

GUIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA PERSONA MAYOR HOSPITALIZADA



El envejecimiento de la población es un fenómeno inevitable (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).

La esperanza de vida ha aumentado, este fenómeno ha significado nuevos retos para la humanidad, ya que la sociedad se ha enfrentado a nuevas enfermedades, demandas y necesidades, especialmente para el sector salud (DESA, 2007).

Con la edad va apareciendo una mayor probabilidad de presentar enfermedades que pueden generar un desequilibrio psico-social, por lo tanto es primordial que las personas mayores reciban una atención multidisciplinaria que y especializada que cuente con una intervención psicosocial. Por esto, para el trabajo con las personas mayores es fundamental que los profesionales tengan un conocimiento del proceso de envejecimiento y la vejez, manejen instrumentos especializados para esta población y establezcan un plan de tratamiento basado en la evidencia.

Esta guía de intervención psicosocial tiene como objetivo brindar pautas a los psicólogos para la evaluación e intervención basadas en la evidencia al momento de trabajar con personas mayores hospitalizadas. Está dirigida a las problemáticas y áreas de intervención más comunes en esta etapa de la vida como lo son afrontamiento, adherencia al tratamiento, depresión, demencia, trastornos del sueño (insomnio), ansiedad a la hospitalización, caídas y duelo. Cada capítulo aborda uno de estos temas especificando cómo se manifiesta, cómo se evalúa y cuáles son los tratamientos más eficaces e ideales para aplicar durante la estadía del paciente en el hospital.

TABLA DE CONTENIDO

GENERALIDADES	6
CAPÍTULO 1. Afrontamiento	17
¿Qué es afrontamiento? - ¿Qué tipos de afrontamiento hay? - Evaluación - ¿Cómo se interviene cuando se trata de afrontamiento? – Referencias	
CAPITULO 2. Adherencia al tratamiento	34
¿Qué es la adherencia? – Evaluación – Tratamiento – Flujograma – Recursos - Referencias	
CAPITULO 3. Depresión en la persona mayor	42
¿Es la depresión un trastorno común en la adultez mayor? – Diagnóstico: trastorno depresivo mayor, distimico, no especificado – Diagnóstico diferencial – Evaluación – Intervención (individual y Familiar) – Flujograma – Recursos – Referencias	
CAPITULO 4. Ansiedad	74
¿Ansiedad es un trastorno común en las personas mayores? – Evaluación – Instrumentos – Intervención – Flujograma – Referencias	
CAPITULO 5. Demencias	88
¿Qué es un síndrome demencial? – Diagnóstico - ¿Cuáles son los tipos de demencias? – Diagnóstico diferencial – Intervención – Cuidadores – Flujograma – Recursos - Referencias	

CAPITULO 6. Trastornos del sueño en el adulto mayor	124
¿Cuáles son los trastornos del sueño normales en el envejecimiento? – ¿Cuáles son los trastornos del sueño más presentados en las personas mayores? – Insomnio: diagnóstico, evaluación y tratamiento – Flujograma – Recursos – Referencias	
CAPITULO 7. Caídas	149
¿Qué son las caídas? - ¿Cómo se evalúan las caídas? – Intervención – Flujograma – Recursos – Referencias	
CAPÍTULO 8. Proceso de duelo en la persona mayor	158
¿Qué es el duelo? – Manifestaciones del duelo – Fases del duelo - Tipos de duelo – Intervención - Referencias	

La vejez es un periodo evolutivo y de adaptación, en donde se presentan cambios graduales a nivel físico, cognoscitivo y social (American Psychological Association - 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 este declive, 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, cambios hormonales, 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. Sin embargo, los cambios cognoscitivos, físicos y sociales necesariamente afectan significativamente el desempeño en la vida diaria y la calidad de vida.

ASPECTOS GENERALES QUÉ SE DEBEN TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN DE PERSONAS MAYORES

Toda evaluación e intervención psicológica en la vejez debe llevarse a cabo desde una perspectiva integral y multidimensional. La evaluación es un proceso que permite la identificación y cuantificación de los problemas físicos, funcionales, de las condiciones psicológicas problema, así como las fortalezas, lo que guía el plan de tratamiento y seguimiento (Fernández, 2009; Ramos, 2004).

Es fundamental evaluar todas las áreas del sujeto y no enfocarse solamente en el problema, debido a que es común la coexistencia de problemas en esta etapa de la vida. Cabe resaltar que para realizar una óptima evaluación, se deben usar métodos tanto como la historia clínica, como instrumentos/escalas más específicas que faciliten la detección de problemas de una manera objetiva y la entrevista con los familiares o acudientes (Ramos, 2004; Fernández-Ballesteros, 2009).

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

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, 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. Se evalúa desde un punto de vista físico, cognoscitivo, afectivo, conductual y ambiental, incluyendo la competencia funcional que integra la capacidad en general para realizar las tareas cotidianas. La presente guía propone un modelo de Historia clínica el cual se muestra a continuación.

**HISTORIA CLINICA PERSONAS MAYORES
SERVICIO DE PSICOLOGIA**

No. Historia clínica: _____

No. De ingreso: _____

Fecha de ingreso: _____

Habitación: _____

Fecha de registro: _____

Hora de registro: _____

Datos demográficos:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ No. De hijos: F _____ M _____ Religión: _____

Nivel educativo: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Plan de salud: _____

Acompañante: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Orientación

Día de la semana: _____

Fecha Actual: _____

Lugar en el que se encuentra: _____

Datos de hospitalización

Diagnostico Médico:

Medicamentos formulados: _____

Motivo de consulta psicológica:

ANTECEDENTES MEDICOS

Familiares: _____

Personales/Quirúrgicos/Farmacológicos: _____

Psicológicos: _____

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Conocimientos sobre la enfermedad

¿Sabe qué enfermedad es la que presenta? _____

¿Conoce las causas de su enfermedad? Si _____ No _____

¿Cuáles son? _____

¿Conoce los riesgos relacionados con la enfermedad? Si _____ No _____

Que conoce: _____

¿Ha tomado medidas para mejorar su condición de salud? Si _____ No _____

Cuales: _____

Seguimiento del Tratamiento

¿Conoce el tratamiento que debe seguir? Si _____ No _____

¿Ha seguido las indicaciones dadas por el personal de salud? Si _____ No _____

Razón: _____

¿Cómo percibe su estado de salud actualmente? Excelente___ Bueno___ Regular___ Deficiente___.

Razón: _____

¿Resuelve sus dudas frente su condición actual con el personal de salud?

Siempre ___ Algunas veces ___ Casi nunca___ Nunca ___

Razón: _____

¿Ha experimento cambios emocionales debido a la enfermedad y a la hospitalización?

Si ___ No ___. Cuales: _____

EVALUACION DEL GRADO DE DOLOR RELACION CON LA ENFERMEDAD

¿En una escala de 1 a 10 que intensidad de dolor siente? _____

PATRONES DE SUEÑO Y ALIMENTACION

¿Como era su patrón de sueño antes de la hospitalización? _____

¿Se ha alterado desde que está hospitalizado? Si ___ No ___

Razón: _____

¿Se ha alterado su apetito desde que está hospitalizado? Si ___ No ___

Razón: _____

Síntomas y cambios físicos percibidos

Debilidad en alguna parte del cuerpo
Audición – Visión - Gusto y Olfato
Alucinaciones
Cambios en el apetito – peso
Sueño
Otros

Síntomas y Cambios a nivel cognoscitivo percibidos

Memoria
Lenguaje
Atención
Orientación

Pensamiento
Otros

ÁREAS DE AJUSTE:

Área Socio-Familiar:

¿Con quién vive actualmente?:

¿Sus relaciones familiares han cambiado a raíz de la enfermedad?

Si ____ No ____. Razón: _____

¿Cómo es la comunicación con su familia?

Excelente ____ Bueno ____ Regular ____ Deficiente ____

¿Sus familiares conocen acerca de su enfermedad? Si ____ No ____

Razón: _____

¿Se siente apoyada por su familia?

Si ____ No ____

Razón: _____

¿Cómo es su relación con las demás personas de sus redes sociales? Han cambio a raíz de la enfermedad?

Si ____ No ____

Razón: _____

¿Han cambiado estas relaciones a raíz de la enfermedad?

Si ____ No ____

Razón: _____

¿Después de la hospitalización tendrá un acompañante?

Si ____ No ____

¿Quien? _____

Área de Pareja

¿Cómo esta su relación de pareja actualmente?

¿La enfermedad está afectando su relación de pareja?

Si ____ No ____

Razón _____

Área afectiva

¿Qué expectativas tiene frente al tratamiento?

¿Qué sentimientos, pensamientos y comportamientos se generaron a raíz de la enfermedad?

¿Cómo es su estado de ánimo actualmente?

¿Qué le preocupa actualmente?

Área escolar/laboral

Trabajo/ Estudia actualmente: Si ____ No ____

¿La enfermedad ha modificado de alguna manera su trabajo/ estudios?

Si ____ No ____

Razón:

¿La actividad laboral/ educativa ha afectado la enfermedad?

Si ____ No ____

Razón:

Área de Ocio y recreación

¿Qué actividades realiza normalmente en su tiempo libre y fines de semana?

ASPECTO FISICO GENERAL

Cuidado ____ Descuidado ____

Postura y conducta motora

Actitud y comunicación

FACTORES DE RIESGO

FACTORES PROTECTORES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

PLAN DE ACCIÓN:

RECOMENDACIONES

Psicóloga
T.P.

ASPECTOS GENERALES QUÉ SE DEBEN TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES

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 (Fernández- Ballesteros, 2009). También que la intervención esté dirigida al mantenimiento de la autonomía, al desarrollo de resiliencia y percepción de autoeficacia en la vejez es fundamental, ya que 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; Heisel y Flett, 2010; Smith, 2009; Ong y Bergeman, 2004; Ong et al, 2006).

En el ámbito hospitalario los psicólogos pueden ayudar a los adultos mayores a lograr el control del dolor y facilitar el afrontamiento y manejo de las enfermedades crónicas (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).

- 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>
- 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.
- Castellanos, P (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Boletín Epidemiológico OPS*, (10) 4. Recuperado el día 28 de septiembre 2011 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-119.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
- 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.
- 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.
- 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. En Simon, M. *Manual de la psicología de la salud*, 39-46.
- 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.
- 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>

- 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.
- Ramos, E. (2004). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Valoración geriátrica general.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well*. New York: Little Brown & Company.
- 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.



CAPITULO 1

Afrontamiento

¿Qué es afrontamiento?

¿Qué tipos de afrontamiento hay?

¿Cómo se interviene cuando se trata de afrontamiento?

¿QUÉ ES AFRONTAMIENTO?

El afrontamiento se ha definido como el comportamiento adaptativo que se ejecuta con el fin de reducir o aliviar el estrés. Este es un aspecto fundamental cuando se habla de calidad de vida; las estrategias que resultan eficaces al enfrentar sucesos de la vida desafiantes permiten a la persona un empoderamiento de la situación una sensación de control sobre su vida. La efectividad de los recursos que usamos 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 (Clemente, Tartaglini y Stefani, 2009; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009; Stefany y Feldberg, 2006). 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.

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). 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 es un aspecto fundamental que repercuten todas las áreas.

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).

¿QUÉ TIPOS DE AFRONTAMIENTO HAY?

Lazarus y Folkman (1986, citado por Riso, 2009) 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.

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 se encuentran estrategias como la religión y los beneficios espirituales, eventos positivos, reevaluación positiva y revisión de objetivos.

Las personas de edad se enfrentan a los problemas utilizando más estrategias de tipo emocional; dado que muchas veces las posibilidades de solucionar un problema en la adultez mayor son escasas, generalmente se deteriora la calidad de vida (esto ha aumentado el interés en la prevención de estresores crónicos). Sin embargo, la eficacia del afrontamiento depende del repertorio de estrategias y de la capacidad de selección y uso según la situación a solucionar (Serrani, 2008; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). 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).

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 movilizada que consiste en los estilos cognoscitivo y conductual usados.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

SEGÚN LAZARUS Y FOLKMAN (1985, 1988, citado por Oblitas, 2006)

Estrategias centradas en el problema

- Confrontación: acciones directas que buscan solucionar la situación
- Búsqueda de apoyo social: acciones relacionadas con las búsqueda de consejo, información, simpatía o comprensión
- Búsqueda de soluciones: acciones orientadas a la búsqueda de alternativas de solución

Estrategias centradas en la emoción

- Autocontrol: intento personal de regular los sentimientos y las acciones que los acompaña
- Distanciamiento: separación de la situación/estresor
- Reevaluación positiva: creación de un significado o un resultado positivo de la situación
- Autoinculpación: autorreproches y autocastigos por sensación de responsabilidad sobre los problemas
- Escape/evitación: evitación de la situación/estresor

SEGÚN Mc CUBBIN (1981, citado por Oblitas, 2006)

- Ventilar sentimientos: expresión de los sentimientos asociados al estrés, como frustración y tensión
- Buscar diversión: forma de escape

- Desarrollar autoconfianza y optimismo: esfuerzo por organizarse y asumir la situación
- Buscar apoyo social: relacionarse con personas con las que se puede expresar sentimientos y resolver problemas
- Resolver problemas familiares: comunicación como medio de resolución de conflictos con familiares
- Evitar problemas: uso de sustancias como forma de escape
- Buscar apoyo espiritual: búsqueda de Dios y personas espirituales (líderes e iguales)
- Involucrarse con amigos íntimos: compartir asuntos personales y sociales
- Buscar ayuda profesional
- Integrarse a actividades: trabajar, ponerse metas
- Tener buen humor: ser divertido
- Relajación: alivio de tensiones por medio de actividades placenteras

SEGÚN CARVER Y COLABORADORES (1989, citado por Oblitas, 2006)

- Afrontamiento activo: hacer lo que se debe hacer, paso a paso
- Planificación (plan de acción)
- Suprimir la competencia de actividades: concentración
- Restringir el afrontamiento: esperar el momento indicado para actuar
- Buscar apoyo social por razones instrumentales: búsqueda de nuevas ideas para enfrentar el problema
- Buscar apoyo social por razones emocionales: expresión de sentimientos
- Reinterpretación positiva y crecimiento: aprendizaje de la experiencia
- Aceptación: aprender a vivir con el problema
- Volver a la religión: confianza en Dios
- Focalizarse en la ventilación de emociones
- Negación
- Desvinculación conductual: renunciar a cumplir las metas propuestas
- Desvinculación mental: pensar en otras cosas

Una estrategia de afrontamiento sobre la cual se ha insistido, es la conducta proactiva; ésta se caracteriza 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 (Serrani, 2008; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) y Gall, Charbonneau, Clarke, Grant, Joseph y Shouldice (2005) explican que la importancia de las estrategias espirituales, las cuales radican 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.

Los instrumentos de evaluación 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).

El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Ways of Coping Checklist WCCL) de Lazarus y Folkman, fue realizado en 1986 (citado por Stefani y Feldberg, 2006). Existe una versión reducida a 36 ítems de respuesta tipo Likert (de 0: utilizada, a 3: muy utilizada). 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, 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).

El Cuestionario de Afrontamiento de Font, de 1990, fue 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.

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 Colombia, se validó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de Charot y Sandín, la cual redujo la lista de ítems a 69 y reagrupó algunas estrategias con diferente denominación para dar lugar a 12 escalas para medir afrontamiento: búsqueda de alternativa, evitación emocional, evitación cognitiva, reacción agresiva, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, religión, solución de problemas, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación, autonomía y espera, también tipo Likert de 1 (nunca) a 6 (siempre) (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

¿CÓMO SE INTERVIENE CUANDO SE TRATA DE AFRONTAMIENTO?

El objetivo de la terapia de afrontamiento es dotar a la persona de las estrategias y herramientas necesarias para hacer frente a diferentes situaciones de estrés tanto presentes como futuras, ya que el estrés genera una reacción en cadena con implicaciones en las emociones, pensamientos, comportamiento y fisiología (Hansen, 2003). Según Olmo y de los Cobos (1999), las emociones, además de influir en la salud, también son responsables del agravamiento, recuperación o cronificación de las mismas. Las personas mayores generalmente enfrentan, además de los cambios de salud normales del envejecimiento, más de una enfermedad, afectando tanto su estado general de salud como su capacidad funcional. En el proceso de enfermedad median procesos de nutrición, ejercicio, afrontamiento (que aseguran resultados positivos en la salud), sistemas de apoyo social, intereses y actividades significativas (González-Celis y Padilla, 2006).

La enfermedad crónica afecta tanto al paciente como al cuidador (generalmente familiares), ya que genera incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, además de las consecuencias en las áreas personal y social. Un aspecto que tiene influencia positiva en del contar con un cuidador es que brinda apoyo social, lo que puede reducir el estrés por medio de la interacción y los vínculos formados por ésta, ofrecer sostén instrumental (material), emocional y afectivo (sentimientos de estima, afecto, confianza y seguridad, dada generalmente por familiares de sexo femenino), valorativo (sentirse acompañado y que puede contar con alguien) e informacional (consejo) al resolver y enfrentar situaciones en momentos de crisis (Vega y González, 2009; Zea y Torres, 2007).

Dentro del afrontamiento a los procesos de salud, se encuentran estrategias enfocadas en la emoción y la búsqueda de ayuda y clarificación de dudas (miedos), en la etapa de afrontamiento a la enfermedad (Olmo y de los Cobos, 1999). Por

esto se postulan ciertos factores que deben tenerse en cuenta para favorecer estrategias adaptativas:

- Dar información completa sobre la enfermedad y sus consecuencias, preferiblemente siempre en presencia de un familiar o el acudiente (favoreciendo la comunicación intrafamiliar). Debe existir una congruencia informativa a la demanda del paciente (gradual, realista y esperanzadora)
- La información dada debe darse según las 2 etapas del procesamiento: representación de la enfermedad, estrategias de afrontamiento opcionales y criterios para evaluar la eficacia de éstas
- Recompilar información sobre el estado biológico y psicológico del paciente, además de sus conductas de salud y su entorno familiar y social

Cuando se tratan estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, el objetivo es proporcionar recursos para la toma de decisiones sobre crisis futuras (en caso, por ejemplo, de un paciente con cáncer) para volver la enfermedad algo “enfrentable” (Olmo y de los Cobos, 1999). Las estrategias emocionales son una forma común al enfrentarse a la enfermedad, especialmente en el adulto mayor; en este sentido es importante la expresión y control de sentimientos y emociones para estimular respuestas eficaces de afrontamiento (Olmo y de los Cobos, 1999). Sin embargo González-Celis y Padilla (2006) rescatan las estrategias funcionales ante las pérdidas y exigencias del proceso de envejecimiento normal para permitir optimizar sus recursos en pro de un buen funcionamiento.

Para esto se tienen en cuenta técnicas como por ejemplo la conceptualización del estrés, técnicas de desactivación (relajación), autocontrol, habilidades sociales, la reestructuración cognitiva y otras técnicas cognitivas, humor y optimismo, y control y organización del tiempo.

PSICOEDUCACIÓN

La psico-educación cabe dentro de los tratamientos cognoscitivo-conductuales y hace referencia al proceso que permite a los pacientes desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las la enfermedad de un modo más adaptativo (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Mongiello, 2006; Albarrán y Macías, 2007). Según Bulacio, Vieyra, Álvarez y Mongiello (2006) debe impartirse desde la primera entrevista, en el caso del tratamiento individual, adaptándose al nivel sociocultural del paciente, etapa de vida, enfermedad e información previa.

Estos autores explican que el contenido psico-educativo de incluir:

- Diagnóstico e implicaciones
- Necesidad de tratamiento integral
- Fundamento de psicoterapia (de ser requerida)
- Importancia de desarrollar creatividad en su vida y en el tratamiento de la enfermedad
- Definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida

Lo importante es explicar y clarificar la información sobre la enfermedad al paciente y su cuidador (causas de la enfermedad, cómo actúa, qué implicaciones tiene en su vida, interacción familiar, diagnósticos, síntomas, señales de recaída y tratamientos).

La psicoeducación: (a) ayuda a los familiares del paciente, (b) permite el reconocimiento del ambiente dentro de la etiología, y (c) reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares (Albarrán y Macías, 2007).

Además de esto se recomienda explicar adecuadamente los procedimientos clínicos de la institución para brindar información completa sobre el tratamiento y ayudar a la tranquilidad de los destinatarios.

TERAPIA COGNOSCITIVA

En la terapia cognoscitiva de Beck, como primer paso, el terapeuta debe indagar sobre los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos-afectos-conductas implicadas; después debe detectar los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes, como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos del paciente.

La terapia cognoscitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

Para aliviar la preocupación que se puede generar durante y después de la hospitalización, se recomienda trabajar en mindfulness, ya que, según Delgado, guerra, Perkakis y Vila (2010) el efecto de la atención plena con respecto a la relajación (meta-cognición emocional adaptativa). Este autor afirma que esta técnica permite el aprendizaje de nuevos mecanismos de regulación emocional y fisiológica en el afrontamiento, siendo mediados por su concientización y aceptación de la enfermedad.

ENTRENAMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El entrenamiento en la solución de problemas tiene función a nivel práctico y cotidiano y también asociados a la hospitalización y a su condición de salud de ahí en adelante. Éste es conocido como un proceso cognoscitivo y comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles. Dentro de éste deben tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas: En este paso el objetivo es modificar las creencias, expectativas y valoraciones de los problemas y sobre la capacidad de la persona para solucionarlos.
2. Definición y formulación del problema: delimitación del problema real, selección de información relevante y establecimiento de metas y objetivos sobre lo que realmente se puede hacer
3. Generación de soluciones alternativas: entre las estrategias para llegar a buenas opciones se encuentran las siguientes reglas:
 - a. Principio de aplazamiento del juicio: la crítica se prohíbe, por lo que cualquier alternativa es válida, y el razonamiento sobre la solución se postergará.
 - b. Principio de la variedad: se dará rienda suelta a la imaginación, generando así la mayor variedad de opciones posibles.
 - c. Principio de la cantidad: entre mayor sea la cantidad de opciones que se manejen mejor, más serán las opciones viables
4. Identificación y valoración de las consecuencias (toma de decisiones): selección de alternativa
5. Ejecución de la solución y verificación: para la evaluación se debe tener en cuenta, además de la ejecución de la solución, la auto-observación de los

comportamientos propios y sus resultados, y la autorregulación y auto-evaluación donde se compara el resultado con las expectativas.

PREPARACIÓN PARA LA SALIDA

Zea y Torres (2007) señala que la transición entre entrada, paso y salida se caracteriza por niveles de estabilidad y crecimiento alcanzados frente al afrontamiento de la enfermedad. A la hora de dar de alta al paciente es fundamental tener en cuenta el traspaso de las informaciones, educación, entrenamientos y actividades que se deben realizar a los cuidadores y a los pacientes para fomentar el cuidado y la salud de los mismos.

En este sentido se deben tener en cuenta las herramientas anteriormente mencionadas de psico-educación (explicaciones claras y realistas del cambio), comprendiendo las necesidades y satisfacciones de los usuarios, y el entrenamiento en solución de problemas, para enfrentar los cambios en el estilo de vida debidos a la enfermedad y brindar mejores soluciones (más adaptativas).

El adulto mayor generalmente es dado de alta sin haberle brindado el conocimiento sobre cómo continuar el cuidado en casa. Es necesario que el personal de salud asuma de una manera más realista la transición del cuidado hospital – casa, ocupándose del bienestar integral del paciente (Zea y Torres, 2007).

- Albarrán, A. y Macías, M. (2007). Modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9 (2), 118-124.
- Bulacio, J., Vieryra, m., Álvarez, D. y Mongiello, E. (2006). Eficacia de grupos psicoeducativos y autoayuda en pacientes con trastornos de ansiedad. *Instituto de Ciencias Cognitivas Aplicadas*.
- 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.
- Delgado. L. , Guerra, P., Perakakis, P. y Vila, J. (2010). La meditación “mindfulness” o de atención plena como tratamiento de la preocupación crónica: Evidencia psicofisiológica. *Ciencia Cognitiva*, 4 (3), 73-75.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).

- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: Thomson.
- Olmo, M. y de los Cobos, F. (1999). Recursos para el afrontamiento emocional en el paciente oncológico. *Revista de enfermería*, 10, 12-16.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- 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.
- Shanowitz, J. (2003). Meaning-based and active coping as predictors of positive psychosocial functioning in older adults. San Diego: Universidad de California.
- 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.
- 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.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, 16, 1-11.
- Zea, M. y Torres, B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 40-49.



CAPITULO 2

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

¿Qué es adherencia?

¿Cómo se interviene cuando se trata la adherencia?

¿QUÉ ES EL ADHERENCIA?

Actualmente el incumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran impacto, debido a que, la falla en estos ocasiona una serie de conductas de riesgo y problemas de salud, puesto la persona no pone en práctica las recomendaciones indicadas (Libertad y Abalo, 2004).

Por lo cual, es de gran importancia la adherencia al tratamiento, ya que define, el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide 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 y Pruneda, 2008). En general como reconoce la OMS (2004) “el grado en el que el paciente sigue las instrucciones medicas”.

El cumplimiento de las instrucciones médicas puede determinar la posibilidad de generar incremento en la calidad de vida de las personas; por lo cual se debe reconocer si existe o no adherencia, teniendo en cuenta que los factores que pueden intervenir para facilitar o no la adherencia son: la relación médico-paciente, la relación del paciente y su entorno, la enfermedad y la terapéutica (Silva, Galeano, Correa y 2005).

El desarrollo de la adherencia en correctos términos se presenta desde el momento en que recibe el diagnóstico de la enfermedad, la cual puede ser percibida como un evento estresante, un reto, una amenaza, una pérdida o un castigo, en función de esto el paciente debe adoptar el rol de enfermo (Libertad, Abalo y 2004). La aceptación de estar enfermo y las consecuencias de asumir este papel con sus respectivos deberes es muy importante para el ajuste 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, Abalo y 2004).

Es importante trabajar en la adherencia al tratamiento ya que las personas mayores generalmente presentan múltiples síndromes y reciben múltiples tratamientos y poli medicación. La adherencia a los tratamientos es importante para el bienestar de las personas mayores y es un componente importante de su salud. En los adultos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. (Larrea, Martínez, 2004).

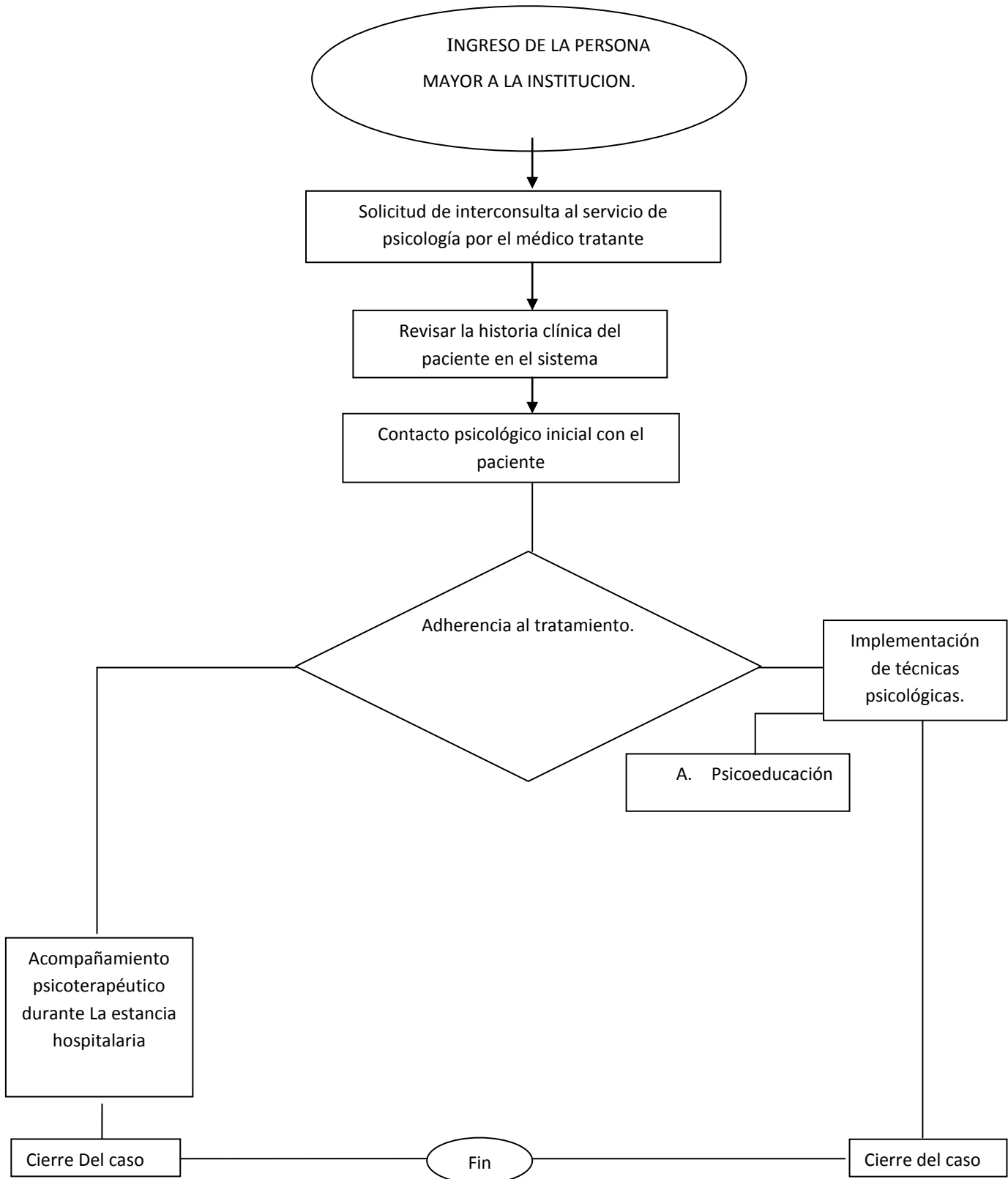
El proceso de evaluación está encaminado al reconocimiento del estado del paciente respecto a la capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad, considerando su percepción de autoeficacia, para lo cual se plantea:

1. Implementación de una entrevista semiestructurada sobre variables de tipo personal como autoesquemas, estilo de afrontamiento de la enfermedad, historia de la enfermedad, conocimiento de la misma, entre otras, que permitan reconocer aspectos intrínsecos influyentes sobre el afrontamiento de la enfermedad; con el mismo objetivo se plantea la implementación de preguntas relacionadas con variables de tipo socio-ambiental como relaciones familiares, recursos económicos, apoyo social en general, situación laboral (Brannon, y Feist, 2000).
2. Aplicación de la Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos que evalúa aspectos relacionados con el control que tiene el paciente sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, el seguimiento médico conductual y la autoeficacia. (Trujano, Zaira y Nava, 2009).

El proceso de intervención para contribuir a desarrollar adherencia al tratamiento, se plantea con la implementación de la técnica de autocontrol, por medio de la cual se pretende instruir al paciente para que utilice estrategias que le permitan modificar y orientar la frecuencia, duración e intensidad de sus conductas, con el fin de lograr metas a corto y largo plazo (Olivares y Méndez, 2001, citados por Cortés y Oropeza, 2011).

A continuación se plantea el proceso de intervención a realizar:

1. Psicoeducación:
 - A. Mejorar el conocimiento del que dispone el paciente acerca de su enfermedad y el adecuado tratamiento de la misma.
 - B. identificación de creencias hacia la enfermedad.
 - C. Fortalecer y apoyar en la relación médico-paciente.
2. Crear el contexto para el cambio: Por medio del planteamiento al paciente de preguntas que le permitan reconocer por qué debe cambiar y que consecuencias le traerá hacerlo, con lo cual se motivará al mismo, puesto se permite ver el cambio como deseable y posible.
 - A. Asignación de tareas: Elaborar autoregistros en los que se realicen procesos de auto-observación, los cuales faciliten el control de la toma de medicamentos, citas médicas, marcadores fisiológicos y brinden una función de retroalimentación.
 - B. Desarrollo de contrato conductual: En el cual se especifique la conducta a modificar, el momento en que se haya cumplido el objetivo, las auto-recompensas y los auto-castigos contingentes a las respuestas adecuadas e inadecuadas, el tiempo de la implementación y el o los responsables de evaluar el avance del proceso.
4. Modificación del contexto y estímulos que puedan ser perjudiciales.



*Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas,
basada en comportamientos explícitos*

Nombre:

Género:

Edad:

Ítem	Si	No
1. Ingero mis medicamentos de manera puntual		
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada		
3. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica		
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto		
5. Asisto a mis consultas de manera puntual		
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud		
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas si el médico me lo ordena		
8. Como sólo aquellos medicamentos que el médico me permite		
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento		
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.		
11. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego al tratamiento		
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.		
13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos		
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido		
15. Si en poco tiempo no veo mejora en mi salud dejo el tratamiento		

16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago		
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos		
18. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo		
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad		
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que esté en mis manos para aliviarme		
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.		

Con esta escala se evalúa: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos (ítem 1 al 7), seguimiento médico conductual (ítem 8 al 14) y autoeficacia (ítem 9 al 21).

Para mayor información acerca de este instrumento se recomienda consultar:

Trujano, R., Zaira, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativa Psicológica*. Tomado el 16 de abril de 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405339X2009000100008&script=sci_arttext.

DATOS IMPORTANTES

1. Nombre _____
2. Edad _____
3. Teléfono _____
4. Diagnostico (¿qué fue lo que me paso?)

5. Procedimiento que se llevó a cabo

6. ¿Para qué fue ese procedimiento? _____

7. Fecha del evento _____

8. Nombre de mi médico : _____
9. Especialidad: _____
10. Teléfono _____
11. Nombre eps: _____
12. Ambulancia: _____
13. Teléfono familiar: _____
14. Teléfono cuidador: _____
15. Teléfono acudiente: _____

16. Medicamentos que tomo (tratamiento):

Nombre del medicamento	¿Para qué sirve?	Dosis por día	En que horario

11. Alergias Sí _____ No _____ ¿Cuáles? _____

17. Antecedentes quirúrgicos

Fecha	Cirugía

18. Antecedentes patológicos (enfermedades)

Nombre	Tratamiento

19. Resultados de los últimos exámenes

Examen	Fecha		Fecha		Fecha	
	Resultado	Bueno o Malo	Resultado	Bueno o Malo	Resultado	Bueno o Malo

20. Recomendaciones generales.

- Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. Paraninfo: Madrid.
- Cortès, A. y Oropeza, R. (2011). Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e investigación en psicología*. 16 (1) 103-113.
- Del Pino, A. (s.f.). *Tratamiento Psicológicos una perspectiva conductual*. Tomado el 16 de abril de 2012, de <http://webpages.ull.es/users/apino/TratamientosPsicologicos.pdf>.
- Larrea, P, Martinez, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. (28) 5 113-120.
- Libertad, M. y Abalo, J. (2004). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14 (1) 89 -99.
- Peralta, M. y Pruneda, P. (2008). Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*: 17(3): 84-88.
- Trujano, R., Zaira, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativa Psicológica*. Tomado el 16 de abril de 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405339X2009000100008&script=sci_arttext.



CAPITULO 3.

Depresión En La Persona Mayor

¿Es la depresión un trastorno común en la adultez mayor?

¿Cómo se evalúa la depresión?

¿Cómo se interviene la depresión?

¿ES LA DEPRESIÓN UN TRASTORNO COMÚN EN LA ADULTEZ MAYOR?

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 evidenciado en la modificación de los hábitos alimenticios, trastornos del sueño, la percepción de sí mismo y de la vida, produciéndose así malestar y sufrimiento tanto a quien lo padece como a su familia (Tapia, Morales, Cruz y Rosa, 2000; García, Guridi, Medina y Dorta, 2007).

La depresión se puede presentar por diversos factores, por ejemplo desde una visión del modelo cognoscitivo Beck (1967), se tiene la triada cognoscitiva de la depresión, compuesta por 3 patrones que guían al paciente a considerarse así mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático, a seguir se explicará cada uno de estos 3 patrones:

1. Visión negativa 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.
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, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Los factores psicosociales que se presentan con una alta probabilidad en la vejez 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 (Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross, 2001;

APA, 1998). También la pérdida de autoridad y autonomía, el sentir que han perdido poder, prestigio y reconocer que ahora necesitan ayuda de otras personas en actividades que normalmente realizaban por sí mismos, puede llegar a dificultar la adaptación a esta nueva etapa de la vida, puede afectar negativamente el estado de ánimo de la persona y minimizan sus relaciones interpersonales Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross, 2001; APA, 1998; Serna, 2007). Los anteriores factores se encuentran estrechamente relacionados con el hecho que, según la OMS (1996) un 25% de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico y que la depresión es el más frecuente hasta los 75 años (Agudelo, Lucumí, y Santamaría, 2008).

La hospitalización puede conllevar a la presencia de la depresión en esta población, ya que son propensos a tener largas estancias hospitalarias, el proceso de recuperación es lento, lo que genera en el paciente un incremento de la percepción negativa frente a su estado de salud y conlleva a una disminución de la funcionalidad de la persona (Peña, Herazo, y Calvo, 2009).

En el momento de determinar la impresión diagnóstica, es fundamental tener en cuenta que diferencia la depresión en las personas mayores de los otros. Es importante tener en cuenta que los cambios en el apetito, sueño y fatiga comunes en la depresión, en esta etapa de la vida están generalmente asociados al envejecimiento más no necesariamente a sintomatología depresiva (Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross, 2001). Adicionalmente los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento, se evidencia una mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición, 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), mayor riesgo de suicidio y disminuyen los rendimientos cognoscitivos (Alexopoulos, Katz, Reynolds y Ross, 2001; Serna, 2007).

Según lo establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, (2000) los tipos de depresión son trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado.

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 de los siguientes síntomas de depresión.

Criterios diagnósticos episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor
único y episodio depresivo mayor recidivante según DSM-IV-TR.

Criterios diagnósticos episodio depresivo mayor

A Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una

enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Criterios diagnósticos episodio depresivo mayor único.

A Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

- Leve
 - Moderado
 - Grave sin síntomas psicóticos
 - Grave con síntomas psicóticos
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos
 - Con síntomas melancólicos
 - Con síntomas atípicos
-

-
- De inicio en el periodo posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos
 - Con síntomas melancólicos
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el periodo posparto.
-

Criterios diagnósticos episodio depresivo mayor único recidivante

A Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

-
- Leve
 - Moderado
 - Grave sin síntomas psicóticos
 - Grave con síntomas psicóticos
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos
 - Con síntomas melancólicos
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el periodo posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el periodo posparto.

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

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

TRASTORNO DISTIMICO

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

CRITERIOS DIGNÒSTICOS TRASTORNO DISTÌMICO SEGÙN DSM-IV-TR

A Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Falta de energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 6. Sentimientos de desesperanza
-

C No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

D Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

E La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

F Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

G Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

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

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.

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 (American Psychiatric Association. 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. Para que aclarar el origen de dichos síntomas, se propone 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 pre-mórbido del paciente; en la demencia hay una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que en el episodio depresivo mayor es más probable que se dé un estado pre-mórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo repentino asociado a la depresión (Fernández-Ballesteros, 2009).

Adicional a la evaluación que se debe realizar, Fernández-Ballesteros (2009) propone unos criterios que se pueden usar para realizar el diagnóstico diferencial de la depresión con la demencia y el delirio.

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 psicogerontología aplicada*.

En la persona mayor la evaluación de la depresión debe estar guiada por un modelo integral. La entrevista realizada al paciente debe contemplar todas las posibles causas: biológicas, psicosociales, físicas, para así realizar una evaluación multidimensional, Fernández-Ballesteros (2009).

1. **Biológicas:** variaciones en algunos neurotransmisores, hormonas o fármacos, como los antihipertensivos; fármacos cardiológicos; agentes neurológicos; sedantes, hipnóticos y psicotrópicos; entre otros (Roa, 1995), 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.

2 **Psicológicos:** En esta área se deben evaluar los pensamientos asociados a la vejez, las distorsiones cognoscitivas, 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.

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, (Roa, 1995) [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]

3 **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, los cuales son factores que pueden generar síntomas depresivos ya que la persona

puede sentir que no es capaz de afrontarlos. En esta área también se debe evaluar la red de apoyo tanto familiar como social, 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.

Adicional a la entrevista, en la evaluación se recomienda el uso de instrumentos para evaluar la depresión, a seguir se presentarán algunos instrumentos y que áreas evalúan.

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 (versión reducida) GDS-15</i>	Brink y Yesavage (1982) (adaptación española : González, 1988)	Esta escala se compone de 15 ítems 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>	Fernández- 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 (Scale for Suicide Ideation, SSI)</i>	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.

Para la evaluación de la depresión en la persona mayor en el contexto hospitalario se recomienda la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982), ya que se considera el único autoinforme construido específicamente para la población de adultos mayores, centrándose en aspectos cognitivo-conductuales de la depresión sin mezclarlos con los síntomas físicos, además de ser breve y fácil de aplicar. Esta escala clasifica la depresión en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9), establecida (10 o más), cabe resaltar que este instrumento ya se encuentra validado en personas mayores colombianas (Bacca, González y Uribe, 2005).

Teniendo en cuenta que el YESAVAGE, no mide síntomas fisiológicos se puede completar la evaluación con el Inventario de Depresión, de Beck, 1961.

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. Autores como Scogin, Welsh, Hanson, Stump, y Coates, (2005); Frazer, Christensen, y Griffiths (2005); Gebretsadik, Jayaprabhu y Grossberg (2006); Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008), coinciden con algunas técnicas como Terapia Cognitiva-Conductual, Terapia Conductual, Terapia de solución de problemas, Terapia Psico-dinámica breve, Terapia de Reminiscencia y la Biblioterapia cognoscitiva, algunas de estas técnicas serán ampliadas en esta guía a continuación.

LA PSICOEDUCACIÓN

Esta técnica involucra 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 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 Terapia Cognoscitivo Conductual 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, por ello 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 una 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 cognoscitivas 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.

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 (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 (Hinrichsen, 2010).

La Terapia Interpersonal aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente.

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, deterioro en la salud y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia 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, facilitare la expresión de emociones 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 (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; Hinrichsen, 2010).

TERAPIA COGNOSCITIVA

Es un procedimiento por medio del cual se lleva al individuo al cambio de ideas o pensamientos distorsionados o erróneos (Labrador, 2006).

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).

TERAPIA CONDUCTUAL.

En este modelo, la depresión se entiende como el resultado de una baja tasa de comportamiento reforzado, por ello 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, *juego de roles* para abordar déficits conductuales, el fomento de habilidades interpersonales dirigidas a incrementar y reforzar positivamente las nuevas relaciones sociales que se entablen (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 (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008; Fernández-Ballesteros, 2009).

Es una técnica de modificación de conducta, que tiene como objetivo producir consecuencias positivas, refuerzo positivo, y evitar consecuencias negativas, facilitando una conducta eficaz (D' Zurilla y Goldfried, 1971, citados por Labrador, 2006).

D’Zurilla plantea que la solución de problemas es el proceso cognoscitivo- afectivo- conductual a través del cual un individuo o grupo, identifica o descubre medios efectivos de enfrentar el problema, entendiéndose que problema es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo del individuo.

La solución del problema se da a través de 5 fases, que son:

1. *Orientación hacia el problema*, se busca que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida y que es posible enfrentarlas eficazmente.
2. *Definición y formulación del problema*, se debe clarificar la naturaleza del problema y plantear una meta realista para solucionarlo.
3. *Generación de soluciones alternativas*, se debe establecer el número de soluciones alternativas posibles con el propósito de aumentar la probabilidad de hallar de la solución entre las propuestas. Para la generación de soluciones alternativas se usan 3 principios que se derivan de la producción divergente de Guildford (1967) y del método de la “tormenta de ideas” de Osborn (1963)
 1. *Principio de cantidad*, entre más soluciones mejor calidad y aumenta la probabilidad de hallar la solución.
 2. *Principio de aplazamiento de juicio*, se generan mejores soluciones cuando no se tienen que evaluar en el momento
 3. *Principio de variedad*, entre más varían las ideas es más fácil determinar la calidad de éstas.
4. *Toma de decisiones*, se evalúan las alternativas de solución planteadas para seleccionar las mejores y ponerlas en práctica en la situación problema. La toma de decisiones se basa en 2 modelos: Teoría de la utilidad esperada (costo-beneficio) y *Teoría de la perspectiva (factores subjetivos y perceptivos)*

Una vez se ha elegido la solución, se debe poner en práctica y verificarla realizando, una autoevaluación: comparando el resultado obtenido con el esperado, auto-

observación: observando la propia conducta y los logros obtenidos, auto-reforzamiento: el paciente se refuerza por haber hecho bien el proceso.

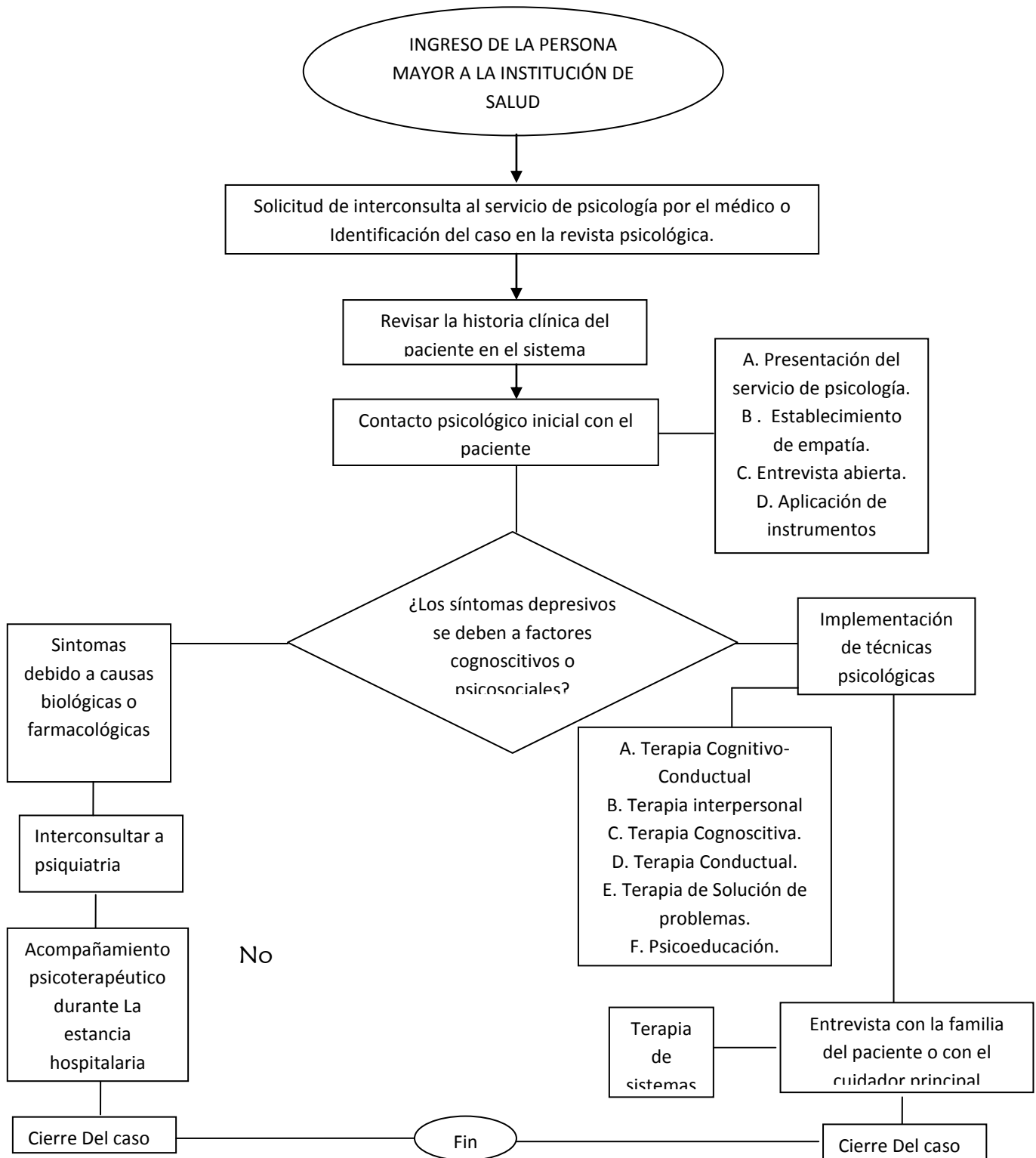
INTERVENCIÓN CON FAMILIA

Para la familia afrontar que el adulto mayor está presentando sintomatología depresiva puede resultar agobiante, debido a que no se sabe en muchos casos como ayudar y eso genera una desorientación en los miembros de la familia, por ello es importante que el psicólogo les brinde apoyo y orientación frente al trastorno depresivo y al uso de algunas estrategias que van a contribuir con el bienestar del paciente. Algunas de estas estrategias propuestas por el National Institute of Aging (2002) son:

- ~ La familia debe aprender sobre la depresión, su tratamiento y lo que puede hacer para ayudar a su recuperación.
- ~ La familia se debe considerar como parte del equipo de apoyo y tratamiento.
- ~ Se deben evitar pensar que la persona con depresión no desea mejorar, aunque a veces lo puedan percibir de esa manera. El tomar conciencia que los síntomas son parte del trastorno depresivo, contribuirá a entender los pensamientos, conductas y sentimientos de quien lo presenta.
- ~ La familia puede ayudarle al paciente a reconocer las fuentes de estrés, a encontrar la forma más adecuada para hacerle solucionarlo e incluso en algunos casos podrán contribuir en la solución.
- ~ Pueden animar a la persona mayor a ser más activo, pero sin forzarlo ni presionarlo excesivamente y sin hacerle críticas o reproches.
- ~ Si las condiciones de salud lo permiten, lo pueden ayudar a que realice algún tipo de actividad física, que tenga momentos de esparcimiento y que en general lleve un estilo de vida sano.

- ~ Es importante que se brinde compañía la mayor parte del tiempo disponible al paciente.
- ~ Reconocer y elogiar cada uno de los avances en el tratamiento, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.
- ~ Motivar a seguir el tratamiento y a evitar el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.
- ~ La familia debe prestar especial atención a la presencia de pensamientos suicidas y en caso que estos se manifiesten no dejar solo al paciente en ningún momento.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?

si NO

2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?

SI no

3. ¿Siente que su vida está vacía?

SI no

4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?

SI no

5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?

si NO

6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?

SI no

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

si NO

8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?

SI no

9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?

SI no

10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? SI no

11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?

si NO

12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?

SI no

13. ¿Se siente lleno de energía?

si NO

14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?

SI no

15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?

SI no

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS

ES DECIR: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0

TOTAL : _____

00 a 05 Normal

06 a 10 Depresión Moderada

11 a 15 Depresión Severa

ESCALA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL –HAD-

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucción

Se indica al paciente que la escala está dirigida a determinar cómo se ha sentido en la semana anterior a la de la aplicación del cuestionario.

El paciente debe elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada.

1. Me siento tenso o nervioso (A)
(3) Todos los días (2) Muchas veces (1) A veces (0) Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D)
(3) Como siempre (2) No lo bastante (1) Solo un poco (0) Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder (A)
(3) Definitivamente y es muy fuerte (2) Sí, pero no es muy fuerte (1) Un poco, pero me preocupa (0) Nunca
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D)
(0) Al igual que siempre lo hice (2) No tanto ahora (1) Casi nunca
(0) Nada
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones (A)
(3) La mayoría de las veces (2) Con bastante frecuencia (1) A veces, aunque no muy a menudo (0) Solo en ocasiones
6. Me siento alegre (D)
(3) Nunca (2) No muy a menudo (1) A veces (0) Casi siempre
7. Me siento tenso o nervioso (A)
(3) Todos los días (2) Muchas veces (1) A veces (0) Nunca
8. Todavía disfruto con lo antes me gustaba (D)
(3) Como siempre (2) No lo bastante (1) Solo un poco (0) Nada
9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago (A)

- (0) Nunca (1) En ciertas ocasiones (2) Con bastante frecuencia (3) Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto personal (D)
(3) Totalmente (2) No me preocupa tanto como debería (1) Podría tener un poco más de cuidado (0) Me preocupa al igual que siempre
11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme (A)
(3) Mucho (2) Bastante (1) No mucho (0) Nada
12. Me siento optimista con respecto al futuro (D)
(0) Igual que siempre (1) Menos de lo que acostumbraba (2) Mucho menos de lo que acostumbraba (3) Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico (A)
(3) Muy frecuentemente (2) Bastante a menudo (1) No muy a menudo (0) Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
(0) A menudo (1) A veces (2) No muy a menudo (3) Rara vez.

- 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. y Ross, R. (2001). *Expert Consensus Guideline Series: Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. Postgraduate Medicine Special Report.*
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. (2000).* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson.
- Bacca, A., González, A., y Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1, pp. 53-63.
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclée de Brouwer
- 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.
-
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada:* Madrid: Psicología Pirámide.
- Frazer, C. Christensen, H y Griffiths, K, 2005. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, (182), 627–632.
- 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.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de TecnoloXías

Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06

Hinrichsen, G. (2010). Sexual orientation issues in the context of interpersonal psychotherapy for late-life depression. En Pachana, N., Laidlaw, K. y Knight (Eds.), *CaseBook of Clinical Geropsychology International Perspectives on Practice* (pp. 17-30). New York: Oxford.

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

National Institute on Aging. (2002). *Información de salud para las personas de la tercera edad: La Depresión: No permita que la depresión le persista*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Peña, D. Herazo, M. y Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista medicina*, 57(4).

Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.

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

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



CAPITULO 4 ANSIEDAD

¿La Ansiedad es un trastorno común en las personas mayores?

¿Cuáles instrumentos son los más apropiados para evaluar la ansiedad?

¿Qué técnicas se usan para tratarlas?

¿ANSIEDAD ES UN TRASTORNO COMÚN EN LAS PERSONAS MAYORES?

La ansiedad está definida como la respuesta que se da ante situaciones amenazantes o 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 Kaplan y Sadock (2000). Se presenta síntomas como miedo, preocupación, despersonalización, síntomas de terror, y algunos síntomas somáticos como dolor abdominal, náuseas, vértigo, mareo, palpitaciones, hiperventilación, sequedad de la boca, dolor de cabeza (Emilien, 2002). Cuando se presentan altos niveles de ansiedad se 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. (Gabay y Fernández, 2006).

Los desórdenes de ansiedad puros en esta población son raros, estos están especialmente asociados a otro trastorno psiquiátrico o a la presencia de enfermedad, especialmente cardíacas o aquellas que generan discapacidad física (Nordhus y Hynninen, 2010). La ansiedad en la población mayor puede aumentar cuando están institucionalizados, presentándose más en mujeres mayores de 55 años, que en los hombres. (Hernández, Orellana, Kimelman, Nuñez e Ibáñez, 2005). Los pacientes que sufren de ansiedad tienen un mayor riesgo de deprimirse y al dejarlos sin tratamiento estos trastornos tienden a convertirse en crónicos (Nordhus, Hynninen, 2010).

Las personas mayores con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población en general; pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos, en especial depresión y trastorno por ansiedad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos

del sueño, etc.) los hacen más vulnerables a la patología mental (Gabay y Bruno, 1998).

Las personas que sufren de ansiedad y síntomas subclínicos, pueden mostrar tensión e inquietud, hiperactividad autonómica y la vigilia, el insomnio, destructibilidad, dificultad para respirar, entumecimiento, temor, preocupación y la rumiación (Nordhus, Hynninen, 2010). Sus síntomas se pueden presentar como (Gabay y Bruno, 1998):

1. Tensión motora: estremecimientos, sacudimientos, sensación de temblor; tensión muscular, dolores o dolorimientos, parestesias desasosiego, fatigabilidad fácil.
2. Hiperactividad autonómica: respiración entrecortada o sensación de sofocación palpitaciones o taquicardia, sudoración o manos húmedas, frías y viscosas boca seca vértigo o mareos náuseas, diarreas, vómitos u otra molestia abdominal acaloramiento (accesos calientes) o escalofríos rubor o palidez micción imperiosa y frecuente problemas para tragar o sensación de " nudo en la garganta" cefaleas y disfunción sexual.
3. Vigilancia y registro: sensación de excitación o impaciencia respuesta sobresaltada exagerada dificultad de concentración o "mente en blanco" por la ansiedad dificultad para dormir o para mantener el sueño irritabilidad

La evaluación de la ansiedad en personas mayores está guiada por un proceso en el cual se logre triangular diferentes fuentes de información, se podrán utilizar las siguientes técnicas:

1. Entrevista semiestructurada: En esta se deben explorar aspectos relacionados con las respuestas fisiológicas que pueden tener las personas frente a la hospitalización, 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 cuestionarios y escalas: Adicional a la entrevista, se debe hacer una evaluación de las diversas áreas, por esta razón se hace necesario, el empleo de distintos instrumentos para evaluar la ansiedad (Pavón, 2003), a continuación se presentarán algunos instrumentos y que áreas evalúan.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR ANSIEDAD

Instrumento	Autor	Qué evalúa
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI),	(Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002)	Evalúa la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) 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.

<i>La escala de ansiedad de Hamilton</i>	(Canto y Castro, 2004)	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 síntomas de estado de ánimo, consta de 24 ítems.
Escala ansiedad y depresión en el hospital. (HAD)	(Roig,Mira,Cantero,2000)	Conformada por 14 ítems, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria.

La terapia cognoscitivo conductual (TCC) ha ganado importancia como el tratamiento psicológico de elección para los trastornos de ansiedad APA (2002). Nordhus y Hynninen (2010) refieren que este es uno de los tratamientos en los que su eficacia se considerada como una terapia basada en la evidencia.

La implementación de técnicas de intervención para tratar la ansiedad es fundamental para mejorar la calidad de vida, a continuación se mencionaran los métodos y técnicas más adecuadas.

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, 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, 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 nos enseña formas de comportarnos con el cuerpo para reducir la activación en determinadas situaciones, que generan ansiedad, depresión y en ocasiones para disminuir el dolor. (Alvarez, Granela, Amador, 2008).

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Se le 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.

Este se realizara a través de 6 sesiones, en la cual se realizara tensión-relajación en brazos, cara, cuello, tronco y piernas, como también recorridos de tensión-relajación completos. (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 (Caballo, 1998).

Es necesario evaluar si la persona ha entendido las instrucciones correctamente, y asegurarse de que las personas que van a recibir esta técnica no tengan ningún tipo de dolor ni un compromiso cognoscitivo severo. No hay que considerar esta técnica como un sustituto de tratamiento médico, cuando exista o sospeche de la presencia de un trastorno se debe buscar asistencia médica; no es aconsejable esta técnica para las personas que padecen de alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos, ya que estos ejercicios pueden conducir a sensaciones extracorpóreas (Payne, 2005).

Las personas que debido a su incapacidad o trastorno, dudan sobre el beneficio de esta se recomienda iniciar con los ejercicios muy suavemente, esto es aplicable por

ejemplo para las personas que tiene problemas en la espalda o en el cuello (Payne, 2005).

Durante las sesiones es importante observar a las personas con el fin de evaluar si se presenta problemas con algún grupo muscular, al final de esta también se le debe preguntar al paciente si se le dificulto la relajación, también es importante adecuar las técnicas según las necesidades de la persona o grupo (Caballo, 1998).

ENTRENAMIENTO AUTOGENO

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).

Por medio de una representación mental se permitirá generar 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 (Labrador, 1993). Las instrucciones son las siguientes:

La persona debe estar sentada en una posición cómoda, con los ojos cerrados; primero: quiero que tomes conciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10 segundos) conciencia de como sientes tu cuerpo en el sillón...de los puntos de contacto de la cabeza, la espalda, los brazos y las piernas (10 segundos). Ahora quiero que te concentres en tu respiración, a medida que inspiras tu abdomen se eleva y cuando espiras, el abdomen baja suavemente...de forma que la espiración es un poco más larga que la inspiración (10 segundos). Ahora concéntrate en tu mano

y brazo derecho y comienza a decirte mentalmente: siento mi mano derecha pesada (se repite tres veces), mi mano derecha es pesada y cálida (se repite tres veces), siento mi mano y brazo derecho pesados (se repite tres veces), siento una oleada cálida invadiendo mi mano y brazo derecho (se repite tres veces). Visualiza tu brazo y mano derecha en un sitio cálido, dándoles el sol, mira como los rayos de sol descienden y tocan tu mano y brazo derecho...como los calientan suavemente. Imagínate que estas tumbado sobre arena caliente, , siente el contacto de tu brazo y mano derecho sobre la arena...o introducidos en agua caliente...o cerca de una estufa. Dite: mi mano y brazo derecho se vuelven muy cálidos y pesados. Respira profunda y muy lentamente, a cada espiración lenta y larga, déjate llevar un poco más, mando un mensaje de calor y relajación hacia la mano y brazo derecho (10 segundos). Igual se hace para la mano y brazo izquierdo, pie y pierna derecha e izquierda, volviendo después por todas las extremidades y pasando al abdomen.

Mis brazos y mis manos están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mis pies y piernas están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mi abdomen es cálido (3 veces). Mi respiración es lenta y regular (3 veces). Mi corazón late calmada y relajadamente (3 veces). Mi mente está tranquila y en paz (3 veces). Tengo confianza en poder resolver los problemas cotidianos (3 veces). Toda tensión y estrés en mi cuerpo se va disipando a cada larga y suave espiración (3 veces). Cualquier preocupación acerca de mi pasado o futuro se disipa cada vez que aspiro (3 veces). Puedo mandarme mensajes positivos acerca de mi propio valor (3 veces). La esencia de relajación estará conmigo durante todo el día (3 veces). Gradualmente puedo empezar a la habitación manteniendo mis ojos cerrados. Soy consciente de nuevo de los sonidos fuera y dentro de la habitación. Voy sintiendo mi cuerpo sobre el sillón (o la cama). Cuando estés preparado, puedes empezar a mover tus dedos y poco a poco ir abriendo tus ojos.

TECNICAS DE CONTROL DE LA RESPIRACION

Permite una correcta oxigenación del organismo, la importancia de enseñar a tener control sobre la respiración es que a futuro se pueda automatizar dicho control en presencia de situaciones problema (Labrador, 1993). Esta técnica es usada para decrementar la fatiga muscular y las sensaciones de ansiedad, es una técnica de fácil aprendizaje y se obtienen resultados en un periodo corto (Labrador, 1993). Durante la primera semana deben realizar los ejercicios varias veces (mínimo tres) al día como parte de su actividad diaria, para un mejor aprendizaje y se pueda aplicar en momentos de actividad que generen mayor activación.

Las ventajas generales de la respiración como método de la relajación:

La respiración está directamente asociada con el sistema nervioso autónomo la cual controla la estimulación fisiológica.

Son técnicas fáciles de aprender.

Esta técnica es útil para las personas que encuentran difícil la visualización.

Estos ejercicios pueden ejecutarse en cualquier lugar.

Los pasos que se deben seguir para realizar los ejercicios de respiración son:

1. Tendido o sentado.

Ponga las manos sobre el borde inferior de las costillas, con las puntas de los dedos separados unos pocos centímetros. Sienta como las manos se elevan y se separan al fluir el aire hacía dentro, y retroceden cuando el aire fluye hacia fuera.

2. Sentado con la cabeza y los brazos apoyados sobre una mesa.

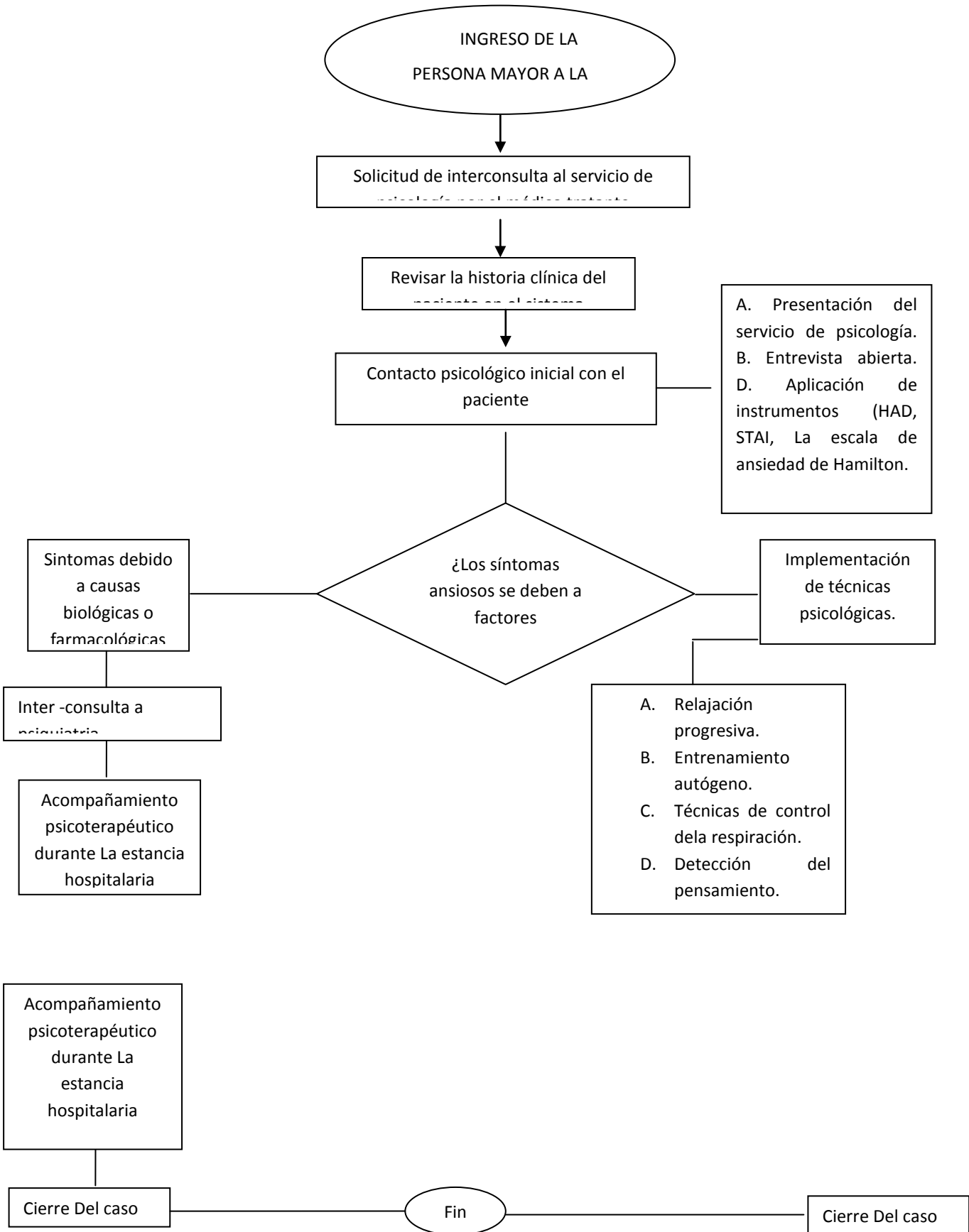
Con el movimiento en frente del pecho ahora restringido, puede usted sentir ahora como el pecho se expande hacia atrás.

3. El estado emocional.

La respiración en un individuo tranquilo guarda relación con unos músculos abdominales relajados y se caracteriza por un movimiento visible de la parte superior del abdomen; la respiración estresada está relacionada con un movimiento predominante costal superior y con frecuencia supone la contracción de los músculos que rodean a los hombros.

La respiración debe ser un ritmo natural del individuo, se debe contemplar en términos de “dejar que el aire entre” en lugar de “tomar aire”, debe haber una transición suave entre la inspiración y la espiración, a menos que el ejercicio indique lo contrario. (Payne, 2005).

FLUJOGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA



- Antona, C, López, L (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista latinoamericana de psicología*. (40) 2.
- Bobes, J. Portilla, M. Bascarán, T. Sáiz, P. Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid:Thomson.
- Emilien, G. (2002). *Anxiety Disorder: Pathophysiology and pharmacological treatment*. Germany: Birkhäuser.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: siglo veintiuno.
- 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.
- Cassidy, E., Swales, P. y Sheikh J. (2002). Clinical Features of Anxiety Disorders. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 551-554.
- Gabay, P, Bruno, M. (1998) .Trastornos de la ansiedad en la tercera edad. Recuperado de: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD001.pdf>
- Labrador, F. (1993). *Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- 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 *Psicothema*. 3 (11), 641- 654. Tomado de <http://www.psycothema.com/pdf/7412.pdf>.
- Nordhus, I. y Hynninen, M. (2010). Treating late-life anxiety in chronic medical illness and cognitive impairment: two case studies. En Pachana, N., Laidlaw, K. y Knight (Eds.), *CaseBook of Clinical Geropsychology International Perspectives on Practice* (pp. 17-30). New York: Oxford
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage.
- Oyola, J, Zarzuela, E, San Gregorio,M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología conductual*. 7 (3). 471-499.
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Editorial paidotribo.
- Roig, S, Mira, M, Cantero,M. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala (HAD) en pacientes oncológicos. *Revista de psicología de la salud*. 12(2). 127.
- Sarason, G, Bárbara, R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson educación.



CAPITULO 5

Demencias

¿Qué es un síndrome demencial?
¿Cuáles son los tipos de demencias?
¿Cómo se evalúa la demencia?

¿QUÉ ES UN SÍNDROME DEMENCIAL?

La demencia es un enfermedad orgánico cerebral que se presenta generalmente en las personas de edad avanzada, manifestándose por medio por una pérdida 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).

Se estima que 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 alguna variaciones, ya que cuando se realiza el diagnostico, 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, Sánchez, Pérez, Martín, Marsal, Rodríguez, García, Romero, Rodríguez y Gutiérrez 2001). Finalmente en cuanto a sus subtipos, se tiene que la enfermedad de alzhéimer es la más frecuente en la población (4.6%), seguida por la demencia vascular que tiene un 1.6%

Existen diferentes tipos de demencias, entre las más estudiadas y con mayor numero de prevalencia se encuentran: demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia por cuerpos de lewy y la demencia frontotemporal (Serrano, 1998; Bermejo, 2007; Toro, 2010 y Ostroky, Madrazo y Velez 2008)

Según lo establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, (2000), los trastornos del apartado «Demencia» se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer). Los trastornos de este apartado se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian en base a su etiología.

Criterios diagnósticos

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.

Nota: Tomado de Serrano, (1988)

¿Cuáles son los tipos de demencia?

A continuación se describirá los tipos de demencia más prevalentes, con sus respectivas características, síntomas y curso de la enfermedad.

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. Se podrá encontrar com-morbilidad con depresión, alteraciones psicóticas, delirios y alucinaciones, ansiedad y agitación (Serrano, 1988).

Criterios diagnósticos de los trastornos, según el DSM-IV

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)

2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)

3. Enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

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 desjecutivo, pseudodepresivo; orbitomedial, orbitofrontal: tipo desinhibido, tipo pseudomaníaco o tipo pseudopsicopático; mesiforntal: tipo apático, hipocinético. Este diagnostico 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, compresión conservada en fases iniciales, agramatismos y anomia, la cual termina por evolucionar en mutismo (Toribio y Morera 2008)

DEMENCIA VASCULAR

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).

Criterios diagnósticos de los trastornos, según el DSM-IV

1. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas
 - a) Afasia.
 - b) Apraxia.
 - c) Agnosia.
 - d) Deterioro de la función ejecutiva, por ejemplo de la planificación, la organización, la secuenciación o la abstracción.
3. El cuadro produce un deterioro significativo en los planos laboral y/o social y supone un declive con respecto al estado previo del paciente.
4. Presencia de signos y síntomas focales neurológicos como hiperreflexia, reflejos cutaneoplantares (RCP) en extensión, ataxia, fuerza disminuida en alguna extremidad o pruebas indicativas de enfermedad cerebrovascular.
5. Los déficits no aparecen exclusivamente en el curso de un delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
- 6.

DEMENCIA POR CUERPOS DE

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 más 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).

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 viso-espaciales. Su desarrollo es lento
Demencia Prefronto-temporal	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

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

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Unos 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.

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 s prolongada su tiempo, costos hospitalizados y la rehabilitación (Inouye et al, 1999).

Tabla 8.

Pistas para el diagnostico diferencial entre demencia y delirium.

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

Nota. Tomado de Pérez (2006).

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 consciencia, 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 cardíaca 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).

En cuanto a los cuadros depresivos y las demencias, se ha encontrado que es normal que en los primeros estadios de la enfermedad demencial los pacientes sufran esta patología junto con ansiedad, ya que en este momento son conscientes del síndrome que está sufriendo y además las consecuencias que va a carrear ello en un futuro. Por esto es necesario realizar un diagnóstico claro sobre el síndrome demencial y identificar si la depresión es originado por el diagnóstico e intervenirla desde ahí o si su causa es otro motivo y es antecesora de la demencia, lo cual cambiara el método de intervención. (Brañas y Serra 2002)

El proceso evaluativo de un síndrome demencial es necesario realizarlo con un equipo multidisciplinar liderado por geriatría y neurología, y para esto es necesario construir y aplicar una batería y pruebas que permitan realizar un tamizaje. Además es necesario obtener exámenes paraclínicos (imágenes diagnósticas, exámenes y genéticos). Y finalmente también se necesita una evaluación neuropsicología formal. Después obtener los resultados de cada área competente en la evaluación, ya se podrá realizar el diagnóstico de la enfermedad de manera certera y concisa.

A continuación se explicará cómo es oportuno realizar la evaluación, desde la psicología y cuáles son los instrumentos o cuestionarios que facilitaran el proceso.

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 desarrollaran en él. Como paso número tres se encuentra la aplicación de pruebas y baterías psicológicas al paciente para así poder conocer que tan avanzada está la enfermedad, permitiendo direccionar el tratamiento siendo este el paso final (Perez, 2006).

Para la evaluación psicológica de demencias en el ámbito hospitalaria existen diferentes instrumentos de cribado o tamizaje, que son fáciles y rápidos de aplicar, sin embargo no reemplazan una valoración neuropsicológica formal, estos son:

Test	Que evalúa, y como se debe usar
(Mini-Mental State Examanition) MMSE	Tamizaje de demencias
Montreal Cognitve Assesment (MOCA)	Test de cribado para deterioro cognitivo leve.
Seven-Minute Screen (7MS)	Instrumento de tamizaje que evalúa 4 áreas: Orientación temporal, memoria, habilidades viso-espaciales y fluidez verbal
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.
Escala Dementia Rating Scale (DRS)	Está compuesta por 5 subescalas que miden, atención, iniciación, habilidades visoconstruccionales, razonamiento y memoria. Su duración es de 20 a 45 minutos.
Teste Del reloj.	Es una prueba sencilla y de aplicación rápida, ampliamente utilizada para el cribado de la demencia, que proporciona información sobre múltiples dominios cognitivos como comprensión, concentración, memoria visual y abstracción, planificación, inhibición de respuesta y visuoconstrucción.
Índice de Katz	Este instrumento evaluara las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como vestirse, bañarse, la alimentación

Nota: Tomado de Pérez, Batsan, González, Socorro, 2005; Carnero, 2006; Barrero-Hernández, Vives-Montero y Morales-Gordo, 2006 y Galvin, Roe, Xiong y Morris, 2006; Contador, Fernandez, Ramos, Tapiz y Bermejo 2010; Brañas y Serra 2002

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 cognoscitivas, y para ello el tipo más usada es el farmacológico. Las intervenciones no farmacológicas se encuentran en auge, donde tiene como objetivo la prevención de la progresión de la enfermedad. (Winblad y Poritis, 1999, citado por (Fernandez-Ballesteros, 2009).

La intervención de psicosocial propuesta para el tratamiento de los síndromes demenciales son: entrenamiento de funciones cognitivas, entrenamiento de los problemas de conducta, otras dirigidas a disminuir la dependencia del paciente mediante técnicas de reestructuración ambiental y finalmente enfocada al sistema familiar y cuidador (Frances, Barandiaran, Marcellan y Moreno 2003). A continuación se describirán cada uno de ellas de forma específica.

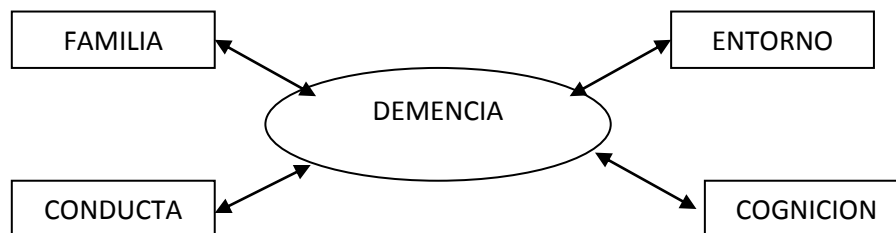


Figura 1. Ámbitos de intervención en la demencia a través de terapias no farmacológicas. Tomado de Frances, Barandiaran, Marcellan y Moreno (2003)

PSICOESTIMULACION

Este término es definido como la estimulación de las capacidades que el paciente conserva (Junque, 1994). Este modelo tiene una visión globalizadora y ecológica del paciente, y se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de técnicas de modificación de conducta. (Frances, Barandiaran, Marcellan y Moreno 2003). Es necesario aclarar que para la ejecución de este procedimiento, previamente es necesaria la evaluación exhaustiva tanto por psicología como de neuropsicología, para conocer en qué estadio se encuentra la enfermedad de cada paciente, y de esta manera tener claro cuales capacidades cognitivas aun se encuentra 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 cognoscitiva y counselling (Fernández-Ballesteros, 2009)

INTERVENCIONES CONDUCTUALES

En cuanto a las intervenciones conductuales, se ha encontrado cuando hay presencia de la agitación se han 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 han implementado estrategias como desarrollo y mantenimiento de rutinas, para así generar beneficios en las consistencias, reduciendo la ansiedad; por otra parte se ha visto 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 a favorecer el dominio del cuerpo, la relación con uno mismo y

los demás objetos que rodea al ser humano. Por otro lado están 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 COGNOSCITIVAS

Terapia de orientación a la realidad:

Se realiza mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima. Sus dos grandes objetivos son mejorar la calidad de vida del paciente cuando se encuentre en estados confusionales y mejorar las relaciones sociales y personales, estimulando la comunicación e interacción. (Frances, Barandiaran, Marcellan y Moreno 2003; Fernandez-Ballesteros, 2009).

Terapia de reminiscencia:

Es un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver. Tiene 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. Esta técnica se facilita ya que como se sabe la memoria remota por lo general es lo último que se deteriora (Frances, Barandiaran, Marcellan y Moreno 2003 ; Fernandez-Ballesteros, 2009).

Rehabilitación de memoria:

Como ya es conocido, en los pacientes con síndromes 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 sí mismo durante el transcurso del tiempo (Fernandez-Ballesteros, 2009).

INTERVENCION EN CONDUCTAS

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 afectando 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. Solicitar una valoración por geriatría ya que la utilización de antipsicóticos específicos según el síndrome psiquiátrico específico pueden ayudar.

Debido a las características degenerativas y progresivas de los síndromes demenciales el trabajo directo con el paciente en fases muy avanzadas es limitado, por esto, es necesario realizar un trabajo a mayor profundidad con la familia y sus cuidadores, puesto que son quienes conviven con el paciente y en la gran mayoría de los casos no están capacitados y el cuidado genera estrés y sobrecarga.

CUIDADORES

El cuidador es aquella persona 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 (Lopez y Crespo 2007).

Existen diferentes variables que pueden predecir el malestar que puede llegar a sufrir el cuidador, generando enfermedades físicas y psicológicas. Dentro de este grupo se encuentra la falta de satisfacción social percibida, un estado de salud propio deteriorado y por último el síndrome de burn-out 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 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 A 2009)

Después de identificar que es muy posible que en el cuidador de un paciente demencial, pueda ocurrir un síndrome de burn-out o su propia salud tanto física como mental tendrá consecuencias negativas, a continuación se describirán conductas que se pueden adoptar durante la convivencia con el paciente y evitaran la manifestación de conductas difíciles (Alzheimer's Disease International, s.f.)

- 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.

Al identificar que el cuidador podrá presentar una sobrecarga por el trabajo que está realizando, acarreándole consecuencias adversas para su salud tanto física como mental, es necesario evaluar si en realidad la sobrecarga se está presentando y además realizar recomendaciones de lugares que le podrán colaborar para aliviar la carga, y de esta manera permitir retomar actividades de su vida cotidiana (ver directorio).

FLUJOGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA

INGRESO DE LA PERSONA
MAYOR A LA INSTITUCIÓN DE
SALUD

Solicitud de interconsulta al servicio de psicología por el médico o
Identificación del caso en la revista psicológica.

Revisar la historia clínica del
paciente en el sistema

Contacto psicológico inicial con el
paciente

A. Presentación del
servicio de psicología.
B. Establecimiento
de empatía.
C. Entrevista abierta.
D. Aplicación de
instrumentos

¿Hay sospecha de
diagnostico demencial o
ya esta diagnostica la
enfermedad?

El diagnóstico ya
está realizado

Hay sospecha

Intervención con
cuidadores

Intervención con
pacientes

Aplicación de pruebas
de tamizaje

Evaluar carga del
cuidador.
Psico-educación.
Entregar material de
apoyo para que se
remita a otras
instituciones

Psico-estimulación
cognitiva
Evaluar e intervenir en
conductas difíciles
Realizar
acompañamiento
durante la

Todo el equipo
multidisciplinar
diagnostica un síndrome
demencial

Psico-educación
Entregar material de apoyo
para que se remita a otras
instituciones

MMSE
MOCA
7MS.
MIS
DRS
TEST DEL RELOJ

Cierre Del caso

Fin

Cierre Del caso

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Nombre : _____ Edad : _____

Sexo: _____ Fecha de Evaluación: _____

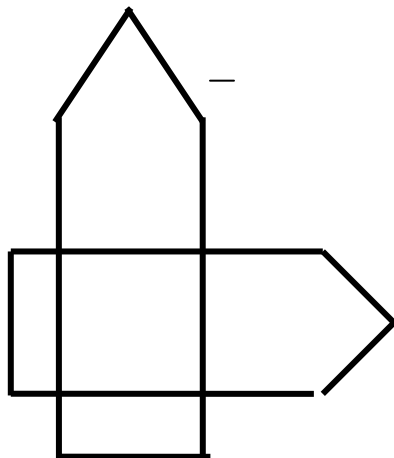
PUNTAJE	ORIENTACIÓN
/5	Diga en que : 1. Año : _____ nos encontramos
	2. Mes : _____
	3. Fecha : _____
	4. Día/semana : _____
	5. Hora : _____
/5	1. País : _____
	2. Ciudad : _____
	3. Departamento : _____
	4. Lugar : _____
	5. Piso : _____
	MEMORIA
/3	Diga estas tres palabras : casa, mesa, árbol.
	ATENCIÓN Y CÁLCULO
/5	Restar : (93, 86, 79, 72, 65)
	EVOCACIÓN
/3	Diga las palabras presentadas anteriormente : Casa : __ Mesa : __ Arbol : __
	LENGUAJE
/2	Denominar : Reloj : __ Lápiz : __
/1	Repetir : "En un trigal habían cinco perros" _____
/3	Comprensión : "Tome la hoja con la mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el piso" _____
/3	Ordenes : Cierre los ojos, Escriba una frase, Copie el diseño.
/30	Punto de corte por nivel educativo: - Analfabetos: 17/18 sobre 30 - Sin estudios (leen y escriben pero sin estudios): 20/21 sobre 30 - Con estudios (primarios o más): 23/24 sobre 30

	- En general o global: 19/20 sobre 30.
--	--

CIERRE LOS OJOS

ESCRIBA UNA FRASE

COPIE EL DISEÑO



TEST DE LOS 7 MINUTOS (T7M).

En realidad es un conjunto de 4 test de utilidad reconocida en el diagnóstico de las demencias, en especial, de la Enfermedad de Alzheimer, que incluye:

- El test de Buschke: es un test de memoria que emplea una estrategia de aprendizaje y recuerdo utilizando claves semánticas. Explora tanto la memoria libre como la memoria con claves (tras administrar determinadas pistas semánticas). Tiene una buena capacidad predictiva para enfermedad de Alzheimer, en especial, en aquellos sujetos cuyo recuerdo no mejora al ofrecer la pista semántica.
- El test de Benton: es un test de orientación temporal (fecha y hora) que es muy indicativo de DC.
- El test de fluencia verbal de animales en un minuto.
- El test del reloj.

La corrección del test es compleja, aunque se ha integrado la puntuación procedente de cada uno de los subtest en un sistema de percentiles de tal modo que, como norma general, una puntuación inferior al percentil 20 es indicativa de demencia. El test de los 7 minutos tiene altos índices de fiabilidad para la diferenciación de sujetos con demencia de los cognitivamente intactos, en particular para la enfermedad de Alzheimer; no obstante permanece sin aclarar su utilidad para la detección de formas leves de DC. Existe una versión validada para la población española, aprovechando la población del estudio "Envejecer en Leganés", donde se ha puesto de manifiesto que los mayores determinantes de la variación en la puntuación final son el grado de demencia y, en mucha menor medida, la edad, sin que el sexo, el nivel educativo o el estado psicológico influyan sobre los resultados. A pesar de estas indudables ventajas no se administra tan rápidamente como se pretende hacer ver con su nombre (12 minutos, por término medio) y queda por aclarar su utilidad en el marco de la AP.

TEST DE TEMPORAL DE BENTON

«Voy a plantearle unas preguntas sencillas Se puntúa según la magnitud del error del Orientación para analizar su memoria»

1. «¿Qué día de la semana es hoy?»
2. «¿Qué día del mes es hoy?»
3. «¿En qué mes estamos?»
4. «¿En qué año estamos?»
5. «¿Qué hora es en este momento?»

Se puntúa según la magnitud del error del modo siguiente:

Día de la semana: 1 punto por cada día de error hasta un máximo de 3

Día del mes: 1 punto por cada día de error hasta un máximo de 15

Mes: 5 puntos por cada mes de error hasta un máximo de 30

Año: 0 puntos por cada año de error hasta un máximo de 60

Hora: 1 punto por cada 30 min de error hasta un máximo de 5

Puntuación total: suma de las puntuaciones anteriores

Rango: de 0 (acierto total) a 113 puntos

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

Dibujo a la orden

"Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos los números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad prestándole toda la atención que le sea posible".

- Criterios de puntuación: DC menor o igual a 6 puntos

1 Esfera del reloj (máximo 2 puntos)

2 puntos: Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor

1 punto: Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica

0 puntos: Ausencia o dibujo totalmente distorsionado

- Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)

4 puntos: Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo 'pequeños errores' en la localización espacial en menos de 4 números (p. Ej. colocar el número 8 en el espacio del número 9)

3,5 puntos: Cuando los 'pequeños errores' en la colocación espacial se dan en 4 o más

3 puntos: Todos presentes con error significativo en la localización espacial (p. Ej., colocar el número 3 en el espacio del número 6) Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números)

2 puntos: Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 o más números)

- Los 12 números colocados en sentido anti horario (rotación inversa)

Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.) Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica)

1 punto: Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial Alineación numérica con falta o exceso de números Rotación inversa con falta o exceso de números

0 puntos: Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados)

- Presencia y localización de las manecillas (máximo 4 puntos)

-

4 puntos: Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta)

3,5 puntos: Las manecillas en posiciones correctas pero ambas de igual tamaño

3 puntos: Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior) Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta

2 puntos: Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial) Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta

1 punto: Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.

0 puntos: Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma DE 'RUEDA DE CARRO'

SET. TEST (FLUENCIA VERBAL)

Pediremos al paciente que nombre, hasta que pueda, una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Tiene un minuto para cada serie y pasaremos a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la misma, sin repetir ninguno, aunque no haya agotado el minuto de tiempo. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que diga, ya que las repeticiones ayudará a valorar la evolución de los pacientes. Si hay deterioro cognitivo iremos observando con el paso del tiempo una menor puntuación con más errores y repeticiones y conceptos cada vez más reduccionistas.

COLORES:

ANIMALES:

FRUTAS:

CIUDADES:

ERRORES / REPETICIONES _____

PUNTOS TOTALES _____

Normalidad: Adultos ≥ 29 Ancianos ≥ 27

MEMORY IMPAIRMENT SCREEN (MIS). BUSCHKE, 1999

Es un test que explora el recuerdo facilitado (RF), lo cual minimiza la influencia del déficit de atención o de distintas estrategias de procesamiento sobre la puntuación final. Es muy breve (4 minutos) y está recomendado específicamente por la Academia Americana de Neurología para la detección de enfermedad de Alzheimer. Su desarrollo sigue 5 pasos secuenciales (Anexo 10):

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

La puntuación se establece según la fórmula $MIS = 2 \times RL + RF$, sobre un total de 8 puntos

DIRECTORIO DE SITIOS DE APOYO

INSTITUCION	DATOS DE CONTACTOR
CLINICAS DE MEMORIA	
<p>Centro de Atención al Adulto Mayor - CAAM</p> 	<p>Fundación Santa Fe de Bogotá Calle 119 No. 7-75 – Bogotá 1+ 603 0303 Ext. 5511 caam@fsfb.org.co</p>
<p>Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor "Sol y Luna"</p> 	<p><i>Una nueva alternativa de vida"</i></p> <p>Calle 140 No. 19 A - 36 1+ 600 5534 - 633 5714 Celular 316 743 2713 centroatencionintegralsolyluna@gmail.com</p> <p>Síguenos en Twitter Agréguenos a Facebook www.centrosolyluna.com</p>
<p>Intellectus</p> 	<p><i>Centro de Memoria y Cognición</i></p> <p>Calle 93 No. 19 B - 94 PBX 1+ 602 8840 Celualr 320 297 5862</p> <p>intellectus@husi.org.co</p> <p>www.intellectus.org.co</p>
CLINICAS Y HOSPITALES	
<p>Atardecer de los Años Ltda.</p> 	<p><i>Clínica de I nivel de complejidad para el adulto mayor</i></p> <p>Cra. 80 No. 170 – 85</p>

	<p>Barrio San José de Bavaria - Bogotá 1 + 671 1182 – 678 4014</p> <p>atardecer@cable.net.co www.clinicaatardecer.com</p>
<p>Clínica Geronto- Psiquiátrica Nuestra Señora de Fátima</p>	<p><i>Geronto-Psiquiatría - Hospital Día</i> Cra. 64 No. 97 - 28 - Bogotá 1+ 253 3292 - 533 6113</p>
<p>Hospital Universitario San Ignacio</p> 	<p><small>Arriba</small> <i>Atención Domiciliaria Geriatría y Psicogeriatría</i></p> <p>Cra. 7 No. 40 - 62 PBX 1+602 8840 Celular 320 297 5862</p> <p>intellectus@husi.org.co www.intellectus.org.co</p>
<p>CUIDADOS INTERMEDIO Y POSTQUIRUJUCOS</p>	
<p>ALIVIAMOS</p> 	<p><i>Atención y cuidado a domicilio</i></p> <p>Av. Cra. 15 No. 124 - 47 of 402 1+ 520 3018 - 520 4373 Celulares 315 296 4723 - 315 296 7366</p> <p>info@aliviamos.com www.aliviamos.com</p>
<p><u>Cuidado Intermedio</u> <u>San Luis Ltda.</u></p>	<p><i>Primera Institución de Cuidado Intermedio CERTIFICADA por la Secretaría de Salud de Bogotá</i> Calle 127 B No. 45 - 92 Barrio Tierra Linda - Bogotá 1+ 258 3209 - Fax 614 6965 Celulares 310 765 5121 – 310 779 2004 cuidadointermediosanluis@gmail.com</p>



admonsanluisltda@gmail.com
cisltda@gmail.com

SERVICIOS TERAPEUTICOS Y DE REHABILITACION

Pura Vida Fundación



Con intención amorosa, servimos a la humanidad

Verda Bojacá, Finca La Suiza
 Chía Cundinamarca
 1+ 862 1164 - 870 9600
 Celulares 310 763 2007 – 310 868 9206

atencionalcliente@puravida.com.co

www.puravida.com.co

Trasmnesis



Calidad de vida más allá de la Memoria

Cra. 72 C No. 23 D - 22 - Bogotá
 1+ 295 0687 - 810 3618

trasmnesis@yahoo.com.mx

www.trasmnesis.com

UBAM
 Unidad Básica de Asistencia al Adulto
 Mayor

Arriba



Trabajamos para Servir con Amor
 Especializados en Alzheimer y otros
 trastornos

Calle 57 No. 35 A – 93
 Barrio Nicolás de Federmán - Bogotá
 1+ 221 7001 Fax 1+ 221 7289
ubamsalud@gmail.com

www.ubam.es.tl

1. Asociación Colombiana de Psiquiatría (2000). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombia de Psiquiatría*. Vol XXIX/ #2. Tomado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80629202.pdf>
2. Bermejo, F (2007). *Demencias conceptos actuales*. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos.
3. Brañas, B y Serra, S (2002). Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Información terapéutica del sistema de salud*. Vol. 26–N. o 3- . Tomado de <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200203-01.pdf>
4. Casado, J (2005). El síndrome confusional agudo: un “síndrome geriátrico” de alza. *Revista Clínica Española*, (205) 10, 469-471.
5. Donoso, A (1995). Corporación chilena de la enfermedad alzheimer Y afecciones similares. Recuperado de http://corporacionalzheimer.cl/apuntes_clinicos/LENGUAJEYENFERMEDADDEALZHEIM.pdfEspin, A (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de salud pública*. V35- N.2. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019
6. 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. *Theoría*. 18 (1): 69-79. Tomado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e94d539-e173-46c8-80a9-e2ff9c2d514d%40sessionmgr12&vid=13&hid=13>
7. Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez: una aplicada psicogerontología aplicada*: Madrid: Psicología Pirámide. 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>
8. Frances, I. Barandiaran, M. Marcellan, T. y Moreno, L. (2003) Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Mi scielo*. v.26 n.3. Tomado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007
 9. 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.
 10. Ghandour, A. Saab, R. y Mehr, D. (2011). Detecting and treating delirium- key interventions you may be missing. *Journal of Family Practice*, (60) 12.
 11. Kaufer, D. (2003) Demencia y cuerpos de Lewy. *Revista Neurología*. 37, 127-30. Recuperado de <http://www.ujaen.es/investiga/cvi296/FisioNeuro/Seminario14.pdf>
 12. 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.
 13. Muela, J. Torrez, C. y Pelaez, E. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*. 14. 558-563. Tomado de <http://www.psicothema.com/pdf/765.pdf>
 14. 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
 15. López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 19, 72-82. Tomado de <http://www.psicothema.com/pdf/3330.pdf>

16. 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.
17. 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. *Psiquiatría Biológica*. 9(4):178-81. Tomado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/46/46v09n04a13037672pdf001.pdf>
18. 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
19. 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>
20. 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
21. 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 Psiquiatría*, 3, 3.
22. 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
23. 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>.

24. Serrano, R (1998). *Demencias: Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: Masson.
25. Tobar, C. Bedding, C. Vallejo, G y Martínez, F. (2010) Prevalencia del delirium y diagnóstico por los médicos tratantes. *ANACEM*.
26. 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 Tomado de
27. 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 Vega, S y Bermejo, P (2002). Prevalencia en demencia en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Medicina general*. 48: 794-805. Tomado de http://www.medicinageneral.org/revista_48/pdf/794-805.pdf



CAPITULO 6

Trastornos del sueño en el adulto mayor

¿Cuáles son las alteraciones del sueño normales en el envejecimiento?
¿Cuáles son los trastornos del sueño más presentados en las personas mayores?

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO NORMALES EN EL ENVEJECIMIENTO?

El sueño sufre cambios a lo largo del ciclo de la vida. Con el tiempo, ya en la adultez tardía, el sueño total disminuye (un promedio de 5.5-6.5 horas de sueño cada noche, en comparación con 7.5-8.5 horas nocturnas para adultos jóvenes), y se tiende 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 y se demoran más en conciliar el sueño y al llegar a la vejez el tiempo total de sueño nocturno disminuye (APA, 1998; Wolkove, Elkholy, Baltzan y Palayew, 2007; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009; Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010). Dentro de los cambios en las etapas del sueño se encuentra, por un lado, los movimientos oculares rápidos (MOR) que se reducen, y por otro, el estadio IV del sueño que pasa a durar menos, lo que aumenta los despertares nocturnos y lo hace más sensible a ruidos y otros estímulos (en esto también influye que el umbral para despertar disminuye), fragmentando el sueño con despertares múltiples. Estos aspectos sugieren una alteración del ritmo circadiano del sueño (uno de los factores más importantes del sueño en esta etapa de la vida, en la que el ciclo sueño-vigilia bifásico cambia) ya que el inicio del sueño se retrasa y ocurre un adelanto en el ciclo; se van a dormir más temprano y se levantan más temprano (esta fase adelantada del sueño también recibe el nombre de “alondra”). Además se hace más fácil dormir durante el día en esta etapa de la vida lo que hace que se incrementen las siestas. En medio de todo esto, el cambio en la temperatura corporal y del sistema endocrino que tiene implicaciones en la organización temporal de los procesos biológicos que se suelen ver afectados (Fernández, 1996; Nogales, 2005; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; Wolkove, Elkholy, Baltzan y Palayew, 2007). Las dificultades crónicas de sueño en los adultos mayores, incluyendo

insomnio y trastornos respiratorios del sueño se asocian con deterioro cognitivo, mayor riesgo de caída y eventos cardiovasculares entre otros (Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010).

Se ha identificado que las personas mayores experimentan con frecuencia problemas relacionados con el sueño y tienden a manifestar que el sueño no es reparador; lo que parece agravarse en edades muy mayores (APA, 2003, APA, 1998). 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 en la frecuencia y alargamiento de despertares, lo que genera alteración en el sueño eficiente.

Estas condiciones dan lugar a 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).

Los pacientes hospitalizados con frecuencia se quejan de la imposibilidad de dormir, principalmente por privación del sueño y la fragmentación, especialmente en el área de cuidados intensivos. Además se ha notado que predominan las fases de sueño más ligeros (MOR) donde el sueño no es tan reparador como debería y donde hay mayor probabilidad de despertarse; finalmente, suelen utilizarse las siestas para compensar la pérdida de sueño durante la noche. Incluso si el sueño en el hospital es suficiente en su totalidad, la fragmentación del sueño podría afectar la función cognitiva como en el caso de los efectos de la privación total del sueño (Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010).

Así como algunas alteraciones del sueño son normales del envejecimiento, 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).

¿CUÁLES SON LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO MÁS PRESENTADOS EN LAS PERSONAS MAYORES?

La clasificación internacional de los trastornos 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), 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).

En los adultos mayores, las patologías del sueño más comunes son el insomnio, el síndrome de piernas inquietas, y la apnea obstructiva del sueño. Las dos últimas implican un tratamiento médico; sin embargo, el insomnio suele aparecer como síntoma de éstos y otros trastornos del sueño que aunque no predominan en el adulto mayor, también se presentan. Debido a esto, esta guía trata únicamente el insomnio desde la práctica clínica psicológica.

Se debe tener en cuenta que una falta de descanso y de sueño reparador afecta significativamente la sensación de fatiga durante el día y la realización de tareas básicas, lo que puede llevar a un mayor riesgo de caídas, dificultades en la concentración y memoria, y en general, una calidad de vida disminuida. Se debe tener en cuenta que estas alteraciones del sueño se presentan a causa de otras enfermedades o que estén asociadas a los medicamentos respectivos, pues en esta etapa de la vida eso es algo que sucede con frecuencia, especialmente cuando se trata de insomnio (Nogales, 2005; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; Wolkove, Elkholy, Baltzan y Palayew, 2007; Velayos, 2009).

El trastorno del sueño más común en el adulto mayor es el insomnio; 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) y según Monane (1992, citado por Wolkove, Elkholy, Baltzan y Palayew, 2007), afecta a casi la mitad de todos los adultos mayores sobre los 65 años).

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*, cuando es definido como trastorno, o *secundario*, es decir, como un síntoma; generalmente se encuentra asociado a algún tipo de enfermedad médica o psiquiátrica (trastornos del estado de ánimo como la depresión), a drogas/medicamentos, a cambios en el ritmo circadiano o a otros trastornos del sueño (como al síndrome de piernas inquietas, mioclonía nocturna o desordenes respiratorios) (Tellez, 1998; Morgenthaler, et al., 2006; Ancoll-Israel y Ayaton, 2006; McCurry, Ligsdon, Teri y Vitiello, 2007).

El ambiente para dormir, especialmente los niveles de ruido ambiental y la luz, son importantes para desarrollar buenos hábitos de sueño. Por su naturaleza, los hospitales son particularmente propensos a la interrupción del sueño debido estos factores, pues los niveles de ruido las diferentes unidades suele no disminuir lo suficiente en la noche. Los niveles de luz también pueden interferir con el sueño mediante la modificación del sistema circadiano. Todavía hace falta investigación en este campo (Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010).

DIAGNÓSTICO

Los síntomas presentados por las personas que sufren de insomnio (Téllez, 1998; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008) son:

- Dificultad para quedarse dormido
- Dificultad para mantener el sueño
- Insuficiencia de sueño reparador
- Sensación de cansancio/fatiga durante el día
- Alteración en la concentración y/o memoria
- Irritabilidad/ ansiedad
- Alteraciones en las actividades prácticas cotidianas

Los criterios diagnósticos del insomnio primario (Sarrais y de Castro Manglano, 2007) son:

- Latencia del sueño mayor a 30 minutos
- Tiempo total de vigias nocturnas mayor a 30 minutos
- Tiempo total de sueño nocturno menor a 6 ½ horas
- Somnolencia excesiva durante el día y disminución del rendimiento intelectual
- Persistencia de estos síntomas mayor a 3 veces por semana
- Duración del insomnio >1 mes

CRITERIOS DE SEVERIDAD (Téllez, 1998; Sarrais y de Castro Manglano, 2007; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008)

- *Leve:* Dificultad para iniciar y mantener el sueño presentado casi todas las noches. Se asocia con cansancio, irritabilidad, ansiedad y fatiga, pero no hay

alteraciones importantes en el desempeño de las tareas y relaciones cotidianas.

- *Moderado*: Además de la dificultad para iniciar y mantener el sueño casi todas las noches, y de los síntomas diurnos, el insomnio afecta de forma moderada el desempeño ocupacional y social del paciente.
- *Severo*: Se presenta todas las noches y altera gravemente el desempeño

CLASIFICACIÓN POR DURACIÓN (Téllez, 1998; Sarrais y de Castro Manglano, 2007; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008)

- *Transitorio (agudo)*: Menos de 4 semanas. Se da generalmente por estados de estrés o excitación (se presenta a cualquier edad). Se da durante periodos de alta exigencia y desaparece con cuando este tiempo termina.
- *De corta duración (sub-agudo)*: Hasta los 6 meses.
- *Crónico*: más de 6 meses

CLASIFICACIÓN POR SU APARICIÓN (Téllez, 1998; Sarrais y de Castro Manglano, 2007; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008)

- *Insomnio de inicio*: Cuando se tarda más de media hora en irse a dormir
- *Insomnio de mantenimiento*: El sueño comienza bien pero se despierta a aproximadamente 2 o 3 horas después y se tarda en dormir otra vez.
- *Insomnio del amanecer*: Cuando se despierta 2 o 3 horas antes de lo deseado.

CLASIFICACIÓN POR SU CAUSA (Téllez, 1998; Sarrais y de Castro Manglano, 2007; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008)

- *Insomnio psicofisiológico*: Sufrido después de una sobrecarga física o emocional (puede ser transitorio o persistente)

- *Insomnio condicionado:* Refuerzos negativos (internos o externos) que mantienen el insomnio después de una situación desencadenante.
- *Insomnio asociado a problemas de salud y otras enfermedades*
- *Insomnio asociado a desórdenes psiquiátricos*
- *Insomnio asociado a otros trastornos del sueño*

El insomnio es mantenido también por la falta de actividad basada en horarios estrictos lo que puede generar una asincronía de los ritmos circadianos del cuerpo (APA, 1998).

EVALUACIÓN

Además de las preguntas generales sobre la salud del paciente (si no son conocidas), en la entrevista se deben incluir antecedentes personales y familiares relacionadas con el trastorno, la situación familiar y socioeconómica, hábitos relacionados con la vigilia y el sueño y los medicamentos que toma en la actualidad (o que haya dejado recientemente). Además se debe indagar sobre las enfermedades (médicas y psiquiátricas) y aspectos de salud que pueden estar relacionados con la presencia del insomnio.

Tellez (1998) explica que el autorregistro debe tener en cuenta las estimaciones sobre el mejoramiento del dormir, número estimado de horas de sueño, latencia del inicio, número de despertares y la dificultad para retomar el dormir, el número de veces en los que sale de la cama durante la noche y el índice del sueño (latencia por número de despertares). Con base en esto diseña un diario de sueño, al que se le hicieron ligeras modificaciones de comprensión. Además de autorregistros se puede aplicar pruebas ya elaboradas como la el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (Jiménez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-Portocarrero, Esquivel-Adame y de la Vega-Pacheco, 2008) y la Escala de Epworth sobre somnolencia

(Jiménez-Correa, Reyes, Poblano, Arana-Lechuga, Terán-Pérez, González-Robles y Velázquez-Moctezuma, 2009). Estos se puede ver en los recursos al final de este capítulo, junto con la calificación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg.

TRATAMIENTO

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).

TERAPIA DE PRIVACIÓN/ RESTRICCIÓN DEL SUEÑO

Aunque es posible adaptar esta técnica al contexto hospitalario, es más usada en casa. La terapia de privación/restricción del sueño consiste en limitar el tiempo en la cama en que la persona duerme y restringir el tiempo de permanencia en la cama a

las horas reales de sueño. La sensación de falta de sueño permite conciliar el sueño de una forma más eficiente y aumentar su mantenimiento. A medida que mejora la eficacia del sueño se aumenta progresivamente el tiempo (de 15 a 20 minutos). También se puede usar el aumento de tiempo como “recompensa” al cumplimiento del programa (Téllez, 1998; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008).

Este tratamiento requiere, preferiblemente, de atención profesional durante las primeras semanas ya que a veces no es bien tolerada por la somnolencia diurna que puede provocar; se debe explicar que es normal y pasajero (David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008).

Preferiblemente, se usa combinada con la terapia de CONTROL DE ESTÍMULOS (Téllez, 1998; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008), incluyendo las siguientes instrucciones:

1. Ir a la cama solo cuando se tenga sueño
2. Utilizar la cama y el dormitorio sólo para dormir y mantener relaciones sexuales (no mirar televisión, comer, leer, ni trabajar en la cama)
3. No esforzarse para dormir. Si después de 10 o 15 minutos no se logra conciliar el sueño, se debe levantar y volver sólo cuando tenga sueño.
4. Levantarse cada mañana a la misma hora. Mantener un horario regular para levantarse incluyendo días de fiesta y fines de semana (por lo menos al comienzo del tratamiento)
5. Evitar siestas durante el día y evitar dormir en lugares diferentes de su cama. Es válido que las personas mayores tomen siesta pero después de almuerzo únicamente.
6. Tener una rutina relajante media hora antes de acostarse

Durante la hospitalización, la duración del sueño es breve y se acompaña de múltiples despertares durmiendo alrededor de 3,75 horas, con ciclos de sueño de

aproximadamente 19 minutos (Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010). Por esto es importante mantener especialmente el punto 5., evitando las siestas diurnas, ya que como el sueño no es reparador estas se presentan con mayor frecuencia durante su estadía en el hospital (Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards y Foreman, 2010). Se recomienda tener al paciente activo y entretenido durante el día para que tenga un mejor descanso en la noche. El punto 6. se puede realizar desde los procedimientos de relajación recomendados en el capítulo de ansiedad.

TERAPIA COGNOSCITIVA

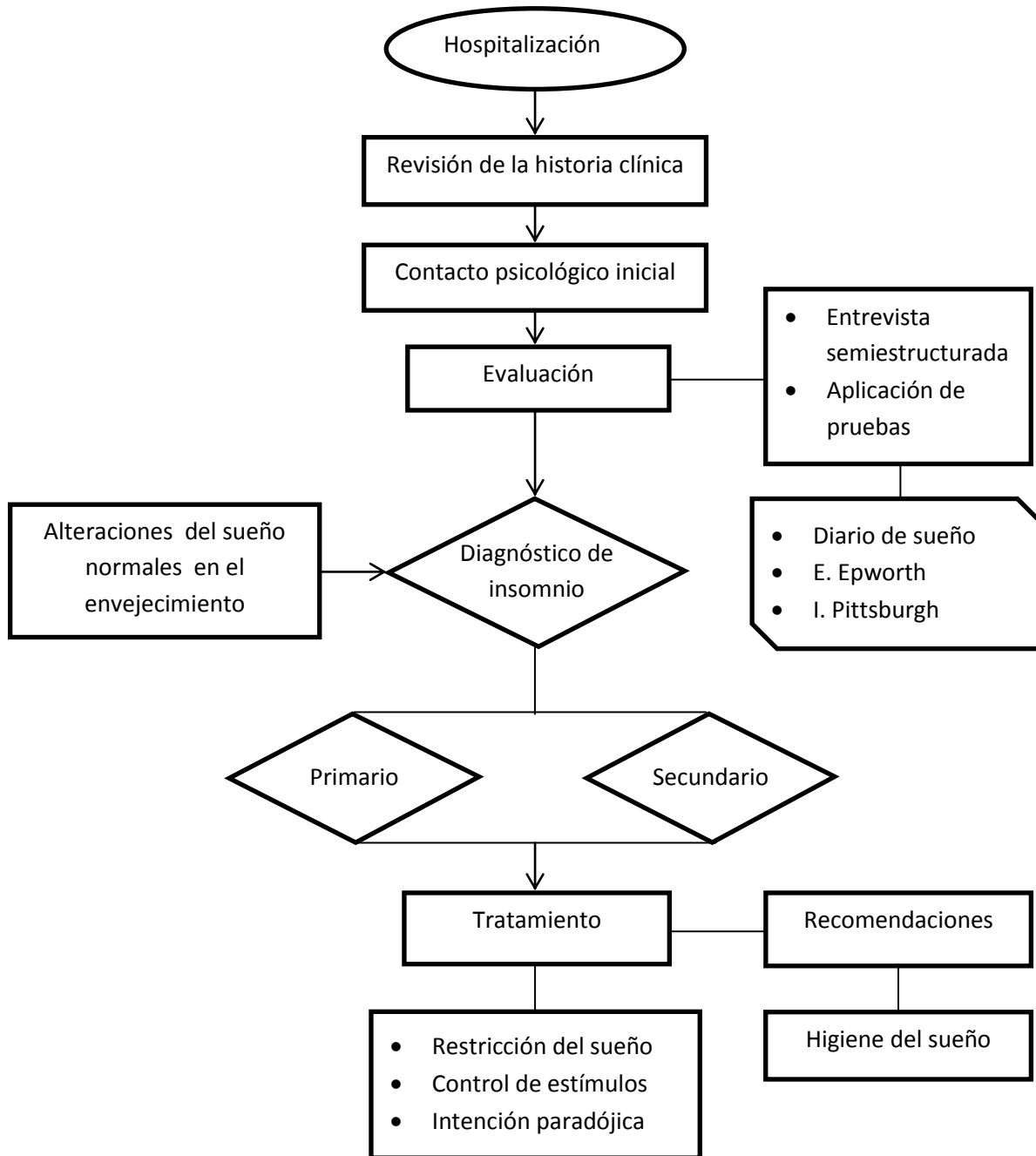
Una de las técnicas cognitivas más usadas para tratar el insomnio es la intención paradójica (exageración de las conductas o pensamientos que se buscan reducir). Se emplea conjuntas con terapias conductuales, y se usa en el insomnio pidiéndoles a los pacientes a quienes les cuesta conciliar el sueño que es necesario la descripción detallada de los pensamientos experimentados antes de quedarse dormidos (haciéndoles creer que se trata de otra terapia) y que por esto, se deben quedar despiertos tanto como les sea posible. Después se usa la información sobre los pensamientos en una pseudosensibilización sistemática donde son apareados con imágenes neutrales con para hacer creíble la “terapia” se les pide también no levantarse ni ocuparse en otra actividad para prevenir el dormir sino que deben permanecer acostados y con los ojos cerrados para buscar cuales son los pensamientos que los mantienen alerta (Téllez, 1998; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008).

Respecto a la HIGIENE DEL SUEÑO en la habitación (de su casa o del hospital en tanto le sea posible), se debe minimizar la luz (preferiblemente a oscuras y con cortinas pesadas; sino usar antifaz), el ruido (usando tapones en los oídos) y las temperaturas extremas durante la noche mediante aire acondicionado o cobijas

térmicas (Téllez, 1998; David, Blanco, Pedemonte, Velluti y Tufik, 2008). Las recomendaciones para disminuir la activación en los pacientes son evitar:

- Consumo de cafeína y sustancias activadoras (café, té, mate, cacao, bebidas con cola, medicación con cafeína) 4 – 6 horas antes de dormir
- Beber alcohol 6 horas antes de acostarse, ya que aumenta la fragmentación del sueño
- Nicotina en horas previas a acostarse por el mismo efecto del alcohol
- Realizar ejercicios físicos intensos al anochecer, pues aumentan la temperatura corporal y retrasan la llegada del sueño
- Cenar 3 horas antes de acostarse
- Ingerir líquidos en exceso antes de dormir
- Mirar televisión desde la cama
- Discutir o afrontar situaciones conflictivas en la cama
- Mirar el reloj durante la noche
- Encender las luces si se despierta
- El uso crónico de hipnóticos

Smith (2010) adiciona a las técnicas ya expuestas algunas actividades de activación como el ejercicio (p. e. caminar a paso rápido por el pasillo por 30 minutos inicialmente, o realizar alguna actividad que le guste cuando sea dado de alta como montar en bicicleta, entre otros); éstas además previenen la aparición del insomnio nuevamente, una vez ha sido controlado. Otra acción que plantea es tomar el sol; cuando sea posible, lo ideal es que sea en “ropa de sol” (fresca, ligera, manga corta, pantalón corto, etc.) y con el respectivo uso de bloqueador solar. Debido a que en condiciones de hospitalización esta actividad se complica, se puede abrir la cortina para iluminar el cuarto con la luz natural de día permitiendo la entrada del sol a la habitación. Además de servir para el insomnio, la exposición solar ayuda a regular el reloj biológico (circadiano) y controlar la fase retrasada del ciclo.



Versión Mexicana de la Escala de Somnolencia Epworth UNAM/UAM

Nombre: _____

Correo electrónico: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES:

Subraye qué tan frecuentemente se queda dormido Ud. en cada una de las siguientes situaciones (durante el día):

1. Sentado leyendo:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

2. Viendo la televisión:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

3. Sentado, inactivo en un lugar público:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

4. Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

5. Acostado descansando por la tarde:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

6. Sentado platicando con alguien:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

7. Sentado cómodamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

8. Viajando en un transporte detenido en el tráfico:

0 = nunca 1 = solo algunas veces 2 = muchas veces 3 = casi siempre

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Apunte el tiempo en minutos)

3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) Apunte las horas que cree haber dormido

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

() Ninguna vez en el último mes

() Menos de una vez a la semana

() Una o dos veces a la semana

() Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al sanitario:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o “malos sueños”:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

-
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

Instrucciones para calificar el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Componente 1: Calidad de sueño

subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a	

la semana 2

Tres o más veces a

la semana 3

3. Sume los valores de las preguntas 2 y 5a

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

Suma de 2 y 5a	Valor
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, con base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse)

2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

$$\frac{[\text{Núm. horas de sueño (pregunta 4)} \div \text{Núm. horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES (\%)}$$

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1

Una o dos veces a la semana 2

Tres o más veces a la semana 3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

Suma de 5b a 5j	Valor
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1

Una o dos veces a la semana 2

Tres o más veces a la semana 3

Calificación del

componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1

Algo de problema 2

Un gran problema 3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente:

Suma de 8 y 9	Valor
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

1. 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.
2. Fernández, M. (1996). *Neurología en el anciano*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G. y de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144 (6), 491-496.
4. Jiménez-Correa, U., Reyes, H., Poblano, A., Arana-Lechuga, Y., Terán-Pérez, G., González-Robles, R. y Velázquez-Moctezuma, J. (2009). Mexican Version of the Epworth Sleepiness Scale. *The Open Sleep Journal*, 2, 6-10.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Nogales, J. (2005). *Tratado de neurología clínica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
9. Pando-Moreno, M., Aranda, C., Aguilar, M., Mendoza, P. y Salazar, J. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cuadernos de Saúde Pública*, 17 (1), 63-69.

10. Perla, D., Blanco, M., Pedemonte, M., Velluti, R. y Tufik, S. (2008). *Medicina del sueño*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
11. Sarrais, F. y de Castro Manglano, P. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 121-134.
12. Smith, S. (2010). Treating late-life insomnia: a case study. En Pachana, N., Laidlaw, K. y Knight (Eds.), *CaseBook of Clinical Geropsychology International Perspectives on Practice* (pp. 179-181). New York: Oxford.
13. Tellez, A.(1998). *Trastornos del sueño, diagnóstico y tratamiento*. México D.F.: Editorial Trillas.
14. Velayos, J. (2009). *Medicina del sueño*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.



CAPITULO 5

CAIDAS EN LA PERSONA MAYOR

¿Qué son las caídas?

¿Cómo se evalúan las caídas?

¿QUÉ SON LAS CAIDAS?

La caída es definida como cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad y es un problema frecuente en edades adultas. (Gonzales, Mari, Pereira, 2001). El adulto mayor tiene la probabilidad de perder equilibrio cuando se está realizando alguna actividad como lo puede ser el levantarse o sentarse de una cama, de una silla de ruedas o del inodoro, también pueden ocurrir al acostarse al levantarse de la cama, al estirarse o inclinarse para recoger o colocar un objeto. (Tideiksaar, 2005).

Las caídas son una de las principales causas de discapacidad e incluso de muerte en las personas mayores, pues el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero con él, disminuyen algunas habilidades y capacidades que de no corregirse se convierten en factores de riesgo predisponentes de caídas (Tejada, Ruiz, Moro, Rodríguez, 2005).

Los factores de riesgo se clasifican por su naturaleza y pueden ser intrínsecos como los son los cambios asociados a la edad, proceso patológico y fármacos o extrínsecos, los cuales se refieren a la presencia de condiciones peligrosas, (camas sin baranda, pisos mojados) dispositivos defectuosos (timbres o alarmas) 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). En el ámbito psicológico, las caídas también tienen consecuencias negativas, dando lugar al denominado síndrome postcaída, con síntomas de inseguridad y miedo o ansiedad ante la posibilidad de una nueva caída. (Tejada, Ruiz, Moro, Rodríguez, 2005). El síndrome “post-caída”, es uno de los más importantes, este se caracteriza por el miedo a volver a caer, ya que supone que habrán cambios en su comportamiento, en sus actividades diarias y físicas. (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007).

El miedo a una nueva caída está relacionado con una disminución de la calidad de vida y un incremento de la fragilidad así como con la pérdida de autonomía para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, al perder el paciente la confianza en sí mismo para la realización de las actividades. Estos componentes tienen una repercusión directa en la vida social de estas personas, entre las cuales está la dificultad para la rehabilitación, dependencia de un cuidador, pérdida de contacto social, depresión porque siente que ya no son útiles y sienten que pierden apoyos sociales, haciendo que estas personas pierdan las ganas de moverse y salir (Gandoy, Grego, Sande, González, Fernández, Martínez, Calenti, 200).

¿CÓMO SE EVALÚAN LAS CAIDAS?

Para la evaluación, se realizara una entrevista semi-estructurada, en la cual se evaluará los siguientes aspectos: la importancia del ejercicio físico, identificando sus beneficios, y conociendo las ventajas de este como: es el incrementar la fuerza, reducción de la depresión, mejora el dolor artrósico, 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). La evaluación del psicólogo debe estar orientada hacia el miedo de una nueva caída, prevenir el aislamiento y la depresión, esta evaluación debe llevarse a cabo con un grupo de especialistas.

Por medio de la psico-educación, se plantea 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 se le enseñara a levantarse tras una caída (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007). 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. (Sánchez, Fernández, Alfonso, Milian, 1999).

Se recomienda hacer una evaluación de los siguientes factores de riesgos: Antecedente de caídas previas, la marcha, balance, movilidad y fuerza muscular, evaluar osteoporosis, capacidad funcional y miedo del anciano a volver a caer, debilidad visual, capacidad cognitiva, examen neurológico, evaluar riesgo en casa, hacer una revisión cardiovascular y revisión de la medicación. (Hernández, Segura, González, Argueta, Hidalgo, Sánchez, Díaz, Amaya, 2007). Se debe hacer la identificación y reestructuración de pensamientos, logrando que estas personas

cambien esos pensamientos negativos por positivos, por último se recomienda realizar una evaluación de los riesgos en el ambientales.

Por medio de la psicoeducación, se plantea 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 se le enseñara a levantarse tras una caída. (San pio, Lampre, Gimeno, Romero, Arin, 2007). 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 (Sanchez ,Fernandez, Alfonso, Milian, 1999).

DETECCION DEL PENSAMIENTO.

Se recomienda hacer una evaluación de los siguientes factores de riesgos: Antecedente de caídas previas, la marcha, balance, movilidad y fuerza muscular, evaluar osteoporosis, capacidad funcional y miedo del anciano a volver a caer, debilidad visual, capacidad cognitiva, examen neurológico, evaluar riesgo en casa, hacer una revisión cardiovascular y revisión de la medicación. (Hernández, Segura, González, Argueta, Hidalgo, Sánchez, Díaz, Amaya, 2007). Se debe hacer la identificación y reestructuración de pensamientos, logrando que estas personas cambien esos pensamientos negativos por positivos, por último se recomienda realizar una evaluación de los riesgos en el ambientales.

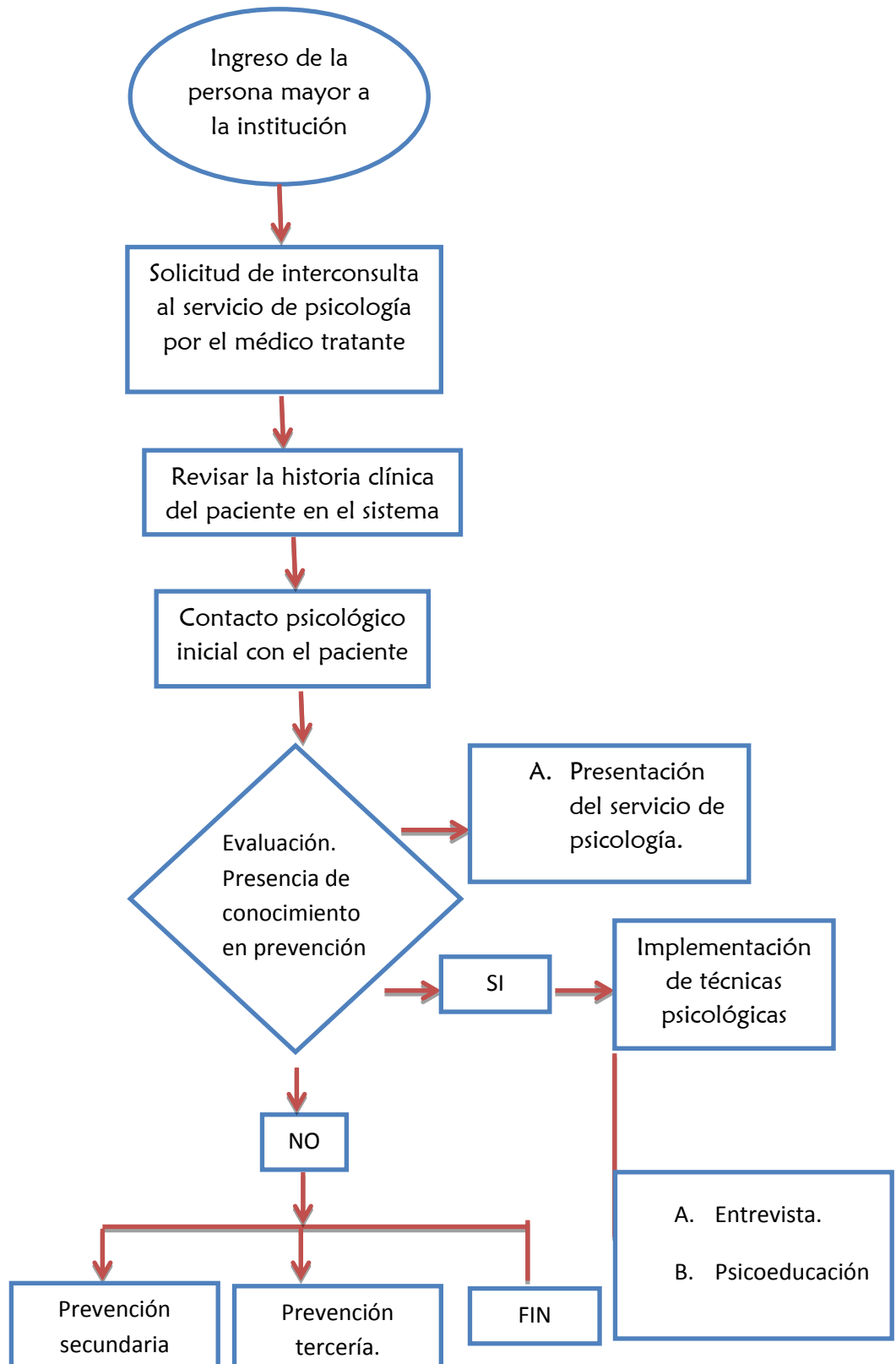
El objetivo de esta técnica cognitiva es reducir el estrés y la ansiedad a los que están sometidos los pacientes, se aconseja su uso ante aquel síndrome que implique la elaboración de pensamientos desagradables, inadecuados y persistentes.

El procedimiento de esta técnica consiste en: primero supone la identificación de los pensamientos negativos o estresantes, para esto se recomienda la aplicación de cuestionarios sobre pensamientos estresantes cuando se le dificulta a las personas la identificación de sus pensamientos perturbables o irracionales, por el contrario cuando a las personas no se les dificulta el reconocer dichos pensamientos basta con hacer una entrevista en la cual pueda analizar y describir tales pensamientos. El segundo paso que se debe hacer es el del entrenamiento en detención de pensamiento propiamente dicho. Ejemplo se le enseña a la persona a gritar la palabra STOP e imaginarla en la mente o poner un despertador para recordar que ese pensamiento debe ser interrumpido y como un tercer paso, es el de sustituir esos pensamientos negativos por unos más adecuados y positivos (Oyola, Zarzuela, San Gregorio, 1999).

RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

La reestructuración cognitiva, se basa principalmente en la habituación de los síntomas de activación y extinción de las respuestas de ansiedad y en la modificación de la forma o el contenido de las cogniciones (Antona, López, 2008). Con esta técnica el profesional ayudar a las personas a revisar sus creencias y expectativas irracionales y a desarrollar formas más racionales de ver su vida. Con esta técnica se logra que las personas desarrollen valoraciones más realistas de sí mismas y de los demás (Sarason, Bárbara, 2006).

FLUJOGRAMA



- Antona, C, López, L (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista latinoamericana de psicología*. (40) 2.
- Bobes, J. Portilla, M. Bascarán, T. Sáiz, P. Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Emilien, G. (2002). *Anxiety Disorder: Pathophysiology and pharmacological treatment*. Germany: Birkhäuser.
- 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.
- Cassidy, E., Swales, P. y Sheikh J. (2002). Clinical Features of Anxiety Disorders. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 551-554.
- Gabay, P, Bruno, M. (1998) .Trastornos de la ansiedad en la tercera edad.
Recuperado de:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD001.pdf>
- Labrador, F. (1993). *Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage.
- Oyola, J, Zarzuela, E, San Gregorio, M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología conductual*. 7 (3). 471-499.
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Editorial paidotribo.
- Roig, S, Mira, M, Cantero, M. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala (HAD) en pacientes oncológicos. *Revista de psicología de la salud*. 12(2). 127.
- Sarason, G, Bárbara, R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson educación.



CAPITULO 7

PROCESO DE DUELO EN LA PERSONA MAYOR

¿Qué es el duelo?

¿Por qué es importante la elaboración del duelo en pacientes de cuidados paliativos?

¿QUÉ ES EL DUELO?

Es importante incluir este apartado en la guía ya que en el ámbito hospitalario es frecuente que las personas, tanto los pacientes como sus familiares, experimenten pérdidas que alteran el estado actual de funcionamiento y que se encuentren en cuidados paliativos. Adicional a esto, teniendo en cuenta que aunque la muerte se puede presentar de forma súbita, es más esperada en la población mayor y que una vez el adulto mayor conoce que su estado de salud es crítico y que su ciclo de vida está próximo a finalizar puede experimentar una serie de sentimientos y reacciones como “el dolor de dejar a los seres queridos y a todo aquello a lo cual se está apegado, el temor al dolor físico y a otros síntomas que puedan sobrevenir; temor a la conciencia de estar muriendo, o a lo contrario, a no darse cuenta de éste hecho; temor a perder la integridad psíquica; al descontrol que lleve a la locura; temor al "más allá" y expectativa de otra vida y sus características; temor a las consecuencias de la muerte en el cuerpo, etc” (Ospina, 1989, pp.1). Cabe resaltar que el profesional de la psicología también deberá realizar un acompañamiento psicoterapéutico con la familia del paciente, brindándoles apoyo emocional frente a la situación experimentada.

Como se menciono anteriormente 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, por ejemplo la extirpación de un órgano o una amputación; 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). 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, 1994; Consejo directivo fundación del empresariado Chihuahuense, 2010).

La vejez, constituye una de las etapas que se caracteriza por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas; 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).

La perspectiva psicológica contribuye en la elaboración del duelo comprendiendo los sentimientos de las personas frente a su propio deceso y a la muerte de quienes están cerca. Es importante tener en cuenta que 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 conllevar a una recaída del individuo en su psicopatología de base o ya existente (distímias o trastornos de personalidad), (Flórez, 2002; Rubio, 1994).

MANIFESTACIONES DEL DUELO

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 los cuales son especificados en la siguiente tabla.

Sentimientos	Sensaciones Físicas	Conductas	Pensamientos
Tristeza	Opresión en el pecho	Soñar con el fallecido.	Incredulidad.
Enfado	Opresión en la	Evitar recordatorios	Confusión.
Culpa y	garganta	del fallecido.	Preocupación.
autorreproches	Hipersensibilidad	Suspirar.	Alucinaciones
Bloqueo	al ruido	Llorar.	breves y fugaces.
Ansiedad	Falta de aire	Atesorar objetos que	Sentido de presencia.
Soledad	Debilidad muscular	pertenecían a la	
Fatiga	Falta de energía	persona fallecida.	
Impotencia	Sequedad de boca	Buscar y llamar	
Anhelos	Vacío en el estómago	en voz alta.	
Emancipación	Sensación de		
Alivio	despersonalización		
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, no obstante en esta guía será abordada la descripción de las etapas de duelo que hace Gómez Sancho (1998), quien plantea que el desarrollo clínico del duelo atraviesa siempre la misma trayectoria compuesta por tres grandes etapas que son:

1. *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.
2. *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.
3. *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

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. Bejarano y Jaramillo (1992) plantean que el duelo anticipado es 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 futuro⁵. 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, Galea 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 fase, 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, Galea 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.

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 son:

Diferencias entre duelo normal y patológico.

<i>Duelo Normal</i>	<i>Duelo Patológico</i>
---------------------	-------------------------

<p>-La pena se expresa normalmente.</p> <p>-Tiene una duración limitada en el Tiempo.</p> <p>-Pasados los primeros días, el doliente realiza las actividades de la vida cotidiana con “normalidad” aunque con ánimo apático y ansiedad.</p>	<p>-No se expresa en absoluto la pena (duelo reprimido).</p> <p>-Se expresa la pena con la misma intensidad durante un largo período de tiempo (duelo crónico).</p> <p>-Se muestra incapacidad para desvincularse del fallecido. Se expresa mediante culpa excesiva o auto-reproches.</p> <p>-Incapacidad de recomenzar la vida en un nuevo marco en el que no está el fallecido.</p> <p>-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,...).</p>
---	--

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

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
3. Afrontar con el paciente la muerte: En esta fase el objetivo principal es recapitular la vida de la persona, trasmitiéndole que realizó buenas cosas en la vida, finalizar asuntos inconclusos o que causen molestia o preocupación en la persona, facilitar el dialogo 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. Debido a que por las limitaciones de tiempo que se presentan en el ámbito hospitalario, las personas que manifiesten síntomas de este tipo de duelo se les recomendará iniciar un proceso psicoterapéutico por consulta externa.

Una vez se han realizado estos pasos de se debe proceder al uso de tareas y rituales como por ejemplo escribir una carta para la persona que falleció o va a fallecer 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).

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

ELABORACION DEL DUELO EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

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 eficaz⁷

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.
4. *Reinvertir la energía emotiva en nuevas relaciones afectivas*⁷.

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).

Referencias

1. Florez, S. (2002). Duelo. *Anales*, (25), 77-85.
2. Rubio, J. (SF). Duelo normal y patológico. Universidad de concepción.
3. Salovey, P., Detweiler, J., Steward, W. y Rothman, A. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*.55, (1), 110-121.
4. Gamio, E. y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española Neuropsique*, (19), 455-469.
5. López, C. Galea, T. Campos, R. (2010). Guía clínica seguimiento del duelo en cuidados paliativos. *Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud.España*.
6. Ospina, A. (1989). El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal. Universidad de Medellín.
7. Zamorano, E. (2005). Manejo del duelo. *Terapeutica*, vol. LXIX .
8. 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.