaglini y Stefani, 2009) expuso que los eventos que resultan normales en la vida pueden producir altos niveles de estrés considerables, cuando se presentan “fuera de tiempo”, o sea, cuando todavía no se tiene la capacidad para manejarlos.

Dentro de los estilos, Lázarus y Folkman (1986, citado por Riso, 2009) también definieron dos tipos de afrontamiento: uno centrado al problema, donde la persona se interesa en buscar información sobre la causa del problema con el fin de darle solución y otro tipo de afrontamiento es centrado a la emoción, el cual suele utilizarse cuando hay baja probabilidad de encontrar solución y consisten en disminuir el nivel de malestar emocional (atención selectiva, minimización, etc.), es decir, manejar el sufrimiento; se encuentran mejor explicados en la tabla 10. Este modelo se conoce como modelo de valoración cognitiva y adopta la idea de que el afrontamiento es un proceso evolutivo que se da sólo cuando la situación es percibida como una demanda excesiva o que sobrepasa los recursos propios para hacerle frente; en este punto se dice que la persona realiza una valoración cognitiva de la situación para ver qué se puede hacer con el fin de adaptarse al estrés; por eso postula que el afrontamiento es dinámico, es decir que el individuo puede escoger entre varias estrategias y decidir cuál es la más apropiada según el caso. La elección y efectividad de la estrategia están influenciadas por los recursos de la persona y las delimitaciones tanto de él/ella como del ambiente, como se muestra en la gráfica 1 (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Shanowitz (2003) menciona otro tipo de afrontamiento basado en el significado, que es empleado para mantener un funcionamiento psicosocial positivo; además ayuda a la persona a entender el problema, reformular objetivos y obtener beneficios en tanto sea posible. Dentro de este último modelo se encuentran estrategias como la religión y los beneficios espirituales, eventos positivos, reevaluación positiva y revisión de objetivos.

Tabla 10

Estrategias de afrontamiento

Nota: Tomado de Ballesteros, Carrasco y Agüilera, 2006, p. 55.

Estrategias dirigidas al problema			
Conductuales		Cognitivas	
Directas	Indirectas	Directas	Indirectas
Intentos de control, Solución de problemas	Evitación, escape, afrontamiento pasivo	Redefinición de la situación, reestructuración	Pensamiento desiderativo, distanciamiento
Estrategias dirigidas a la emoción			
Conductuales		Cognitivas	
Directas	Indirectas	Directas	Indirectas
Búsqueda de apoyo, búsqueda de información	Desplazamiento-distracción, evitación de la información	Expresión emocional	Inhibición emocional, represión, culpabilización

Es importante distinguir entre estrategias de afrontamiento a estilos, es decir, a formas de manejo; estos últimos se refieren a procedimientos característicos en el modo de reaccionar ante el estrés, varían según el individuo (diferencias individuales de rasgo o tipo) sus valores, creencias, metas e ideales. Entre éstos se encuentran el manejo confrontador, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape, evitación, resolución planificada de problemas y revaloración positiva entre otros (Buendía y Mira, 1993; Riso, 2009; Ballesteros, Carrasco y Agüilera, 2006; Shanowitz, 2003).

Un aspecto en el que se parece estar de acuerdo entre la comunidad científica, según Riso (2009), es que la forma de afrontamiento de los adultos mayores es diferente al de los más jóvenes, pues las personas de edad se enfrentan a los problemas utilizando más estrategias de

tipo emocional; sin embargo, la eficacia del afrontamiento depende del repertorio de estrategias y de la capacidad de selección y uso según la situación a solucionar. Por ejemplo, se ha insistido en la conducta proactiva como forma de afrontamiento, caracterizada por la anticipación de las personas respecto a los estresores potenciales con el fin de prepararse para la situación y neutralizar su fuerza. Así, el afrontamiento proactivo pretende mejorar activamente la vida, evitando que sea una “reacción” la que se apodere del momento y permitiendo el control sobre un futuro estresor y sus consecuencias. Dado que muchas veces las posibilidades de solucionar un problema en la adultez mayor son escasas, generalmente cuando se deteriora la calidad de vida, ha aumentado el interés en la prevención de estresores crónicos (Serrani, 2008; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Fernández-Abascal y otros (1997, citado por Riso, 2009) definieron tres dimensiones para especificar las estrategias de afrontamiento: el método empleado que puede ser activo o reforzado, pasivo o inactivo, y evitativo; la focalización que puede ser dirigido al problema, a la emoción y reevaluación del problema; y la actividad movilizadora que consiste en los estilos cognoscitivo y conductual usados.

Se ha concluido que los cambios en el afrontamiento no dependen exactamente del envejecimiento, sino de las situaciones específicas donde las condiciones ambientales y los recursos físicos y mentales se ven afectados, es decir, a las variables ambientales, personales y sociales que determinan el nivel de estrés de las circunstancias. Entre las que generan más estrés en la vejez se encuentran la muerte de un ser querido (conyugue u otro familiar), las enfermedades, el retiro laboral y el aislamiento social (Clemente, Tartagini y Stefani, 2009).

El nivel de estrés de ciertos acontecimientos afecta de forma diferente a hombres y a mujeres. Por ejemplo, las mujeres afrontan mejor el enviudar que los hombres quienes tienen mayores problemas de salud y mayor aislamiento social, incluso con la familia (Clemente, Tartagini y Stefani, 2009; Stefani y Feldberg, 2006). Adicionalmente, se ha encontrado que cuando se tiene un matrimonio estable en la vejez, se tiene mayor satisfacción respecto a la vida y mejor ánimo, mayores recursos económicos y más apoyo social influyen de manera favorable en el proceso de afrontamiento (Clemente, Tartagini y Stefani, 2009, Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Por otro lado, las estrategias usadas por hombres, suelen ser más centradas en el problema, buscando una solución más asertiva y menos emocional, a diferencia de las mujeres que las mujeres acuden más a la modificación de la respuesta emocional o acudiendo al apoyo social (Serrani, 2008; Stefani y Feldberg, 2006). En conclusión, las diferencias entre sexos en cuanto a estrategias de afrontamiento, y que marcan diferencias significativas en la Escala Estilos y Estrategias de Afrontamiento, de Fernández-

Abascal, son 3: la estrategia de control emocional más usada por los hombres, y el apoyo social al problema y la expresión emocional, más usadas por las mujeres quienes tienen un estilo más enfocado en la emoción; en los hombres prima el estilo de actividad conductual (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2000).

Se ha encontrado que los recursos sociales y el afrontamiento proactivo en la discapacidad funcional y la depresión, Serrani (2008) encontró que el afrontamiento proactivo se asocia con una mayor capacidad funcional en hombres, debido a que ven las dificultades como un desafío personal que los lleva a aprovechar al máximo los recursos, incluyendo los sociales, permitiendo aumentar la eficacia de afrontamiento preventivo. Estos recursos sociales están asociados de forma directa al afrontamiento proactivo en ambos sexos. Aunque este factor en las mujeres suele restarle importancia al uso cotidiano de las estrategias proactivas y llevarlas a un segundo plano, no altera sus habilidades funcionales. Finalmente, se encontró que el afrontamiento proactivo media la relación entre los recursos sociales, la discapacidad funcional y la depresión especialmente en hombres; además sirve como evidencia de que cuanto más se utilizan estrategias de afrontamiento proactivas, mayor es el número y la disponibilidad de recursos sociales.

Según el estudio de Clemente, Tartagini y Stefani (2009), los cambios en el modo de vivir resultan en una situación que genera mayor estrés en los adultos mayores que viven en hogares geriátricos a diferencia de los que viven en hogar propio quienes son más afectados por los problemas laborales o financieros y las experiencias traumáticas (problemas de salud, muerte de un ser querido y/o operaciones). También analizaron los estilos de afrontamiento centrados en la evaluación (análisis lógico, redefinición cognitiva y evitación cognitiva), en el problema (requerimiento de información, ejecución de acciones y desarrollo de gratificaciones) y en la emoción (control afectivo, aceptación con resignación y descarga emocional), donde encontraron que las personas mayores que viven en el hogar tienen un tipo de afrontamiento activo más adaptativo para solucionar problemas. Los resultados concluyeron que el contexto habitacional del adulto mayor es un factor determinante del estrés psicosocial que influye en las estrategias de afrontamiento a las que pueden acudir.

Hasta ahora se ha revisado la importancia de los factores sociales y ambientales, y algunos otros de tipo personal, junto con las estrategias enfocadas en el problema y en la emoción tocándose muy poco las estrategias basadas en el significado orientada que tan solo se mencionaron y según Shanowitz, (2003), estos recursos a la hora de afrontar los sucesos estresantes funcionan como predictores e incrementan el funcionamiento psicosocial positivo. En este punto resulta importante ampliar algunos aspectos que actualmente deben tenerse en

cuenta al analizar el manejo del estrés y que han sido el foco de algunos investigadores, como la religiosidad y espiritualidad. Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) explican que la importancia de estas estrategias radica dar un fin significativo a los tiempos difíciles (propósito, confort emocional, control personal, entre otros) por medio del perdón, la confesión, el apoyo espiritual, la conversión y el locus de control externo. Koenig, Pargament y Nielsen (1998) realizaron un estudio en el que se relacionaron los comportamientos de afrontamiento religioso (RC – religious coping) con el estado de salud en adultos mayores hospitalizados en comparación con un grupo control (que no usaba este tipo de afrontamiento) en las mismas condiciones. En total la muestra fue de 577 personas. Entre los datos que se encontraron se recolectaron 21 tipos de estrategias de afrontamiento religioso donde 16 estaban relacionados con un crecimiento espiritual y los otros 15 con cooperación y apoyo social y eclesiástico, a diferencia del otro grupo en el que se encontraron 11 tipos de estrategias; finalmente los resultados arrojaron que, aunque estos últimos se relacionaron muy bien con la salud mental de los sujetos, los comportamientos de RC que también lo hicieron resultan ser igual o más efectivos.

Por otra parte, el mismo Koenig (1998), examinó la prevalencia de las creencias y prácticas religiosas de 542 adultos mayores hospitalizados en relación con características sociales, psicológicas y de salud, así que se tuvieron en cuenta no solo el afrontamiento religioso, sino también asistencia a actividades públicas y privadas de la iglesia, afiliación y asistencia religiosa y la religiosidad intrínseca. Finalmente encontraron que más de la mitad asistía a servicios religiosos, casi un 60% oraba y estudiaba la Biblia diariamente y más del 85% tenía actitudes religiosas; entre estos porcentajes, el 40% de la muestra consideraba a Dios y a su fe el factor más importante a la hora de soportar y enfrentar la situación.

Gall, Charbonneau, Clarke, Grant, Joseph y Shouldice (2005) proponen el uso de un modelo transaccional del estrés y el afrontamiento para aproximarse, organizar y entender lo que hasta ahora se ha abordado sobre la espiritualidad, el afrontamiento y la salud con el fin de realizar un marco conceptual al respecto visto como un constructo multidimensional donde la espiritualidad puede influir en el nivel de estrés que produce cierta situación y el proceso de afrontamiento, como se observa en la figura 2.

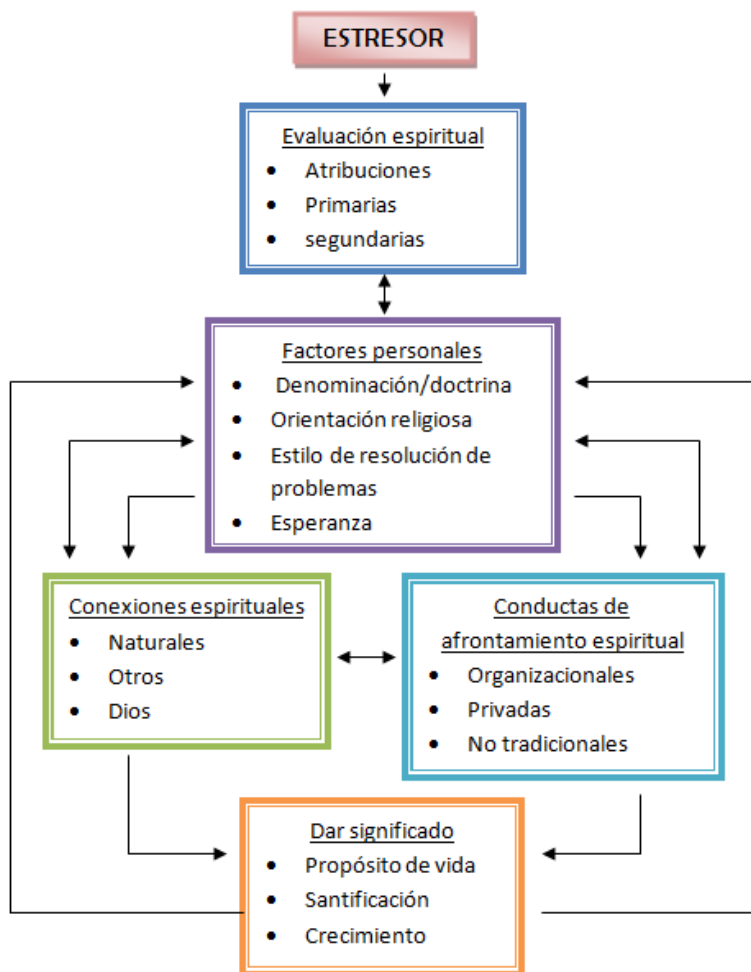


Figura 2. Marco del afrontamiento espiritual. Adaptado de Gall, Charbonneau, Clarke, Grant, Joseph y Shouldice (2005), *Psychology Canadian*, 46, p. 89.

Así “aspectos personales (e. j., creencias), apreciaciones primarias y secundarias (e. j., atribuciones de Dios), conductas de afrontamiento (e. j., orar), recursos de afrontamiento (e. j., conexión con la naturaleza), y construcción del significado (e. j., reevaluación espiritual)” (p. 90) resultan trascendentales en la percepción y manejo del problema.

Estos autores definen los componentes del afrontamiento espiritual. La primera categoría concierne a las apreciaciones espirituales, es decir a las atribuciones causales positivas que realiza la persona y que dan sentido a los problemas, como el propósito o la voluntad de Dios, el crecimiento personal y espiritual, y en la transformación hacia un mejor ser (santificación, ser más parecidos a Dios); este puede también ser negativo (cuando la atribución se hace a la maldad o al diablo) donde se produce ansiedad y angustia, o positivo (cuando se refiere a Dios, a su divinidad y a su poder). Otros son los factores personales como la doctrina y

denominación religiosa ya que entre religiones hay diversas posiciones del hombre en relación con Dios (posición de hijo, de adoptado, de pueblo, de enviado, de escogido, etc.). También se encuentra orientación religiosa que puede ser intrínseca, guiada por la fe individual, la esperanza y el amor por otros (resulta más eficaz en el proceso de afrontamiento) o extrínseca donde la persona es movida por la culpa, la ansiedad o la presión externa. La resolución espiritual de problemas o estilos de afrontamiento hace referencia a la predisposición de la persona a responder de cierta forma a los estresores, que puede ser de 4 formas: un estilo auto-dirigido, cuando se afronta de manera independiente de Dios, otro estilo de aplazamiento que involucra un papel pasivo y se da cuando solo se espera que Dios resuelva la situación (reduce el sentido de competencia de afrontamiento), un estilo participativo de Dios en el que se es activo pero contando siempre con Dios en el empoderamiento de la situación, y un estilo de renuncia en el que se toma la decisión de darle el control a Dios dejando para sí una sensación de alivio, comodidad y sentido de seguridad en su poder. Tanto este último estilo como el de aplazamiento resultan buenas estrategias a la hora de afrontar enfermedades, especialmente cuando son terminales.

Por su parte, la conducta de afrontamiento espiritual como categoría es un constructo multidimensional que implican cualquier tipo de participación religiosa (eventos organizacionales o formales – de carácter público y organizadas por instituciones eclesiásticas –, privadas o informales, y no tradicionales) y pueden servir o ayudar como estrategias enfocadas al problema (ofrendas o eventos en una crisis financiera) o a la emoción (apoyo social). El caso único de la oración es especialmente importante ya que, como una expresión de relación con lo divino que se encuentra en la mayoría de religiones, es muy eficaz en las crisis y funciona como factor protector de éstas, además de ser una respuesta frecuente en este tipo de afrontamiento (es una conducta de afrontamiento positiva y puede ser usada junto con otras estrategias). Además, un aspecto a tener en cuenta son las conexiones espirituales, es decir las relaciones que se mantienen con la naturaleza (sinónimo de vida como símbolo sagrado), con los otros (relaciones sociales) y con Dios. Todo esto, enmarcado en el firme propósito de darle sentido al hecho de tener que atravesar esta situación.

En cuanto a las escalas de medición de afrontamiento, los más usados son el cuestionario Modos de afrontamiento (Ways of Coping Strategy – WCI, de Lazarus y Folkman), el COPE (de Carver, Scheier y Weintraub) y el Indicador de Estrategias de Afrontamiento (The Coping Strategy Indicators – CSI, de Amirkhan) (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

En cuanto a los instrumentos más usados en población mayor se identificó que Stefani y Feldberg (2006) aplicaron el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Ways of Coping Checklist WCCL) de Lazarus y Folkman, eralizado en 1986 en versión reducida a 36 ítems de respuesta tipo Likert (de 0: utilizada, a 3: muy utilizada) mediante un análisis factorial realizado por sus autores junto con Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen en el mismo año; su traducción al castellano se publicó en 1986 por la Editorial Martínez Roca. Las dimensiones de afrontamiento que incluyeron centrados en la evaluación fueron el análisis lógico, redefinición cognitiva y evitación cognitiva); las estrategias centradas en el problema fueron requerimiento de información, ejecución de acciones y desarrollo de gratificaciones; y las centradas en la emoción fueron control afectivo, aceptación con resignación y descarga emocional (los mismos citados por Clemente, Tartagini y Stefani, 2009, en su estudio), en problemas familiares, problemas intrapersonales (toma de decisiones importantes y problemas de salud), cambios en el estilo de vida, estatus socioeconómico (problemas de trabajo o económicos), problemas ajenos y experiencias traumáticas (accidentes, enfermedades graves o muerte de personas cercanas). Finalmente encontraron que quienes viven en su domicilio hacen uso de más estrategias de afrontamiento que quienes viven en residencias geriátricas, debido a la independencia funcional y su percepción de control activo sobre los acontecimientos cotidianos. El tener que ajustarse a normas fijas conlleva a que quienes los adultos mayores internados adopten un comportamiento pasivo y de resignación a la hora de enfrentar situaciones estresantes. Sin embargo, todos los participantes mostraron una preservación de su círculo social y el contacto externo.

Por otro lado, González-Velis y Padilla (2006) realizaron un estudio para describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y las enfermedades en 194 adultos mayores. El instrumento usado para indagar sobre el afrontamiento fue el Cuestionario de Afrontamiento de Font, 1990, estandarizado y traducido al español mexicano por medio de un proceso con jueces expertos en trabajo con adultos mayores. Éste cuenta con 16 ítems de respuesta tipo Likert (3: siempre, 2: muy seguido, 1: moderadamente y 0: nunca) donde cada reactivo corresponde a una estrategia de afrontamiento: del 1 al 8 miden las estrategias orientadas a la evaluación, del 9 al 18 al problema, y de 19 al 25 a la emoción. Finalmente encontraron que la principal causa de estrés son los problemas de tipo familiar, y que el estilo de afrontamiento más usado es el que anteriormente se describió como basado en el significado (aunque estos autores los enmarcan en los estilos centrados en el problema) en cuatro factores: activo, confrontativo, de reapreciación positiva y evitativo.

Fernández-Abascal diseñó la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento en 1997, la cual consta de 72 reactivos para evaluar 18 tipos de estrategias utilizando el estilo Likert entre 0 (nunca) y 3 (siempre). Las estrategias que se integran en esta prueba son reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa, según el método (activo, pasivo o evitativo), la focalización (al problema, a la emoción o a la respuesta) y la actividad (cognitiva o conductual) (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2000).

En cuanto a la medición del afrontamiento en Colombia, se validó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de Charot y Sandín, en una muestra de 893 participantes (entre 16 y 59 años: 399 mujeres y 494 hombres). Originalmente está compuesta por catorce escalas: búsqueda de alternativa, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, religión, refrenar el afrontamiento y espera, que dieron lugar a 98 ítems con opciones de respuesta, también tipo Likert de 1 (nunca) a 6 (siempre); esta escala es bastante usada en el campo investigativo y clínico. En el proceso se extrajeron las escalas de control emocional, conformismo, evitación comportamental, refrenar el afrontamiento y expresión emocional abierta; así la lista de ítems se redujo a 69 y se reagruparon algunas estrategias con diferente denominación: solución de problemas expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. En definitiva, la escala validada quedó compuesta por 12 escalas con las cuales se mide afrontamiento (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

Adherencia al tratamiento

Actualmente el incumplimiento de los tratamientos médicos tiene una gran importancia debido a que la falla en estos ocasiona una serie de conductas de riesgo y problemas de salud, cuando la persona pone en práctica las recomendaciones indicadas la cual no siempre es realizada. Por lo tanto es importante tener en cuenta algunos aspectos para obtener una mejoría en los pacientes, por esto la importancia de la adherencia al tratamiento para que este se realice de forma adecuada y finalmente alcance la mejoría que se espera. (Libertad, Abalo, 2004).

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como, el contexto en el cual el comportamiento de la persona coinciden con las recomendaciones relacionadas con la salud, incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se le indican y por último complementar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. (Peralta, Pruneda, 2008). Según la OMS (2004), la adherencia al tratamiento se define como “el grado en el que el paciente sigue las instrucciones medicas”.

Por otro lado encontramos que la adherencia al tratamiento está definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas (Silva, Galeano, Correa, 2005). Al cumplir con estos requisitos podrán lograr un mejor control de la enfermedad y de este modo incrementar su calidad de vida.

Se ha encontrado que la adherencia al tratamiento se conoce como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y que los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas: (a) relación médico-paciente, (b) el paciente y su entorno, (c) la enfermedad; y, (d) la terapéutica (Silva, Galeano, Correa, 2005). Estas áreas incluye la motivación que existe en el enfermo y la buena relación con el médico tratante, tener una buena comunicación y confianza en la obtención de un beneficio, ya que esta hace que los pacientes puedan iniciar y mantener un tratamiento; con respecto al factor ambiental hace referencia a las creencias que tiene el paciente, a su entorno emocional, afectivo y su rol en la sociedad y el apoyo que recibe de su familia; se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento, por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo (Silva, Galeano, Correa, 2005).

La adherencia al tratamiento, inicia en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, y el paciente la percibe como un evento estresante, un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, en función de esto el paciente adopta un rol de enfermo. (Libertad, Abalo, 2004). Como estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos, se han encontrado que estas dependen del tipo de tratamiento, de la enfermedad y el paciente; la intervenciones deben ser multidimensionales, y necesitan de recordatorios para que sean efectivos, estas estarán dirigidas a realizar una prescripción razonada es decir, tener un diagnóstico preciso, se le debe informar al paciente sobre su enfermedad y de la necesidad o

no del tratamiento farmacológico, informarle sobre los objetivos y beneficios de seguir una pauta terapéutica, mejorar la interacción entre el cuidador y el paciente (Palop, Martínez, 2004).

La falta de adherencia obstaculiza la adopción del rol de enfermo que necesariamente tiene que asumir el paciente, ya sea con un padecimiento crónico u enfermedad ; la aceptación de estar enfermo y sus consecuencias de asumir este papel y sus respectivos deberes entre ellos el cumplimiento al tratamiento son aspectos psicológicos muy importantes para el ajusta de la enfermedad; la adherencia terapéutica es un contenido del rol del enfermo que se debe adoptar después de que la persona asimila su condición de enfermo (Libertad, 2006).

Proceso de Duelo en la Persona Mayor.

El duelo no es un trastorno mental, es un proceso doloroso e inesperado que se da en respuesta a la muerte de un ser querido o a una pérdida significativa. También se ha definido como el estado psicológico de aflicción extrema, que se presenta por la pérdida o muerte de un ser querido y que puede manifestarse con síntomas emocionales, cognitivos y conductuales (Flórez, 2002).

Rubio, considera el duelo y los procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales (cognoscitivas y emocionales) y conductas vinculadas con una pérdida afectiva significativa. Es decir, el proceso de duelo se puede aplicar a todas las experiencias psicológicas y/o psicosociales que aparecen frente a cualquier tipo de pérdida. Por ejemplo el duelo, puede ser la respuesta emocional a la pérdida de un rol social, a la pérdida del estado de salud física o mental, a la separación de los hijos en la edad adulta (nido vacío), (Rubio, SF); como lo describe Grinberg (1980) vivir implica pasar por una sucesión de duelos.

La vejez, constituye una de las etapas que se caracteriza por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas; por ejemplo, una de estas pérdidas es la del conyugue, dando lugar a la presencia de un duelo por viudez. En la persona mayor este duelo puede conllevar a la manifestación de otras características como, el incremento de la soledad, la necesidad de contar con figuras de apoyo o pasar a depender de éstas y la sensación de desamparo (Gamo y Pazos, 2009).

Según Bourgeois (1996), el duelo es el proceso que se da al enfrentar “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida, que denomina trabajo o elaboración del duelo”.

La perspectiva psicológica comprende los sentimientos de las personas frente a su propio deceso y a la muerte de quienes están cerca. Para que este proceso no cause o genere un malestar significativo en la vida de la persona, es importante que se entienda y acepte la muerte como parte inherente a la existencia humana.

Como se ha dicho anteriormente los duelos no se pueden evitar, por tanto a la hora de enfrentarse a esta situación, desde un punto de vista subjetivo, la atención se debe focalizar en las formas de reacción ante la pérdida, dichas reacciones varían entre una persona y otra.

Desde el punto de vista psicológico, cabe resaltar que la no elaboración de un duelo durante la vida, se convierte en un factor de riesgo para la presencia dificultades con otros duelos posteriores. Es decir que un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados pueden cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología (depresión, ansiedad, somatizaciones, etc), o puede con llevar a una recaída del individuo en su psicopatología de base o ya existente (distímias o trastornos de personalidad) (Flórez, 2002; Rubio, 1994).

Perspectiva social y etológico-antropológica. Se relaciona con los rituales funerarios y de duelo; el realizar una elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno y hace parte de la adaptación del individuo al entorno, de ahí la importancia del luto y los ritos que lo acompañan.

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función:

1. Permitir la expresión al nivel de la sociedad de los procesos de pérdida;
2. Tender a ayudar psico-social en el proceso psicológico del duelo (de ahí de la importancia de los ritos como los funerales); y
3. Facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, y preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales. (Flórez, 2002; Rubio, 1994).

Desde la perspectiva biológica el duelo se considera como una respuesta fisiológica y emocional. Durante la fase aguda del duelo, se puede presentar una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales (Flórez, 2002; Rubio, 1994).

Manifestaciones del Duelo. Como se mencionó anteriormente el duelo no constituye un único sentimiento, por el contrario es la manifestación de un conjunto de sentimientos que

necesitan de un periodo de tiempo para ser superados, Wonder (1997) propone una serie de sentimientos, conductas, pensamientos y sensaciones físicas que son normales ante la pérdida de un ser querido especificados en la tabla 4.

Tabla 10

Aspectos normales del duelo

Sentimientos	Sensaciones Físicas	Conductas	Pensamientos
Tristeza	Opresión en el pecho	Soñar con el fallecido.	Incredulidad.
Enfado	Opresión en la garganta	Evitar recordatorios del fallecido.	Confusión.
Culpa y autorreproches	Hipersensibilidad al ruido	Suspirar.	Preocupación.
Bloqueo	Falta de aire	Llorar.	Alucinaciones breves y fugaces.
Ansiedad	Debilidad muscular	Atesorar objetos que pertenecían a la persona fallecida.	Sentido de presencia.
Soledad	Falta de energía	Buscar y llamar en voz alta.	
Fatiga	Sequedad de boca		
Impotencia	Vacío en el estómago		
Anhelo	Sensación de despersonalización		
Emancipación			
Alivio			
Insensibilidad			
Confusión			

Nota: López, C. Galea, T. y Campos, R. (2010). *Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud.España*

Fases del Duelo. El duelo es un proceso que se vivencia por etapas. Los diversos autores que abordan este tópico no han llegado a un consenso de las etapas que lo componen, pues cada uno describe una serie de fases como:

1. Lindeman (1944): a) conmoción e incredulidad, b) duelo agudo, c) resolución;
2. Parkes y Bowlby (1974): a) fase de aturdimiento, b) fase de anhelo y búsqueda, c) fase de desorganización y desesperación, d) fase de reorganización;
3. Rondo (1984): a) fase de evitación, b) fase de confrontación, c) fase de restablecimiento; y

4. Engel (1964): a) conmoción e incredulidad, b) desarrollo de la conciencia de pérdida, c) restitución, d) resolución de la pérdida, e) Idealización, f) resolución.
- López, Galea y Campos (2010), hacen hincapié en la descripción de las etapas de duelo que hace Gómez Sancho (1998) ya que engloba las clasificaciones mencionadas anteriormente. Él plantea que el desarrollo clínico del duelo atraviesa siempre la misma trayectoria compuesta por tres grandes etapas que son: El comienzo: que se caracteriza por un choque inicial. En algunos casos puede provocar vértigos, náuseas y otras alteraciones neurofisiológicas como temblor o alguna irregularidad del ritmo cardíaco. El estado de choque desencadenado es más fuerte en los casos de muerte súbita y más moderada si la muerte era más esperada. Esta fase suele ser de corta duración.
 - El núcleo: esta fase se refiere a aquellas situaciones en que el rechazo es mantenido, por ejemplo la persona no expresa sentimientos de tristeza/aflicción o busca un elemento que sustituya a la pérdida, es por ello que la persona no se encuentra con las condiciones necesarias para realizar el proceso de duelo y por el contrario la indisponen a través de la depresión.
 - Fase de terminación: En esta fase no es conveniente tomar decisiones importantes, debido a que la persona aun se encuentra vulnerable.

Por otro lado, Zamorano (2005) propone 4 fases y describe las experiencias y emociones que se viven en cada una de ellas,

- Shock inicial: Se experimenta un embotamiento, incredulidad, alivio.
- Aflicción aguda : Tristeza, ira, culpa, sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad, remordimiento, insomnio, aislamiento social, alucinaciones visuales y auditivas transitorias de la persona muerta, inquietud, conducta de búsqueda
- Desesperanza: Pérdida de sentido y dirección en la vida
- Reorganización: Desarrollo de nuevas relaciones o intereses.

Tipos de Duelo. Existen diferentes tipos de duelo. Estos se exponen a continuación.

Duelo anticipado. Este término fue usado en un principio por Lindeman (1994), indicándose así, las fases que anteceden al duelo y que permiten el desapego emotivo, antes que se de la muerte. Este duelo es vivido por los enfermos y sus familiares, sobre todo en el caso de enfermedades en fase terminal.

El duelo anticipatorio ha sido definido también por Bejarano y Jaramillo (1992), como un fenómeno multidimensional en el que intervienen procesos como lo son el interactuar,

afrontar, planear, elaborar el duelo y organizarse psicosocialmente; cada una de estas acciones se generan a medida que se toma conciencia de la pérdida inminente (muerte) de un ser querido y del reconocimiento de otras pérdidas en el pasado, el presente y el futuro (Ospina, 1989). Estas acciones, de alguna manera permiten, integrar la realidad de la pérdida gradualmente, resolver asuntos inacabados con el desahuciado, comenzar a cambiar esquemas sobre la vida y la propia identidad y hacer planes de futuro (López, Gálea y Campos, 2010).

Duelo retardado, inhibido o negado. Se presenta en las personas que en las fases iniciales del duelo, parecen mantener el control de la situación sin manifestar signos de sufrimiento.

Este duelo es potencialmente patogénico ya que la expresión es inhibida o evitada, porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. En esta fases, básicamente lo que se da es una negación del fallecimiento, manteniendo la esperanza infundada de retorno del difunto, esto puede llevar a que la persona atraviese por cuadro de ansiedad y deteniéndose el proceso de duelo en la primera fase (López, Gálea y Campos, 2010; Zamorano, 2005).

Duelo crónico. El duelo no evoluciona hacia su resolución y es como si el familiar que lo experimenta, mantuviera a su ser querido vivo a través de su dolor. Se da un anhelo intenso, que normalmente está asociado a una relación de gran dependencia del fallecido.

Duelo complicado. Es frecuente sobretodo en el niño y en el anciano. Incrementa los procesos de interiorización, culpabilidad, favorece la somatización y bloquea el trabajo del duelo durante un tiempo más o menos prolongado. La sintomatología depresiva persiste más allá de los 6-12 meses y el duelo se detiene en la segunda fase. No hay consenso diagnóstico en lo que se refiere al “duelo complicado” y por lo tanto no está incluido en clasificación del DSM-IV-TR, sin embargo un proceso de duelo que no llegue a su resolución normal hace parte de los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

Cabe resaltar que también existe el proceso de duelo normal, en el que no se hace necesaria la intervención profesional debido a que las personas cuentan con los recursos suficientes para adaptarse y superar la pérdida de manera satisfactoria.

Algunos comportamientos en la persona que está en proceso de duelo permiten diferenciar si es patológico o normal, éstos se explican en la tabla 5.

Tabla 11

Diferencias entre duelo normal y patológico

Duelo Normal

- La pena se expresa normalmente.
- Tiene una duración limitada en el Tiempo.
- Pasados los primeros días, el doliente realiza las actividades de la vida cotidiana con “normalidad” aunque con ánimo apático y ansiedad.

Duelo Patológico

- No se expresa en absoluto la pena (duelo reprimido).
- Se expresa la pena con la misma intensidad durante un largo período de tiempo (duelo crónico).
- Se muestra incapacidad para desvincularse del fallecido. Se expresa mediante culpa excesiva o auto-reproches.
- Incapacidad de recomenzar la vida en un nuevo marco en el que no está el fallecido.
- Cualquier alteración mental diagnosticada a partir de los seis meses del fallecimiento debe ser explorada por su posible conexión con la pérdida (fundamentalmente depresión, trastornos de ansiedad, adicciones,...).

Nota: López, C. Galea, T. y Campos, R, 2010, *Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud.España.*

Diagnostico Diferencial. El Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR, no ha establecido unos criterios que permitan diagnosticar el duelo patológico, sin embargo reconoce la necesidad de abordar este problema como una necesidad clínica cuando la persona presenta una reacción desfavorable frente a la muerte de un ser querido.

Algunas personas afligidas por la pérdida pueden presentar síntomas características de un episodio depresivo mayor, por ejemplo síntomas de tristeza, síntomas asociados al insomnio, anorexia.

Con el propósito de realizar un diagnostico diferencial, el DSM-IV-TR plantea ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal y que permiten establecer la diferencia, estos síntomas son:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida;

2. Los pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida;
3. La preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad;
4. El enlentecimiento psicomotor acusado;
5. El deterioro funcional acusado y prolongado; y
6. Las experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Intervención. Se debe tener en cuenta que debido a que no todas las pérdidas pueden generar crisis en la persona, la intervención solo se hará necesaria en dos casos: 1. Las pérdidas que por sus características y el contexto en el que se presentan, generan una crisis que impide realizar el proceso de duelo adecuadamente, 2. Duelos crónicos o incompletos.

En la primera situación, donde se presenta una crisis por la pérdida Rolland (1990), recomienda realizar un duelo anticipado, Lindeman (1994), propone 3 fases para desarrollar esta intervención:

1. Abordar con los familiares la pérdida: Esta fase se relaciona con lo que plantea Zamorano (2005), al decir que antes de la muerte se debe establecer una relación de ayuda, confianza y empatía con la familia, detectar las dificultades o problemas más significativos, los temores y los factores de riesgo de duelo complicado del “cuidador” o de la familia, brindar apoyo o una asesoría que faciliten la organización, adaptación y aceptación del futuro próximo y favorecer la colaboración y la comunicación posterior al evento;
2. Con el paciente se aborda la pérdida de sus familiares; y
3. Afrontar con el paciente la muerte: En esta fase el objetivo principal es recapitular la vida de la persona, transmitiéndole que realizó buenas cosas en la vida, finalizar asuntos inconclusos o que causen molestia o preocupación en la persona, facilitar el diálogo y la expresión de emociones tanto en familiares como en la persona que fallecerá para que de esta manera acepten la separación y la situación de una manera más favorable.

En el duelo crónico o incompleto, la intervención estaría guiada por el objetivo de favorecer la realización completa del proceso de duelo.

Para retomar el duelo, con el fin que se termine el proceso, se pueden seguir los siguientes pasos: Redefinir el problema relacionado con la pérdida no elaborada, indagar como se ha organizado la familia luego de la pérdida y detectar posibles disfunciones y

finalmente se debe facilitar la expresión de emociones frente a la pérdida, este proceso se puede realizar por medio del recuerdo.

Una vez se han realizado estos pasos se debe proceder al uso de tareas y rituales como por ejemplo escribir una carta para la persona que falleció despidiéndose y manifestándole todo aquello que se quiera decir.

Como se mencionó anteriormente cuando no se da de la manera adecuada la elaboración de la pérdida se hace necesario redefinir el problema, este proceso se puede hacer mediante el uso de la terapia de resolución de problemas propuesta por D' Zurilla (1986); esto se explica en la tabla 6.

Tabla 12

Aspectos que se abordan en cada sesión.

Sesión	Contenido
1	Estructuración inicial
2	Orientación hacia el problema
3-4	Uso y control de las emociones en la Solución de Problemas
5-6	Definición y formulación del problema
7-8	Generación de soluciones alternativas
9-10	Toma de decisiones
11-12	Ejecución y verificación de la solución
13-14-15	Mantenimiento y generalización

En los pacientes con cuidados paliativos el proceso de duelo toma un papel importante debido a que la enfermedad ha sido diagnosticada como de alto riesgo y presenta un mal pronóstico y se tienen altas probabilidades de enfrentarse a la muerte.

El realizar intervención con los familiares del paciente juega un papel importante, ya que culturalmente la familia constituye un eje fundamental y dirige en gran medida la manera como se experimente la crisis que constituye el mal pronóstico de salud de la persona. Es por ello que uno de los objetivos que se debe tener en la intervención familiar es ampliar los canales de comunicación y facilitar un clima afectivo en el que se pueda compartir e intercambiar información al interior de la familia y con el paciente, de tal manera que el

afrontamiento de la situación sea más eficaz.(Fonnegra, 1992; Ospina, 2002, citados por Rodríguez, et al., 2004).

Worden (1997), plantea que la intervención en el manejo de duelo con la familia se debe basar en cuatro áreas:

1. *Aceptación de la realidad de la pérdida*: en los casos del duelo anticipado, la intervención estará enfocada a facilitar en la persona el reconocimiento de la posibilidad de la muerte, pero conservando la esperanza de una cura o procurando disfrutar de una buena calidad de vida hasta el final;
2. *Experimentar el dolor*: Se centra en la expresión de emociones, por tanto implica la aceptación y reconocimiento de los sentimientos que se generan ante la pérdida como lo son la tristeza, el miedo y la impotencia;
3. *Adaptarse al nuevo ambiente sin el ser querido* significa que la persona logre continuar con la vida sin su presencia; y
4. *Reinvertir la energía emotiva en nuevas relaciones afectivas*, (Worden, 1997 citado por Rodríguez, Ruiz y Restrepo, 2004).

Es importante resaltar que el duelo anticipado facilita el proceso y la asimilación de la pérdida antes de que ocurra la muerte, en este proceso se brinda la oportunidad para que se resuelvan los posibles conflictos que se puedan estar presentando entre el paciente y sus familiares, se facilita el espacio para que se puedan despedir proporcionando al paciente mayor tranquilidad y bienestar y a su vez en los familiares la asimilación de la pérdida de una manera menos traumática, (Kübler-Ross, 1975 citado por Rodríguez, et al., 2004).

Metodología

Participantes-Sujetos

Debido a que el estudio es de desarrollo tecnológico y la presente tesis corresponde a la primera fase que es el diseño de la guía de atención psicológica para personas mayores hospitalizadas, no se contará con participantes y será una revisión de información teórica y empírica.

Instrumentos-Recursos

La recolección de la información para la construcción de la guía de atención, se hará por medio de una revisión teórica y empírica de artículos, libros, y documentos.

Procedimiento

- 1: Revisar información sobre adulto mayor hospitalizado
- 2: Buscar información sobre guías de atención psicosocial hospitalaria existentes a nivel mundial, nacional y en la ciudad de Bogotá.
- 3: Revisar los lineamientos del AGREE, para la construcción de la guía
- 4: Revisar lo que indica la APA, sobre la construcción de guías y normas éticas de investigación.
- 5: Definir los temas que debe incluir la guía de atención psicosocial al adulto mayor hospitalizado, desde la literatura.
6. Elaborar guía de atención psicosocial al adulto mayor hospitalizado

Resultados

Se obtiene como resultado el diseño de la guía de atención psicosocial para personas mayores hospitalizadas con lineamientos estipulados en función de la población hacia la cual va dirigida la guía.

Discusión

Al conocer que en Colombia no existe ningún tipo de guía psicosocial dirigida a la atención de la persona mayor hospitalizada y teniendo en cuenta que esta población cada día más ocupa un porcentaje significativo a nivel mundial y nacional, generando de esta manera un impacto en la estructura de salud, se hace pertinente y relevante la creación de la guía para así brindar una atención óptima y de calidad a la persona mayor hospitalizada de una manera digna, respetuosa y con el objetivo de generar una evaluación e intervención durante la estancia hospitalaria que responda a las necesidades psicológicas del paciente y que a su vez contribuya a la recuperación de las dolencias físicas por las cuales se encuentra hospitalizado.

Conclusiones

- La población de personas mayores cubren un alto porcentaje de la población colombiana y requieren de una atención especializada.
- Durante la estancia hospitalaria es vital el apoyo y la atención psicológica a la persona mayor hospitalizada, debido a que algunos desordenes psicológicos se encuentran estrechamente relacionados con las enfermedades físicas y al contribuir al bienestar

mental del paciente se estará brindando una atención integral y se obtendrán mejores resultados en la recuperación.

- La guía de atención psicosocial a la persona mayor hospitalizada incluye los desordenes psicológicos y las problemáticas más frecuentes en esta población y que lineamientos se deben seguir al momento de realizar la evaluación e intervención psicológica teniendo en cuenta las características que identifican a la persona mayor.

Recomendaciones

Se recomienda realizar una prueba piloto con población adulta mayor hospitalizada antes de implementar la guía de atención psicosocial, como instrumento de trabajo en una institución de salud. Adicionalmente se sugiere realizar una adaptación de la guía en cada institución donde vaya a ser usada de acuerdo a sus necesidades propias.

Referencias

Adams, R., Parsons, O. Culbertson, J. y Nixon, S. (1996). *Neuropsychology for clinical practice: etiology, assesment and treatmenr of common neurological disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

AGREE Collaboration (2001). Evaluación de Guía de Prácticas Clínicas: versión en español. AGREE.

Agudelo, D., Casal, G., Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Revista de salud mental*. 30 (2). 33-41.

Agudelo, D. Lucumí, L. y Santamaría, Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 59-83.

Alexopoulos,G. Katz,I. Reynolds, C. Ross, R. (2001). The Expert Consensus Guideline Series: Depression in older adults: A guide for patients and families.

Alberca, R. y López-Pousa (2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 3ª edición. Médica Panamericana: Madrid.

Alvarado, M., Álvarez, R., Angulo, J., Clark, S., García, V., Garita, C., López, A., Moya, R., Muñoz, P., y Obando, Y. (2007). *Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos*. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Álvarez-Manzaneda, E. (2008). Avances en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de narcolepsia-cataplejía. *Clinical Journal of Health*, 2, 5-12.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson.

American Psychological Association (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, (29) 5, 413-427.

American Psychological Association (2003). *Guidelines for psychological practice with older adults*. Tomado el día 20 de Julio de 2011 de <http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf>

American Psychological Association. (2011). Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.aspx>

Ancoli-Israel, S. y Ayalon, L. (2006). Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 95-103. 106

- Brañas, B y Serra, S (2002). Orientacion y tratamiento del anciano con demencia. *Informacion terapéutica del sistema de salud*. Vol. 26–N. o 3- . Tomado de <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200203-01.pdf>
- Caballero, J. y Remolar, M. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Mult Gerontológica* 10, 177-188. Recuperado de http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_3/g-10-3-006.pdf.
- Caballo, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: siglo veintiuno.
- Caballo, V. y Vilchez, P. (2000). El tratamiento de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología conductual*, 8 (2). 173-215.
- Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, (9) 2, 257-270.
- Cárdenas, A. & López, L. (2010). Analysis matrix of resilience in the face of disability, old age and poverty. *International journal of disability, development and education*, 57 (2), 175-189. doi: 10.1080/10349121003750760.
- Carmona, B., Rolda, V., Santos, S., Rodríguez, A., (2005). Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Revista médica del Instituto Mexicano del seguro social MSS*, (43) 5.
- Carnero, C. (2006). La detección y diagnóstico de demencia en las consultas generales. En: Alberca, R. y López-Pousa, S. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (51-69). Madrid: Médica Panamericana.
- Casado, J (2005). El síndrome confusional agudo: un “síndrome geriátrico” de alza. *Revista Clínica Española*, (205) 10, 469-471.
- Castellanos, P (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Bol. Epidemiológico OPS*, (10) 4. Recuperado el día 28 de septiembre 2011 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-119.pdf>
- Castrillón, J. (2010). *Manual para la participación de los actores del sistema general de seguridad social en salud en el desarrollo de las guías de atención integral- GAI*. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20PARTICIPACION%20GAI.pdf>
- Cassidy, E., Swales, P. y Sheikh J. (2002). Clinical Features of Anxiety Disorders. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 551-554. 108

- Caycedo, M. y Jimenez, K. (2005). Estudio descriptivo-exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. *Revista colombiana de psiquiatría*.
- Chica-Urzola, H., Escobar-Córdoba, F. y Eslava-Schmalbach, J. (2007). Valdiación de la Escala de Sonmolencia de Epworth. *Revista de Salud Pública*, (9) 4, 558-567.
- Clemente, A., Tartagini, M. y Stefani, D. (2009). Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 8, 69-74.
- Clark, D. y Beck, A. (SF). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos.
- Cooney, L. (1999). A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *The new England journal of medicine*, 340, 669-676.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic, P. y Vera, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (38) 1, 45-58.
- Cuetos-Vega, F., Menéndez-González, M. y Calatayud-Noguera, T. (2007). Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 44, 469-474.
- Curiel, A. (2003). Trastornos de la sexualidad en el anciano. *Diagnostico*, 45 (1.494), 1411-1413
- Delgado, A. y Mavarez, K. (2009). *Violencia hacia el adulto mayor en la ciudad de punto fijo. Estado Falcon. Venezuela.* Recuperado de http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-99.pdf
- Department of Economic and Social Affairs – United Nations (2007). *World economic and social survey 2007: development in ageing world*. New York: United Nations. Recuperado de http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE [National Bureau of Statistics] (2005). Colombia censo general 2005: Nivel nacional. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>
- Debra K. (2009). *“The Rust of Life”: Impact of Anxiety on Cardiac Patients*. Tomado el 19 de marzo de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17595368>

Donoso, A (1995). Corporación chilena de la enfermedad alzheimer Y afecciones similares. Recuperado de http://corporacionalzheimer.cl/apuntes_clinicos/LENGUAJEYENFERMEDADDEALZHEIMER.pdf

Emilien, G. (2002). *Anxiety Disorder: Pathophysiology and pharmacological treatment*. Germany: Birkhäuser.

España, A. (SF). El enfermo terminal asistencia a la familia y el proceso de duelo. *Cuadernos de terapia familiar*.

Espin, A (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de salud publica*. V35- N.2. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019

Espinosa, E. Méndez, V. Lara, R y Rivera, P (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes en control en el consultorio. *Theoria*. 18 (1): 69-79. Tomado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e94d539-e173-46c8-80a9-e2ff9c2d514d%40sessionmgr12&vid=13&hid=13>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez: una aplicada psicogerontología aplicada*: Madrid: Psicología Pirámide.

Fernández, M. (1996). *Neurología en el anciano*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Fuentes, P. Slachevsky, A. Reyes, P y Cartier, L (2005). Demencia Frontotemporal no familiar y epilepsia generalizada. *Neuropsiquiatria*. ;63(4):1016-1020. Tomado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a20v63n4.pdf>

Florez, S. (2002). Duelo. *Anales*, (25), 77-85.

Frazer, C. Christensen, H y Griffiths, K, 2005. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, (182), 627–632.

Gabay, P. y Fernández, M. (2006). *Trastornos de Ansiedad en la Tercera Edad*. Tomado el 19 de marzo de 2012. de <http://www.psiquiatria.com/documentos/psicogeriatria/5334/>. 110

- Gala, F. Lupiani, M. Raja, R. Guillén, C. González, J. Villaverde, M. y Sánchez, A. (2002). Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review. *Cuadernos de medicina forense*, (30).
- Gall, T., Charbonneau, C., Clarke, N., Grant, K., Joseph, A. y Shouldice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: a conceptual framework. *Psychology Canadian*, 46 (2), 88-104.
- Gallo, L., Penedo, F., Espinosa, F. & Arguelles, W. (2009). Resiliency in the Face of Disadvantage: Do Hispanic Cultural Characteristics Protect Health Outcomes? *Journal of Personality*, (77) 6, 1707-1746.
- Galvin, J.; Roe, C.; Xiong C. y Morris, J. (2006). Validity and reliability of the AD8 informant interview in dementia. *Neurology*, 67, 1942-1948.
- Gamo, E. y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española Neuropsique*, (19), 455-469.
- Gandoy, M, Lopez, A, Varela, N, Lodeiro, L, Lopez, M, Millan, J. (2001). Manejo del síndrome post-caída en el anciano clínica y salud. (12) 113-119
- García de Gurtubay, I. (2007). Estudios diagnósticos en patología del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, (30) 1, 37-51.
- García, Guridi, Medina y Dorta. (2007). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Psicología científica*.
- Gebretsadik, M. Jayaprabhu, S. y Grossberg, G. (2006). Trastornos del estado de ánimo en los ancianos. *Medical Clinical of North America*, (90), 789 – 805.
- Ghandour, A Saab, R y Mehr, D (2011). Detecting and treating delirium- key interventions you may be missing. *Journal of Family Practice*, (60) 12.
- Halley, F. M. (1991). *Biofeedback and Self-Regulation*. Estados Unidos: Plenum Publishing Corporation.
- Gonzalez,G, Marin, P, Pereira, G(2001). Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista médica de Chile*, (129) 9.
- González-Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 501-509.
- Godoy, F(1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. Simon, M. *Manual de la psicología de la salud*, 39-46. 111

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Guerra, M. Ferri, C. Sosa, Salas, A. y Gaona, C. Gonzales, V. Rojas, G y Prince, M (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, (195), 510–515. doi: 10.1192/bjp.bp.109.064055

Heisel, M., & Flett, G., (2010). Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clinical gerontologist*, (31) 4, 51-70.

Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, (340) 9, 669-676.

Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. (2012). Violencia al adulto mayor en el contexto intrafamiliar. Grupo centro de referencia nacional sobre violencia.

Katja, B., kannape, S. y Pine, D. (2009). *Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V*. Tomado el 19 de marzo de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018839/>.

Kaufer, D. (2003) Demencia y cuerpos de Lewy. *Revista Neurología*. 37, 127-30. Recuperado de <http://www.ujen.es/investiga/cvi296/FisioNeuro/Seminario14.pdf>

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological Influences on Immune Function and Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, (3), 537-547.

Koenig, H. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 13 (4), 213-224.

Koenig, H., Pargament, K. y Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous & Mental Disease*, (186) 9, 513-521.

Kuppens, P., Realo, A. & Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of Personality and Social Psychology* (95) 1, 66–75.

Labrador, F. (2006). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Laidlaw, K. (2010). Enhancing cognitive behavior therapy with older people using gerontological theories as vehicles for change. En Pachana, N., Laidlaw, K. y Knight 112

(Eds.), *CaseBook of Clinical Geropsychology International Perspectives on Practice* (pp. 17-30). New York: Oxford.

Labrador, F. (1993). *Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

Libre, J y Guerra, M(1999). Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. *Revista Cubana de Medicina*, 38, 2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000200007&lang=es

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 7 (002), 327-349.

López, C. Galea, T. Campos, R. (2010). Guía clínica seguimiento del duelo en cuidados paliativos. *Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud.España*.

López, J y Crespo, M (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: un revisión. *Psicothema*. 19, 72-82. Tomado de <http://www.psicothema.com/pdf/3330.pdf> .

Losada, A Montorio, I y Fernandez, M (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencias. El papel de los pensamientos difuncionales*. Madrid.

Martín, M., Jiménez, M. y Fernández-Abascal, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4).

Martínez, J. Martínez, V. Esquivel, C. y Velasco, V. (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila*.

Maya, A., Guzman, L., Jaimes, I. (2009). Ansiedad ante la muerte en pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Revista de psicología de la universidad autónoma del estado de Mexico*, 1 (1), 10-28.

McCurry, S., Ligsdon, R., Teri, L. y Vitiello, V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, (22) 1, 18-27.

Meca, J, Alcazar, A, Rodríguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: *Meta-Análisis de la literatura española*. Una revisión 113 *Psicothema*. 3 (11), 641- 654. Tomado de <http://www.psicothema.com/pdf/7412.pdf>

Mendez, J, Prat, M, Gil, F.(2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. 1 (2). 211.230.

Mendoza, V. y Martínez, M. (2009). *Escala de redes de apoyo social para adultos (ERASAM)*. En A. González-Celiz (Ed), *Evaluación en psicogerontología* (pp. 95-112). México: Manual Moderno.

Ministerio de Protección Social. (2003). *Estudio de Salud Mental de Colombia* Tomado el 19 de marzo de 2012, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de la Protección Social -MPS (2007). *Política nacional de envejecimiento y vejez*. Tomado el día 20 Junio de 2011 de: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Presentaci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Envejecimiento%20y%20Vejez.pdf>

Ministerio de la Protección Social - MPS (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.

Ministerio de la Protección Social - MPS (2010). *Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de la Protección Social -MPS (2008). *Observatorio de calidad de la atención en salud*. Tomado el día 14 marzo de 2012 de: <http://ocsav.info/paquetes/CAIDAS.pdf>.

Ministerio de la Protección Social y Fundación FES (2003). *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Missildine, K., Bergstrom, N., Meininger, J., Richards, K. y Foreman, M. (2010). Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 31 (4), 263-271.

Montañés, P. y De Brigard, F. (2001). *Neuropsicología clínica y cognoscitiva*. Colombia:Universidad Nacional.

Montero-López, M. y Rivera-Ledesma, A. (2009). *IMSOL-AM: Escala de soledad en el adulto mayor*. En A. González-Celiz (Ed), *Evaluación en psicogerontología* (pp. 123-131). México: Manual Moderno. 114

- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12 (1) 19-26.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, J. y Swick, T. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *SLEEP*, 29 (11), 1415-1429.
- Muela, J Torrez, C y Pelaez, E (2002). Comparacion ente distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzhaiemer. *Psicothema*. 14. 558-563. Tomado de <http://www.psicothema.com/pdf/765.pdf>
- Nieto-Munuera, J., Abad., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw Hill.
- Nogales, J. (2005). *Tratado de neurología clínica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Oblitas, L (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología Vol. XXVI (2)*. Tomado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e94d539-e173-46c8-80a9-e2ff9c2d514d%40sessionmgr12&vid=9&hid=122>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage.
- Ojeda, E. Yanez, N. Camañez, C y Porcel, A (2002). Uso de la quetiapina en la demencia con cuerpos de lewy: a propósito de un caso. *Psiquiatria Biologica*. 9(4):178-81. Tomado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/46/46v09n04a13037672pdf001.pdf>
- Ong, A. & Bergeman, S. (2004). Resilience and adaptation to stress in later life: empirical perspectives and conceptual implications. *Ageing International*, 29 (3), 219-246.
- Ong, A., Bergeman, C., Bisconti, T. & Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 91, 730-749.
- Ong, A., Bergeman, C. & Boker, S. (2009). Resilience comes of age: defining feature in later adulthood. *Journal of personality*, 77 (6), 1777-1804. 115
- Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>.
- Ospina, A. (1989). El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal. Universidad de Medellín.

- Ostrosky, F. Madrazo, I y Velez, A (2008). Demencia Frontotemporal: Estudio Neuropsicologico y Neuroradiologico de un caso. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, (1), 127-139. Tomado de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_12.pdf
- Pérez, V (2006). Demencias: Su enfoque diagnostico. *Revista Cubana Medicina General*. 22(4). Tomado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e94d539-e173-46c8-80a9-e2ff9c2d514d%40sessionmgr12&vid=6&hid=126>
- Pando-Moreno, M., Aranda, C., Aguilar, M., Mendoza, P. y Salazar, J. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (1), 63-69.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. 3ª Ed. Mc Graw Hill: México.
- Peña, D. Herazo, M. y Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista medicina*, 57(4).
- Pérez, V (2006). Demencias: Su enfoque diagnostico. *Revista Cubana Medicina General*. 22(4). Tomado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e94d539-e173-46c8-80a9-e2ff9c2d514d%40sessionmgr12&vid=6&hid=126>
- Pérez, A. Batsan, J. González, M. Socorro, A (2005). Evaluacio de la utilidad diagnostica de una adaptación española del Memory Impairment Screen de Buschle para detectar demencia y deterioro cognitivo. *Revista Neurologia*, 40 (11), 644-648
- Powers, D. (2008). Psychotherapy in Long-Term Care: II. Evidence-Based Psychological Treatments and Other Outcome Research. *Professional Psychology: Research and practice*, 39, 257–263.
- Profamilia (2010). *Encuesta nacional de demografía y salud - ENDS*. Recuperado de Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, 116

- T., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340 (9), 669-676.
- Profamilia (2011). *Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá*. Recuperado de <http://www.demografiaysaludbogota.co/>
- Ramírez, V., Bustamante, M. y Sarmiento, C. (SF). *Guía de atención del Menor maltratado*. República de Colombia Ministerio de Salud.
- Ramos, E. (2004). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Valoración geriátrica general.
- Ramon, F. Guridi, M. Medina, A. Dorta, Z. (2007). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Psicología científica*.
- Regazzoni, C., Aduriz, M. y Recondo, A. (2000). Síndrome Confusional agudo en el anciana internado. *Medicina*, 1 (60), 3. Tomado de http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/3/v60_n_3_p335_338.pdf
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée de Boruwer.
- Restrepo, D., Cardeño, C., Paramo, L., Ospina, S. y Calle, J. (2010). Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario. *Revista Colombia de Psiquiatria*, 3, 3.
- Ribes, R (2000). Evaluación del envejecimiento psicológico en las personas con discapacidad psíquica. *Rev Mult Gerontol.* 10(4):242-248. Tomado de http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_4/g-10-4-006.pdf
- Rigney, T(2010) Allostatic Load and Delirium in the hospitalized Older Adult. *Nursing Researching*, 59 (5), 322-380.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Madrid: Paidós.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30 (1), 39-47.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Rodríguez, A., Ruiz, Y. y Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, vol, 13,90-101. 117

Romero, J., Ugalde, O Ramírez, S Almanza, J Camarema, B Hernández, S Tovillo, C y Aguilar, C (2009). Niveles de actividad enzimática de paraoxonasa 1 en pacientes con demencia tipo alzheimer y demencia vascular. *Revista Sanidad México*, 56-62. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=25&sid=c69b8424-2c6e-47f5-ae72-94e8423f7f96%40sessionmgr10>.

Rubio, J. (SF). Duelo normal y patológico. Universidad de concepción Salovey, P., Detweiler, J., Steward, W. y Rothman, A. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*.55, (1), 110-121.

Sanchez, R, Fernandez, M, Alfonso, M, Milian, J. (1999). Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (15) . No tiene página.

San pio, T., Lampre,M., Gimeno,A., Romero,A,. Arin, E. (2007). Tratado de geriatría para residentes. *Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas*, (19) 199- 208.

Scogin. 2007. Introduction to the Special Section on Evidence-Based Psychological Treatments for Older Adults *Psychology and Aging*, (22) 1, 1–3

Secretaría de Integración Social, (SF). Proyecto 496 Años Dorados: Vejez Con Dignidad. <http://www.integraciónsocial.gov.co>

Sepúlveda, G., Arias, J., Cuervo, A., Gutiérrez, S., Olivos, S., Rincón, M., Tenjo, J., Valbuena, A. (2007). Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaqué en el año 2007.

Serna, I. (2007). *Salud mental en el anciano identificación y cuidados de los principales trastornos*. España: Instituto de salud pública.

Serrani, D. (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en adultos mayores, el rol de afrontamiento proactivo y de los recursos sociales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14 (4), 42-55.

Serrano, R (1998). *Demencias: Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: Masson.

Shanowitz, J. (2003). Meaning-based and active coping as predictors of positive psychosocial functioning in older adults. San Diego: Universidad de California.

Sheffer, A., Schuurmans, M., Dijik, N y Hooft, T.(2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and geing*, 37 19-24. Doi 10.1093/ageingafm169.

Smith, P. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 829–837. 118

- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22 (2), 267-272.
- Stepanski, E., Rybarczyk, B., Lopez, M., y Stevens, S. (2003). Assessment and treatment of sleep disorders in older adults: a review for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 48 (1), 23-36.
- Steptoe, A., Dockray, S. & Wardle, J. (2009). Positive Affect and Psychobiological Processes Relevant to Health. *Journal of Personality*. 77, (6), 1747-1776.
- Tapia, M. Morales, J. Cruz, R. y Rosa, V. (2000). Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica.
- Tideiksaar, R. (2005), caídas en ancianos. *Prevención y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Tobar, C. Bedding, C. Vallejo, G y Martínez, F. (2010) Prevalencia del delirium y diagnóstico por los médicos tratantes. *ANACEM*.
- Toribio, M y Morera, J (2008). Clasificación clínica y biomolecular de las demencias frontotemporales. Revisión de la bibliografía. *Revista de neurología*. 47 (11): 588-598
- Toro, J (2010) Demencia con cuerpos de Lewy. *Acta Neurología Colombia*, 3, (1), 78-80. Recuperado de http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_78-80.pdf
- Universidad Nacional de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA & Secretaria Distrital de Integración Social-SDIS (2009, Noviembre). *Línea de base para la formulación de la política de envejecimiento y vejez en Bogotá D.C.* Documento sin publicar. Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia.
- Uribe, E., Álvarez, D., Giobellina, R. y Uribe, A. (2000). Valor de la escala de somnolencia de Epworth en el diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas del sueño. *Medicina (Buenos Aires)*, 60, 902-906.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well*. New York: Little Brown & Company.
- Varela, L. Chavez, H. Galvez, M. y Mendez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana*, 16, 165- 17.
- Varela, L, Chavez, H, Galvez, M y Méndez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana*, 16, 165-171. 119

Velayos, J. (2009). *Medicina del sueño*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Zamorano, E. (2005). Manejo del duelo. *Terapeutica*, vol. LXIX .

Zautra, A. & Smith, B. (2001). Examinations of Chronic Pain and Affect Relationships: Applications of a Dynamic Model of Affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, (5) 786-795.

Zea, M. & Torres, B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 40-49.

Anexos

Anexo 1: GUIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA PERSONA MAYOR HOPITALIZADA