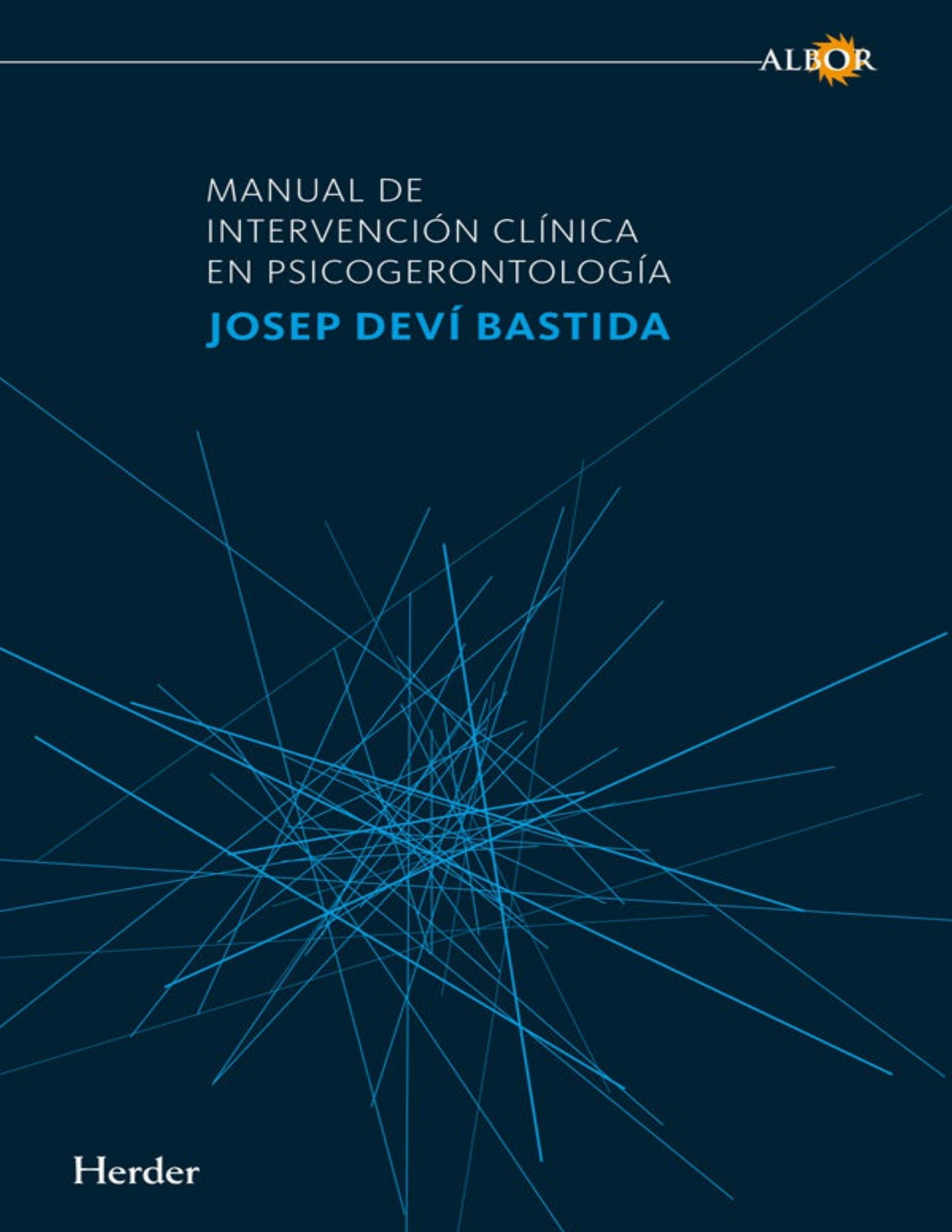
ALBOR

# MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN PSICOGERONTOLOGÍA

JOSEP DEVÍ BASTIDA



Herder

Josep Deví Bastida (coord.)

# MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN PSICOGERONTOLOGÍA

**Herder**

*Diseño de la cubierta:* Gabriel Nunes
*Edición digital:* José Toribio Barba

*© 2012, Josep Deví Bastida*
*© 2012, Herder Editorial, S. L., Barcelona*
*1.ª edición digital, 2015*

*ISBN:* 978-84-254-3736-6
Depósito legal: B-15553-2015

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

**Herder**
www.herdereditorial.com

*A mi esposa Montse, por su ayuda, esfuerzo y paciencia constantes en los momentos difíciles de mi vida.*

*En memoria de Teresa Calzada Casulleras (Joana), fallecida el 18 de septiembre de 2011, a la edad de 99 años.*

ÍNDICE

Autores y autoras

1. PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DE LA PSICOMOTRICIDAD.
*Elisenda Serra, Emma Ludeña y Miriam Caro*
1. Introducción
2. Beneficios de la actividad física para ralentizar los cambios físicos, mentales y emocionales
    2.1. Beneficios físicos
    2.2. Beneficios mentales
    2.3. Beneficios emocionales
    2.4. Beneficios inmunitarios
3. La capacidad funcional de una persona mayor inactiva
4. Actividad física en el adulto: objetivos e indicaciones del tipo de ejercicio físico en la vejez
5. Programa de ejercicios
    5.1. Programación de la actividad física
    5.2. Clase general de ejercicio físico en la vejez
6. Conclusiones sobre la actividad física
7. La psicomotricidad
    7.1. Introducción
    7.2. Metodología de trabajo
    7.3. Descripción de los espacios
    7.4. Evaluación de la sesión de trabajo
    7.5. Actitud del psicomotricista
    7.6. Propuestas de intervención para la práctica
8. Conclusiones
Referencias bibliográficas

2. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA MEMORIA Y EN OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE Y EN LA DEMENCIA.
*Magda Castellví y Beatriz Bosch*
1. Introducción
2. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer
3. Caracterización neuropsicológica del deterioro cognitivo en el deterioro cognitivo leve y en la enfermedad de Alzheimer incipiente
4. Evaluación de la intervención cognitiva
5. Orientaciones y estrategias fundamentales en la intervención de los procesos cognitivos
6. Intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve
    6.1. Entrenamiento específico de la memoria: los talleres de memoria
7. Intervención cognitiva de la demencia
    7.1. Programas de estimulación cognitiva
8. Implicación de la familia en el proceso de intervención
Referencias bibliográficas

3. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN.
*Maria Aymerich y Pere Mora*
1. Introducción
2. Características y adaptaciones de la intervención psicológica dirigida al colectivo de personas mayores
3. Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión
    3.1. La Terapia de Conducta
    3.2. La Terapia Cognitiva
    3.3. Tercera generación de terapias de conducta
    3.4. Breve síntesis de la situación actual
4. Muestra de una intervención preventiva en el entorno residencial
    4.1. Establecer una buena relación terapéutica con el residente
    4.2. Conseguir una adecuada aceptación del ingreso

4.3. Apoyo afectivo en el centro
4.4. Apoyo familiar adecuado
Referencias bibliográficas

4.TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD.
*Sònia Magán, Mercedes Santiño y Sandra Lefler*
1. Introducción
2. Los trastornos de ansiedad en la edad avanzada
2.1. Características clínicas
2.2. Comorbilidad psiquiátrica
2.3. Causas orgánicas de la ansiedad
2.4. Factores de riesgo
3. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
4. Evaluación
4.1. Evaluación de la ansiedad: prevención y detección temprana
4.2. Evaluación de la ansiedad: detección y diagnóstico
5. Tratamiento cognitivo conductual
6. Conclusiones
Referencias bibliográficas

5 .INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA.
*Josep Deví*
1. Introducción: generalidades
2. Factores clínicos: epidemiología de la sintomatología psiquiátrica y conductual en la demencia
3. Aproximación etiopatogénica
4. La evaluación de los spcd: entrevista clínica e instrumentos complementarios
5. Tratamiento de los spcd: intervención psicológica cognitivo-conductual de los grandes problemas del día a día
5.1. Modificación de la conducta
5.2. Aprendizaje y demencia: condicionamiento clásico
5.3. Aplicación de la Teoría del aprendizaje social en las demencias
5.4. Problemas del lenguaje y la comunicación
6. Conclusiones
Referencias bibliográficas

6.TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.
*Teresa Gutiérrez*
1. Introducción
2. Uso, abuso y dependencia de sustancias
3. Importancia del problema
4. Efectos del alcohol y tabaco sobre la salud
5. Tratamiento psicológico para dejar de fumar
5.1. Evaluación de la conducta de fumar
5.2. Fases del tratamiento multicomponente
6. Tratamiento psicológico en alcoholismo
6.1. Evaluación del problema
6.2. Tratamientos psicológicos más eficaces
7. Intervención breve ante consumo de riesgo
7.1. La entrevista Motivacional
7.2. Aproximación de reforzamiento comunitario (cra)
7.3. Prevención de recaídas
Referencias bibliográficas
Anexo 1
Anexo 2

7 . INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS DEL SUEÑO.

*Susanna Clos y Francesc Segarra*
1. El sueño normal
    1.1. Características generales del sueño
    1.2. Los estadios del sueño
    1.3. Diagnóstico y pruebas complementarias
2. El sueño en personas mayores
    2.1. Cambios en el patrón de sueño a lo largo de la vida
    2.2. Características polisomnográficas del sueño en ancianos
    2.3. Modificaciones físicas que se producen con la edad y que alteran el sueño
    2.4. Trastornos de sueño más comunes asociados a la vejez
3. Alteraciones de sueño en las demencias
4. Alteraciones de sueño y enfermedad de Parkinson
5. Técnicas psicológicas para el abordaje de los trastornos de sueño: el insomnio
    5.1. Introducción
    5.2. Estrategias de tratamiento
    5.3. Medidas psicoeducativas
    5.4. Técnicas de relajación
    5.5. Técnica de control de estímulos
    5.6. Restricción de tiempo en cama
    5.7. Reestructuración cognitiva
    5.8. Medidas de higiene del sueño
Referencias bibliográficas
Glosario de términos relacionados con el sueño

8. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO.
*Jenny Moix y Josep Deví*
1. Introducción: concepto y generalidades
2. Dolor crónico: el modelo multidimensional integrador de la «teoría de la puerta de entrada» de Melzack y Wall
3. Síndromes geriátricos
    3.1. Trastornos somatomorfos en el anciano con y sin demencia
4. Epidemiología del dolor crónico en geriatría
5. Aspectos psicológicos del dolor en el anciano
    5.1. Experiencia aversiva frente a función adaptativa del dolor
6. Valoración geriátrica integral
7. Evaluación del dolor crónico en geriatría
    7.1. La entrevista y la historia clínica
    7.2. Los autorregistros
    7.3. Los autoinformes
    7.4. Escalas de observación del dolor
    7.5. Escalas de valoración funcional de avd
8. Tratamiento del dolor en el anciano
    8.1. Tratamiento farmacológico y quirúrgico del dolor
    8.2. Tratamiento del dolor en el anciano mediante otras alternativas no farmacológicas
    8.3. Tratamiento psicológico del dolor en el anciano
Referencias bibliográficas

9 . INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LOS ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES (AVC).
*Susanna Garcia y Joan Deus*
1. Generalidades de los accidentes vasculares cerebrales
2. Consecuencias neuropsicológicas de la patología vascular
    2.1. Alteraciones cognitivas de la Arteria cerebral anterior (aca)
    2.2. Alteraciones cognitivas de la Arteria cerebral media (acm)
    2.3. Alteraciones neurocognitivas de la Arteria cerebral posterior (acp)
    2.4. Alteraciones cognitivas en territorios frontera
3. Neurorrehabilitación de los avc

3.1. Rehabilitación neuropsicológica
3.2. Rehabilitación de las afasias
Referencias bibliográficas

10 . INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES.
*Anna Mir, Francesc Maestre y Núria Camps*
1. Introducción
2. Consideraciones clínicas
2.1. Proceso de envejecimiento
2.2. Consulta por disfunción sexual
3. Abordaje asistencial de las disfunciones sexuales
3.1. Estrategias terapéuticas
3.2. Evaluación psicodiagnóstica e indicación psicoterapéutica
3.3. Modalidades de intervención y recursos psicoterapéuticos
4. Material clínico
4.1. Intervención psicoterapéutica breve: «reactivar la sexualidad»
4.2. Psicoterapia de apoyo o clarificación: «vengo por ella, porque yo no lo necesito»
4.3. Intervención psicoterapéutica de información: «a mí no me pasa nada»
5. Conclusiones
Referencias bibliográficas

11 . INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER.
*Núria Gondón*
1. Introducción
2. ¿Qué es el cáncer?
2.1. Etiopatogenia del cáncer en el anciano
2.2. Tratamientos biomédicos neoplásicos
3. Psicooncología
3.1. Evaluación psicológica en oncología
3.2. La información del diagnóstico oncológico
3.3. Comunicación con el enfermo de cáncer y su familia
3.4. Calidad de vida
3.5. Aspectos psicológicos de los enfermos oncológicos geriátricos
3.6. La familia del anciano enfermo de cáncer
3.7. Intervención psicológica
Referencias bibliográficas

12 . INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL.
*Montserrat Fortuny y Pere Narbona*
1. Introducción
2. Clasificación de las incontinencias urinaria y fecal
2.1. Incontinencia urinaria
2.2. Incontinencia fecal
3. Prevalencia
4. Anatomía
4.1. Anatomía y fisiología del suelo pélvico
4.2. Anatomía y fisiología del aparato urinario
4.3. Anatomía y fisiología del aparato digestivo bajo
5. Cambios en el anciano
5.1. Fisiopatología
5.2. Fármacos y sustancias que pueden alterar la micción
6. Diagnóstico de la incontinencia urinaria y fecal
7. Tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal
7.1. Tratamiento conservador
7.2. Tratamiento farmacológico
7.3. Tratamiento quirúrgico

7.4. Tratamiento paliativo
8. Prevención de la incontinencia urinaria y fecal
9. Consejos generales para prevenir una incontinencia urinaria y fecal
10. Mensajes clave en incontinencia urinaria y fecal
Referencias bibliográficas

13 . UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LA EDAD AVANZADA.
*Albert Fetscher, Rosa Maria Gibert y Meritxell Boquet*
1. Introducción
2. Cambios fisiológicos: farmacocinética y farmacodinamia
2.1. Farmacocinética
2.2. Farmacodinamia
3. Medicamentos inapropiados en la edad avanzada
4. Trastornos del estado de ánimo
4.1. Depresión
4.2. Trastorno bipolar
5. Trastornos de ansiedad
5.1. Ansiolíticos
6. Trastornos del sueño: insomnio
6.1. Insomnio
6.2. Efectos adversos y advertencias
7. Transtornos psicóticos y delirium
7.1. Neurolépticos
8. Trastornos cognitivos. Demencia
8.1. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHE)
8.2. Antagonista de los receptores N-metil-D-Aspartato (NMDA)
8.3. Otros tratamientos modificadores en las demencias
Referencias bibliográficas

**Josep Deví Bastida (coordinador)**
Psicólogo Clínico y Neuropsicólogo. Residencia y Centro de Día Sant Cugat (ICASS - Sanitas). Profesor Asociado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ex-Presidente (2004-2011) de la Sociedad Catalano Balear de Psicología de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares.

**Elisenda Serra**
Terapeuta Ocupacional. Directora del Centro de Servicios para las Personas Mayores del Ayuntamiento de Calldetenes. Coordinadora de Centros de Servicios de Ámbito Rural del Consorcio de Acción Social de Cataluña.

**Emma Ludeña**
Fisioterapeuta. Hospital de Día de Enfermedades Neurodegenerativas. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínico y Universitario de Barcelona.

**Miriam Caro**
Terapeuta Ocupacional. Directora del Centro de Servicios para las Personas Mayores del Ayuntamiento de Sant Vicenç de Torelló (Barcelona).

**Magda Castellví**
Psicóloga Clínica y Neuropsicóloga. Coordinadora del Hospital de Día de Enfermedades Neurodegenerativas. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínico y Universitario de Barcelona.

**Beatriz Bosch**
Neuropsicóloga. Unidad de Memoria y otros Trastornos Cognitivos. Servicio de Neurología. Hospital Clínico y Universitario de Barcelona. Servicio de Rehabilitación Neurológica del Bages (Manresa).

**Maria Aymerich**
Psicóloga Clínica. Profesora Agregada del Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Girona. Miembro del Lab-DH y responsable de la línea de investigación «Psicología de la Salud y la Calidad de Vida en el Envejecimiento» del IQVD de la Universidad de Girona.

**Pere Mora**
Psicólogo Clínico. Residencia Puig d'en Roca. Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Cataluña (Girona).

**Sònia Magán**
Neuropsicóloga. Directora Técnica de la Residencia y Centro de Día Terapéutico Sant Francesc d'Assís de Santpedor (Barcelona). Presidenta de la Sociedad Catalano Balear de

Psicología de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares.

**Mercedes Santiño**
Psicóloga. Directora y Psicóloga del Centro de Día para Personas Mayores de Vallirana (Barcelona).

**Sandra Lefler**
Psicóloga. Residencia Centro Terapéutico y Geriátrico S.L. (Sant Cugat del Vallés). Secretaria de la Sociedad Catalano Balear de Psicología de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares.

**Teresa Gutiérrez**
Psicóloga. Profesora Titular del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**Susanna Clos**
Psicóloga. Investigadora del CIM Sant Pau. Instituto de Investigación del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Francesc Segarra**
Psicólogo Clínico. Clínica del Sueño Estivill. USP Instituto Universitario Dexeus (Barcelona). Clínica del Sueño Estivill del Hospital General de Catalunya (Sant Cugat del Vallés).

**Jenny Moix**
Psicóloga. Profesora Titular del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**Susanna Garcia**
Psicóloga Clínica y Neuropsicóloga. Institut Ferran de Reumatología. Clínica CIMA (Barcelona).

**Joan Deus**
Psicólogo Clínico y Neuropsicólogo. Profesor Agregado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Unidad de Investigación en RM de CRC-Hospital del Mar del PRBB (Barcelona).

**Anna Mir**
Psicóloga. Adjunta al Servicio de Psicología Clínica. Fundación Puigvert (Barcelona).

**Francesc Maestre**
Psicólogo. Adjunto al Servicio de Psicología Clínica. Fundación Puigvert (Barcelona).

**Núria Camps**
Psicóloga Clínica. Directora del Servicio de Psicología Clínica. Fundación Puigvert (Barcelona).

**Núria Gondón**
Psicóloga Clínica. Especialista en Psicooncología, Psicoterapeuta y Logopeda. Unidad de Fibromialgia del Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramanet). Institut Mèdic Bonanova (Barcelona). Vicepresidenta de la Sociedad Catalano Balear de Psicología de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares.

**Montserrat Fortuny**
Médico de Familia. Área Básica de Salud 2B «Vía Roma» (Barcelona).

**Pere Narbona**
Enfermero y Fisioterapeuta. Vicepresidente de la Asociación Catalana para el Parkinson.

**Albert Fetscher**
Médico de Familia. Residencia y Centro de Día Sant Cugat (ICASS- Sanitas, Barcelona).

**Rosa Maria Gibert**
Farmacéutica Comunitaria. Titular de la Farmacia Gibert (Rubí). Máster en Atención Farmacéutica por la Universidad de Barcelona.

**Meritxell Boquet**
Farmaceutica Comunitaria. Máster en Atención Farmacéutica por la Universidad de Valencia. Secretaria de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Secretaria de la Fundación Pharmaceutical-Care.

# 1
# PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DE LA PSICOMOTRICIDAD

*Elisenda Serra, Emma Ludeña y Miriam Caro*

## 1. Introducción

El envejecimiento es un proceso natural que afecta a todas las especies y que forma parte de la vida. En este proceso interaccionan varios mecanismos moleculares. Con el paso del tiempo, el organismo empieza a experimentar cambios a nivel morfológico y fisiológico de forma natural y progresiva.[1]

Facilitar un trabajo que tenga en cuenta a la persona desde un punto de vista global, con el objetivo de ayudar a afrontar estos cambios que se producen durante el proceso del envejecimiento, puede ayudar en la comprensión y aceptación de estos y puede mejorar las relaciones con uno mismo, con las personas de su entorno y con los espacios sociales.[2,3,4]

Una manera de influir positivamente en este proceso natural de la vida es a través del estímulo del trabajo corporal, mental, relacional y emocional. Hasta el día de hoy, existen dos armas potentes que pueden abarcar estos campos: la actividad física y la psicomotricidad (PAF) en la gente mayor.

La mejora de la calidad de vida de la población en nuestra sociedad está incrementando las expectativas de vida de las personas mayores y, como consecuencia, están variando sus necesidades. Las generaciones actuales están cambiando el perfil sociológico tradicional que tenemos de la vejez, y esto supone que muestren unas necesidades y unos comportamientos distintos. Este hecho repercute significativamente en los ámbitos sociales, políticos y económicos.[5] La nueva sociedad de mayores está caracterizada por la diversidad, la incertidumbre, la complejidad y la sostenibilidad, nuevos conceptos que han generado cambios de gran magnitud y que obligan a replantearse los retos del presente y del futuro de las personas mayores.[6]

Otra manera de influir positivamente en este proceso es a través del trabajo con la persona «desde su globalidad». Mediante la actividad física y de la psicomotricidad vivenciada pueden «ralentizarse» los cambios y mantener la *autonomía* el mayor tiempo posible.

La esperanza de vida para este colectivo de gente mayor está directamente relacionada con un trabajo global del ser humano, sin olvidar la alimentación, imprescindible en el cuidado energético. En función de este trabajo global, el adulto mayor verá ralentizado o acelerado su proceso de involución. Por el contrario, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo

que amenazan la salud corporal.[3]

El envejecimiento como proceso natural no es sinónimo de enfermedad, pero a partir de los 80 años de edad existe una mayor prevalencia de enfermedades, como fruto de alteraciones morfológicas y fisiológicas de múltiples o desconocidas etiologías.[7] Como solución para estas algias diarias crónicas, muchos utilizan antidepresivos, diuréticos, antialérgicos, antiasmáticos, cardiotónicos, hipo e hiperglucemiantes, analgésicos, antiinflamatorios, etc.[8,9] Estas alteraciones orgánicas precisan de una mayor atención de los profesionales y de la misma población para intentar sobrellevarlas y atenderlas óptimamente y reducir las consecuencias colaterales: la dependencia familiar y los problemas relacionados con la sanidad pública.[8,9]

Envejecer satisfactoriamente supone sentirse bien con uno mismo, mantener expectativas e ilusiones, y una visión optimista general hacia la vida, con presencia de estados emocionales positivos. Supone también adaptarse a los cambios y crear entornos de vida que optimicen las posibilidades de cada anciano, sin olvidar que la pérdida y el beneficio son aspectos consustanciales de todas las fases vitales.[10]

Puede promoverse, desde la atención sanitaria y social, este envejecimiento activo mejorando el estado de salud a través del trabajo corporal, la actividad mental y la expresión emocional para fomentar la autonomía y la participación social.[2]

Las personas mayores que practican actividad física aumentan su longevidad en 2,15 años de vida. Es importante que este colectivo practique lo antes posible estas actividades imprescindibles para su cuidado global.[3]

## 2. Beneficios de la actividad física para ralentizar los cambios físicos, mentales y emocionales

### 2.1. Beneficios físicos

Uno de los pilares más importantes para sostener nuestro cuerpo es el sistema musculoesquelético. Los efectos de la actividad física sobre la musculatura corporal ejercen un beneficio óseo imprescindible para el mantenimiento físico-corporal. El aumento de la masa muscular crea un estímulo directo para la formación de la masa ósea.[3,7]Tal es la importancia de la actividad, que la suspensión del ejercicio físico durante un mes puede provocar una disminución del 32% de la fuerza en entrenamientos en personas mayores.[7,11,12] Así pues, las personas activas poseen más masa ósea que las que no practican ninguna actividad física.[13] Los ejercicios que proporcionan mejores resultados para la densidad ósea son andar, correr y los ejercicios de fuerza.[14]

La actividad física es significativamente más efectiva donde hay más cantidad de hueso trabecular (en los cuerpos vertebrales de la columna vertebral) y en el hueso cortical. Para percibir estos efectos son necesarios aproximadamente dos años de entrenamiento.[3]

Una de las alteraciones morfológicas que puede manifestarse a nivel óseo es la *osteoartrosis*, la pérdida progresiva de la capa de protección de fricción del hueso, esto es, del cartílago óseo. Un entrenamiento de la fuerza muscular apropiado para este tipo de afectaciones, en personas mayores, produce un beneficio óseo.[7] En cambio, la actividad física con grandes impactos, torsiones y desequilibrios en las articulaciones puede agravar el estado de esta alteración.

En las personas mayores son comunes las *lumbalgias* que cursan con dolor, rigidez y limitación funcional seguida o no de dolor, irradiado hacia la pierna. La actividad física en períodos no agudos mejora el cuadro de dolor y facilita que no se instaure de forma crónica.[1]

A nivel muscular, el ejercicio físico mejora la respuesta de las fibras musculares: las miofibrillas, los vasos sanguíneos y el tejido conjuntivo.[3] En personas mayores, reduce la sarcopenia. Un programa de ejercicios de entrenamiento adaptado favorece la fuerza muscular, la capacidad funcional y la actividad física espontánea. Este fortalecimiento general del cuerpo en general previene las caídas, que pueden agravar y decaer la esperanza de vida de una persona mayor.[7]

Con respecto al aparato cardiovascular, el ejercicio físico mejora el volumen de oxígeno máximo, el gasto cardíaco y la función sistólica.[7] El ejercicio intenso, y especialmente prolongado, aumenta la síntesis de proteínas encargadas de la homeostasis del sistema cardiovascular.[1]

El ejercicio físico, bajo una supervisión especializada en personas mayores con afectaciones coronarias, protege del riesgo de mortalidad y disminuye el riesgo de padecer trombosis vascular y cáncer.[7] En el caso de este colectivo de personas mayores, hay que tener en cuenta que la capacidad de respuesta al ejercicio es menor por las limitaciones funcionales del miocardio, por tanto, el ejercicio debe ser supervisado por un especialista.[1]

El control del *peso corporal* y la disminución de la grasa corporal son de vital importancia para propiciar una vejez saludable. La actividad física previene el aumento de peso en la población general y, sobre todo, en la gente mayor. El sobrepeso es uno de los problemas que conlleva más complicaciones a medida que la persona va envejeciendo. En Raso *et al.* (1996) se propone un entrenamiento de fuerza muscular verificando los efectos del sobrepeso, la adiposidad y el índice de masa corporal en mujeres saludables de 55 a 80 años de edad. Los resultados mostraron que durante cuatro semanas con los ejercicios de fuerza

muscular se disminuyó la adiposidad corporal un 9,3%.[3,7]

En relación al metabolismo, el ejercicio físico provoca una disminución de los niveles de LDL (lipoproteína de baja densidad del colesterol) en el plasma, así como de los niveles de triglicéridos y la inhibición de la agregación plaquetaria.[3] Asimismo, previene la aparición de diabetes de tipo II.[3] Por otra parte, el ejercicio físico mejora el ritmo intestinal y la evacuación.[15] La práctica de un ejercicio físico regular ayuda al fortalecimiento del tejido conectivo, al aumento de la masa muscular, de la flexibilidad y de la densidad ósea.

En mujeres posmenopáusicas, contribuye a disminuir el riesgo de sufrir fracturas por osteoporosis. Por otro lado, aumenta la masa libre en grasa, el volumen sistólico, la ventilación pulmonar, el consumo máximo de oxígeno y el gasto calórico, disminuye la frecuencia cardíaca en reposo y la presión arterial (hipertensión), y mejora la tolerancia a la glucosa.[7]

### 2.2. BENEFICIOS MENTALES

La práctica del ejercicio mejora la circulación cerebral, la alteración en la síntesis y la degradación de neurotransmisores. En la población mayor activa, la fluencia cognitiva es más eficiente que en las personas que no practican ningún tipo de ejercicio.[3] Esto es debido al factor neurotrófico cerebral (FNC), cuya función es la supervivencia y la protección de las neuronas ante posibles lesiones.[16] El ejercicio promueve la plasticidad, el rendimiento del aprendizaje y de la memoria.[1] La actividad neuromuscular de manera repetitiva mejora la regulación de la función del factor neurotrófico, sobre todo en el hipocampo donde se procesa el aprendizaje y la memoria.[1,16] Por estos motivos, disminuye la incidencia de sufrir alteraciones cognitivas en las personas mayores.[1]

Desde un punto de vista cognitivo, realizar una actividad física aumenta la autoaceptación, mejora las relaciones sociales, favorece el crecimiento personal y disminuye la posibilidad de aparición de síntomas depresivos.[17,18]

Según la revista *Neurology*, un equipo de investigadores estadounidense, liderado por Jeffrey M. Burns, de la Universidad de Kansas (2008), realizó un estudio con pacientes de Alzheimer en los primeros estadios de este trastorno. Si los pacientes de Alzheimer practicaban ejercicio físico regularmente podrían preservar su función cerebral. En conclusión, un volumen cerebral menor está vinculado a una peor capacidad cognitiva. Los pacientes que regularmente realizan ejercicio físico presentan una atrofia cerebral menor que el resto.[19]

### 2.3. BENEFICIOS EMOCIONALES

Con ejercicio regular saludable se obtiene una mejora del autoconcepto, de la autoestima y de la imagen corporal; una disminución del estrés, de la ansiedad, del insomnio, del consumo de medicamentos; un aumento de la socialización[7] y una disminución de la depresión.[3,20]

Los niveles de RNA mitocondrial del factor neurotrófico cerebral en el hipocampo aumentan tras el ejercicio físico y producen una sensación de bienestar en la persona mayor.[16] En cambio, los niveles bajos son característicos en un diagnóstico de depresión grave que perjudica la afectividad.[1]

### 2.4. BENEFICIOS INMUNITARIOS

Los linfocitos T, encargados de las respuestas ante agentes patógenos en nuestro organismo, son los que más se deterioran con el paso del tiempo. El ejercicio físico moderado estimula la función inmunitaria y mejora los niveles intracelulares de antioxidantes.[1]

## 3. LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE UNA PERSONA MAYOR INACTIVA

El deterioro de la capacidad funcional de la persona mayor inactiva conlleva una mayor pasividad y una mayor dependencia respecto a los familiares. Una de las consecuencias directas es la pérdida de flexibilidad y de movilidad articular, que propicia un aumento de las caídas.[21] Este círculo vicioso provoca inactividad y sedentarismo, nada apropiados para esta edad. Esta situación puede desencadenar una dependencia tanto física como mental. Una actividad física que implique un aumento de la fuerza muscular aumenta la independencia del anciano.[9]

Tiene lugar un *declive en las actividades básicas de la vida diaria,* propio de la edad y de la limitación funcional. Cabe destacar que, según el estudio de Timonen (2006), el grupo de personas adultas que practicaba actividad física presentaba un deterioro menor que el grupo de control en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.[22,23]

Un condicionante clásico para el sedentarismo y la pasividad en el anciano son las algias. Mediante un programa de ejercicios pueden generarse cambios importantes, ya que se puede disminuir la percepción del dolor.[15,24]

Se presentan cambios también a nivel muscular, como la pérdida del 30% de la fuerza muscular a partir de los 20 años y hasta los 70. Esto es debido a la disminución de la cantidad y del tamaño de las fibras musculares de tipo I y de tipo II. En el envejecimiento, las fibras musculares más afectadas son las de tipo II y, en especial, las del tipo IIA. Este factor provoca una disminución de la capacidad funcional del anciano y repercute en la

velocidad, en la agilidad y en el tiempo de reacción ante cualquier estímulo.[7] El número de capilares por fibra muscular es menor a los 70 años que a los 20, hecho que afecta a la vascularización de los músculos y a la captación de $O_2$.[25]

El sedentarismo provoca un *aumento de peso* en muchos ancianos y una probabilidad elevada de sufrir *enfermedades cardiovasculares*. El índice de masa muscular (ICM) es mayor en las mujeres que en los varones y, en cambio, presentan menor masa muscular.[26]

Con respecto al aparato respiratorio, existen cambios en la biomecánica del aparato pulmonar. Al envejecer, la pared torácica va adquiriendo rigidez, disminuyen los espacios intervertebrales, merma la recuperación elástica del pulmón, y se produce una pérdida aparente de fuerza de los músculos respiratorios. Por tanto, se genera, en global, una disminución de la cavidad torácica y de la velocidad de flujo. Estos cambios generan alteraciones como la reducción de la capacidad vital y del flujo respiratorio máximo, de la capacidad y del volumen residuales, y de la capacidad de cierre u oclusión de los alvéolos. En conclusión, se produce una disminución de la capacidad para transportar y captar el $O_2$. Todo este conjunto de modificaciones respiratorias hacen que la respuesta de la persona mayor ante el ejercicio esté limitada en toda su mecánica y frente a los intercambios fisiológicos. De esta manera se compromete, incluso más, la capacidad funcional del individuo mayor.[25]

El aparato cardiovascular sufre también cambios morfológicos y funcionales que conllevan la disminución de la frecuencia cardíaca máxima del miocardio y que influyen sobre el volumen de expulsión.[1,25]

Por otra parte, las personas mayores con síntomas de *ansiedad* o *depresión* experimentan un mayor *deterioro en la movilidad funcional*. Pero este no es el único factor que se altera; existe una asociación entre trastornos coronarios y trastornos psicológicos como la ansiedad, la ira o la hostilidad. En este caso, la ansiedad moderadamente elevada se asocia con un *riesgo de infarto de miocardio*.[27] Otra consecuencia de la ansiedad elevada es la *deficiente ejecución de las funciones cognitivas* que afectan a la atención y a la neurotoxicidad. La afectación media de ansiedad presenta mejor capacidad cognitiva; en cambio, los grados altos de ansiedad conllevan un deterioro cognitivo. Estos cambios cognitivos parecen ser temporales y no se asocian con posteriores deterioros.[27,28]

## 4. Actividad física en el adulto: objetivos e indicaciones del tipo de ejercicio físico en la vejez

Los objetivos de la actividad física en la vejez son: potenciar la sociabilidad, conseguir un mayor nivel de autonomía física y psicológica, mejorar la salud y aumentar la calidad de

vida y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.[29]

Existen dos tipos de actividad física: *aeróbica* y *anaeróbica*. Diversos estudios han demostrado que el ejercicio aeróbico está recomendado para mantener en mejores condiciones la salud de las personas mayores. En cambio, el ejercicio anaeróbico es de duración breve en el tiempo y se produce en condiciones máximas de desarrollo muscular y de velocidad. Este último no es recomendable para un programa motor en adultos mayores. El ejercicio aeróbico continuado en adultos mayores sedentarios produce un aumento de la dimensión del hipocampo (hipocampo derecho 1,97% e hipocampo izquierdo 2,12%) y de la memoria.[30] En el caso de las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, este tipo de ejercicio aumenta y mantiene la masa ósea y previene la osteoporosis.[7]

Un entrenamiento aeróbico favorece el gasto cardíaco y la función sistólica y diastólica en los hombres de edad avanzada, pero no tanto en las mujeres. Para quienes por insuficiencia cardíaca deben limitar su capacidad funcional debido a la aparición de disnea y fatiga general, es recomendable un ejercicio aeróbico de fuerza tres o cinco días a la semana durante 40 minutos, ya que ayuda a mejorar el cuadro clínico y la calidad de vida. De manera general, el ejercicio aeróbico regular mejora la fisiología del sistema cardiovascular. Para personas mayores hipertensas es recomendable practicar un ejercicio aeróbico para disminuir la presión sistólica. Por otra parte, la trombosis vascular puede ser disminuida con la práctica de ejercicio físico regular en personas de entre 65 y 94 años.[1]

Desde un punto de vista cognitivo y físico, la intensidad del ejercicio aeróbico conlleva una mejora en el funcionamiento de estos[8,31] y se obtiene un aumento en la resistencia muscular.[1]

## 5. Programa de ejercicios

### 5.1. Programación de la actividad física

Antes de realizar un entrenamiento físico, debe tenerse en cuenta la edad, el sexo, la personalidad, las condiciones físicas, la dosificación del tiempo de 45 a 60 minutos como máximo por clase (a excepción del ejercicio en personas con problemas cardiovasculares, que llevarán un control específico), los ejercicios para fortalecer grandes grupos musculares y para mantener el pulso diariamente.[29] La actividad física requiere ropa y calzado adecuados para el ejercicio.

Es importantísimo que las personas disfruten de la actividad y del bienestar corporal y mental en una situación de plena independencia y autonomía física y mental. Es conveniente proponer actividades recreativas, gratificantes, integradoras, de fácil

comprensión y realización, y centradas en sus intereses y necesidades. Debe prestarse una atención especial a la intensidad, la duración y la frecuencia.[3]

El entrenamiento físico constará de ejercicios aeróbicos, de flexibilidad (para aumentar la capacidad motora) y fuerza, de equilibrio y de coordinación y reflejos motores. El principal objetivo es realzar las funciones fisiológicas del anciano mediante un entrenamiento regular y sistémico supervisado por un especialista, tras haber evaluado su condición física y teniendo en cuenta los riesgos del ejercicio físico para el aparato cardiovascular, y los riesgos de fracturas, lesiones musculoesqueléticas y caídas.[15]

Antes de proponer cualquier actividad física a un adulto mayor, es necesario evaluar a cada persona mediante una revisión médica, unas pruebas específicas de esfuerzo y de capacidad respiratoria, y unas pruebas cardiovasculares, neurológicas, etc.[16,32] Es imprescindible adaptar el ejercicio físico a las capacidades de cada persona y, en su caso, a las patologías que padezcan. El objetivo es llegar a un ejercicio aeróbico de 20 minutos tres veces a la semana. Se irá aumentando minutos progresivamente y adaptando el ejercicio en función de su condición física y su historia clínica (patologías, medicación, etc.). La intensidad del esfuerzo particular de cada persona mayor deberá ser calculado por un profesional especializado.[14]

### 5.2. CLASE GENERAL DE EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ

Es importante realizar primero un calentamiento de cinco minutos para preparar nuestro organismo antes de practicar ejercicio más intenso. Por ejemplo, mover las piernas hacia delante y hacia atrás, mover los brazos dibujando círculos hacia atrás, girar lentamente la cabeza hacia derecha e izquierda, caminar, hacer respiraciones completas para preparar el sistema respiratorio tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca lentamente, etc. El trabajo aeróbico consta de 20 minutos que se adaptan, como anteriormente se ha mencionado, a la frecuencia cardíaca. En la vejez, se practica generalmente ejercicio de bajo impacto como la bicicleta estática, caminar rápido, nadar, bailar, etc. Tras estos 20 minutos, pueden llevarse a cabo ejercicios de equilibrio estático y dinámico como sostenerse sobre un pie primero y luego sobre el otro, ejercicios de yoga o Tai Chi Chuan, etc.[7] También pueden realizarse ejercicios de coordinación para ejercitar las reacciones de enderezamiento, como caminar y tocar con la mano izquierda al mismo tiempo que se levanta la pierna derecha y viceversa, botar una pelota con la mano derecha y luego con la izquierda, para después botarla caminando, etc. Son importantes asimismo los ejercicios de fuerza con mancuernas de 0,5 kg en las manos subiendo los brazos, bajándolos, doblando codos, etc. Para finalizar, conviene no olvidar los estiramientos y movimientos articulares

para prevenir posibles lesiones. Por ejemplo, balancear brazos y piernas combinándolo con una respiración suave y amplia y con movimientos de cuello hacia la derecha e izquierda.[15]

Además de los programas de actividad física, es conveniente estimular el cambio hacia un *estilo de vida activo*, es decir, que el anciano practique más ejercicio en su vida diaria, como subir escaleras, permanecer más tiempo de pie, hacer contracciones de la musculatura abdominal y perineal cuando está sentado, ir a comprar, hacer las tareas del hogar que no precisen mucho esfuerzo, etc.[7] Cuanto mayor sea la intensidad de la actividad física en su tiempo libre, más notable será la mejora en su *calidad de vida*.[33]

## 6. Conclusiones sobre la actividad física

Existen programas de ejercicios en adultos mayores en los que se practican ejercicios generales, marchas, juegos de participación, excursiones y paseos. Al mejorar la eficiencia física en el adulto mayor se consigue una disminución de los períodos de crisis de enfermedades de base, por tanto, una disminución en el consumo de medicamentos y, en consecuencia, del gasto. La realización de estas actividades en un grupo de personas beneficia las relaciones interpersonales de los deportistas[34] y la confianza en el individuo, mejora la coordinación y los reflejos y disminuye el estrés.[29]

La promoción de la salud a través del ejercicio físico permite, en relación al aspecto económico, mejorar el estado de salud sin gastos sanitarios y reducir las visitas al médico y a urgencias, así como los ingresos hospitalarios.[3]

Con una actividad física regular se reduce el riesgo de enfermedades crónicas y la mortalidad, se mejora la salud mental, ya que disminuye la ansiedad, el estado de ánimo y el control de situaciones cotidianas. En caso de que se presente alguna patología de base, se mejora la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, se disminuye la dependencia y se mejora la calidad de vida en la vejez.[33]

## 7. La psicomotricidad

### 7.1. Introducción

Basada en una visión global del ser humano, en la unidad del cuerpo y el espíritu, el término *psicomotricidad* hace referencia a las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y corporales en la capacidad de ser y de actuar del individuo en un contexto psicosocial.

Se percibe cada persona como un ser único y diferente, según su propia historia personal y respetando la particularidad de cada uno. Se centra en sus capacidades, valorando todo

aquello que la persona ha sido, es y puede llegar a ser.[35]

La intervención a través de la psicomotricidad puede ir dirigida tanto a personas sanas como a las que padecen cualquier tipo de trastorno, limitación o discapacidad. Su trabajo puede desarrollarse individualmente o en grupo, y, aunque puede aplicarse en todas las edades de la vida, aquí nos referimos a la *intervención psicomotriz preventiva* en personas adultas mayores. Según la declaración de Punta del Este 2006, «la psicomotricidad es una disciplina que se desempeña en los ámbitos sanitario, educativo y sociocomunitario como elemento de apoyo de las personas así como de superación de sus dificultades, por medio del trabajo corporal».[36]

En la actualidad, se realizan sesiones de psicomotricidad con personas mayores desde dos líneas diferenciadas, por sus objetivos y por la metodología de intervención. Una línea es *la psicomotricidad dirigida o cognitiva*, basada en la psicología evolutiva, cuyos objetivos son la estimulación cognitiva, la actividad física, la facilitación del aprendizaje, la mejora de la memoria, de la coordinación, del equilibrio y del esquema corporal, entre otros. Esta línea utiliza una metodología directiva hacia todo el grupo a través de circuitos o recorridos, la imitación de gestos o de movimientos corporales dirigidos con música. La participación del adulto se realiza siempre a través de la consigna del psicomotricista.

La otra línea es la *intervención psicomotriz vivenciada*, que se ha ido estructurando a partir de las propuestas de Bernad Acouturier y André Lapierre, cuyo objetivo es la armonización de la persona en su globalidad indisoluble de la actividad corporal, la capacidad psíquico-mental y la expresividad de sus estados anímicos a través de la mediación corporal espontánea, en espacios determinados y materiales específicos. Es imprescindible que el psicomotricista sea un profesional cualificado con una formación específica y acreditada.

La intervención psicomotriz preventiva en personas mayores puede facilitar el trabajo individual que inevitablemente debe afrontarse ante los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento. Puede facilitar la comprensión y la aceptación de estos cambios, y mejorar las relaciones con uno mismo, con las personas de su proximidad y con los espacios sociales. Ofrece una forma de entender las situaciones que se viven, que se sienten y que se experimentan. Estas experiencias favorecen una actitud de disponibilidad, que supone la comprensión, el respeto y la integración del cambio como una forma de ampliar el desarrollo personal favoreciendo la relación familiar y social.[37]

Como objetivos generales, cabe resaltar:[38,39,40]

- Promover la autonomía facilitando un envejecimiento saludable a través del desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas.
- Propiciar vivencias satisfactorias que generen momentos de alegría, placer y bienestar.

- Desarrollar estrategias de seguridad y confianza en uno mismo.
- Aportar una imagen positiva de la vejez, acorde con los tiempos actuales y las necesidades de este colectivo.
- Proporcionar instrumentos que faciliten afrontar el proceso de envejecimiento. Desarrollar las habilidades que permitan adquirir un bienestar personal y una satisfacción vital.
- Favorecer las relaciones comunicativas con su entorno y con las personas. Desarrollar capacidades comunicativas con su entorno familiar y social.

Respecto a los objetivos específicos, puede destacarse:

- Potenciar el placer del movimiento del cuerpo en el espacio.
- Reconocer las posibilidades y limitaciones corporales.
- Ser capaz de tomar y aceptar decisiones y responsabilidades.
- Disminuir las tensiones tónico-emocionales.
- Propiciar un espacio para el disfrute de la creatividad.
- Favorecer la escucha y la expresión.
- Estimular el deseo de participación y relación.

Durante las sesiones de psicomotricidad se persiguen asimismo otros objetivos que aportan beneficios secundarios:

- Disponer de un espacio de escucha y comunicación.
- Estimular la risa espontánea y el bienestar.
- Proporcionar vivencias satisfactorias.
- Trabajar la coordinación corporal, la flexibilidad, el equilibrio.
- Favorecer la tonificación muscular, la resistencia cardiovascular y la respiratoria.
- Mejorar las capacidades cognitivas y de la memoria.

### 7.2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se inicia la sesión dando la bienvenida al grupo, de igual manera que se finaliza con un momento de recogida (de una duración de 5-10 minutos cada uno). El desarrollo de la sesión está dividido en tres partes, teniendo en cuenta aspectos temporales y espaciales: espacio corporal, espacio emocional y espacio creativo. La duración total de la sesión es aproximadamente de 60 minutos. Las sesiones serán más o menos guiadas o con sugerencias hasta que el grupo tenga iniciativas espontáneas, en función del perfil del participante.

En la primera sesión se explica qué es la intervención psicomotriz preventiva y la metodología de participación. Es importante realizar un pacto de confianza en el que se llegue a un acuerdo de respeto, compromiso y discreción en el grupo, asegurando una privacidad con respecto a lo que pueda ocurrir dentro de la sala.

#### *7.2.1. Descripción de la sala de psicomotricidad*

Conviene disponer de una sala amplia, con buena iluminación y una temperatura adecuada y con dos ambientes diferenciados. Se inicia y termina en la misma zona, que cumple la función de espacio de bienvenida, creativo y de despedida. El segundo ambiente debe ser más amplio, puesto que es donde se realizarán las actividades del espacio corporal y emocional.

#### *7.2.2. Descripción de materiales*

Los materiales adquieren un papel fundamental en la motivación y en la implicación de los distintos miembros del grupo, ya que son elementos que facilitan un buen ambiente de trabajo.

Es recomendable tener material variado para ofrecer sesiones motivadoras. Pueden utilizarse materiales conocidos por el grupo de mayores: sombreros, bastones, abanicos, u otros tipos de material como balones, aros, picas, cartulinas, periódicos, etc. Lo importante en la utilización del material es la creatividad y la capacidad de simbolización de cada persona o del grupo.

##### 7.2.2.1. Mobiliario

Es imprescindible disponer de mesas, sillas y un equipo de música (la música puede facilitar notablemente el trabajo; puede utilizarse como apoyo a una actividad para conseguir diferentes situaciones motrices).[41]

##### 7.2.2.2. Materiales

- Blandos: colchonetas, pelotas de espuma, cuerdas, cintas, gomas, globos, telas de diferentes texturas y colores, cilindros cojines, bloques de espuma, etc.
- Duros: aros, picas, bloques de madera, conos, cajas de cartón, instrumentos musicales de percusión, botellas, bancos, etc.
- Fungibles: papeles y cartulinas, lápices, ceras, pinturas, barro, plastilina, etc.

### 7.3. DESCRIPCIÓN DE LOS ESPACIOS

*7.3.1. Inicio*

Se da la bienvenida a las personas del grupo y se da a conocer el trabajo psicomotriz preventivo como un espacio de trabajo diferente y con una metodología particular.

Es un espacio para ayudar a recordar las situaciones vividas en sesiones anteriores, para anticipar sus propios deseos y para construir nexos de unión entre las distintas sesiones. Asimismo, si ha ocurrido alguna situación significativa que quiere compartirse con el grupo, este es el momento para comentarla.

*7.3.2. Espacio corporal*

Se propone un trabajo de movimiento del cuerpo que integre todas sus dimensiones. El ser humano es un conjunto de cuerpo físico, expresión emocional, capacidad psíquica y capacidad de relación. Cualquier intervención en uno de estos componentes influye en su globalidad.

A partir de las propuestas del psicomotricista, la persona experimenta distintas posibilidades de su cuerpo en el espacio, con los materiales y en su relación con los demás: movimiento, equilibrio, quietud, desplazamiento, etc. Es un espacio para vivir y expresar las emociones vinculadas al movimiento y compartirlas con el resto del grupo. Si consigue sentir una descarga tónica emocional, la persona experimenta sensaciones corporales que tienen que ver con su propia experiencia emocional (placer, seguridad, inseguridad, miedo.).

«El cuerpo, a través de sus cambios de posición, movimiento, tensión, contacto, distancia y ritmos, permite expresar la pulsión, emoción y vivencia».[42]

*7.3.3. Espacio emocional*

Las emociones se van integrando en imágenes mentales a través del diálogo, de la representación de historias, de juegos de rol, de actividades musicales, etc.

Todo lo que surge en este espacio puede hacer referencia a la experiencia vivida en el espacio motor, por lo tanto, sirve para mantener una continuidad entre los distintos tiempos de la sesión. Este proceso de integración pone de manifiesto la experiencia personal y la trayectoria de vida de cada participante.

Cada persona debe procurar entender y comprender la realidad y las situaciones que ha experimentado a partir de su expresión o representación en este espacio. Esto favorece la reparación de experiencias anteriores no resueltas y la formulación de propuestas de futuro que ayudarán a vivir y a mejorar el bienestar personal. Siempre se cuenta con la ayuda del psicomotricista que va orientando las propuestas espontáneas hacia un fin más o menos

esperado.

#### *7.3.4. Espacio creativo*

El objetivo de este espacio es facilitar el paso de la vivencia emocional a la representación creativa. Las emociones vinculadas al movimiento disminuyen y se integran en formas más complejas de representación creativa. Es un espacio de reposo interno emocional a través de la escritura, la pintura, el dibujo o la construcción, en relación con la experiencia vivida, etc. Al final de la sesión, los participantes exponen su creación. El psicomotricista debe ayudar a que el participante encuentre el significado de su creación.

#### *7.3.5. Final de la sesión*

Se hace un reconocimiento individual de las actividades realizadas en el transcurso de la sesión y los logros alcanzados individualmente. El grupo puede sugerir actividades para la próxima sesión. Se finaliza agradeciendo al grupo la asistencia y la participación.

### 7.4. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN DE TRABAJO

La observación es una herramienta que permite conocer la realidad, analizarla, comprender comportamientos e interacciones y tomar decisiones para intervenir. En la observación se tienen en cuenta los comportamientos biológicos, psicológicos, afectivos, cognitivos y relacionales de las personas. Se anotan los comentarios y expresiones realizadas durante las vivencias de la sesión, así como los materiales utilizados, las actividades realizadas y las personas que han asistido. Es importante guardar las distintas creaciones, en papel o en fotografía. La observación facilita asimismo un seguimiento de las sesiones de psicomotricidad y de lo que allí ha ido surgiendo.

Realizar un plan de seguimiento a partir del trabajo conjunto de profesionales facilita el ajuste de la intervención.

### 7.5. ACTITUD DEL PSICOMOTRICISTA

«Conocer el grupo; esclarecer saberes previos, creencias o prejuicios en relación con la temática que se va a trabajar; generar un espacio-tiempo para que los participantes se conozcan y se relacionen entre sí; desarrollar estrategias metodológicas y técnicas, lúdicas en la medida de lo posible, que favorezcan el autoconocimiento».[43]

El psicomotricista debe crear un ambiente distendido, en el que el grupo se sienta acogido y pueda trabajar con naturalidad y espontaneidad. Debe mostrar una relación de

empatía para proporcionar un ambiente de seguridad en el que el otro pueda entrar en una dinámica de evolución. Ha de observar y escuchar para proponer, demostrar una actitud receptiva para una correcta observación, acompañar en los distintos momentos de la sesión, cambiar las propuestas en el momento adecuado, comprender el lenguaje verbal y no verbal, confiar en las aportaciones individuales y grupales, y reconocer a la persona individualmente dentro del grupo. A partir de los materiales, el psicomotricista ayuda a construir diferentes propuestas. Utiliza el lenguaje para explicar qué ha visto, qué hacen los participantes, y ofrece continuamente un reflejo de la realidad que está observando.

Es preciso entender desde el conocimiento, comprender desde la transmisión emocional y atender desde la experiencia y la combinación de las dos capacidades anteriores. Todo esto permitirá trabajar desde la totalidad del ser humano para buscar el equilibrio.

## 7.6. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PRÁCTICA

El ambiente de la sesión debe ser agradable y motivador, ha de favorecer la naturalidad, la espontaneidad, la confianza mutua, la colaboración y el trabajo en grupo. Debe generarse un ambiente lúdico, recreativo y participativo, así como potenciarse la escucha y la reflexión. El desarrollo de la sesión consta de actividades variadas que propicien la vivencia sobre los objetivos que se desean alcanzar.[44]

### *7.6.1. Formación de un grupo*

Deben formarse grupos de entre ocho y 10 personas. Es importante conocer a las personas que formarán parte del grupo, sus capacidades, así como sus problemas de salud y su historia personal. Es aconsejable la participación voluntaria.

### *7.6.2. Inicio de la sesión*

Se crea un espacio para dar la bienvenida a cada uno de los miembros del grupo y se pone de relieve si falta algún miembro del grupo y también si alguien se incorpora de nuevo. Pueden utilizarse diferentes estrategias para empezar:

- Cada persona dice su nombre y el nombre de los demás.
- Contestar preguntas como: «¿cómo estás ahora?, ¿cómo estás en general?, ¿qué esperas hoy de la sesión?».

### *7.6.3. Espacio corporal*

Se plantean propuestas que favorezcan el movimiento del cuerpo con distintos tipos de

música: la búsqueda del otro, el contacto con uno mismo, el contacto con el grupo a través del saludo.

El *trabajo de compartir* puede llevarse a cabo mediante un objeto, con ejercicios de relajación o de respiración, etc. El *trabajo de cuidar*, con ayuda de masajes, materiales, ropas, juegos de conocimiento personal, de relación-cooperación como escuchar, dar y recibir.

#### *7.6.4. Espacio emocional*

Está relacionado con el espacio corporal. Se proponen actividades de diálogo y representación que favorezcan el conocimiento, la exploración y la relación. Por ejemplo, que un participante piense en un regalo para los demás (pensar positivamente en el otro) y después en un regalo que le gustaría para él (pensar en uno mismo); hablar de temas que pueden estar relacionados con el ámbito social próximo, pasando a la historia próxima personal; o escenificar una historia que ha marcado la vida de alguno de los participantes (ya sea una película, un libro, o una historia personal).

#### *7.6.5. Espacio creativo*

A través de la plástica, la escritura o los distintos materiales, debe llegarse a una creación en la que pueda situarse el trabajo realizado en los espacios corporal y emocional. Cada uno escoge el material con el que hará una creación relacionada con la sesión de trabajo actual. A continuación, cada persona expone qué representa su creación.

#### *7.6.6. Fin de la sesión*

Se da un tiempo para exponer comentarios individuales. Se reconocen de forma individual o en un pequeño grupo las actividades realizadas y se agradece la asistencia al grupo.

## 8. CONCLUSIONES

Es habitual encontrar programas de psicomotricidad incluidos dentro de las actividades que se realizan en los centros para mayores. El tipo de trabajo que se realiza suele ser el de psicomotricidad cognitiva, dirigida principalmente hacia la actividad física y el trabajo cognitivo.

El trabajo propuesto recientemente, sobre la intervención psicomotriz preventiva en personas mayores, es una experiencia innovadora que propicia vivencias satisfactorias que generan momentos de alegría, placer y bienestar y que favorece el desarrollo de estrategias de

seguridad y confianza en el adulto mayor. Contribuye a proporcionar una imagen positiva de la vejez, ya que mejora las relaciones comunicativas con el entorno y las personas, promueve la autonomía, aporta beneficios en los ámbitos físico, cognitivo, emocional y relacional, y facilita un envejecimiento saludable.

Cada vez son más las experiencias prácticas con personas mayores. La propia experiencia vivida por los adultos mayores durante las sesiones permite observar cómo la viven: manifiestan una mejora respecto a su salud emocional, que repercute en su bienestar general físico y psíquico. Esto influye tanto individual como familiarmente.

Desde un punto de vista profesional, se observa una mejora de la actitud personal, de los deseos de comunicación y participación en la sociedad. Es, en definitiva, una propuesta personal, familiar y social que promueve la autonomía y repercute en un envejecimiento saludable.

## Referencias bibliográficas


1. Becerro M. El envejecimiento y sus problemas. El ejercicio como solución de algunos de ellos. Pruebas científicas [Internet]. Citado 2004. Disponible en: http://www.ssm.ayuncordoba.es/pdf/05/ponencia_marcos_becerro.pdf
2. Merino B. Un camino hacia el envejecimiento activo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(S2):12-4.
3. Salinas MF, Cocca A, Ocaña WF, Viciana RJ. La actividad física como elemento de salud en la tercera edad. Razones y beneficios que justifican su práctica [Internet]. Departamento de Educación Física y Deportiva de la Universidad de Granada. Grupo de investigación HUM 764: Análisis e intervención en EF y entrenamiento deportivo con jóvenes (España). Citado septiembre 2007. Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd112/la-actividad-fisica-como-elemento-de-salud-en-la-tercera-edad.htm
4. Díaz VP, Facal D, Yanguas LJ. Funcionamiento psicológico y envejecimiento. Aprendizajes a partir de estudios longitudinales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(06):350-7.
5. Riera JM. Jubilarse a los 50. Madrid: Pirámide; 1999.
6. Reig A. La calidad de vida en Gerontología como constructo psicológico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35(S2):5-16.
7. Mahecha MS. Actividad física y salud para el adulto mayor [Internet]. Centro de Estudios do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS. Citado 2010. Disponible en: http://www.sportsalut.com.ar/new/articulos.html#Ancla

8. Salvà A. Envejecimiento y dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006; 41(S1):3-4.
9. Piedras JC, Meléndez JC, Tomás JM. Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45 (3):131-5.
10. Triadó C, Villar F. Envejecer en positivo. Barcelona: Aresta; 2008.
11. Martín LI, Martín ZA, Moliner PC, Aguilera GL. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(S2):4-6.
12. Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND. High-intensity strength training in nonagenarians: effects on skeletal muscle. JAMA. 1990; 263(22):3029-3034.
13. Snow HC, Shelley HA. Strength, tissue composition and femoral neck, mineral density in premenopausal women. Med.Sci.Sports.Exerc. 1992; 24(S45).
14. Becerro JFM, De la Fuente M. El entrenamiento de fuerza en las personas mayores. En: Marcos Becerro JF, editor. Entrenamiento de fuerza para todos. IWF. 2000; 305-349.
15. Cacho del Amo A, Fernández de Santiago FJ. Ejercicio físico en el anciano institucionalizado. Fisioterapia. 2003; 25(3):150-8.
16. Becerro JFM. ¿Por qué el ejercicio protege y mejora las funciones cognitiva, sensorial y motriz del cerebro? Archivos de medicina del deporte. 2003; 20(97):437-440.
17. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro P. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(2):90-95.
18. Baker MK, Kennedy DJ, Bohle PL, Campbell DS, Knapman L, Grady J, et al. Efficacy and feasibility of a novel tri-modal robust exercise prescription in a retirement community: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2007; 55(1):1-10.
19. Lucio GC. El ejercicio físico frena el Alzheimer. El mundo [Internet]. 15 julio 2008. Disponible en: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/07/15/neurociencia/1216135590.html
20. Justino BL, Bertoldo BT, Zarpellon MG. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(2):72-8.
21. Neria AM, Rodriguez ML. Caídas repetidas en el medio residencial. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006; 41:201-206.
22. Timonen L, Rantanen T, Mäkinen E, Timonen TE, Törmäkangas T, Sulkava R. Effects of a group-based exercise program on functional abilities in frail older women after hospital discharge. Aging Clin Exp Res. 2006; 18 (1):50-6.
23. Kolbe-Alexander TL, Lambert EV, Charlton KE. Effectiveness of a community based low intensity exercise program for older adults. J Nutr Salud Envejecimiento. 2006;

10(1):21-9.
24. Díaz V, Díaz I, Acuña C, Donoso A, Nowogrodsky D. Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37:87-92.
25. Ortega R. Limitaciones a la actividad física en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(1):54-9.
26. Viana BH, Gómez JR, Paniagua MV, Da Silva ME, Núñez V, Lancho JL. Características antropométricas y funcionales de individuos activos, mayores de 60 años, participantes en un programa de actividad física. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 39(5):297-304.
27. Garatachea N, de Paz-Fernández JA. Cuantificación de la actividad física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1):47-52.
28. Mantell RC, Butters MA, Dew MA, et al. Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. Am J Ger Psychiat. 2007; 15:673–9.
29. Romero GJ, Trigo LJ, González RM. La Cultura Física como complemento de una buena salud física y mental en los Círculos de Abuelos [Internet]. MsC. Citado 1 junio 2010. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=436
30. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. El ejercicio aumenta el tamaño del hipocampo y mejora la memoria [Internet]. Citado 1 marzo 2011. Bamboo Seniors Health Services 2011. Proceedings of the National Academy of Sciences USA. Disponible en: http://www.revneurol.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=2666
31. López MD, Zamarrón MD, Fernández BR. Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46 (01):15-20.
32. Cancela CJ, Ayán PC, Varela MS. La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(1):42–4.
33. Guallar CP, Santa-Olalla PP, Banegasa JR, López E y Rodríguez AF. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. Medicina clínica. 2004; 123(16):606-10.
34. Rodríguez MJ. Programa de rehabilitación de mantenimiento para residentes válidos en los centros de mayores. Fisioterapia y calidad de vida. 2009; 12:5-16.
35. Adelantado PPBY. Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y en España. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2000: 21-33.

36. Thévenon A, Pollez B. Rehabilitación geriátrica. Barcelona: Masson; 1995.
37. Mila J. De profesión psicomotricista. Argentina: Miño y Dávila; 2008.
38. Soler Vila A. La Psicomotricidad. Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. Informes Portal Mayores. 2006; 58. Lecciones de Rev Esp Geriatr Gerontología, VI.
39. Lorente Rodríguez E. Intervención psicomotriz en pacientes con demencia [Internet]. Psiquiatria.com. 2002; 6(3). Disponible en:
40. Pont Geis P. Tercera Edad. Actividad física y salud. Teoría y práctica. Badalona: Paidotribo; 2006.
41. Bantulà Janot, J. Juegos motrices cooperativos. Badalona: Paidotribo; 2001.
42. Lapierre A, Acouturier B. El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia. Barcelona: Científico-Mèdica; 2010.
43. Buchszraiber P. Psicomotricidad y los procesos de aprender. Hologramática. UNLZ. 2007; 3(7):137- 142.
44. Benito Vallejo J. Expresión corporal con tercera edad. Centro de Mayores Blasco de Garay (J.M. de Chamberí. Ayuntamiento de Madrid). Centro de Mayores Carolinas (Comunidad Autónoma de Madrid). Alfa- movimiento y expresión corporal. I Congreso Internacional de Expresión Corporal y Educación. 2003 julio; Zamora.

# 2
# INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA MEMORIA Y EN OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE Y EN LA DEMENCIA*

*Magda Castellví y Beatriz Bosch*

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XIX, la vejez ha sufrido un cambio exponencial gracias a las mejoras sanitarias, laborales, económicas y familiares, que se ha traducido en una mayor longevidad y en un crecimiento demográfico muy importante, y que ha planteado nuevos retos y desafíos para la sociedad y la ciencia de cara a atender las necesidades de esta población.

*Vejez* y *envejecimiento* son dos términos intrínsecamente relacionados. El envejecimiento ha sido reconocido como un fenómeno natural, continuo y universal, que afecta a todos los seres vivos, aunque no siempre de la misma manera ni en la misma intensidad. Supone una serie de transformaciones estructurales en prácticamente todos los órganos y sistemas, incluyendo el sistema nervioso central, en el que tiene lugar el declive de varias funciones cerebrales así como de procesos sensoriales y cognitivos.

El envejecimiento produce, en el ámbito de la cognición, un declive en las funciones ejecutivas, en las atencionales y en la velocidad de procesamiento de la información. Estos cambios conllevan un procesamiento ineficiente de la información y un uso de estrategias cognitivas pobres, que afectan secundariamente a otros procesos cognitivos como la memoria y el aprendizaje. Por el contrario, el vocabulario y las tareas que implican un conocimiento semántico, así como las tareas automáticas y sobreaprendidas, la memoria autobiográfica, el procesamiento de las emociones y la atribución de estados mentales a otros individuos (teoría de la mente) suelen permanecer estables durante más tiempo. La preservación de dichas habilidades puede ser de gran utilidad para desarrollar estrategias y compensar déficits, garantizando así un envejecimiento saludable.[1]

La mayoría de estudios sobre el envejecimiento cerebral han demostrado que se originan, desde un punto de vista estructural, cambios neuropatológicos consistentes en pérdida de peso y de volumen cerebral. Asimismo, se ha demostrado mediante análisis *postmortem* que se produce una dilatación de los ventrículos y un aumento de los surcos cerebrales con respecto a cerebros de personas jóvenes.

Este proceso de envejecimiento es intrínseco a cada individuo, y da lugar a formas heterogéneas que se sitúan dentro del continuum de envejecimiento satisfactorio o saludable (esto es, envejecer bien) frente a un envejecimiento maligno o patológico (prototípico de un deterioro cognitivo leve o demencia). Frente a estas formas de envejecer, en los años 80

surgió una corriente que propuso un paradigma nuevo del envejecimiento conocido como *promoción del envejecimiento activo*, y que se centra en la «búsqueda de factores y condiciones que ayuden a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar vías para modificar en sentido positivo el envejecimiento patológico».[2] Entre estas condiciones destacan dos factores principales: las condiciones de salud, de ajuste funcional y físico y las capacidades cognitivas, afectivas, de la personalidad y sociales.[3]

El enfoque de este capítulo se centrará en el segundo factor, principalmente, en cómo intervenir en la mejora cognitiva de los pacientes con envejecimiento patológico y, en particular, en el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer.

## 2. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer

La alteración de la memoria representa el síntoma cognitivo inicial de algunos procesos neurodegenerativos, y de forma más frecuente de la enfermedad de Alzheimer típica, de la que la *memoria episódica*[4] constituye el síntoma cardinal. La mayoría de los pacientes con Alzheimer inicial presentan dificultad para aprender y retener nueva información en las fases prodrómicas de la enfermedad. Este hecho es consecuencia de la afectación de la corteza entorrinal y del hipocampo en las fases iniciales, áreas anatómicas que están relacionadas con la memoria episódica.[5,6]

El *deterioro cognitivo leve* es un término utilizado para referirse a una alteración cognitiva, en especial de la memoria, en personas con alto riesgo de desarrollar demencia tipo Alzheimer y que sindrómicamente se situarían en el continuum entre el envejecimiento normal y la enfermedad de Alzheimer. Estudios longitudinales han demostrado que un tanto por ciento elevado de pacientes que presenta una alteración de la memoria episódica aislada, caracterizada por la dificultad para recordar hechos recientes, evoluciona a enfermedad de Alzheimer. Aunque inicialmente estas alteraciones no tengan una repercusión funcional para el paciente, es posible que este olvide algunas conversaciones recientes o tienda a ser reiterativo en algunas preguntas. También es probable que el paciente, en la fase inicial del deterioro cognitivo leve, haga uso de ayudas externas para intentar compensar sus déficits, como por ejemplo hacer un uso excesivo de la agenda o del calendario para recordar citas o eventos relevantes. El déficit neuropsicológico principal se presenta en un déficit de memoria episódica aislado, sin que aparezcan clínicamente otros déficits cognitivos asociados. En la exploración, el déficit se manifiesta como una dificultad para aprender y recuperar información aprendida en las pruebas y como una incapacidad del paciente para recordar esta información, aun disponiendo de pistas semánticas para la evocación.

Cuando el déficit de memoria se presenta en un paciente de forma progresiva y sin la presencia de otras causas psicológicas o neurológicas que puedan explicarlo, aun sin existir repercusión funcional, es probable que estemos ante un paciente con una enfermedad de Alzheimer en fase prodrómica, sin demencia. Según los nuevos criterios de investigación propuestos por la comunidad científica internacional,[7] la pérdida consistente y progresiva de memoria episódica se aceptaría como un único síntoma cognitivo en un paciente con una probable enfermedad de Alzheimer incipiente si esta pérdida se asocia a un biomarcador, es decir, a una alteración detectada en una prueba de neuroimagen, en el líquido cefalorraquídeo, o a una alteración genética. Además, según los criterios propuestos, se requiere que este déficit de memoria episódica sea gradual y progresivo durante al menos seis meses, referido por el paciente o el informador. Estudios longitudinales[8] demuestran que una marcada alteración de la memoria episódica y semántica junto con una ligera alteración de la funcionalidad son altos predictores de una evolución a demencia después de un año de seguimiento. Además, el grupo de pacientes que sufre una alteración de la memoria episódica junto con un déficit incipiente en otra área cognitiva presenta igualmente una alta probabilidad de conversión a enfermedad de Alzheimer a corto plazo.

La orientación temporal se pierde de forma precoz como consecuencia de la relevante alteración de la memoria episódica y, por tanto, de las referencias contextuales y eventuales que nos sitúan en una fecha determinada. Junto a estos síntomas, aparecen las primeras dificultades para recordar datos de memoria episódica autobiográfica,[9,10] que hacen que el paciente muestre dificultades para recordar eventos que han tenido lugar en su trayectoria vital reciente. Por el contrario, la memoria procedimental y la memoria semántica (el recuerdo de eventos más remotos de la vida) permanecen intactas hasta fases moderadas de la enfermedad. Este fenómeno se ha denominado *gradiente temporal en la afectación de la memoria remota*, y se han propuesto varias hipótesis neurobiológicas para su explicación. Sin duda, la retención deficitaria de la información conlleva que los datos autobiográficos se retengan con dificultad, complicando su evocación posterior. Además, los cambios en los procesos biológicos que tienen lugar las en zonas del hipocampo que sustentan el almacenamiento de nuevos recuerdos necesitan un tiempo determinado para que la reverberación de los circuitos neuronales implicados facilite la retención definitiva.

En la mayoría de los casos, las alteraciones anatomopatológicas de la enfermedad de Alzheimer afectan a ambos hemisferios cerebrales, por lo que la memoria episódica se encuentra afectada tanto para el material verbal como para el visual.[11] Por ello, la evaluación de la memoria episódica para ambas modalidades cobra gran importancia para el diagnóstico diferencial con otras entidades, en especial con la degeneración lobular frontotemporal.[12]

Los déficits visuoespaciales no son relevantes en los pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial y pueden ser de gran utilidad para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades degenerativas, en especial con la demencia con cuerpos de Lewy, en la que el déficit visuoespacial y de percepción visual es prominente en las fases iniciales.[13] Sin embargo, es habitual que los familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer mencionen cierta dificultad para orientarse espacialmente, en ausencia de déficits visuoespaciales o de percepción visual compleja en la exploración neuropsicológica. Es importante tener en cuenta que, en fases muy iniciales, esta ligera desorientación puede estar claramente influida por el déficit de memoria más que por una dificultad clara para orientarse en la ejecución del plan visuoespacial que le permitiría alcanzar el destino.

Cuando los procesos anatomopatológicos progresan hacia zonas corticales del lóbulo temporal lateral, aparecen alteraciones del lenguaje y de la memoria semántica.[14] En este sentido, la *anomia* o *alteración de la denominación de nombres comunes* aparece a menudo a medida que la enfermedad evoluciona, convirtiéndose en la segunda área cognitiva afectada en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, otros aspectos del lenguaje, como la comprensión y el lenguaje escrito, permanecen mejor preservados hasta fases más avanzadas de la enfermedad. Es común que con los primeros signos de anomia aparezcan alteraciones incipientes de otras áreas de la memoria semántica. Los pacientes presentan alteraciones en la fluidez verbal con consigna semántica y dificultades en la ejecución de pruebas que implican asociaciones semánticas no verbales.[15] En un subgrupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer atípica puede aparecer una alteración prominente y progresiva del lenguaje en fases incipientes. En algunos pacientes, estas alteraciones del lenguaje son más prominentes que la pérdida de memoria episódica, lo que se ha definido como una *enfermedad de Alzheimer logopénica*.[16]

Las áreas de asociación temporoparietales son afectadas a medida que la enfermedad sigue avanzando y aparecen la apraxia, los trastornos de la percepción visual compleja y las alteraciones de la lectoescritura. La *apraxia* hace referencia a la dificultad en la programación de movimientos voluntarios, aprendidos e intencionales, en ausencia de un déficit sensorial o motor primario. La apraxia constructiva y la ideomotora de imitación de gestos constituyen las más representativas de la enfermedad de Alzheimer en fase inicial y moderada, mientras que la apraxia del vestir, que implica dificultad para realizar los actos motores necesarios para vestirse, aparece en fases más tardías. La afectación de vías occipitotemporales y occipitoparietales, como consecuencia de la afectación de áreas terciarias de asociación, conlleva la aparición de alteraciones de la percepción visual compleja que dificultan la identificación visual de objetos, así como su organización e identificación

en el espacio. En una forma atípica de la enfermedad con afectación precoz de áreas occipitales, también denominada *enfermedad de Alzheimer posterior*, las alteraciones de la percepción visual están presentes en las formas iniciales y son más graves que en la forma típica.[15,17]

La alteración de las funciones cognitivas frontales varía según la afectación patológica de la enfermedad. Es común que en fases tempranas de la enfermedad aparezca anosognosia en la mayoría de los enfermos. Esta pérdida de percepción y conocimiento, propia de los primeros déficits cognitivos, se ha relacionado con la disfunción frontal de estos pacientes. Otros síntomas de disfunción frontal, en especial los relacionados con alteraciones de la conducta social y de la inhibición de impulsos, no aparecen hasta fases moderadas y avanzadas de la enfermedad. Los trastornos cognitivos ejecutivos, como la alteración de la flexibilidad cognitiva o la pérdida de la capacidad de abstraer o planificar, aparecen de forma muy temprana en un subgrupo de pacientes con afectación precoz de áreas anteriores, también denominada *enfermedad de Alzheimer frontal.*[18] En resumen, el patrón neuropsicológico inicial de una enfermedad de Alzheimer típica se caracteriza por la afectación de la memoria episódica verbal y visual junto con alteraciones de la denominación y alteraciones incipientes de la memoria semántica. A medida que la enfermedad avanza, aparecen alteraciones de las praxias constructivas e ideomotoras por imitación y alteraciones ejecutivas frontales y de la percepción visual compleja. Las formas atípicas de presentación de la enfermedad se acompañan de cuadros cognitivos que afectan principalmente a funciones ejecutivas frontales (enfermedad de Alzheimer frontal o anterior) y a la percepción visual compleja (enfermedad de Alzheimer posterior), en la mayoría de los casos también acompañados de un déficit de la memoria episódica.[18]

## 3. Caracterización neuropsicológica del deterioro cognitivo en el deterioro cognitivo leve y en la enfermedad de Alzheimer incipiente

La evaluación de los déficits y la intervención cognitiva han de constituir dos procesos inseparables en el trabajo clínico. De acuerdo con esta afirmación, se comentan a continuación algunos aspectos generales que hay que tener en cuenta en la evaluación neuropsicológica. Solo después de una adecuada valoración de los déficits y de las habilidades preservadas es posible plantear un plan de trabajo o programa de intervención adecuado a las necesidades de cada individuo.[19]

Todos los criterios internacionales que han sido propuestos constatan la relevancia de la exploración neuropsicológica en el diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas. Objetivar si existe un deterioro cognitivo y el grado de este deterioro sirve para establecer

un diagnóstico de demencia así como su estadio evolutivo. La exploración neuropsicológica cobra un especial interés cuando el objetivo es establecer un diagnóstico inicial o precoz, o bien un diagnóstico diferencial. En la mayoría de los casos, en estas fases iniciales, y en especial en la enfermedad de Alzheimer sin demencia, es necesaria una evaluación sensible para detectar cambios cognitivos incipientes en relación con el nivel esperado según la inteligencia y la educación del paciente. En los nuevos criterios diagnósticos para la investigación de enfermedad de Alzheimer probable propuestos por el grupo de Dubois,[7] la exploración objetiva de la memoria episódica cobra especial interés, ya que para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer probable es suficiente constatar un déficit objetivo de memoria episódica sin que sea necesario confirmar la presencia de otros déficits cognitivos.

Aunque la historia clínica de los déficits de memoria referidos por los familiares del paciente es de gran importancia, en la mayoría de ocasiones es necesario utilizar una prueba objetiva que permita corroborarlos. Aunque no es habitual, en ocasiones los déficits referidos por el paciente y por el familiar son disonantes con el rendimiento objetivo del paciente. Esto puede ser más frecuente en las fases incipientes del deterioro, donde los límites entre la normalidad y la patología son cercanos y es necesario coordinar la información clínica con la neuropsicológica para establecer un diagnóstico precoz.

A pesar de que es bien conocido que la evaluación cognitiva para la detección de la enfermedad de Alzheimer incipiente se basa en una exploración eficaz de la memoria episódica, otras áreas cognitivas deben ser exhaustivamente exploradas para descartar la presencia de déficits cognitivos incipientes en otras áreas, lo que puede darnos información sobre la fase evolutiva en la que se encuentra el paciente. Es muy probable que cuando un paciente presenta déficits cognitivos en otras áreas cognitivas, aunque estos sean sutiles, la evolución cognitiva sea más prominente. La evaluación de todas las funciones cognitivas, aunque estén preservadas, cobra una gran importancia para determinar de forma objetiva los posibles cambios cognitivos longitudinales que sufrirá el paciente. Aunque los test psicométricos estén validados con controles sanos y se disponga de tablas que sitúan las puntuaciones del paciente respecto a la normalidad, las puntuaciones basales obtenidas por el mismo paciente permiten un mejor control de los cambios relevantes que se pueden producir en exploraciones longitudinales, que indicarían de forma objetiva la evolución de su enfermedad.

Tal y como se ha definido en la propuesta de los nuevos criterios diagnósticos para enfermedad de Alzheimer, la memoria episódica constituye el síntoma cognitivo inicial de la enfermedad de Alzheimer típica. Por ese motivo, una evaluación eficaz de este proceso

cognitivo es fundamental para el diagnóstico precoz e incipiente en enfermos de Alzheimer. Según estos criterios, el factor fundamental y necesario para definir la enfermedad de Alzheimer probable es la alteración de la memoria episódica. Se requiere que esta alteración se evidencie a través de un test neuropsicológico. Este test debe ser sensible y específico para discriminar de forma eficaz las alteraciones de memoria características de la enfermedad de Alzheimer de las alteraciones de memoria que pueden darse en otras patologías neurológicas o psiquiátricas.

Desde un punto de vista neuropsicológico, es fundamental asegurarse de que el déficit de memoria no sea secundario a un déficit atencional, del lenguaje o de otra área cognitiva. Es frecuente que pacientes que presentan sintomatología ansiosa-depresiva describan quejas de memoria que en gran medida se deben a alteraciones atencionales. Es importante valorar si el déficit atencional puede influir en una retención de la información deficitaria sin que exista un problema primario de memoria episódica. Para ello, se recomienda específicamente que el test valore no solo la fijación y la evocación libre de la información aprendida, sino también el rendimiento de evocación cuando se proporcionan pistas semánticas en las pruebas de reconocimiento de la información presentada con anterioridad. Este tipo de paradigma de evaluación de memoria se ha mostrado altamente sensible en los trastornos de memoria incipientes de la enfermedad de Alzheimer.[20]

Desde el punto de vista psicométrico, hay que tener en cuenta la gran variabilidad en el rendimiento de memoria en fases incipientes. El rendimiento varía de 0,5 a 2 desviaciones estándar por debajo de la media. La gran variabilidad en el rendimiento convierte la muestra de pacientes en heterogénea e incluye a un número importante de pacientes con un rendimiento dentro del límite inferior de la normalidad, que no desarrollarán una enfermedad de Alzheimer en un futuro inmediato. Los estudios indican que cuanto más bajo se sitúa el punto de corte, mayor es la probabilidad de conversión a demencia.[21] Sin embargo, la relación entre sensibilidad y especificidad debería marcar el punto de corte en cada uno de los test utilizados. Un punto de corte bajo puede asegurarnos una selección más homogénea de pacientes, con una mayor afectación cognitiva y con una probabilidad mayor de conversión a demencia en un breve período de tiempo. No obstante, un punto de corte muy bajo puede resultar poco eficiente para detectar alteraciones incipientes, ya que presenta una baja sensibilidad para predecir la futura conversión a enfermedad de Alzheimer.

## 4. Evaluación de la intervención cognitiva

Aunque la evaluación diagnóstica es fundamental para delimitar qué procesos cognitivos

están alterados y cuáles preservados con el fin de realizar el diagnóstico, la evaluación planteada a la intervención deberá centrarse no tanto en el déficit, sino en qué funciones son potencialmente «entrenables» y a qué remanentes cognitivos podemos recurrir para delimitar cuál es el tipo de abordaje terapéutico más adecuado para el paciente. Desde esta perspectiva, se entiende que el individuo puede mejorar algunos aspectos cognitivos con la práctica, esto es, que posee un *potencial de aprendizaje*. Desafortunadamente, en el caso de las enfermedades neurodegenerativas, y sobre todo en el caso de la enfermedad de Alzheimer, este planteamiento debe ser tomado con suma cautela puesto que, al no contar con tratamientos farmacológicos que detengan la enfermedad, únicamente podremos plantearnos como objetivo incidir en el curso de esta.

Por el contrario, en el caso del deterioro cognitivo leve de tipo amnésico, en el que la indemnidad de la mayoría de funciones cognitivas está bastante establecida y la diana terapéutica es la memoria, se considera que la reserva cognitiva, las funciones atencionales y ejecutivas y, por supuesto, el potencial de aprendizaje del paciente serán variables importantes que hay que tener en cuenta en el proceso de intervención y, por tanto, tiene sentido evaluar su impacto para definir qué tipo de intervención será el más adecuado. Respecto a la reserva cognitiva, cada vez hay más evidencia de sus efectos compensatorios sobre la evolución del proceso cognitivo en el deterioro cognitivo leve, lo que supondría una utilización más efectiva de los circuitos cerebrales.[22]

Asimismo, la atención y las funciones ejecutivas tienen un rol muy importante en los procesos mnésicos porque están a su vez implicadas en el proceso de codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Parenté y Anderson-Parenté23 diseñaron un método para evaluar el potencial de aprendizaje basado en la administración de cualquier test de aprendizaje validado y normalizado en la población de referencia del paciente.

El procedimiento de evaluación del potencial de aprendizaje es idéntico al establecido para aquella prueba de aprendizaje que se utiliza con finalidad diagnóstica, con la salvedad de que nos interesa conocer cuál es la cantidad de repeticiones que el paciente necesita para lograr un rendimiento situado dentro de la normalidad, según baremos de la población de referencia del paciente. Los autores postulan que si el número de repeticiones no excede a cinco se considera que el individuo tiene un claro potencial de mejoría con la intervención; cuando se sitúa entre cinco y 10, probablemente responderá más lentamente al tratamiento y, por último, no se aconseja dicho tratamiento cuando el número de repeticiones excede de 10. El potencial de aprendizaje también puede servir durante la intervención para determinar qué tipo de estrategias son las más beneficiosas para el paciente. En este sentido, se seguirá el mismo procedimiento anteriormente descrito pero aplicando una estrategia

previamente entrenada (por ejemplo, la de agrupamiento), midiendo el rendimiento en este tipo de instrucción, y comparándolo con la ejecución obtenida durante el proceso de evaluación anterior a la intervención.

No obstante, aunque los cambios cognitivos tienen su importancia en la valoración de una intervención, la mayoría de ellos, y especialmente los relacionados con el entrenamiento de la memoria, no suelen tener, al menos, una traducción directa o inmediata en una mejoría en el grado de autonomía del paciente. Es por ello que la principal variable que hay que evaluar en la intervención de la memoria debe ser la repercusión de la pérdida de memoria en las actividades de la vida diaria. Esto es también aplicable al campo de la enfermedad de Alzheimer y a cualquier otro tipo de trastorno cognitivo. En la actualidad existen numerosas escalas de evaluación de las actividades de la vida diaria que no solo nos permiten definir cuál es la interferencia de los déficits en las actividades instrumentales diarias sino también decidir cómo guiar el procedimiento de intervención cognitiva de cara a su transferencia en el entorno más próximo, implicando si es posible a la familia del afectado. Asimismo, se considera importante evaluar el estado de ánimo del paciente, sus preferencias y costumbres y la conciencia y autorregulación del déficit. Estas son variables que pueden influir y variar en el rendimiento cognitivo del paciente antes y durante el proceso de intervención.

El proceso de evaluación es un proceso continuo, que se aconseja realizar cada año para evaluar y adaptar la intervención del paciente, y en el que como mínimo se realizará una evaluación de su estatus cognitivo y una nueva exploración neuropsicológica con la finalidad de evaluar la eficacia de las intervenciones aplicadas así como de adaptarlas o modificarlas y establecer nuevos objetivos terapéuticos. Se recomienda además una nueva valoración funcional y de las variables emocionales o conductuales del paciente, sobre todo porque conviene no olvidar que el proceso de conversión a demencia en el deterioro cognitivo leve aumenta de forma exponencial conforme van pasando los años.

## 5. Orientaciones y estrategias fundamentales en la intervención de los procesos cognitivos

Antes de justificar cómo debe intervenirse cognitivamente sobre la memoria o los trastornos cognitivos en el deterioro cognitivo leve o la enfermedad de Alzheimer, se considera conveniente aclarar la diferencia entre algunos términos que habitualmente se utilizan indistintamente y que pueden dar lugar a confusiones o falsas expectativas en este tipo de intervenciones.

En primer lugar, todavía no existe acuerdo en la literatura sobre cómo designar aquellas

intervenciones o actividades que promueven la mejoría, el mantenimiento o el enlentecimiento de los procesos neurodegenerativos o que, a su vez, inciden favorablemente en el funcionamiento adaptativo del paciente y de su entorno próximo. En el presente capítulo, se utiliza para designar este tipo de abordajes el término de *intervención cognitiva,* que podría definirse como un conjunto de métodos y estrategias sistematizadas que pretenden activar y ejercitar los procesos cognitivos del individuo, optimizando su rendimiento y funcionamiento en las actividades de la vida diaria y su socialización y, por tanto, mejorar su calidad de vida. Clare, en su revisión sobre las intervenciones cognitivas en la demencia, distingue dos tipos diferentes de intervención cognitiva en las demencias tipo Alzheimer: la *estimulación cognitiva* y el *entrenamiento cognitivo*, que a su vez los distingue del término *rehabilitación cognitiva.*[24] Según Clare, el término *estimulación cognitiva* se utiliza cuando nos referimos a un conjunto de actividades destinadas a activar y mantener las capacidades mentales globales, adaptadas a las capacidades cognitivas residuales, con el objetivo de mejorar aspectos cognitivos no específicos y la funcionalidad social. El *entrenamiento cognitivo* implica el aprendizaje de técnicas y habilidades, mediante la práctica repetida en tareas inherentes al problema, utilizando tareas estandarizadas, con la finalidad de mejorar un dominio cognitivo.[25] Próximo al término *intervención cognitiva* está el de *rehabilitación neuropsicológica*, que se define como una aproximación más individualizada para ayudar al paciente con deterioro cognitivo, y a sus familiares, estableciendo programas específicos focalizados en actividades de la vida diaria con el objetivo último de generalizarlos a nuevas situaciones.

Otro de los debates abiertos consiste en cuál de las estrategias de intervención cognitiva es la más adecuada. Estas, fundamentadas en la concepción de qué mecanismos neurales subyacen a los cambios cognitivos producidos por la lesión, se orientan como estrategias de tipo restitutivo, compensatorio o de optimización de funciones residuales. Por definición, las estrategias de tipo restitutivo buscan mejorar el funcionamiento en dominios específicos a través de la estimulación repetitiva para conseguir la activación de los circuitos cerebrales con el objetivo de recuperar el funcionamiento previo a la lesión. Este tipo de técnicas ha logrado demostrar cierta efectividad en el entrenamiento de actividades motoras o de la atención. Las estrategias de optimización de las funciones residuales, por el contrario, están enfocadas a la reorganización de los procesos cognitivos conservados, y fomentan que las capacidades más preservadas, o la reserva neurológica, se encarguen de minimizar el impacto del déficit cognitivo. Este tipo de estrategia parte del principio de que la alteración cognitiva no es total sino que está reducida en cuanto a su eficiencia.

Finalmente, las estrategias de tipo compensatorio se basan en una nueva forma de

afrontar el déficit, más funcional, mediante el uso de estrategias internas o incluso dispositivos externos que disminuyan la necesidad de utilizar la memoria prospectiva. En cuanto a estos dispositivos externos, cabe diferenciar las adaptaciones del ambiente de los dispositivos manuales o electrónicos, más sofisticados. Esta orientación se ha demostrado eficaz en lesiones más severas de la memoria.[19]

Cabe hacer una última aclaración sobre los conceptos de *generalización* y *transferencia* que también se prestan a confusión. Si nos remitimos a Parenté, la *generalización* se refiere a aquellas habilidades cognitivas que pueden ser aplicables a una variedad de contextos, permitiendo una mayor autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria. Así, por ejemplo, un logopeda puede enseñar a una persona a controlar la latencia e inteligibilidad del habla. Esta habilidad puede facilitar el funcionamiento y la comunicación en diferentes contextos. El término *transferencia*, en cambio, hace referencia a la vía en que las habilidades cognitivas pueden facilitar o retrasar nuevos aprendizajes en contextos similares. Un ejemplo que ilustra bien este concepto es el de una persona a la que se instruye para ordenar la correspondencia en una situación simulada y que es virtualmente idéntica a la que se necesita en un determinado puesto de trabajo.[26]

## 6. Intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve

Hasta la actualidad, la industria farmacéutica no ha logrado que el deterioro cognitivo leve pueda ser tratado farmacológicamente. Esto es atribuible, por una parte, a las dificultades metodológicas inherentes a los ensayos clínicos realizados hasta el momento tanto con inhibidores de la acetilcolinesterasa, antioxidantes y antiinflamatorios como con sustancias nootrópicas. En concreto, los principales problemas radican en la dificultad para establecer criterios de inclusión que permitan la obtención de grupos homogéneos y para elegir parámetros de eficacia estandarizados que posibiliten cuantificar los cambios cognitivos, funcionales, de calidad de vida, o incluso conductuales, y la elevada mortalidad experimental que se produce a lo largo de estos estudios. Esto conlleva que los estudios farmacológicos multicéntricos realizados hasta el momento hayan concluido con resultados contradictorios o inconsistentes, tanto en la evolución sintomática del síndrome como en la disminución de la tasa de conversión a demencia.

Afortunadamente, algunos estudios empiezan a demostrar la eficacia de la intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve, sobre todo de tipo amnésico y, a pesar de que aún no se haya logrado una evidencia científica debido al tamaño muestral, y a la dificultad para establecer una tarea control para comparar los resultados así como para establecer cuál es el

tipo de estrategia más adecuada, este tipo de intervención se ha convertido en una de las alternativas terapéuticas en el tratamiento de este síndrome. A pesar de ello, la prevención se plantea como el tratamiento más efectivo hasta hoy, tanto para el deterioro cognitivo leve como para cualquier proceso demencial, y dentro de esta se sitúa la intervención cognitiva como una de las herramientas más eficaces en su desarrollo, aunque no es la única.[27,29]

Hasta ahora se han llevado a cabo pocos estudios randomizados y con grupo control para evaluar la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre el deterioro cognitivo leve. Los resultados de los metaanálisis muestran conclusiones a favor de la intervención cognitiva pero señalan que cabe mejorar algunos aspectos metodológicos. Así, la investigación de Ligo-Teixeira *et al.*[30] determina que en la mayoría de estudios revisados se manifiesta una mejoría significativa de la memoria episódica y de las funciones ejecutivas (en concreto, capacidad de abstracción, flexibilidad mental, autocontrol y memoria de trabajo), pero resulta difícil establecer un protocolo de intervención sistematizado. La investigación de Li, que concentra una revisión más amplia de estudios, concluye que los beneficios de la intervención cognitiva pueden considerarse dominio dependiente, ya que mejora sobre todo las funciones lingüísticas y, en menor medida, el resto de dominios cognitivos (incluyendo la memoria episódica y semántica o la memoria de trabajo), así como provoca un efecto positivo en cuanto al grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida del paciente.[31] Por el contrario, el grupo de la universidad de Zurich considera que la intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve tiene unos efectos limitados pues no todas las mejorías son atribuibles a la intervención directa sobre la memoria.[32,33]

Las conclusiones en relación a la eficacia empírica de las estrategias de intervención utilizadas son muy variadas. Por ejemplo, los estudios orientados a entrenar estrategias de memoria han dado como resultado una mejoría limitada en la memoria objetiva y en la función cognitiva,[34] y sugieren que la alteración de la memoria puede ser resistente a los beneficios de una intervención en memoria de tipo unimodal. Por el contrario, el entrenamiento en múltiples dominios parece tener mayores efectos positivos en la función mnésica. El grupo de Rozzini, mediante el uso de programas de intervención cognitiva informatizados en los que se entrenaban diferentes funciones cognitivas y en los que se modulaba la complejidad, descubrió a los tres meses una mejoría en pruebas de memoria episódica en el grupo, así como una reducción de los síntomas depresivos y otras dificultades comportamentales[35] gracias al tratamiento combinado de entrenamiento cognitivo y acetilcolinesterásicos. Londos, por su parte, cuando evalúa la eficacia de la aplicación de un programa de rehabilitación cognitiva en un grupo de pacientes con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico, aunque habitualmente se emplea con pacientes

con daño cerebral leve, a pesar de que ambos trastornos comparten algunas características (dificultades en memoria, problemas de concentración y fatiga), llega a la conclusión de que la aplicación de este tipo de intervenciones produce una mejoría en pruebas de velocidad de procesamiento, en actividades ocupacionales de la vida diaria y en calidad de vida.[36]

Por último, es interesante destacar que, dentro de la intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve, debemos prestar especial atención a los cambios emocionales y motivacionales que pueden afectar a la disposición y al rendimiento cognitivo, puesto que median en el procesamiento de la información y juegan un rol importante en el desarrollo de la intervención. Cognición y emoción son variables que se retroalimentan tanto en una dirección de mejoría como de empeoramiento. Por otro lado, aprovechando la buena capacidad de introspección de estos pacientes, en algunos casos puede ser interesante entrenar al paciente en la automonitorización de los resultados, esto es, enseñarle a ser más consciente de cuál es su nivel de competencia y cuáles son las tareas en las que presenta más limitaciones, de manera que tanto el terapeuta como el paciente se fijen objetivos más personales e incremente la autoestima y la motivación de este último, lo que puede convertirse en un factor de adherencia a este tipo de tratamientos. No obstante, el entrenamiento en automonitorización de rendimientos se desaconseja en aquellos casos en los que conduzca a una importante frustración para el paciente o cuando el paciente padezca un problema de memoria grave.

### 6.1. ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO DE LA MEMORIA: LOS TALLERES DE MEMORIA

Aunque en la literatura existe cierta controversia sobre cuál es el enfoque más adecuado en el uso de estrategias en el entrenamiento de la memoria, la vertiente clínica considera que lo óptimo consiste en aprovechar las ventajas de cada una de las estrategias de restitución, optimización y compensación, aunque con un mayor peso de esta última y utilizando el resto de estrategias en función de la gravedad del problema de memoria y de la respuesta al programa de intervención. En el caso concreto de la memoria, la intervención cognitiva deberá considerar la optimización de otras funciones cognitivas como la atención y las funciones ejecutivas ya que, como se mencionó en el apartado de evaluación, desempeñan un papel relevante en el proceso de codificación, almacenamiento y recuperación de la información. De hecho, algunos estudios consideran que parte de la eficacia de las estrategias restitutivas es debida a una mejoría de los aspectos atencionales más que a una mejoría de la función mnésica.[37] Desde este punto de vista se plantea la optimización y la compensación como estrategias más eficaces en la intervención cognitiva del deterioro cognitivo leve.

El primer paso en el diseño de un programa de intervención de la memoria o taller de memoria consiste en tener en cuenta no solo el modelo sobre el que se sustenta el funcionamiento de los diferentes sistemas de memoria sino también un modelo teórico de intervención que permita plantear unos objetivos a medio plazo para minimizar la discapacidad del paciente. En el caso del deterioro cognitivo leve, la mayoría de los programas son adaptaciones de los utilizados en población anciana sin deterioro cognitivo, tomados del campo de la rehabilitación cognitiva y de los talleres de estimulación cognitiva en pacientes con demencia, y siguen un diseño en el que se alternan diferentes niveles de esfuerzo cognitivo, empezando y finalizando por un nivel bajo-medio a fin de no fatigar al paciente y conseguir que concluya el taller con la sensación de haber alcanzado el objetivo planteado al inicio de la sesión. Este tipo de talleres suele realizarse de forma ambulatoria con una frecuencia de dos días semanales aproximadamente. La duración de las sesiones no debe ser inferior a una hora ni superior a los 90 minutos y, dependiendo de esta, el número de participantes varía entre seis y ocho. Dentro de los talleres de memoria, se aconseja dedicar algunas sesiones al entrenamiento en el manejo de ayudas externas. La utilización de este tipo de ayudas se irá implementando en función de su necesidad, su alcance y su utilidad. La agenda y los cuadernos de notas, así como los calendarios son actualmente las ayudas externas más utilizadas en población envejecida. Para que este tipo de ayudas sea útil, será necesario que el paciente esté familiarizado con su uso, por lo que hay que enseñarle la manera correcta de anotar la información e insistir en su aplicación a las rutinas diarias, puesto que su uso será únicamente eficaz si el paciente demuestra que es capaz de utilizarla de forma espontánea. De hecho, se aconseja continuar dedicando una parte de la terapia al manejo y uso de la agenda pues de lo contrario el paciente puede incurrir en utilizarla de forma incorrecta o inconsistente.

Aunque puede haber variantes, el esquema de trabajo de un taller de memoria es el siguiente: se inicia explicando a los participantes el objetivo que va a trabajarse en la sesión y se continúa con ejercicios de orientación a la realidad, de relajación o de manejo de la agenda. A partir de aquí, el diseño del taller de memoria variará dependiendo de la orientación del taller y de la gravedad del déficit. Así, en el caso de pacientes con una alteración de memoria leve y cierta indemnidad de otros procesos mnésicos, puede optarse por una intervención que implique los tres tipos de estrategias, mientras que cuando se dé el caso de una alteración de la memoria de mayor dimensión, como es el caso de las fases prodrómicas de la enfermedad de Alzheimer, puede optarse por estrategias de tipo compensatorio y de optimización de funciones residuales. En el primer caso, el tipo de intervención que se aplica puede ser de tipo intensivo, esto es, interviniendo únicamente

sobre los procesos mnésicos, incorporando además otros módulos cognitivos con el objetivo de trabajar la interferencia sobre el procesamiento mnésico. En el caso de pacientes con mayor afectación de la memoria se aconseja el uso de estrategias compensatorias y de optimización basadas en la organización y simplificación de la información, que se fundamentan principalmente en las utilizadas desde perspectivas pedagógicas sobre el entrenamiento en técnicas de estudio, y bajo el soporte de ayudas externas que el terapeuta debe instar al paciente a utilizar al comienzo de la actividad.

En la intervención de procesos mnésicos es importante alternar ejercicios de diferentes modalidades (verbal, visual o visoespacial) y tener en cuenta que los estímulos utilizados pueden dejar una buena huella mnésica, pueden contener suficientes atributos y que estos pueden ser asociados a otros códigos sensoriales o a hechos conocidos. Considerando las características individuales del participante, es necesario que el terapeuta gradúe la dificultad del ejercicio a un nivel de adquisición de la información adecuado para el paciente, por lo que hay que organizar y simplificar la información, enfatizar las estrategias mnemotécnicas utilizadas y sobre todo permitir que el paciente tenga tiempo suficiente para ensayar la información previamente codificada.

Conviene asimismo que el terapeuta controle una serie de estrategias entre las cuales cabe destacar tres, que son las que han demostrado ser más eficaces: el aprendizaje sin error, la recuperación espaciada y el desvanecimiento de pistas. El aprendizaje sin error es un tipo de aprendizaje apoyado en el aprendizaje procedimental que consiste en evitar o disminuir la ocurrencia de errores durante la fase de aprendizaje. Desde el campo empírico, varios estudios han demostrado que la implementación de este tipo de estrategias en diferentes patologías que comportan trastornos de la memoria (esquizofrenia, daño cerebral) mejora en la adquisición de conocimientos específicos cuando estos son comparados con estrategias ensayo-error. La estrategia se fundamenta en que, cuando la memoria explícita está alterada, algunos errores que se producen durante el aprendizaje pueden ser reforzados por la repetición y provocan que no pueda distinguirse entre la respuesta correcta y la respuesta falsa inadvertida. Por tanto, la disminución de errores durante la fase de adquisición en un proceso de aprendizaje puede ser un componente decisivo en la mejoría de la memoria. La técnica de la recuperación espaciada consiste en solicitar al paciente que recuerde determinada información durante cortos intervalos de tiempo, que progresivamente se van dilatando, y entre los cuales se incluye una tarea de interferencia. Cuando el recuerdo es deficitario en uno de los intervalos, se vuelve al intervalo previo en el que el recuerdo fue acertado y, en su defecto, reducido a su mitad. Algunos autores consideran que, una vez superado el intervalo de 15 minutos a una hora, la información ha sido almacenada a largo

plazo. A diferencia de otras estrategias, la técnica de recuperación espaciada puede ser utilizada por el propio paciente y ser transferida a situaciones fuera del entrenamiento. Este tipo de técnicas son útiles en el aprendizaje cara-nombre, información personal, localización de objetos, nombres de objetos y orientación. Finalmente, la técnica de desvanecimiento de pistas consiste en difuminar de forma progresiva los indicios administrados al paciente respecto a la información que tiene que memorizar durante el proceso de aprendizaje. Esto será necesario para conseguir un aprendizaje exitoso. Esta técnica se ha utilizado en el aprendizaje de nombres o profesiones, de direcciones y de números de teléfono.

Dentro de esta estrategia, la fase de recuperación de la información pretende que de una forma no dañina para el sujeto, este sea capaz de recuperar la información, bien por recuperación espontánea, facilitada, por reconocimiento, individual o en grupo, o incluso permitiendo al sujeto revisar sus anotaciones durante la fase de aprendizaje.

## 7. Intervención cognitiva de la demencia

Aunque en literatura existe un mayor número de estudios que evalúan la eficacia de los programas de entrenamiento cognitivo en la demencia, las conclusiones hasta el momento no son del todo definitivas. La primera revisión sobre la eficacia de estos programas, realizada por el grupo de la Cochrane en 2003,[24] concluía en que no podía decirse con firmeza que este tipo de intervenciones fueran beneficiosas para esta población. Sin embargo, la naturaleza altamente variable de los estudios incluidos en este metaanálisis condujo a realizar un segundo que determinó que la intervención cognitiva en las demencias reportaba grandes beneficios, y más aún, que el uso de estrategias de tipo compensatorio era mejor que el uso de estrategias restitutivas.[38] De hecho, las mejorías a las que se refieren en la mayoría de estudios se circunscriben a pruebas de cribado cognitivo (por ejemplo la escala ADAS o el Mini-Mental) más que a pruebas específicas de memoria, atención o funcionamiento cognitivo. Esto explica que el deterioro cognitivo en la demencia tipo Alzheimer pueda afectar de forma diferente a dos pacientes con la misma enfermedad, esto es, a dominios cognitivos diferentes y, por tanto, que cada uno de ellos responda de forma diferente al tratamiento, de manera que los cambios cognitivos quedan bastante diluidos en escalas específicas, mientras muestran cambios positivos en escalas más globales cuya puntuación depende del rendimiento global en diferentes dominios cognitivos (de ahí que en la mayoría de estudios dichas pruebas suelan considerarse variables de eficacia primaria cuando se evalúa la efectividad de un tratamiento).

La intervención cognitiva en la demencia va a plantearse de diferente manera que en el

deterioro cognitivo leve, en cuanto que el objetivo principal va a consistir en maximizar las capacidades cognitivas del enfermo y minimizar su pérdida funcional, de manera que la combinación de programas de entrenamiento cognitivo con la terapia farmacológica, psicosocial y las estrategias psicoterapéuticas insisten en una mejora de la calidad de vida del enfermo y su entorno. Por tanto, el planteamiento terapéutico centrado en la memoria no es el más acertado en el caso del enfermo de Alzheimer. Esto se debe a que el paciente manifiesta dificultades en otras funciones cognitivas, además de en la memoria, de manera que la capacidad de compensar déficits cada vez está más comprometida. Por ejemplo, en las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer se ha objetivado un menor beneficio de estrategias mnemotécnicas, debido a que la alteración del lóbulo temporal medial produce un déficit en la codificación y por tanto el paciente no puede compensar sus déficits de memoria. Esta habilidad para beneficiarse del aprendizaje de estrategias, que ha sido considerada como una expresión de la plasticidad cerebral, no ocurre en la enfermedad de Alzheimer, donde se produce un impacto negativo sobre la misma, dando lugar a una pérdida significativa de la actividad neuromoduladora crucial para la adaptación funcional y la modulación fisiológica.[39,40] Por otro lado, se trata de un proceso de declive cognitivo y funcional progresivo, donde no hay vuelta atrás, y en el que se debe ir adaptando el tratamiento de forma sucesiva, si bien es cierto que el beneficio de estas terapias es máximo cuando el tratamiento empieza al principio de la enfermedad.[41]

El abordaje de la enfermedad de Alzheimer implica habitualmente la aplicación de diferentes intervenciones terapéuticas en las que participan a su vez diferentes profesionales. Existen diversas formas de intervención no farmacológica destinadas a tratar las demencias y, en concreto, la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad existen diferentes programas y guías de estimulación cognitiva que nos facilitan información sobre su naturaleza, sus características y su forma de aplicación, con diferentes fundamentos teóricos, y que nos ofrecen, además, diversidad de ejercicios de estimulación cognitiva y otras alternativas de intervención. Por cuestiones de espacio y por abarcar en la actualidad un mayor espectro, tanto en la práctica cotidiana como en la literatura, en el presente capítulo se dedica una especial atención a los programas de estimulación cognitiva, destinando un segundo apartado a la implicación de la familia en el proceso de intervención.

### 7.1. PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

En la actualidad, en el tratamiento no farmacológico de la demencia se utilizan programas de estimulación basados fundamentalmente en modelos neuropsicológicos de funcionamiento cognitivo y en buena parte de los modelos derivados de las teorías del

aprendizaje infantil. La *retrogénesis* ha sido definida como el proceso por el que los mecanismos neurodegenerativos invierten el orden de adquisición en el desarrollo normal. Si bien las demencias, y en concreto en la enfermedad de Alzheimer, tienen una evolución heterogénea, la desintegración del pensamiento y la conducta siguen en todos los casos un proceso similar de involución del desarrollo intelectual. Esta desintegración, que ha sido explicada a partir de las teorías psicopatológicas de la vejez de Ajuriaguerra, sigue el camino inverso a la formación de la inteligencia descrita desde los modelos de Piaget y ha sido adaptada por Reisberg y otros autores para describir los estadios evolutivos de la enfermedad. Según estos modelos, el pensamiento y la respuesta inteligente del paciente con EA evolucionan desde la normalidad del adulto hasta los reflejos manifiestos, desconectados y arcaicos del feto.[42] A medida que se ha ido conociendo mejor la enfermedad de Alzheimer, se han ido diseñando y desarrollando programas sistematizados y específicos de estimulación cognitiva que combinan actividades con abordajes multidisciplinares distintos. Estos programas se vienen aplicando habitualmente en pacientes con demencia leve o moderada en hospitales y centros de día de forma ambulatoria.

A diferencia de las técnicas de rehabilitación cognitiva, que habitualmente se aplican de forma individualizada, el tratamiento de los déficits cognitivos en el caso de las demencias se trabaja principalmente en grupo, y se requiere una alta estructuración de las sesiones y una actitud directiva por parte del terapeuta, por lo que no es adecuado para aquellos pacientes con déficit importante de atención o alta distractibilidad, o para aquellos que presentan alteraciones conductuales. Por este motivo, la decisión de incluir un paciente en un grupo exige una evaluación individualizada con el objetivo de conocer los procesos cognitivos preservados, los perdidos y los alterados, así como el tipo y grado de afectación de estos últimos. Siguiendo las pautas de la guía de estimulación cognitiva editada por el principado de Asturias,[43] para la formación de los grupos debe recogerse información sobre las variables relativas a la persona, entre las que cabe señalar: el nivel académico premórbido, los hábitos e intereses, la existencia de alteraciones de conducta o desajustes psicoafectivos, las habilidades para la relación social y otras variables de personalidad relevantes como, por ejemplo, el grado de tolerancia a la frustración. Esta evaluación permitirá la selección de tareas adaptadas a las características personales de cada participante y la creación de grupos homogéneos que posibiliten el trabajo individual ante las actividades cognitivas.

La ratio de pacientes por terapeuta variará en función de la severidad del cuadro cognitivo y funcional del paciente, aunque es aconsejable no superar seis personas cuando el deterioro es moderado-severo y 10 cuando el deterioro es leve y, en cualquier caso, no superar las 15 personas dentro de una misma sala. El número de sesiones semanales dependerá también de

la gravedad, pero suele oscilar entre tres y cinco sesiones, de una duración media de 30 a 90 minutos según la severidad del cuadro cognitivo. La estructura de las sesiones variará básicamente en función de la asistencia requerida por el paciente. Una posibilidad bastante habitual es programar sesiones que mantengan una frecuencia diaria y una duración de 60 minutos aproximadamente, y que se dediquen monográficamente a una función cognitiva, iniciando y finalizando la sesión con actividades de orientación. Cuando la frecuencia de las sesiones no sea diaria, puede plantearse un orden estructural como el siguiente: iniciar la sesión con tareas de orientación, seguir con tareas relacionadas con las diferentes funciones cognitivas (memoria, praxias, gnosias, función ejecutiva) y finalizar con tareas de lenguaje.[43]

Es recomendable que las actividades grupales estén preparadas por un profesional familiarizado con la neuropsicología o un pedagogo con cierta preparación, de manera que el terapeuta pueda modificar o adaptar la actividad según los cambios que se producen en el grupo. La diversidad de ejercicios será mayor o menor según el grado de severidad cognitiva. A modo de ejemplo, tanto la memoria como la función ejecutiva solo pueden ser estimuladas plenamente y con cierto éxito en las fases iniciales de la demencia, mientras que únicamente la atención, la visopercepción y el lenguaje pueden ser estimulados en un estadio severo, de modo sensorial y utilizando la repetición como medio de estimulación principal. En la programación de las actividades es importante tener en cuenta qué habilidades cognitivas se mantienen preservadas, en lugar de cuáles están muy deterioradas.

A continuación, se mencionan algunas recomendaciones claves sin las cuales, a pesar de una buena programación de actividades, el éxito de la terapia puede quedar comprometido:

- El tiempo de la terapia debe estar establecido de antemano. Aunque debe haber cierta flexibilidad (para poder cambiar un día o una hora determinada), un horario regular hace que el paciente se sienta seguro y confiado. Lo principal es la frecuencia de las sesiones y no su duración, de manera que una pequeña terapia diaria es más efectiva que una sesión intensa que tiene lugar una vez por semana, ya que ayuda a evitar la fatiga.
- El lugar debe ser específico para la terapia. Debe haber poco ruido e interferencias, disponer de todo el material para evitar interrupciones y ser un ambiente cómodo e iluminado. Salvo en caso de que el grupo sea superior al establecido, es conveniente que en cada sala haya un solo terapeuta durante las sesiones, para controlar mejor la situación de aprendizaje. La presencia de otra persona a menudo distrae al paciente.
- Se recomienda observar la conducta del paciente. La terapia no será eficaz si este se encuentra cansado o irritable. La confianza del paciente en la terapia y en el terapeuta

tendrá una influencia decisiva en su éxito. Cada sesión debería ser una experiencia agradable para el paciente, por lo que hay que intentar finalizar con una experiencia de éxito para él, aunque haya que volver a materiales que ya había trabajado antes. Si la tarea le causa alguna perturbación, como enfado o llanto, es mejor abandonarla, distraer al paciente y realizar otra nueva con garantías de éxito. Si el paciente está realmente alterado, debe averiguarse las causas y trabajar los aspectos emocionales antes de incidir en la terapia cognitiva.

- La actitud del terapeuta debe ser paciente, calmada, constructiva y positiva. Es imprescindible explicar al paciente en qué consiste cada tarea, si es necesario repetirlo varias veces, y minimizar sus equivocaciones, aprobando cada intento de realización de una tarea aunque esta no sea correcta.
- La repetición es un importante método de enseñar al paciente a leer, escribir y hablar. La terapia con la escritura debe basarse en potenciar su comunicación con el entorno. Siempre que se pueda, debe trabajarse con objetos reales.
- Las directrices para el paciente deben ser cortas y simples. No deben decirse cosas innecesarias. Es necesario repetirlas varias veces y es importante no cambiar el contenido de la frase que estamos repitiendo ya que, de lo contrario, puede confundirse al paciente que todavía no ha asimilado lo que le acabamos de decir.
- La meta más importante es incrementar la confianza del paciente en su capacidad, aunque esta esté limitada. Debemos delimitar los objetivos terapéuticos en función de aquellas tareas que pueda alcanzar en corto espacio de tiempo y de aquellas en las que pueda progresar ofreciendo un mejor rendimiento dentro del nivel de deterioro del paciente. Es importante comprender al paciente ya que solamente él y sus allegados conocen, al menos en las fases iniciales, la pérdida cognitiva que ha sufrido en relación a sus capacidades de años atrás y esto le crea frustración, confusión y, en muchos casos, depresión provocada por los sentimientos de impotencia para sobreponer su pérdida.

Una alternativa a la terapia de estimulación cognitiva grupal, y a su vez innovadora, es la terapia mediante la técnicas de información computarizada, ya sea desde plataformas online o de uso telemático. El uso del ordenador empieza a ser rutinario en la práctica y en la investigación de la terapia cognitiva. La diferencia entre el uso de herramientas informáticas y la intervención cognitiva tradicional estriba en que el ordenador permite un tratamiento más personalizado, proporciona *feedback* inmediato tanto en la corrección como en el refuerzo de sus respuestas y, en algunos casos, resulta más atractivo y motivador que las tareas de lápiz y papel. A pesar de todo, se recomienda, en la medida de lo posible, su uso

combinado con terapias grupales.

Existen pocos estudios acerca de los beneficios de las terapias cognitivas mediante ordenador en la enfermedad de Alzheimer, y la mayoría de ellas se han empleado en pacientes con demencia leve-moderada. El grupo de la fundación ACE, en un estudio piloto en el que se utilizó un programa informático de entrenamiento cognitivo durante seis meses con pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve tratados con dosis estables de anticolinesterásicos, y en el que se comparó grupos que recibieron distintas terapias como un programa integrado de psicoestimulación, la intervención con programa informático y un programa integrado de psicoestimulación y controles que solo recibieron inhibidores de la acetilcolinesterasa, llegó a la conclusión de que el tratamiento combinado de estimulación cognitiva desarrollado en el centro junto con el entrenamiento cognitivo informatizado tiene beneficios claramente superiores a los obtenidos únicamente con tareas de estimulación cognitiva.[44]

Por otro lado, estudios en los que se han empleado programas de entrenamiento de la competencia social, la memoria remota y la orientación a partir de material autobiográfico han constatado discretas mejoras a las tres semanas, sobre todo en orientación y competencia social.[45] Además, en la mayoría de estudios se observa una mayor competencia del paciente en el manejo del programa,[46,47] posiblemente atribuible a la automatización de operaciones motoras y a la implicación de procesos de memoria procedimental, ya que en la enfermedad de Alzheimer suelen estar relativamente preservados. No obstante, la mayor limitación de este tipo de tratamientos es que no existe evidencia de que dichos aprendizajes se generalicen a situaciones reales.

## 8. Implicación de la familia en el proceso de intervención

En un programa de intervención cognitiva, sea el caso de los talleres de memoria o de psicoestimulación, es necesario tener en cuenta a la familia, no solo por sus contribuciones en el proceso de intervención del paciente sino también como parte de la intervención.

Existen dos posturas diferentes, aunque compatibles, en cuanto a la cooperación de la familia en el proceso de intervención. Por un lado, se considera que el papel de la familia es fundamental porque además de ofrecer información relevante sobre el paciente, sobre qué dificultades tiene y qué progresos experimenta a lo largo del proceso de intervención, también puede participar en el proceso de transferencia en su entorno habitual. No obstante, la implicación de la familia en dicho proceso debe ser limitada ya que debe reservarse la parte afectiva, en la medida de lo posible, a aquellas tareas imprescindibles que

no pueden realizarse sin su ayuda. Para ello, será importante dotar al familiar de pautas de actuación y de comunicación efectiva con el paciente en situaciones cotidianas.[48]

En el caso particular del deterioro cognitivo leve, se recomienda informar al cuidador y al enfermo sobre en qué consiste el problema de memoria, señalar qué efectos cabe esperar del entrenamiento, sensibilizar sobre los cambios cognitivos, de conducta y de funcionalidad, promover a los cuidadores para que faciliten la estimulación de funciones cognitivas del paciente y sugerir el uso de un diario para controlar su evolución clínica.[49]

La familia o el cuidador principal del paciente con deterioro cognitivo leve, pero más claramente con demencia, también sufre las consecuencias de la pérdida cognitiva y funcional que ocasiona la enfermedad, por lo que puede experimentar un proceso de duelo y llegar a una situación de claudicación significativa. Puede manifestar estrés, con una cierta predominancia de síntomas ansiosos, tanto en el momento de diagnóstico como en las fases iniciales de la enfermedad, o bien presentar progresivamente una sintomatología depresiva a medida que avanza la enfermedad, y tender a aislarse socialmente, agravando así la situación.[50] La atención psicológica de los familiares también debe considerarse dentro del programa de intervención. Los programas informativos y educativos son una de las intervenciones más relevantes en este campo.

Dentro de los programas de psicoeducación se trabajan contenidos de tipo informativo (características y evolución de la enfermedad, aspectos éticos y legales, nutrición y necesidades de enfermería, recursos asistenciales), de comprensión y comunicación con el enfermo (adaptación del entorno, técnicas de comunicación, manejo y control de los trastornos conductuales) y contenidos emocionales (afrontamiento del duelo, técnicas de relajación, gestión y manejo de los recursos familiares e individuales). Las reuniones o sesiones de familia suelen ser una manera de facilitar la psicoeducación y tienen como ventaja que, además de maximizar los recursos, favorecen la creación de redes de apoyo.

## Referencias bibliográficas


1. Shimamura AP. Memory and prefrontal cortex. Ann N Y Acad Sci. 1995; 769:151-159.
2. Organización Mundial de la Salud. Active Ageing. Ginebra: WHO; 2002
3. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «vivir con vitalidad». Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(2): 92-102.
4. Grober E, Lipoton RB, Hall C, Crystal H. Memory impairment on free and cued

selective reminding predicts dementia. Neurology. 2000; 54:827-832.
5. Kawas CH. Early Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2003; 349:1056-1063.
6. Jack CR, Petersen RC, Xu Y Campeau NG, O'Brien PC, Smith GE, et al. Rates of hippocampal atrophy correlate with change in clinical status in ageing and Alzheimer's disease. Neurology. 2000; 55: 484-489.
7. Dubois B, Feldman HH, Jacoba C, Dekosky ST, Bargerger-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol. 2007; 6:734-746.
8. Rami L, Gómez-Anson B, Sanchez-Valle R, Bosch B, Monte GC, Lladó A, et al. Longitudinal study of amnesic patients at high risk for Alzheimer's disease: clinical, neuropsychological and magnetic resonance spectroscopy features. Dement Geriatr Cogn Disord. 2007; 24(5):402-410.
9. Westmacott R, Black SE, Freedman M, Moscovitch M. The contribution of autobiographical significance to semantic memory: evidence from Alzheimer's disease, semantic dementia, and amnesia. Neuropsychologia. 2004; 42:25-48.
10. Junqué C, Jurado MA. Envejecimiento y demencias. Barcelona: Martínez Roca; 1994.
11. Braak H, Braak E. Evolution of neuropathology of Alzheimer's disease. Acta Neurol Scand. 1996; 165:3-12.
12. Thompson JC, Stopford CL, Snowden JS, Neary D. Qualitative neuropsychological performance characteristics in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005; 76:920-927.
13. Ballmaier M, O'Brien JT, Burton AJ Thompson PM, Rex DE, Narr KL, et al. Comparing grey matter loss profiles between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease using cortical pattern matching: diagnosis and gender effects. Neuroimage. 2004; 23:325-335.
14. Becker JT, Huff FJ, Nebes RD, Holland A, Boller F. Neuropsychological function in Alzheimer's disease: pattern of impairment and rate of progression. Arch Neurol. 1988; 45:263-268.
15. McMonagle P, Deering F, Berlines Y, Kertesz A. The clinical profile of posterior cortical atrophy. Neurology. 2006; 66:331-338.
16. Gorno-Tempini ML, Brambati SM, Ginex V, Ogar J, Dronkers NF, Marcone A, et al. The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia. Neurology. 2008; 71(16):1227-34.
17. Aharon-Peretz J, Goldsher D, Peretz A. Posterior cortical atrophy variants of

Alzheimer's Disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999; 10:483-487.
18. Larner AJ. Frontal variant Alzheimer's disease: a reappraisal. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2006; 108:705-708.
19. Muñoz M, Tirapu J. Rehabilitación neuropsicológica. Madrid: Síntesis; 2001.
20. Sarazin M, Berr C, De Rotrou J, Fabrigoule C, Pasquier F, Lagrain S, et al. Amnestic sindrome of the medial temporal type identifies prodromal AD: a longitudinal study. Neurology. 2007; 69:1859-1867.
21. Bozoki A, Giordani B, Heidebrink J, Berent S, Foster N. Mild cognitive impairment predict dementia in nondemented early patients with memory loss. Arch Neurol. 2001; 58:411-416.
22. Solé-Padullés C, Bartrés-Faz D, Junqué C, Vendrell P, Rami L, Clemente I, et al. Brain structure and function related to cognitive reserve variables in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. Neurobiol Aging. 2009; 30:1114-1124.
23. Parenté R, Anderson-Parenté JK. Retraining memory. Techniques and applications. Houston TX: CSY; 1991.
24. Clare L, Woods RT, Moniz-Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Library: Cochrane Database Syst Rev. 2003.
25. Martin M, Clare L, Altgassen M Cameron MH, Zehnder F. Cognition based interventions for older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 4:006220.
26. Parenté R, Herrmann D. Retraining cognition: techniques and applications. USA: Pro-ed; 2002.
27. Wilson RS, de Leon CFM, Barnes IL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al. Participation in cognitively stimulation activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA. 2002; 287:742-748.
28. Smith GE, Housen P, Yaffe K, Ruff R, Kennison RF, Mahncke HW, et al. A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the improvement in memory with plasticity-based adaptative cognitive training (IMPACT) study. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(4):594-603.
29. Zelinski EM, Spina LM, Yaffe K, Ruff R, Kennison RF, Mahncke HW, Smith GE, et al. Improvement in memory with plasticity-based adaptive cognitive training: results of the 3-month follow-up. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(2):258-265.
30. Ligo-Teixeira CV, Bucken-Gobbi LT, Icassatti Corazza D, Setlla F, Riani-Costa JL,

Gobbi S. Non-pharmachological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impariment (MCI) [Internet]. Archives of Gerontology and Geriatrics. Citado marzo 2011. De próxima aparición. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494311000409

31. Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. Ageing Res Rev. 2011; 10(2):285-296.
32. Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 19(1): CD006220.
33. Zehnder F, Martin M, Algassen M, Clare L. Memory training effects in old age as markers of plasticity: a meta-analisys. Restor Neurol Neurosci. 2009; 27(5):507-520.
34. Troyer A, Murphy K, Anderson N, Moscovitch M, Craik FL. Changing everyday memory behaviour in amnestic mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. Neuropsychol Rehab. 2008; 18:65-88.
35. Rozzini L, Costardi D, Chilovi V, Franzoni S, Trabucchi M, Padovani A. Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. Int J Geriatr Psychiatry. 2007; 22:356-360.
36. Londos E, Boschian K, Linden A, Persson C, Minthon L, Lexell J. Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2008; 23(2):177-183.
37. Sholberg MM, McLaughlin KA, Pavese A, Heidrich A, Posner MI. Evaluation of attention process training and brain injury education in persons with acquired brain injury. J Clin Exp Neuropsychol. 2000; 22(5):656-76.
38. Sitzer DI, Twanley EW, Jestes DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literatura. Acta Psychiatr Scand. 2006; 114:75-90.
39. Shankar GM, Li S, Mehta TH, Garcia-Muñoz A, Shepardson NE, Smith I, et al. Amiloid-beta protein diners isolated directly from Alzheimer's brains impair synaptic plasticity and memory. Nat Med. 2008; 14:837-842.
40. Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer diseases. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2006; 20:112-117.
41. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for de US preventive Services Task Force. Ann Inter Med. 2003; 138:927-937.
42. Tarraga L, Boada M. Volver a empezar. Barcelona: Glosa; 1999.
43. Martinez-Rodríguez T. Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención

[Internet]. Consejería de Asuntos sociales del principado de Asturias. Citado 2002. Disponible en: http://www.infocoponline.es/pdf/martinez-estimulacion-01.pdf

44. Tarraga L, Boada M, Modinos G, Espinosa A, Diego S, Morera A, et al. A randomised pilot study to assess the efficacy of an interactive multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006; 77:1116-1121.
45. Hoffmann M, Hock C, Küler A, Müller-Spahn F. Interactive computer-based cognitive training in patients with Alzheimer's disease. J Psychiatr Res. 1996; 30(6):493-501.
46. Hoffmann M, Rösler A, SchwarzW, Müller-Spahn F, Kräuchi K, Hock Ch, et al. Interactive computer-training as a therapeutic tool in Alzheimer's disease. Compr Psychiatry. 2003; 44(3):213-219.
47. Schreiber M, Schweizer A, Lutz K, Kalveram KT, Jencke L. Potential of an interactive computer-based training in the rehabilitation of dementia: an initial study. Neuropsychol Rehab. 1999; 9:155-167.
48. Paúl-Lapedriza N, Bilbao-Bilbao A, Ríos-Lago M. Rehabilitación neuropsicológica. En: Tirapu J, Rios M, Maestú F. Manual de Neuropsicología. Barcelona: Viguera; 2008. p. 473-494.
49. Franco MA y Criado del Valle CH. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2005.
50. Conde L. Psicopatología asociada a la vejez. En: Jarne A, Talarn A. Manual de psicopatología. Barcelona: Paidós; 2002. p. 633-679.

* Los autores del presente capítulo agradecen a la Dra. Lorena Rami González su inestimable y generosa contribución a la elaboración de este.

3

# TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

*Maria Aymerich y Pere Mora*

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión constituye uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en las personas de edad avanzada.[1,2] Su característica principal es la alteración grave del estado de ánimo, en la que predomina una tristeza profunda y omnipresente, que abarca la totalidad del ser e interfiere significativamente en la vida de quien la padece. Junto con la alteración de la esfera *afectiva* (en la que predominan sentimientos de tristeza, decaimiento, irritabilidad, y una sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida), la persona deprimida también puede ver afectada su esfera *cognitiva* (en la que se presentan pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, rumiaciones persistentes, dificultades de memoria, de concentración y de toma de decisiones), su esfera *conductual* (en la que predominan síntomas como el abandono de actividades anteriormente motivadoras y placenteras, la reducción del contacto social, la lentitud al hablar o al andar) y la esfera *somática* (en la que se producen alteraciones del apetito o el sueño, entre otras). Por todo ello, el síndrome depresivo supone una alteración global de la vida psíquica del individuo, con una afectación especial de la vida afectiva, del estado anímico y del humor.[3]

La depresión en las personas mayores no difiere demasiado de la depresión en el adulto, aunque sí tiene algunas particularidades que merecen ser mencionadas. Algunas de ellas son: la mayor prevalencia de síntomas somáticos, la mayor complejidad que supone el diagnóstico diferencial, especialmente ante trastornos que cursan con deterioro cognitivo, y la mayor tasa de suicidio en el grupo de mayores deprimidos.[4]

Sin olvidar posibles causas de tipo biológico, como el padecimiento de ciertas enfermedades endocrinas o el uso de fármacos con efectos depresógenos colaterales, existen determinados factores de tipo psicosocial, muy frecuentes en estas edades, que contribuyen a una mayor vulnerabilidad de las personas mayores a padecer trastornos del estado de ánimo. En esta etapa de la vida, tienen lugar una serie de situaciones estresantes habituales como el diagnóstico y el padecimiento de un número elevado de enfermedades crónicas, la progresiva limitación funcional asociada al proceso natural de envejecimiento o al deterioro ocasionado por dichas enfermedades, convertirse en cuidador principal de un familiar dependiente, la muerte de la pareja, vivir solo, el ingreso en una residencia o la existencia de determinadas problemáticas personales o familiares no resueltas a lo largo de la vida, que se

acumulan y magnifican a estas edades en la que los recursos de afrontamiento suelen verse mermados.

Si bien el tratamiento de la depresión está bien establecido y aceptado desde un punto de vista farmacológico, la intervención psicoterapéutica plantea ciertas resistencias tanto por parte de los propios pacientes y familiares afectados, como por parte de algunos profesionales de la salud que consideran que la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico a personas de edad avanzada resulta menos efectiva y menos útil, en términos de coste-beneficio, que en otras épocas de la vida. Esto se debe, probablemente, a la creencia en que «ya se es muy mayor para cambiar», o en que «la tristeza y el decaimiento forman parten del proceso natural de envejecimiento», o a la idea, radicalmente equivocada, de que el tratamiento psicológico consiste en «ir al psicólogo a desahogarse y pagar por ello». Afortunadamente, estos prejuicios van superándose al comprobar la mejora que experimentan las personas mayores que son conscientes de la necesidad de cambio, con las que se establece una adecuada relación terapéutica y a las que se aplican tratamientos de contrastada eficacia, adecuadamente adaptados a las necesidades y características propias de los pacientes a esta edad.

Entre las terapias psicológicas disponibles para el tratamiento de la depresión que han demostrado ser eficaces en investigaciones de rigor científico contrastado, destaca la Terapia Cognitivo Conductual como una de las terapias que pueden aplicarse a cualquier edad,[4,5] aunque conviene considerar ciertas adaptaciones del tratamiento a las características del colectivo de personas mayores. En este capítulo se comenta, en primer lugar, cuáles son las consideraciones que cabe tener muy presentes para aplicar la Terapia cognitivo-conductual a personas de edad avanzada, con el objetivo de que el lector las tenga presentes durante todo el capítulo. A continuación, se comentarán las aportaciones que nos ofrece la orientación cognitivo-conductual para intervenir en problemas de depresión a partir de la revisión de las distintas corrientes de pensamiento, a saber, la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y, finalmente, la Tercera generación de Terapias de Conducta, con el propósito de que el lector especializado finalice su lectura siendo capaz de integrar estas distintas aportaciones. Por último, se ejemplificará una intervención psicológica de tipo preventivo realizada en personas mayores en el momento del ingreso a una institución geriátrica.

## 2. Características y adaptaciones de la intervención psicológica dirigida al colectivo de personas mayores

Cualquier tipo de intervención psicológica requiere ciertas adaptaciones si debe aplicarse a personas mayores. Estas deben ser especialmente tomadas en consideración si se trata de la

terapia psicológica en casos de depresión, pues no existen tratamientos específicos de este trastorno para el colectivo de personas mayores.[6] Para ello, cabe subrayar la importancia, como mínimo, de tres aspectos fundamentales: las características propias de los pacientes ancianos, las posibilidades disponibles en el contexto desde donde se realiza la intervención y, por último, la implicación de las personas o profesionales directamente vinculados a la persona mayor afecta de depresión.

En relación a las *características del paciente anciano,* debe considerarse que ellos presentan la misma variabilidad individual que los pacientes de otras edades (diferentes niveles socioculturales, capacidades intelectuales, habilidades comunicativas, de introspección…), a la que hay que añadir la elevada heterogeneidad en cuanto a la preservación o el deterioro de las capacidades cognitivas, sensoriales y funcionales que afectan de manera diferencial a los individuos a medida que envejecen. La selección y la aplicación de las técnicas de tratamiento deben ajustarse siempre a estas variables.

Respecto a las adaptaciones del tratamiento determinadas por el *contexto* desde donde se realiza la terapia, cabe diferenciar entre la intervención psicológica realizada en entornos institucionalizados (residencias, centros de día, hospitales sociosanitarios, etc.) y las intervenciones psicológicas llevadas a cabo en contextos no institucionalizados, como el domicilio del paciente o la consulta. La intervención del psicólogo en instituciones suele estar supeditada a las horas de atención psicológica que tiene asignadas en el centro, lo que permite, en caso de que estas sean suficientes,[7] una organización de la intervención de tipo interdisciplinar, que atiende al individuo, orientado a quienes lo tratan (profesionales de centro o familiares) y que establece programas y talleres preventivos o de tratamiento, según sea necesario. La intervención en contextos no institucionalizados presenta otras características. No disponemos de datos fiables sobre la atención en consulta psicológica por depresión en personas mayores,[1] puesto que resulta difícil conocer estos datos tomando en consideración tanto la atención sanitaria pública como la privada. Según conversaciones mantenidas con otros colegas, los mayores acuden poco a la consulta del psicólogo y si lo hacen, nunca suelen ser personas que superan los 80 años. Aunque no podemos afirmarlo con toda certeza, esto no quiere decir que no existan trastornos depresivos en los mayores de estas edades residentes en sus domicilios, sino que no acuden a la consulta por varios motivos como considerar normal padecer cierto grado de tristeza, desilusión y desánimo a medida que uno envejece, el coste económico del tratamiento psicológico o no disponer de suficiente información sobre la ayuda que puede facilitar el psicólogo ante estas situaciones.

Finalmente, para tener éxito en la terapia psicológica, cabe recalcar la importancia de *implicar* no solo a la *persona mayor* afecta de depresión sino también a los *cuidadores o*

*familiares que lo atienden.* Para ello, debe complementarse la intervención dirigida al paciente con orientaciones y pautas claras de interacción para quienes tratan con él o lo cuidan, con los que los terapeutas deben establecer una relación de colaboración e implicación positiva. Otra realidad que no puede dejar de mencionarse es la de aquellas personas mayores que viven *solas o en compañía de otras personas ancianas,*[8,9] ya que este hecho dificulta la detección y planificación adecuada de la atención psicológica. Si los recursos económicos lo permitieran, disponer de un servicio de apoyo psicológico a domicilio destinado a las personas mayores que viven solas o en compañía de otra persona anciana sería una iniciativa de gran valor para este colectivo.

Una vez mencionados los aspectos generales que deben ser considerados para adaptar cualquier intervención psicológica dirigida a las personas mayores, se comentan a continuación las aportaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de la depresión.

## 3. APORTACIONES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

### 3.1. LA TERAPIA DE CONDUCTA

La primera generación de Terapia de Conducta planteó interesantes aportaciones para el tratamiento de la depresión en personas mayores, partiendo de una visión contextual tanto en la explicación del origen del trastorno como en su tratamiento.

Diversos estudios realizados desde este enfoque constatan que las personas deprimidas presentan un mismo patrón de comportamiento, caracterizado por la existencia de un entorno muy poco «reforzante» (bajo nivel de refuerzos positivos) en los ámbitos personal y social, muy pocas conductas orientadas a la consecución de objetivos, proyectos o iniciativas, y conductas de queja, lamentación e infravaloración.[10] Según este modelo, los familiares y las personas del entorno del paciente inicialmente tienden a reforzar estas conductas con una actitud protectora y bienintencionada, pero de manera progresiva dejan de hacerlo ante la negativa del paciente a participar en actividades propuestas, así como por lo «aversivo» que resulta para ellos una compañía basada en quejas y lamentaciones constantes. Llegados a este punto, el paciente deprimido termina confirmando claramente la certeza de su aislamiento y la falta de refuerzo positivo, e inicia así un círculo vicioso que mantiene y agrava la situación.

El desencadenante de este entorno tan poco reforzante para el paciente puede consistir en cambios en las circunstancias personales que se presentan de manera abrupta (por ejemplo,

sufrir un accidente, una institucionalización, empezar a vivir solo) o gradual (por ejemplo, el cuidado de un enfermo de Alzheimer cuyo nivel de dependencia va en aumento con el tiempo, la pérdida progresiva de autonomía funcional debida al propio proceso natural de envejecimiento).

La Terapia de Conducta considera que la depresión está causada por la situación en la que uno está (carácter contextual) y no por la situación que uno tiene dentro de sí. En consecuencia, el tratamiento se dirige hacia la reorganización de las contingencias ambientales. Con este propósito, se han desarrollado técnicas y programas destinados al aumento de las actividades agradables y a la disminución de sucesos desagradables, así como a la mejora de las habilidades sociales de los pacientes ancianos. Ya sea desde un entorno residencial, implicando a otros profesionales del centro como enfermeras, fisioterapeutas, animadoras… o desde la propia consulta, implicando a cuidadores y familiares, podemos emplear diversas técnicas que nos facilita la Terapia de Conducta y que resultan muy interesantes si se aplican de manera adecuada.

Las intervenciones están destinadas a movilizar a la persona deprimida para que inicie conductas y actividades agradables de manera progresiva, hasta que consiga normalizar su actividad y recuperar la satisfacción personal. El enfoque conductual subraya la importancia de que el paciente mayor deprimido aumente su nivel de actividad en aquello que le resulte potencialmente satisfactorio según su bagaje y características personales. Para ello, cabe conocer qué actividades le resultaban agradables en el pasado y en la actualidad, aunque sea mínimamente. Los psicólogos deben indagar en el conocimiento de estas preferencias y aficiones mediante la entrevista, los autoinformes o los autorregistros. Una vez que se dispone de la información suficiente que permite conocer qué actividades son o serían capaces de movilizar a la persona deprimida, deben elaborar un programa de actividades basadas en la asignación gradual de tareas reforzantes, tomando como referente la técnica del modelamiento de aproximaciones sucesivas, esto es, empezando por actividades que requieran poco esfuerzo por parte del paciente, como asistir a las sesiones de fisioterapia o de terapia con animales si se trata de una persona «institucionalizada» o empezando por ir a buscar el periódico cada mañana o tomar un café si se trata de una persona que reside en su domicilio y es autónoma desde el punto de vista funcional. A medida que la persona empieza a aumentar su nivel de participación en tareas que le resultan satisfactorias y le supongan un mínimo de esfuerzo, se puede ir aumentado el nivel de implicación del paciente en la realización de las actividades.

Muchas de estas actividades tienen múltiples efectos beneficiosos para el bienestar del paciente: la tarea puede permitir mejorar la interacción social de la persona deprimida,

puede favorecer la realización personal del paciente y, de manera indirecta, ayudar a mantener las capacidades cognitivas y funcionales de la persona mayor, ya que se incide de manera global en el bienestar bio-psico-social del anciano. Además, el psicólogo tiene que ayudar al paciente a darse cuenta de todos sus avances y felicitarlo por todos y cada uno de ellos, de manera que la persona mayor aprenda también a «autoreforzarse» por sus logros.

Un aspecto fundamental que hay que considerar al intervenir en la movilización del paciente deprimido hacia conductas y actividades agradables es la colaboración con los familiares y cuidadores del mayor. Para garantizar el éxito de la intervención cabe trabajar con ellos para que conozcan, comprendan y apliquen correctamente las técnicas que se utilizan en la intervención. Los verbos «conocer», «comprender» y «aplicar» son fundamentales para el éxito de la intervención. Los familiares y cuidadores deben ser considerados como «coterapeutas», y para ello hay que motivarlos y formarlos. Además, deben ser modelos ejemplares para el paciente, es decir, deben contagiar alegría, ilusión, y tener verbalizaciones positivas y actitudes de bienestar.

Junto a la incorporación y al progresivo aumento de conductas y actividades reforzantes en el paciente cabe trabajar, paralelamente, la disminución de conductas de queja. De manera frecuente, las personas deprimidas tienden a expresar su disgusto e insatisfacción. Ello afecta negativamente a su rehabilitación, puesto que concentran su pensamiento en aspectos negativos, dinamitando su estado emocional, que se estanca aún más en una situación de malestar. Por otra parte, estas quejas generan en su entorno una tendencia a limitar las conversaciones mantenidas con el paciente a sus quejas («¿cómo está hoy?, ¿le sigue doliendo la espalda?, ¿ha podido usted dormir bien esta noche?»), o bien a evitar el contacto con la persona mayor deprimida, a la que se etiqueta negativamente («¡es una quejica!, ¡mejor no le hagas ni caso!»). Ninguna de estas reacciones, aunque comprensibles, son deseables para mejorar el estado del paciente. En el primer caso, solo se favorece aún más que el paciente se recree en su situación de malestar; en el segundo, solo se consigue evitar el contacto social y, en consecuencia, aumentar su aislamiento. ¿Cómo reaccionar, por tanto, ante las conductas de queja?

Desde el enfoque conductual, la aplicación de la *técnica del refuerzo diferencial* parece la más adecuada. Consiste, en un primer momento, en reforzar al paciente por cualquier conducta que no sea una queja al mismo tiempo que se ignoran, siempre con delicadeza, los comentarios y temas de conversación que inicien la negativización de la interacción (por ejemplo, ignorar la lamentación relativa al desinterés que tiene el paciente por todo lo que le rodea, al tiempo que se intenta provocar una leve sonrisa con comentarios como «¡qué guapa está Dolores, cuando sonríe!» o «¡qué suerte que su hermana la visite tan a menudo,

Dolores!». De esta forma se pretende que el paciente depresivo vaya disminuyendo los comentarios de queja y disgusto y se acostumbre a hacer comentarios o hablar sobre temas mucho más positivos para él y para quienes le rodean. Con la técnica del refuerzo diferencial se inicia un cambio en la inercia y la dinámica comunicativa.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la colaboración de los familiares y cuidadores resulta fundamental, por lo tanto, hay que motivarlos y formarlos para que conozcan, comprendan y apliquen adecuadamente las técnicas escogidas y las incorporen en su dinámica cotidiana con naturalidad, espontaneidad y calidez.

Puede ser interesante complementar esta intervención con el desarrollo de habilidades sociales. Trabajando de manera individual, directamente con el paciente, o realizando talleres grupales, se puede fomentar habilidades sociales sobre cómo mostrar interés por los demás, cómo expresar sentimientos positivos, cómo iniciar y mantener una conversación, etc. De esta forma, se facilita la integración del mayor en actividades y entornos en los que debe relacionarse con los demás, pues se aumenta la probabilidad de su aceptación dentro del grupo al ser comunicativamente más competente.

Si bien hasta el momento se ha presentado una intervención basada en técnicas propias de un enfoque de Terapia de Conducta con un paciente mayor que presenta un estado de ánimo depresivo, existen múltiples *programas,* de carácter estructurado, que se han mostrado útiles en investigaciones científicas en relación a grupos placebo, para el tratamiento de este tipo de trastornos del estado de ánimo.[4] El autor más prolífico en la aplicación y publicación de programas para el tratamiento de la depresión desde el enfoque de Terapia de Conducta es sin duda Lewinsohn.[11-14] Entre todos ellos, el más difundido es el Curso de Afrontamiento para la Depresión (CAD). Este programa, altamente estructurado, consta de 12 sesiones de terapia de grupo en la que se trabajan la programación de actividades agradables, las habilidades sociales, la modificación de cogniciones (incorporando aportaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual) y los valores y planes de vida de los participantes en el programa. El CAD se viene aplicando con éxito contrastado desde los años 70, y toma como punto de partida la publicación *Control your depression,*[12] así como el libro de trabajo para el participante[13] y un manual para el terapeuta.[14] A pesar de que el CAD fue inicialmente diseñado para tratar la depresión en adultos, se ha demostrado su efectividad en diversos grupos de pacientes, entre ellos personas mayores y cuidadores. Su aplicación es asimismo recomendable en centros cívicos y hogares de jubilados, como taller preventivo de la depresión, ya que incide en el desarrollo de habilidades saludables.

## 3.2. LA TERAPIA COGNITIVA

Después de la primera generación de la Terapia de Conducta, la psicología clínica puso de manifiesto la importancia de los pensamientos de los pacientes, hasta el momento ignorados, tanto en el origen como en el mantenimiento de su malestar psicológico y emocional. Una de las premisas de la teoría cognitiva de la depresión es que las personas deprimidas tienen ciertos esquemas cognitivos (asunciones o creencias) que les predisponen a interpretaciones negativas de los acontecimientos de su vida (distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos), y que les llevan a manifestar las conductas propiamente depresivas (actividad reducida y humor bajo). Según la Terapia Cognitiva, lo importante para tratar la depresión no es cambiar el ambiente, como mantenía la Terapia de Conducta, sino la mente. En esencia, la teoría cognitiva mantiene que «somos lo que pensamos» y si el paciente se verbaliza internamente pensamientos desadaptativos («a esta edad solo sirvo para que me cuiden», «soy un estorbo para todo el mundo», «soy muy mayor para cambiar», «mi vida no tiene sentido»), su estado emocional y su conducta serán también desadaptativos. Los problemas psicológicos ya no se deberían exclusivamente a las condiciones contextuales en las que se halla el individuo, como planteaba la Terapia de Conducta, sino a sus percepciones y a su manera de interpretar la realidad. La Terapia Cognitiva, en consecuencia, se centrará en identificar dichos pensamientos, creencias y esquemas cognitivos para sustituirlos por otros más adaptativos. Si bien estos principios constituyen la base teórica de la Terapia Cognitiva, los programas de intervención que surgieron desde este enfoque no solo incidían en los aspectos cognitivos del paciente, sino que se servían también de la inclusión de muchas técnicas de la Terapia de Conducta.

Beck ha sido el psicólogo que más popularidad ha alcanzado al formular su Terapia Cognitiva específicamente diseñada para el tratamiento de la depresión (TC),[15] aunque también ha sido aplicada con éxito a otras patologías. Junto a las aportaciones de Beck, no deben olvidarse las importantes contribuciones realizadas por otros clínicos como Ellis, quien formuló la Terapia Racional Emotiva (TRE),[16] o D'Zurrila, que protocolizó la Terapia de resolución de problemas,[17,18,19] pues ambos procedimientos se aplican frecuentemente para el tratamiento de la depresión. A continuación, se explican brevemente sus propuestas.

### *3.2.1. La Terapia Racional Emotiva de Ellis (**TRE**)*

Esta terapia se basa en la premisa fundamental de que muchas personas con malestar emocional (ya se trate de estado de ánimo depresivo, inseguridad o agresividad, u otros) tienen fuertemente interiorizadas una serie de auto-exigencias de tipo claramente

irracional.[16] El autor, aunque propone un total de once, señala que son tres las «creencias irracionales primarias»: la necesidad de ser amado y aprobado por todo el mundo; la necesidad de tener éxito o demostrar competencia y habilidad personal en todo aquello que se realiza y en todo momento; la necesidad de tener una vida fácil y sin problemas, obteniendo un estado de bienestar sin experimentar dificultades o sacrificios por ello. Ellis denomina a estas auto-exigencias *creencias irracionales* puesto que resultan imposibles de lograr de manera permanente. A pesar de esto, la persona que siente malestar emocional se rige frecuentemente por ellas de forma absolutista e inflexible. Cuando la realidad le muestra que no se cumplen estas creencias, se genera un sentimiento de fracaso e inutilidad. La tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a tomar consciencia de cuándo su malestar se rige por «auto-exigencias irracionales» y enseñarle a sustituirlas activamente por otras creencias más racionales de tipo anti-exigencial y anti-absolutista, más adaptativas. Así pues, el terapeuta contribuye a que el paciente se dé cuenta de que ser bueno y competente, aunque deseable, no es posible siempre en todos los ámbitos y en todo momento, y que es normal equivocarse y no ser perfecto; que ser amado y aceptado por todo el mundo es totalmente imposible, ya que lo habitual es ser aceptados por unos y rechazado por otros; y que la vida no tiene que ser fácil y sin dificultades, puesto que todo el mundo tiene, a lo largo de su trayectoria vital, momentos dulces y momentos amargos, y que ninguno de los dos dura de manera eterna.

Recientemente, el autor ha publicado un libro divulgativo para ayudar a las personas a asumir más satisfactoriamente el proceso de envejecimiento,[20] en el que promulga sus principios de promoción de creencias racionales como base para lograr la salud psicológica. El lector interesado en introducirse en la aplicación de técnicas propias de la TRE puede consultar, junto con la obra original del autor,[16] la obra de Gómez *et al.*[21] que, de una forma sencilla y muy didáctica, presenta al terapeuta sugerencias para el análisis y la refutación de creencias irracionales con el paciente.

#### *3.2.2. La Terapia Cognitiva de Beck (**TC**)*

Esta terapia fue inicialmente presentada en la obra *Terapia cognitiva de la depresión*,[15] en la que el autor no solo expuso su hipótesis sobre la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino que también propuso la estructura en que debe basarse el tratamiento, e incluyó descripciones detalladas de las técnicas que lo configuran. Numerosos estudios han mostrado su eficacia, y durante años fue considerado por muchos especialistas como el tratamiento psicológico de elección en caso de depresión[3,4] hasta que, en 1996, Jacobson y algunos colaboradores[22] realizaron un trascendente estudio sobre el análisis de componentes

eficaces en la TC que marcó el inicio de un nuevo rumbo en las Terapias Cognitivo-Conductuales. Aparece así el planteamiento de la Terapia de Activación Conductual y con ella las Terapias de Conducta de tercera generación que se detallarán más adelante.La TC se sirve no solo de técnicas cognitivas, sino que en una primera fase se sirve también de técnicas de tipo conductual, por su eficacia en la mejora del bienestar emocional del paciente. Una vez restablecido este, se introduce de manera progresiva la reestructuración de los pensamientos disfuncionales y su posterior sustitución por otros más adaptativos. Dada la combinación armoniosa que realiza de ambas modalidades y técnicas de intervención (cognitiva y conductual), a la TC de Beck también se conoce como la Terapia Cognitivo-Conductual de la depresión. Las tablas 1 y 2 muestran las técnicas conductuales y cognitivas respectivamente, más utilizadas en el tratamiento de la depresión.

Tabla 1. Técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de la depresión

| TÉCNICAS | DEFINICIÓN OPERACIONAL |
|---|---|
| **Programación de actividades de distracción** | Establecer una agenda concreta de actividades incompatibles con la conducta de rumiación. |
| **Valoración del dominio y agrado** | Registrar en una escala de 1 a 5 del nivel de agrado y dominio de actividades diarias. |
| **Asignación gradual de actividades** | Ejecutar actividades/tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor desafío. |
| **Entrenamiento en habilidades específicas** | Entrenarse en habilidades específicas deficitarias (comunicación, asertividad, relajación, etc.). |
| **Ensayo de conductas** | Practicar conductas deseables en contextos naturales, primero con el terapeuta y posteriormente sin él. |
| **Autoreforzamiento** | Autofelicitarse por las metas alcanzadas exitosamente. |
| **Reforzamiento diferencial** | Identificar las conductas adaptativas del paciente y reforzarlas sistemáticamente por parte del terapeuta/cuidadores, extinguiendo las conductas desadaptativas. |
| **Modelamiento** | Tomar a terapeutas y cuidadores como modelos de conducta adaptativa ante el paciente. |
| **Contrato de conducta** | Pactar entre el paciente y el terapeuta las acciones que el paciente está de acuerdo en realizar, en el que se convienen las consecuencias de su cumplimiento o no cumplimiento. |

Tabla 2. Técnicas cognitivas utilizadas en el tratamiento de la depresión

| TÉCNICAS | DEFINICIÓN OPERACIONAL |
|---|---|
| **Identificación de los pensamientos automáticos** | Delimitar pensamientos e imágenes espontáneos que rodean situaciones cotidianas asociadas a cambios de humor o malestar emocional. |
| **Identificación de distorsiones cognitivas** | Reconocer errores lógicos del pensamiento. |
| **Rastreo de esquemas** | Autobservar patrones cognitivos, emotivos y conductuales rígidos y duraderos que interfieren en el bienestar. |
| **Análisis de consecuencias (flecha invertida)** | Aprender que son los pensamientos los que generan respuestas afectivas desproporcionadas. |
| **Distanciamiento cognitivo** | Enseñar al paciente, junto con las técnicas anteriores, a «distanciarse» de sus propios pensamientos, para que empiece a verlos como «eventos psicológicos» en vez de como |

| | |
|---|---|
| | verdades incuestionables. |
| **Búsqueda de evidencia de los pensamientos/esquemas** | - Recoger evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos, a partir de la experiencia pasada del propio paciente o allegados.<br>- Diseñar un experimento o prueba de realidad, a partir del cual se pone a prueba la previsión de los resultados por parte del paciente.<br>- Usar el cuestionamiento (preguntas) para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. |
| **Establecimiento de un tiempo para preocuparse** | Consensuar con el paciente la importancia de controlar los pensamientos que le generan malestar, destinando un período fijo y un contexto delimitado para pensar en ellos y buscar soluciones. |
| **Técnica del rol fijo** | Redactar un boceto de cómo se percibe el paciente actualmente. El terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe «como si fuera tal» y compruebe sus nuevos efectos. |
| **Uso de autoinstrucciones** | Preparar y repetir mensajes de afrontamiento adaptativo, ante situaciones previsiblemente complicadas. |
| **Reatribución** | Buscar, junto con la atribución de responsabilidad de un hecho, otras alternativas posiblemente involucradas. |
| **Uso de imágenes** | Ensayar escenas en imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones. |

Según la hipótesis cognitiva que justifica la creación de esta terapia de manera diferenciada de la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva, a pesar de que inicie el tratamiento con técnicas conductuales, adjudica su eficacia a las técnicas cognitivas y, tanto más, en la medida en que reestructuren los esquemas depresógenos subyacentes, que son los causantes del trastorno del estado de ánimo, según los defensores de esta corriente.[23]

### *3.2.3. Terapia de solución de problemas*

Las personas con déficits en las habilidades de solución de problemas presentan una mayor vulnerabilidad para la depresión cuando tienen que afrontar experiencias vitales potencialmente estresantes.[24,25] En estos casos, la terapia de solución de problemas pretende enseñar al paciente un método sistemático para afrontar eficazmente dichas dificultades,[17,18,19] y contribuir así a un mayor bienestar emocional.

Una de las Terapias de solución de problemas (TSP) que más se ha utilizado para tratar la depresión es la de Nezu *et al.*,[25] tanto en contextos de salud especializados como en centros de atención primaria en forma de programas estructurados.[26] Los programas de TSP para tratar a pacientes con depresión que presenten problemas de indecisión o de resolución de dificultades personales que inciden directa o indirectamente en su trastorno consisten en un conjunto de 12 sesiones individuales o grupales, en las que el terapeuta ayuda a desarrollar cinco habilidades básicas para afrontar con éxito las dificultades percibidas en la toma de decisiones y resolución de conflictos.

A continuación se detalla cuáles son estas cinco habilidades. La TSP comienza con la habilidad denominada *orientación hacia el problema,* esto es, el desarrollo de la autoconfianza del paciente en relación con su capacidad para afrontar el conflicto o la dificultad que desea

superar. La segunda habilidad se centra en la correcta *definición del problema,* entendida como la competencia para concretar de manera específica lo que desea solucionar, estableciendo los objetivos que se propone alcanzar, que deben ser ante todo realistas. La tercera habilidad se basa en la *generación de soluciones alternativas* para afrontar el problema y consiste en generar un elevado número de posibilidades de afrontamiento que permitan alcanzar los objetivos propuestos, sin proceder aún a la valoración de su grado de idoneidad. La cuarta habilidad supone *la toma de decisiones* y comprende la valoración detenida de pros y contras de cada una de las alternativas generadas, que finaliza con la selección de una o varias de ellas, consideradas como las más indicadas por el propio paciente. La quinta y última habilidad es la *aplicación y posterior evaluación de la/s solución/es elegida/s*, es decir, la planificación y ejecución de la/s decisión/es tomada/s para evaluar después el grado de éxito o fracaso obtenido. Esto permitirá extraer conclusiones que posibiliten un mejor afrontamiento de problemas similares en situaciones futuras.

Las personas depresivas pueden presentar problemas en la primera habilidad (baja autoconfianza en el afrontamiento de la dificultad), en la última (falta de decisión en la aplicación de la solución alcanzada), o en las habilidades intermedias (distorsión en la identificación de los problemas, dificultad en su concreción o dificultad en la generación y valoración de alternativas). La limitación en cualquiera de ellas repercute en un afrontamiento deficiente de los problemas y genera malestar emocional, por lo que la Terapia en la resolución de problemas debe trabajar con todas y cada una de ellas conjuntamente.

La TRS puede ser muy recomendable como taller preventivo en hogares de jubilados, centros cívicos o centros de día, siempre y cuando el nivel cognitivo y cultural de los pacientes lo permita, puesto que sin duda contribuye a mejorar las habilidades de los mayores para afrontar múltiples dificultades y problemas cotidianos.

### 3.3. TERCERA GENERACIÓN DE TERAPIAS DE CONDUCTA

En los últimos años han surgido un nuevo grupo de terapias que Hayes [27] ha agrupado bajo el nombre de *tercera generación de Terapias de Conducta*, denominación que parece haberse generalizado. Una de las características que comparten estas nuevas terapias surgidas a finales de los años 90 es la recuperación de las raíces contextuales en la explicación tanto de los trastornos depresivos como de su tratamiento. Muchas de las técnicas y de los principios subyacentes a dichas terapias son los mismos de la Terapia de Conducta (Terapia de Activación Conductual-AC), pero se complementan con los de la psicología existencial (Terapia de Aceptación y Compromiso-ACT), con los de tradiciones orientales milenarias

(Terapia de la Depresión basada en el *Mindfulness*-MBCT) o bien centran el tratamiento en la importancia del contexto y la relación terapéutica (Psicoterapia Analítica Funcional-PAF).

A continuación se detalla cuáles son estas terapias surgidas en el campo de la clínica para el tratamiento de la depresión, las cuales, a pesar de que necesitan aún algunas evidencias sobre su eficacia, parecen gozar de buena aceptación entre los profesionales.

#### *3.3.1. Terapia de Activación Conductual (**AC**)*

La Terapia de Activación Conductual (AC) ha supuesto un resurgimiento de los principios de la Terapia de Conducta en el ámbito clínico para el tratamiento de la depresión. Tiene su origen en 1996, a partir de la investigación realizada por el equipo de Jacobson[22] con el objetivo de identificar qué componentes de la Terapia Cognitiva resultaban claves para el éxito terapéutico de la depresión: aplicar solo componentes conductuales en la terapia (programación de actividades), aplicar componentes conductuales además de la modificación de pensamientos automáticos disfuncionales (reestructuración cognitiva), o aplicar todos los componentes anteriores junto con técnicas cognitivas para la modificación de esquemas subyacentes. Los resultados de la investigación pusieron de manifiesto que el tratamiento basado en la activación conductual de los pacientes era tan eficaz como la TC completa, por lo que las técnicas cognitivas no resultaron ser las cruciales para el cambio terapéutico, a pesar de ser el sustento argumentativo de la TC. Este hallazgo provocó el desarrollo de la Terapia de Activación Conductual, hasta el momento uno de los componentes de la TC, como una terapia por sí misma.[23,28] Así pues, la AC, desarrollada por el equipo de Jacobson[29,30] y la versión más estructurada en formato breve propuesta por Lejuez *et al.*,[31]no son originariamente una nueva terapia ya que se basan en la recuperación del carácter «contextual» de la Terapia de Conducta de la depresión de Ferster,[1] Lewinson *et al.*[10] y Lewinsohn y Gotlib.[11] Esta explica la aparición de un episodio depresivo por la disminución, ya sea brusca o progresiva, de las rutinas placenteras para el individuo.

La Terapia de Depresión basada en la AC pretende restablecer estas rutinas interrumpidas, o bien establecer otras nuevas capaces de estabilizar el ritmo y la actividad del paciente, de la mano del terapeuta y las personas de su entorno. El objetivo inicial es activar mínimamente la conducta del paciente para que de manera progresiva adopte un afrontamiento más activo de sus situaciones diarias. Aun así, la AC no consiste en incrementar las actividades agradables *per se*, sino en hacerlo en aquellas actividades que tengan para la persona un marcado sentido funcional en la mejora de su estado de ánimo. Por este motivo, resulta necesaria una monitorización de las relaciones entre acciones y estado de humor del

paciente. Por otra parte, el contexto terapéutico es de gran importancia para la AC (como también lo será en otra terapia de tercera generación: la Psicoterapia Analítico Funcional). La propia relación terapéutica se considera un contexto potencialmente terapéutico, en tanto que el psicólogo estimula conversaciones acerca de actividades y prácticas positivas, en vez de alimentar un espacio y un tiempo de conversaciones acerca de quejas reiteradas sobre la vida.

La AC parte de un tratamiento ideográfico, por lo que no sigue un procedimiento terapéutico protocolizado. Con todo, también permite la aplicación estructurada mediante tratamientos breves de 6-12 sesiones del Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (TBACD) propuesto por Lejuez *et al.*[31] Las técnicas más empleadas en la AC son la valoración de dominio y agrado de actividades, la asignación de tareas graduales, el ensayo verbal de tareas propuestas, el manejo de contingencias situacionales, el ensayo de conducta, el modelado del terapeuta de estrategias de activación, la atención a la experiencia o *mindfulness*, entre otras, destacando especialmente, la «actuación dirigida a una meta».[28]

Numerosas investigaciones han probado no solo que la AC es eficaz en el tratamiento de la depresión sino que lo es incluso más que la Terapia Cognitiva y que la medicación farmacológica.[23]

#### *3.3.2. Psicoterapia Analítica Funcional (**PAF**)*

La Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)[32] es una modalidad de psicoterapia de conducta que se basa en la relación terapéutica como instrumento para promover el cambio en la conducta del paciente. Para ello, parte de las oportunidades de aprendizaje que surgen durante la sesión terapéutica en el propio contexto clínico, por medio de la aplicación de los principios de aprendizaje de la modificación de conducta, con una elevada implicación emocional y una relación terapeuta-cliente muy próxima. Como recoge Ferro,[33] la Psicoterapia Analítica Funcional es una modalidad de psicoterapia de conducta que se centra en el análisis funcional de la conducta del paciente durante la sesión terapéutica, mediante el refuerzo natural y el moldeamiento de las conductas del paciente con fines terapéuticos, ya que considera que hay una clara equivalencia entre lo que sucede en el ambiente clínico y en la vida cotidiana.

La mayor aportación de la PAF es que se centra en el «aquí y ahora» y que convierte la relación psicólogo-paciente en una auténtica relación «terapéutica», puesto que utiliza la sesión como el contexto donde se promueven y producen los cambios que se generalizarán de la sesión clínica a la vida diaria de una forma natural. Para obtener una descripción pormenorizada de la aplicación de la Psicoterapia Analítico Funcional en un trastorno

depresivo, se recomienda la lectura de Ferro *et al.*[34,35]

La Psicoterapia Analítica Funcional es presentada por sus creadores como una terapia en sí misma, pero puede ser utilizada asimismo como complemento de otros tipos de terapia. Ha mostrado ser especialmente indicada en aquellos pacientes que no muestran mejorías con otros tratamientos y que presentan problemas en el ámbito de la personalidad.[33]

*3.3.3. Terapia de Aceptación y Compromiso (**ACT**)*

Para la Terapia de Aceptación y Compromiso, la salud psicológica no radica en la ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales (ya sean preocupaciones, tristeza, desánimo…), sino en un repertorio flexible de acciones verdaderamente orientadas a los valores personales del individuo. El malestar, por tanto, es una parte de la condición humana que hay que aceptar como natural y solo se convierte en un verdadero problema cuando se interpone en la realización de acciones valiosas encaminadas a los aspectos que realmente importan en la vida del paciente.

La ACT[36,37]surge de la Terapia de Conducta pero, a diferencia de esta, que pretende lograr el control y la eliminación del malestar del paciente, la ACT se basa en la *aceptación* de cierto grado de malestar como algo propio de la naturaleza humana al mismo tiempo que recalca, recogiendo aportaciones del enfoque existencialista, la necesidad de *compromiso* por parte del paciente para encaminar su conducta hacia los valores vitales que para él resultan importantes. En este sentido, la ACT adopta una perspectiva claramente existencial, ya que se centra en clarificar los valores del paciente como fuente de motivación primordial para ayudarle a encontrar su equilibrio y su bienestar personal. Por otra parte, facilita que el paciente aprenda a tomar distancia respecto a sus eventos privados, puesto que le hace notar que es la lucha contra los síntomas lo que le aparta de las conductas que le ayudarían a encontrar su salud emocional. A diferencia de enfoques precedentes, lo importante en una intervención ACT no es que el paciente genere alternativas a un pensamiento negativo, sino que pueda identificar y distanciarse de dichos pensamientos, para destinar su tiempo y energía a orientarse hacia los aspectos que para él son realmente importantes.

Los procesos de cambio en los que se fundamenta la ACT, tal y como indica la denominación de la propia terapia, son básicamente de dos tipos: los procesos de aceptación y los de compromiso y cambio de comportamiento.[37] Entre los primeros se encuentran el trabajo en la aceptación de los eventos desagradables, el distanciamiento del paciente en relación a los mismos y el fortalecimiento del sentido del yo. Entre los segundos, el contacto con el momento presente, la clarificación de los valores vitales del paciente y la acción comprometida sistemáticamente a la consecución de metas congruentes con los

valores personales. Según Carrascoso,[38] una sesión ACT debe contemplar cuatro grandes aspectos: los valores vitales que realmente importan al cliente; la exposición a los eventos privados temidos por el paciente, mediante ejercicios experienciales, paradojas o metáforas; la desactivación y el distanciamiento respecto al contenido de los eventos privados; y, finalmente, el fortalecimiento del yo del paciente, al que se le motiva para que actúe en dirección a la consecución de los objetivos y las metas que le marquen sus valores vitales.

El terapeuta trabaja partiendo siempre desde un profundo respeto por los valores y la experiencia del cliente, y construye un contexto que le ayude a modelar su comportamiento en la dirección adecuada para la consecución de su bienestar, es decir, en dirección a sus valores. La relación terapéutica puede tener en sí misma funciones terapéuticas, como ya señalaron los promotores de la Psicoterapia Analítica Funcional,[32] y no existe impedimento alguno para que puedan utilizarse conjunta y sinérgicamente la ACT y la PAF. De hecho, la Terapia de Activación y Compromiso, al igual que la Psicoterapia Analítica Funcional, es una terapia en sí misma pero puede ser utilizada perfectamente como complemento de otros tipos de tratamiento.

#### *3.3.4. Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (**MBCT**)*

El *mindfulness* o *consciencia plena* busca que el paciente cultive una actitud de atención activa, contemplativa y de consciencia plena de sus propios procesos mentales en el momento presente, sin interferir ni valorar lo que siente o percibe, simplemente observándolo atentamente y dejándolo transcurrir. Según palabras de Dimidjian y Lineham,[39] «la consciencia plena como práctica es el acto de dirigir repetidamente la atención solo a una cosa (…) en el momento único en que estás vivo (…). Consciencia plena es la práctica de la voluntad de estar vivo en el momento y la aceptación radical de la totalidad de dicho momento». El *mindfulness* ha sido aplicado inicialmente en entornos clínicos para el control fisiológico-emocional en la reducción del estrés. Además de en este ámbito de intervención, se ha integrado dentro de otros procedimientos clínicos, y se ha mostrado eficaz en la Terapia de Conducta Dialéctica, en la Terapia Cognitiva de la depresión y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Respecto a su aplicación en el tratamiento específico de la depresión, se ha incorporado en la Terapia Cognitiva de la Depresión basada en el *Mindfulness*[40]para evitar las recaídas de los pacientes tratados por este trastorno una vez ya superado.[41-43] El programa detallado de su aplicación puede consultarse tanto en inglés[44] como en castellano.[45]

Existen diversas técnicas para practicar la atención plena o el *mindfulness*. Los procedimientos pueden ser muy diversos, pero los más utilizados incorporan elementos

cognitivos (meditación) y diversos tipos de relajación o ejercicios centrados en la experimentación y la concentración en sensaciones corporales.[46] Todos ellos buscan que el paciente aprenda a centrar su atención en lo que acontece en el momento presente de un modo amplio. Las técnicas para desarrollar habilidades de *mindfulness* requieren mucha práctica y entrenamiento y solo tras su ejercitación reiterada pueden dominarse de forma adecuada y beneficiosa para el paciente.

Los objetivos esenciales de la terapia son ayudar al paciente a centrarse en el momento presente, abriéndose a la experimentación de sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos, y enseñarle a desarrollar un vínculo diferente con dichas sensaciones, para facilitar la elección de la respuesta más adecuada ante la propia experiencia y para aprender a desvincularse (salir) de las rutinas cognitivas auto-perpetuantes.

Al igual que otras terapias de tercera generación, la MBCT es una terapia en sí misma aunque puede utilizarse también como complemento de otros tratamientos. Como ya se ha indicado, el dominio de la consciencia plena requiere mucha práctica y constancia en el entrenamiento por parte de los pacientes, y puede resultar difícil para algunas personas de edad avanzada. Por este motivo, es necesario valorar en qué pacientes mayores el entrenamiento en *mindfulness* puede resultar aplicable.

### 3.4. BREVE SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para finalizar esta parte del capítulo, en la que se ha llevado a cabo una revisión de las aportaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de la depresión en personas mayores, se sintetizan a continuación algunos de los aspectos más importantes.

La Terapia de Conducta es de fácil aplicación y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión con personas de edad avanzada y de diversos niveles socioculturales. Por su parte, la Terapia Cognitiva ha enriquecido el tratamiento al abordar los pensamientos automáticos disfuncionales de los pacientes depresivos junto con los esquemas desadaptativos subyacentes. Sin embargo, al aplicar la Terapia Cognitiva en pacientes de edad avanzada no puede olvidarse que muchos de ellos pueden presentar una dificultad extrema para cambiar sus esquemas cognitivos, ya sea porque les resulta muy difícil identificarlos, contrastarlos y hallar pensamientos alternativos aunque sea con la ayuda continuada del terapeuta o bien porque, a pesar de que puedan realizar correctamente todo el proceso, presentan dificultades para que este trabajo lógico y racional se traduzca en un cambio real en sus emociones y sus esquemas cognitivos. Por todo ello, en cada caso debe valorarse en qué grado la Terapia Cognitiva puede resultarnos eficaz. Finalmente, las Terapias de Conducta de Tercera Generación configuran un panorama heterogéneo de

tratamientos psicológicos que suponen cierto retorno a los principios funcionales y contextuales de la Terapia de Conducta, la cual se enriquece con aportaciones de otros enfoques. Aunque sus promotores consideran que todas ellas pueden aplicarse como terapias en sí mismas, reconocen asimismo su utilidad como complemento de otros tratamientos.

Sin duda, durante las últimas décadas han surgido diversos planeamientos dentro del enfoque de Terapia de Conducta o de Terapia Cognitivo-Conductual, que han supuesto la aportación de elementos interesantes que pueden incorporarse en la terapia de la depresión. La capacidad del terapeuta para valorar la idoneidad de cada uno de ellos en función de las necesidades y las capacidades del paciente, así como su competencia para combinarlos e integrarlos de manera armónica, son factores que contribuyen en gran medida al éxito del tratamiento.

## 4. Muestra de una intervención preventiva en el entorno residencial

Hasta ahora se ha comentado cómo puede intervenirse para tratar los trastornos depresivos en ancianos desde un enfoque cognitivo-conductual. Como ya se ha mencionado anteriormente, debe adaptarse su aplicación a las características y posibilidades del mayor (nivel sociocultural, preservación de capacidades cognitivas, sensoriales, funcionales, etc.), implicar a los cuidadores o familiares que lo atienden y ajustarse a las características diferenciales del contexto en el que se realiza la intervención (ya sea en la consulta, en el propio domicilio del paciente, o en entornos institucionalizados como residencias geriátricas, centros de día u hospitales sociosanitarios, entre otros).

Para finalizar este capítulo, se ofrece al lector una visión complementaria de la información anterior, ya que no trata sobre cómo intervenir en trastornos depresivos ya establecidos, sino acerca de cómo prevenirlos en el contexto residencial en el momento del ingreso en una residencia geriátrica, aplicando diversos de los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual presentados en el apartado precedente.

Según el IMSERSO,[47] las residencias geriátricas son centros que ofrecen alojamiento y atención integral temporal o permanente a personas mayores de 60 años cuando se desaconseja su permanencia en el domicilio, ya sea por motivos de soledad, pérdida de autonomía o períodos de descanso de sus cuidadores no profesionales. El hecho de renunciar al hogar y la necesidad de adaptarse a un nuevo entorno, con nuevas rutinas, nuevos horarios, nuevos compañeros y profesionales, supone un cambio muy importante en la vida de los ancianos que puede desencadenar problemas adaptativos con un claro predominio de ánimo depresivo o de tipo ansioso, así como exacerbar trastornos

psicológicos preexistentes, cuya prevención supone uno de los objetivos prioritarios de la intervención.

Por este motivo, el equipo de profesionales de la institución trabajará de forma coordinada para lograr una correcta *aceptación del ingreso*, una especial provisión de *apoyo afectivo* por parte del personal del centro y de los demás mayores institucionalizados y, en la medida de lo posible, una adecuada implicación y *participación familiar*. Estos objetivos, compartidos por todos los profesionales de la institución, también formarán parte de las prioridades de la intervención del psicólogo cuya meta inicial, que a su vez será mantenida durante todo el proceso de institucionalización, será establecer una buena y sólida relación terapéutica con el nuevo residente. A continuación se comentan brevemente cada uno de estos objetivos. Debe tenerse en cuenta que a pesar de que aquí se presentan de manera secuenciada, se trabajan en la práctica de manera simultánea.

### 4.1. ESTABLECER UNA BUENA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL RESIDENTE

La intervención concreta del psicólogo se orienta a coordinar un recibimiento acogedor del mayor y a establecer una buena relación terapéutica que será la base de cualquier trabajo posterior. Se le debe preguntar qué le gusta y qué le disgusta, cuáles eran sus actividades habituales, sus horarios, etc., con el fin de mantener sus rutinas en la medida de lo posible y minimizar así el impacto que supone el cambio de contexto en el estilo de vida del mayor. Con este gesto, se le hace partícipe de las decisiones relacionadas con su vida y, si cabe, de su tratamiento. La influencia del psicólogo, junto con otros profesionales, es de vital importancia en la mejora del bienestar del residente debido al tipo de relación afectiva y de apoyo que se establece entre ambos. El mayor debe poder encontrar en el psicólogo a un profesional dispuesto a escucharle, a comprender sus problemas, a prestarle una ayuda decidida y continuada, con el que trabajará en plena confianza y en colaboración con vistas a un objetivo común: su propio bienestar.

### 4.2. CONSEGUIR UNA ADECUADA ACEPTACIÓN DEL INGRESO

El psicólogo también debe atender a los *aspectos ambientales y de entorno*, dado que son importantes para favorecer o dificultar la adaptación del nuevo residente a la institución. Se debe acompañar al mayor y mostrarle las instalaciones del centro al tiempo que se le presenta y facilita el contacto con los residentes más sociables y acogedores y con el equipo de profesionales. Se recomienda prestar una atención especial al mantenimiento de sus aspectos personales en la habitación, cuidar el lugar donde se sienta en el comedor o la sala

donde descansará con otros residentes, y procurar el contacto con personas de sus características y el distanciamiento de otros residentes con demencia o patologías graves que pudieran dificultar su integración al centro.

Durante este proceso, resulta primordial que el psicólogo mantenga una *actitud positiva* en relación a las ventajas que supone la estancia en la institución geriátrica y refuerce todos los *pensamientos positivos y adaptativos* que tenga el mayor. Debe mantener a su vez una *actitud atenta*, de *escucha activa* y de *seguimiento* de las necesidades y de la evolución del residente, para poder detectar cualquier elemento que indique la presencia de dificultades respecto a la adaptación, para poder tratarlo adecuadamente. La *planificación de actividades* diarias gratificantes resulta de suma importancia en esta etapa. La sensación de estar ocupado y acompañado, gracias a la participación en actividades de recuperación y de animación facilita que el residente se sienta integrado. Estas actividades ayudan al mayor a ocupar sus pensamientos y facilitan el contacto social con los demás residentes y profesionales. Deben escogerse según dos criterios complementarios: por una parte, el interés y la satisfacción que causan o han causado en el paciente y, por otra, el grado de dificultad que impliquen. Es importante comenzar pues por las más satisfactorias y sencillas. Si se cree conveniente, pueden dividirse en subactividades con el objetivo de que puedan realizarse a corto plazo con éxito, para facilitar así el acercamiento progresivo a la actividad final deseada.

Resulta interesante que los profesionales que dirigen las actividades las registren diariamente. También es conveniente registrar el grado de satisfacción alcanzado por el residente al realizarlas. Es recomendable que esta tarea, al tratarse de personas ancianas institucionalizadas, sea realizada por el psicólogo, mediante las conversaciones-entrevista, aparentemente informales, que mantiene regularmente con el residente. Todo ello servirá para mantener las actividades que causan agrado y progresar en la planificación establecida y para que, en caso de no producirse un resultado deseado, pueda indagarse en la causa y en su posible solución. Por ejemplo, si el problema es debido a una actividad mal graduada, puede buscarse una meta anterior; si es debido a distorsiones cognitivas, se aplicarán técnicas de este tipo; si el problema está motivado por déficits de habilidades sociales, se trabajará en esta perspectiva fomentando las relaciones interpersonales, mejorando la integración social y las competencias comunicativas. Los centros geriátricos, en función de su tamaño y posibilidades, pueden organizar una gran variedad de actividades para los residentes.[48] Entre ellas, cabe destacar: los *programas de intervención psicosocial*, como talleres de estimulación de la memoria, del lenguaje, de entrenamiento en relajación, en habilidades sociales, de pensamiento positivo o de terapia con animales; los *programas de terapia ocupacional*, como

programas de reeducación de las AVDS, de orientación a la realidad, de psicomotricidad o de musicoterapia; *programas de animación sociocultural*, como actividades lúdico-recreativas, de destreza manual o físico-deportivas; y, por último, los *programas fisioterapéuticos* de mantenimiento o recuperación funcional. En caso de cierta pérdida de autonomía recuperable, el psicólogo puede trabajar con el residente y el profesional responsable del programa en la instauración de *objetivos realistas* de recuperación.

### 4.3. APOYO AFECTIVO EN EL CENTRO

El psicólogo, junto con los demás profesionales, debe ofrecer en todo momento apoyo emocional al nuevo residente. Se procurará que el mayor disponga siempre de la posibilidad de estar acompañado, en especial de los residentes con quienes mejor sintonice. Los profesionales cuidarán especialmente la calidez y el respeto en el trato y favorecerán la *integración social* del mayor con los demás residentes. Es necesario animarle y reforzar su participación en las *actividades* organizadas. En algunos casos, el psicólogo debe ayudar tanto a los mayores como a los propios profesionales a relativizar ciertos comentarios o conductas de algunos residentes que, debido a su patología, pueden herirlos emocionalmente. Son frecuentes las disputas y los *conflictos emocionales* surgidos por la convivencia residencial. Con ayuda del psicólogo, el residente o el profesional, según sea el caso, puede valorar el conflicto, reevaluar la evidencia a favor y en contra de la interpretación realizada, rebajar la tensión emocional e incluso minimizar la importancia del hecho. El terapeuta debe enseñar al mayor y a los profesionales a prevenir y a lidiar con los problemas y conflictos surgidos de la convivencia residencial.

### 4.4. APOYO FAMILIAR ADECUADO

Las *visitas de los familiares* deben facilitarse en la medida de lo posible, ya que favorecen que el residente se sienta querido por ellos, en vez de abandonado y repudiado. Si las relaciones lo permiten, resulta interesante abordar el apoyo familiar desde dos frentes: el del propio residente y el de la familia. En el mejor de los casos, cabe trabajar con el paciente el beneficio que le supone estar mejor atendido por profesionales capacitados que en su propio domicilio, donde puede gozar de una amplia oferta de actividades y de un régimen de visitas regular de sus seres queridos. Por otro lado, resulta interesante desculpabilizar a los familiares del ingreso del mayor en el centro e implicarlos en el estado del anciano, en las actividades abiertas del centro y en el establecimiento de una agenda tanto de visitas al centro como de salidas al exterior. Puesto que existe una amplia casuística de universos e

historias familiares, es necesario valorar en cada caso la situación y proponer el tipo de aproximación más adecuada. En algunos casos, el proceso es fácil y el resultado gratificante. En otros, uno puede encontrarse con historias complicadas y resentimientos que pueden ser difíciles de gestionar.

Cabe añadir, por último, que las residencias son realmente heterogéneas. Varían en función de muchísimos aspectos, como el perfil mayoritario de residentes, el tamaño del centro, el número de profesionales o el grado de adecuación de recursos a las necesidades reales de la institución. En cualquier caso, el tratamiento psicológico será complementario a la intervención del resto del equipo interdisciplinar y cada residente dispondrá de un Programa Individual de Atención (PIA), cuyo objetivo es consensuar un plan de trabajo unificado e interdisciplinar entre todos los profesionales que atienden al residente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, educadores sociales, etc.), para facilitar al máximo el bienestar bio-psico-social del mayor institucionalizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Gil P, Martín M, compiladores. Guía de buena práctica clínica en Geriatría: depresión y ansiedad [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Citado 2004. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51073
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Revista de Medicina Clínica. 2006; 126(12):445-51.
3. 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 Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Estévez Sieteiglesias V. Curso dirigido a médicos de la Atención Primaria, para mejorar la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Depresión en las Personas Mayores. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2004; 2:121-41.
5. Pérez M, García JM. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I, editores. Guía de tratamientos eficaces I. Adultos. Madrid: Pirámide; 2003. p.161-95.

6. Solano N, Gallagher-Thompson D. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36:189-94.
7. Aymerich M, Sidera F, Serrat E, Rostan C, Amadó A. El psicólogo en las residencias de mayores. Situación actual y necesidades de cambio en las comarcas de Girona [Internet]. Fundación Campus Arnau d'Escala. Girona. Citado 2009. Disponible en: http://dixit.gencat.cat/portal/fitxes/publicacions/publicacio_gentgran_psicoleg_residencies_geriatriques_compAmbit=gentgran y en http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=0&id=57261&irPag=1&clave=io8oh3R5or&pos=0
8. Aymerich M, Casas F, Salamó A. Ser mayor y vivir solo o en compañía de otra persona anciana. Detección de necesidades y situaciones de riesgo potencial. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 2008; 18(1):6-11.
9. Salamó A, Aymerich M, Casas F, Gras ME. Feminización y soledad del colectivo de personas mayores. Cuantifiación y reflexiones a partir del caso de Girona. Revista de Treball Social. 2009; 187,89-94.
10. Fester C. A functional analysis of depression. American Psychologyst. 1973; 28:857-70.
11. Lewinsohn PM, Muñoz RF, Youngren MA, Zeiss AM. Control your depression. Englewood Cliffs: NJ Prentice-Hall; 1978.
12. Lewinsohn PM, Gotlib IH. Behavioral theory and treatment of depression. En: Beckham EE, Leber WR, editores. Handbook depression. Nueva York: Guilford; 1995.
13. Brown RA, Lewinsohn PM. Coping with depression work-book. Eugene, OR: University of Oregon; 1979.
14. Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Steinmetz JL, Teri L. The coping with depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene, OR: Castalia; 1984.
15. Beck AT, Rush AJ, Shaw B F, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford press; 1979. [Trad. cast.: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003].
16. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Nueva York: Lyle Stuart; 1962. [Trad. cast.: Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouver; 2010].
17. D'Zurrilla TJ. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. Nueva York: Springer; 1986. [Trad. cast.: Terapia de resolución de

conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica. Bilbao: Desclée de Brouver; 1993].
18. D'Zurrilla TJ, Nezu AM. Social problem solving in adults. En: Kendall PC, editors. Advances in cognitive-behavioral research and therapy. Nueva York: Academic Press; 1982. p. 201-274.
19. Nezu AM, Nezu ChM, D'Zurrilla TJ. Solving Life's Problems: A 5-Ste`Guide to Enhanced Well-Being. Nueva York: Springer; 2007.
20. Ellis, A. Envejecer con plenitud: cómo superar el hacerse mayor. Barcelona: Obelisco; 2007.
21. Gómez A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. Madrid: EOS Psicología; 2003.
22. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. J Consult Clin Psychol. 1996; 64(2): 295-304.
23. Pérez M. La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del Psicólogo. 2007; 28(2): 97-110.
24. Nezu AM. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. Clinical Psychology Review. 1987; 7:121-44.
25. Nezu AM, Nezu CM, Perri, MG. Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines. Nueva York: Wiley; 1989.
26. Areán PA. Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. Psicología Conductual. 2000; 8(3): 547-59.
27. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004; 35, 639-65.
28. Kanter JW, Busch AM, Rusch LC. Behavioral Activation: Distinctive Features. Taylor & Francis Group; 2009. [Trad. cast.: Activación conductual. Refuerzos positivos ante la depresión. Madrid: Alianza; 2011].
29. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. Clinical Psychology: Science and Practice. 2001; 8:255-70.
30. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression in context: Strategies for guided action. Nueva York: Norton; 2001.
31. Lejuez CW, Hopko DR, LePage JP, Hopko SD, McNeil DW. A brief behavioral activation treatment for depression. Cognitive and Behavioral Practice. 2001; 8:164-

75.
32. Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship. Nueva York: Plenum; 1991.
33. Ferro R. La psicoterapia analítica funcional: estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. Psicología Conductual. 2006, 14(3): 343-59.
34. Ferro R, Valero L, Vives MC. Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. Análisis y Modificación de Conducta. 2000; 26: 291-317.
35. Ferro R, Valero L, Vives MC. Application of Functional Analytic Psychotherapy: clinical analysis of a patient with depressive disorder. The Behavior Analyst Today. 2006; 7:1-18.
36. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change. Nueva York: Guilford; 1999.
37. Wilson KG, Luciano C. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide; 2002.
38. Carrascoso FJ. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Características, técnicas clínicas básicas y hallazgos empíricos. Psicología Conductual. 2006; 14(3): 361-85.
39. Dimidjian S. y Lineham M. Mindfulness practice. En: O'Donohue W, Fisher JE, Hayes SC, editors. Cognitive gehaviour therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. Hoboken NJ: John Wiley & Sons; 2003.
40. Scherer-Dickson N. Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. Counselling Psychology Quarterly. 2004; 17:223-34.
41. Teasdale J, More R, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal Z. Metacognitiva awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. J Consult Clin Psychol. 2002; 70:275-87.
42. Teasdale J, Segal Z, Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behaviour Research and Therapy. 1995; 33:25-39.
43. Teasdale J, Segal Z, Williams J, Ridgeway V, Soulsby J, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000; 68:615-23.
44. Segal AV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Nueva York: Guilford; 2002.
45. Segal ZV. Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo

abordaje para la prevención de las recaídas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2006.
46. Vallejo MA. Mindfulness. Papeles del Psicólogo. 2006; 27(2):92-99.
47. IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. [Internet] Citado 28 julio 2011. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/auxiliares/imserso_en_linea/residencias_personas_mayores/index.htm
48. Delgado ML. Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. Cuadernos de Trabajo Social. 2001; 14:323-39.

# 4
# TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD

*Sònia Magán, Mercedes Santiño y Sandra Lefler*

## 1. Introducción

El aumento demográfico de las personas de edad avanzada ya previsto hace 15-20 años y evidenciado en nuestro actual siglo XXI obliga y desafía a los profesionales de la Geriatría y la Gerontología, bien sea desde el ámbito clínico, el docente, el de la gestión o el de la investigación, a prestar atención a todos aquellos procesos psicológicos específicos en las personas de edad avanzada. Estos procesos pueden derivar de algún trastorno que se produjo en la infancia, en la adolescencia o en la juventud, y que ha acompañado al mayor a lo largo de su vida, o de nuevos trastornos con una edad de inicio tardía que, aunque son menos frecuentes, también están presentes en el momento del envejecimiento. En este capítulo se va a realizar un recorrido por la ansiedad en general y por los trastornos de ansiedad con criterios diagnósticos correspondientes con los grupos de población de edad avanzada.

## 2. Los trastornos de ansiedad en la edad avanzada

Está sobradamente descrito en diferente bibliografía que existe una prevalencia relevante de los *trastornos de ansiedad (TA)* en los grupos y subgrupos de personas de edad avanzada. En términos generales, y agrupando todos los trastornos descritos en los sistemas de clasificación del DSM (III, III-R y IV) y CIE-10, podría considerarse una prevalencia entre el 5,5% y el 14,2%. Las diferencias entre este amplio rango pueden responder a cuestiones metodológicas de los diferentes estudios como el procedimiento en la selección de muestra, el uso de diferentes sistemas diagnósticos, el enfoque jerárquico del diagnóstico, la inclusión/exclusión de determinados trastornos de ansiedad, los diferentes grupos de edad y el uso de determinados instrumentos para detectar los trastornos.[1]

No obstante, existe un acuerdo entre las diferentes investigaciones en que a medida que aumenta la edad del subgrupo estudiado, disminuye la prevalencia de la ansiedad, yendo desde un 6,9% en las personas entre 55 y 65 años, hasta un 2,3% en los mayores de 85.[2,3] En cualquier caso, el consenso es más que evidente cuando se comparan los grupos de jóvenes: entre el 30,2 y el 35,1%, en las edades comprendidas entre 18 y 44 años, el 15,3% en los menores de 65 años y el 5,5% a los mayores de 65 años.[4]

En resumen, los estudios epidemiológicos muestran que los TA son relativamente

comunes en la edad avanzada, pero menos que en la población de los adultos jóvenes.

### 2.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La literatura científica ha descrito diferentes trastornos de ansiedad en la vejez que, aunque en la forma corresponden a los mismos títulos diagnósticos que en la edad joven, en el fondo se caracterizan por sus propias especificidades.

En general, se habla de *la fobia simple o fobia específica* (FE) con una prevalencia del 3,1%; del *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG) entre 3,6% y el 11,5%[5,6] aunque puede disminuir hasta el 1% en personas de más de 75 años;[2] de la *fobia social* (FS), con prevalencias más bajas (0,6-2,3%);[2-7] del *trastorno obsesivo compulsivo* (TOC) presente en un 0,1-0,8%, ascendiendo al 3,5% en personas usuarias de servicios de larga estada;[10] del *trastorno de pánico* (TP), entre el 0,1 y el 1%;[8] y del *trastorno por estrés postraumático* (TEP) presente en el 0,4-1%.[7] Las prevalencias más bajas corresponden al TOC, al TP y al TEP, y se observa un patrón similar en la población de jóvenes y adultos. Hay un acuerdo general en que la edad de aparición de un TA en la edad tardía es poco frecuente, aunque probable. El 75% de los trastornos aparecen antes de los 21 años y el 90% antes de los 41.

Con relación al TAG, y teniendo en cuenta que es uno de los más frecuentes en edades avanzadas, se analizarán a continuación algunas características específicas. Hay estudios que muestran que solo el 33% de las personas con TAG se inician antes de los 50, con lo cual cabe pensar que el porcentaje de diagnósticos de TAG realizados después de los 50 años sigue siendo muy elevado.[9,10] Además, hay que tener en cuenta que el diagnóstico en la edad temprana se asocia con una mayor severidad en la intensidad de los síntomas y una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, bien sean de ansiedad, del humor o de abuso de sustancias.

Respecto al TEP, hay que considerar que no existe tanta diferencia respecto a su presencia en los diferentes grupos de edad. Tal afirmación puede explicarse porque este trastorno está íntimamente ligado a la consecución de un acontecimiento estresante y esta probabilidad existe a lo largo de toda la vida.

Una peculiaridad del TP es que, a pesar de que su aparición en la tercera edad suele ser poco frecuente, tiene otro perfil diferente a los jóvenes-adultos si se tienen en cuenta los elementos que causan los miedos. Es frecuente que aparezcan nuevos estímulos ansiógenos después del diagnóstico de una nueva enfermedad médica, como por ejemplo el miedo a viajar lejos del domicilio. Sin embargo, existe un acuerdo entre los clínicos en que algunos de estos miedos forman parte de las consecuencias naturales del proceso evolutivo del momento (más enfermedad, más dependencia, más vulnerabilidad, etc.).

Debido a la baja prevalencia de los TA en la edad avanzada y a la dificultad para detectarlos, hay que considerar los siguientes factores de riesgo exclusivos de este grupo de edad: ser mujer, tener varios diagnósticos médicos crónicos, estar soltero, divorciado o separado, disfrutar de un menor nivel educacional, tener una peor percepción de salud, soportar estresores vitales, sufrir limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), padecer los efectos adversos de haber tenido una mala infancia, o sufrir neuroticismo.

Otro tópico importante en esta población es la experiencia de los síntomas de ansiedad y la expresión emocional de los mismos. Según los resultados recogidos tanto en tests como en pruebas de laboratorio,[11] el grupo de edad que aquí se trata parece experimentar un menor *efecto negativo* (depresión, ansiedad, hostilidad, timidez, etc.) y, contrariamente a los jóvenes, tolera mejor aquellos aspectos en los que aparece la carga de la «culpa». Los hallazgos de neuroimagen y fisiopatológicos sugieren que este grupo presenta una disminución atencional de los estímulos negativos en relación con los neutros y positivos, y un aumento de la memoria con los elementos positivos.[12] Parece que los mayores activan diferentes estructuras que los jóvenes y, por tanto, existe un cambio subyacente en los sistemas, esto es, aparece una mayor activación de la amígdala ante lo positivo y en relación con lo negativo en comparación con los jóvenes, y utilizan a su vez otras áreas (corticolímbicas) frontales. En esta dirección, muestran más excitación sexual ante imágenes estimulantes aunque esto no corresponda con una mayor respuesta fisiológica (como sería la conductancia de la piel, etc.). También se ha objetivado un menor aumento de la frecuencia cardíaca, que reporta menos síntomas y de menor duración. En consecuencia, estos resultados sugieren que los mayores procesan de una forma diferente las emociones y que muestran una menor respuesta autonómica a fuertes estados emocionales en comparación con los jóvenes.

Existen asimismo diferencias en términos de ciclos y preocupaciones vitales. Las personas de edad avanzada prestan más atención a las consecuencias de la jubilación, a los problemas derivados de la salud física, a las pérdidas (cónyuge, familiares y seres queridos), a la reducción de los recursos económicos y a la discapacidad. En cambio, los jóvenes centran sus preocupaciones en la familia y en el trabajo. Hay que tener en cuenta esta relación de preocupaciones vitales a la hora de detectar una TAG en la vejez. La baja frecuencia con la que tienen lugar las crisis de pánico puede explicarse a través de la hipótesis neurobiológica de los neurotransmisores cerebrales, esto es, la disminución de la actividad noradrenérgica y de la colecistocinina y el mantenimiento del GABA. Esta podría ser la explicación de este «efecto natural de calma» relacionado con la edad.[1]

El TOC también tiene sus características propias en la vejez. En estos pacientes, hay una menor incidencia en los problemas de simetría y de rituales de contar y, en cambio, existe un mayor temor a «haber pecado» y una mayor frecuencia del ritual de lavarse las manos que en los jóvenes. A su vez, sus obsesiones presentan una menor gravedad y son menos propensos a referir contaminación, religiosidad u obsesiones somáticas.[13] A pesar de que los síntomas del TEP disminuyen con la edad, cabe destacar el miedo a los rayos y tormentas, a las alturas y particularmente el miedo a las caídas. Al mismo tiempo, también disminuye con la edad la severidad de los síntomas de la FS pero aumenta el número de situaciones temidas. Algún estudio apunta que el trastorno puede agudizarse de nuevo a partir de los 80 años.[14]

Por último, cabe añadir que, en general, los mayores diagnosticados de trastornos de ansiedad pueden experimentar más quejas de naturaleza somática (mareos, temblores, sudoración, vértigo, inestabilidad, inquietud psicomotriz, hormigueos, etc.)[15] y muestran una peor calidad de vida,[16] un mayor deterioro funcional y una mayor discapacidad en comparación con los individuos de la misma edad sin ansiedad.[17]Asimismo, la presencia de signos ansiosos, sin cumplir criterios clínicos para un diagnóstico también está relacionada con el sueño, la interferencia en las AVD, la angustia, la exacerbación de los síntomas de otras patologías médicas (por ejemplo las cardíacas), las limitaciones en la movilidad y un mayor uso de los recursos sanitarios (tanto en número como en tiempo).[18]

### 2.2. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Está bien establecida, tanto en la población joven como en personas de edad avanzada, la frecuencia que existe entre la comorbilidad de la ansiedad con los trastornos del humor, concretamente de la depresión. Diferentes estudios constatan que entre un 13% y un 23% de los mayores con TA también reúnen criterios para un trastorno depresivo mayor (TDM).[19,20] Y en la misma dirección, pero a la inversa, entre el 47 y el 50% de la población mayor con depresión también presenta comorbilidad de ansiedad, siendo los más comunes el TAG (27,5%), la FE (9,3%), el TP (8,8%) y la FS (6,6%).[21] Asimismo, la comorbilidad no se asocia al funcionamiento físico, pero sí a un menor funcionamiento social. De igual forma, cuando el TAG se asocia a la depresión también se observa una mayor cronicidad del TA.

Por otra parte, así como en la población joven los ta acostumbran a preceder a los del humor, con la posible excepción del TAG y el TOC, en la población de mayores es difícil encontrar este orden de aparición. Aunque solo existe un estudio (Lenze *et al.*)[22] que hable de la cronología entre el TDM y el TAG en la población mayor, este concluye que es muy raro

que estos dos trastornos aparezcan o remitan simultáneamente. La mayoría de TAG se presenta de forma singular y se instaura como un episodio que se cronifica, con una duración media de 16,7 años.

También existe una alta comorbilidad entre el TP y la depresión, con porcentajes entre el 36,7 y el 50%,[23] igual que con la FS y la depresión (38%), aunque también se le asocia el abuso de sustancias (35,2%). En general, estos resultados ponen de relieve tanto los altos índices de comorbilidad que existen entre los TA y el estado de ánimo, así como el abuso de sustancias. Por último, queda añadir que dicha comorbilidad tiene un impacto negativo en la respuesta al tratamiento. Específicamente, cuando el tratamiento que se ha escogido es el farmacológico con antidepresivos, los sujetos que presentan comorbilidad pueden obtener las respuestas terapéuticas mucho más tarde, en concreto, hasta un 50% más de tiempo.

### 2.3. CAUSAS ORGÁNICAS DE LA ANSIEDAD

Los grupos de *patologías médicas* más frecuentes, entre cuyos síntomas puede encontrarse la ansiedad, son:

- Causas endocrino-metabólicas: hiper o hipotiroidismo, hiperpara-tiroidismo, feocromocitoma, diabetes, hipercortisolismo.
- Patologías cardiovasculares: prolapso de la válvula mitral, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, rotura de aorta, taquiarritmias, crisis hipertensivas.
- Afecciones pulmonares: embolismo pulmonar, EPOC, neumotórax, crisis asmáticas.[24]
- Neurológicas: migrañas, tumores cerebrales, enfermedad desmielinizante, enfermedad de Parkinson, convulsiones parciales complejas, trastornos vestibulares, síndrome confusional (que puede ser de etiología tóxica, metabólica, infecciosa o traumática), síndromes demenciales.[25]

Cabe añadir que el hecho de que aparezca ansiedad cuando se padece una enfermedad médica vascular se asocia con una mayor tasa de mortalidad. Algunas investigaciones han llegado a la conclusión de que la presencia de los síntomas de ansiedad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de una futura enfermedad cardíaca.[26]

El *consumo de sustancias* como antidepresivos, neurolépticos, nicotina, éxtasis, cocaína, cafeína, alcohol, anfetaminas, marihuana, esteroides y hormonas tiroideas también puede ser la base de un episodio ansioso.[24] Esta sintomatología puede verse causada asimismo por el abandono de medicación o de tóxicos como las benzodiacepinas (en especial las de vida corta) u otros depresores del sistema nervioso central (hipnóticos). Es muy importante

advertir al paciente y a su familia sobre los riesgos de la supresión brusca de la medicación.[25]

### 2.4. FACTORES DE RIESGO

A lo largo de la vida se van presenciando determinados acontecimientos relevantes que, en ocasiones, nos afectan significativamente e incrementan nuestra vulnerabilidad al mismo tiempo que amenazan nuestras posibilidades de adaptación y de desarrollo personal y social. Algunos de estos acontecimientos son previsibles, fruto de cambios evolutivos o normativos (bodas, emancipación, roles laborales, jubilación, etc.); otros son inesperados o imprevistos (enfermedades, hospitalizaciones, evolución hacia situaciones de dependencia y sus posibles consecuencias como las caídas, la institucionalización, etc.). Estos últimos son los llamados *acontecimientos vitales* o *life-events* que, como en cualquier otra época de la vida, en la edad avanzada plantean retos y miedos y, en algunas ocasiones, las personas pueden responder con un grado mayor o menor de ansiedad.

Existen otros factores que pueden predisponer y propiciar respuestas de tipo ansioso y que se enumeran a continuación en subgrupos en función de su naturaleza:

1. Factores biológicos:
    - Historia personal o familiar de trastornos por ansiedad.
2. Factores físicos:
    - Enfermedades, con o sin decremento de las facultades físicas (problemas de movilidad, déficits sensoriales –visuales, auditivos, etc.).
    - Compromiso de la capacidad sexual.
    - Declive en la capacidad de funcionamiento general del individuo.[27]
3. Factores psicológicos:
    - Disminución de la autoestima.
    - Compromiso de la autonomía personal.
    - Sensación de pérdida del control de sus vidas.
    - Pérdida de la capacidad mental.
    - Adaptación al envejecimiento.
    - Trastornos psicopatológicos (de la personalidad, del humor, etc.).
    - Consecuencias psicológicas del cambio en la arquitectura del sueño.
4. Factores sociales, culturales y económicos:
    - Pérdida de la pareja (viudez, divorcio).
    - Pérdida de familiares o amigos.

- Pérdida de bienes materiales (vivienda, vehículo).
- Red social empobrecida.
- Nido vacío.
- Soltería / soledad.
- Cambio de domicilio.[28]
- Maltrato.
- Cambios en los roles laborales (jubilación, despido).
- Institucionalización.

Los factores sociológicos con más impacto en la vida de las personas en la tercera edad parecen ser el maltrato, la jubilación y el proceso de institucionalización, debido a los grandes cambios que ocasionan en la estructura personal, familiar y social. Según la OMS, *el maltrato* de personas mayores se define como una acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Los tipos de maltratos pueden ser físicos, psicológicos/emocionales, sexuales, financieros o pueden simplemente constituir un acto de negligencia intencional o por omisión.[29] Puede ocurrir en el ámbito familiar o institucional (residencias, hospitales, centros de día, etc.). Existen numerosos factores de riesgo para ser objeto de maltrato: padecer déficits cognitivos o demencia junto con síndromes geriátricos (incontinencia, movilidad, desnutrición, trastornos conductuales -agresividad, agitación, deambulación errática, desinhibición, apatía-), sufrir alguna alteración sensorial o problemas físicos, tener una dependencia física, funcional, emocional o económica.

Al margen de los signos de agresión física, como contusiones o hematomas, es aconsejable explorar el estado emocional y psicológico.[30] El clínico debe centrar la atención en los posibles signos que puedan delatar o levantar sospechas sobre un posible maltrato: la ansiedad, el posible miedo al cuidador, los escasos contactos visuales o de comunicación, las declaraciones ambivalentes para describir una situación, el cambio de hábitos alimenticios, la pasividad, el retraimiento, el aislamiento social y la baja autoestima.[31]

Entre las reacciones psíquicas negativas que puede producir *la jubilación*, los psicólogos destacan la ansiedad y la depresión. La ansiedad es el síndrome más frecuente y se debe normalmente al desconocimiento de lo que acontece tras el fin de la vida laboral, a la reducción de ingresos, a la amenaza de la disminución de las relaciones sociales, a la caída del estatus sociolaboral y al exceso de tiempo libre del que se dispone tras el abandono del rol laboral.[32]

Algunas de las recomendaciones para realizar con éxito esta transición son: explorar

individualmente los factores positivos de la jubilación; interpretar la falta de normas (laborales, horarias) como una oportunidad para el ejercicio de la libertad personal y no como una amenaza; realizar hobbies y todas aquellas actividades que en su momento no se pudieron hacer por falta de tiempo o por cargas laborales y familiares; considerar la jubilación como una oportunidad de realización y no de frustración personal; realizar tareas de servicio social como un voluntariado;[33]pensar en la necesidad de gestionar de manera novedosa el tiempo; fomentar el crecimiento personal y el desarrollo espiritual.

Cuando algún miembro de la unidad familiar padece demencia, toda la familia la sufre en mayor o menor grado. La falta de información y de apoyo y el agotamiento del cuidador principal son factores causantes de la claudicación familiar y esto puede conducir a que se opte por el ingreso en algún servicio de atención a la dependencia. Los síndromes conductuales y psicológicos por demencia (SCPD) son los que producen la mayor sobrecarga en el cuidador y en la familia y son los que determinan, en muchas ocasiones, que se proceda a la *institucionalización* del familiar.[34] Otros elementos que ejercen un peso importante en la decisión de internamiento de los mayores son las profundas transformaciones familiares y laborales que ha experimentado nuestra sociedad en estos últimos años, junto con variables como el aislamiento, la soledad y las barreras arquitectónicas. Partiendo de estos preceptos, los centros residenciales se consideran un recurso alternativo y una oferta necesaria en determinadas circunstancias. No obstante, el ingreso en una institución implica rupturas de tipo afectivo, material y social y, a veces, también conlleva problemas emocionales (ansiedad, depresión, disminución de la autoestima).[35] Supone un cambio existencial muy importante en el ciclo vital del mayor, que afecta a todos los ámbitos de su vida. Exige un nuevo proceso de socialización: la persona tendrá que adaptarse a nuevas reglas y patrones de conducta, y deberá pasar, según Goofman, «de un yo individual a un yo colectivo», desterrando hábitos, costumbres y tradiciones arraigadas que le definían como aquella persona con un estilo de vida propio. A todo ello hay que sumarle el momento del ciclo vital en el que ocurre, con todos los posibles cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales que implican un mayor esfuerzo para la asimilación y la posterior adaptación. En ocasiones se ven agravados por la presencia de una discapacidad funcional, cognitiva o ambas.[36]

El momento del *pre-ingreso* en un centro asistencial es tan estresante para el anciano como para la familia. Se aconseja facilitar información clara y concisa para reducir los síntomas de la ansiedad ante esta nueva situación o *life-event.* Durante el *ingreso* se experimentan fuertes sentimientos, por lo que es importante que el equipo del centro ofrezca una buena acogida y que se muestren las instalaciones. Es importante que la familia o las personas responsables

estén presentes en este momento vital ya que así se conseguirá crear un buen clima de confianza y, por tanto, reducir el estrés inicial.[35] En la *fase de adaptación* e integración, en aquellos residentes a quienes no se les hizo partícipes de esta decisión, o bien se procedió en contra de su voluntad, puede aparecer, con mucha probabilidad, un período dominado por signos o síntomas de ansiedad. Las mentiras, la poca o mala relación familiar, los problemas sociales, las enfermedades psiquiátricas preexistentes son también factores de riesgo que permiten predecir cómo se llevará a cabo el proceso de adaptación. En estas circunstancias cabe realizar un seguimiento por parte del psicólogo del equipo.

Llegados a este punto, sería aconsejable tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Realizar entrevistas de evaluación y seguimiento que le permitan expresar sus necesidades, inquietudes, miedos y sentimientos revalorizará su persona e incrementará su autoestima.
- Intentar compaginar sus costumbres y hábitos con las reglas del centro, como decorar la habitación a su gusto con objetos propios, reforzará el sentimiento de pertenencia.
- Evitar la pérdida de identidad social.
- Fomentar la corresponsabilidad y la implicación familiar.[36]
- Favorecer el proceso de ingreso y la adaptación del nuevo residente.
- Familiarizar al nuevo residente con el que va a ser su nuevo hogar.
- Proporcionar apoyo emocional e instrumental, e integrarlo en las actividades generales, terapéuticas, lúdicas y sociorecreativas.[37]

A pesar de seguir estas recomendaciones, también hay que considerar que la vivencia del cambio se presenta de manera distinta de acuerdo con los factores de personalidad, los estilos de vida y la capacidad de afrontamiento de cada persona. En ocasiones, es necesario un cierto período de tiempo para reajustarse emocionalmente a la nueva situación. En caso de que esto no ocurra, este cambio puede dar lugar a un trastorno adaptativo.[27]

## 3. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

El DSM-IV define la demencia como «un síndrome caracterizado por el desarrollo de múltiples déficits cognitivos incluyendo alteraciones de la memoria y, al menos, uno de los siguientes trastornos cognitivos: afasia, apraxia, agnosia o alteraciones en el funcionamiento ejecutivo».[38]

Según varias investigaciones, parece que los trastornos de ansiedad (TA), cuando se

presentan en comorbilidad con una demencia, precipitan el deterioro de las capacidades cognitivas en la tercera edad. Algunos estudios transversales han demostrado que las personas con deterioro cognitivo leve (DCL) son más propensas a este tipo de patología ansiosa. Pero la dirección de esta asociación no está clara ya que no se ha seguido en el tiempo a los pacientes con deterioro cognitivo y TA mediante el uso de diseños longitudinales. Este tipo de diseños ha demostrado que la ansiedad en la vejez puede incrementar el riesgo de deterioro cognitivo más allá de los riesgos propios de la edad. La asociación entre ansiedad y deterioro cognitivo puede ser bidireccional: la ansiedad crónica puede causar deterioro cognitivo o bien desarrollarse como consecuencia de este. Es decir, los síntomas de ansiedad pueden presentarse como una respuesta a las preocupaciones en relación con el propio deterioro cognitivo o como el resultado directo de la degeneración neurológica por causa de la demencia, que afecta a las áreas del cerebro responsables de las alteraciones emocionales y fisiológicas de los TA.[26]

La agitación es un motivo de consulta frecuente de los pacientes con demencia; puede reflejar un cuadro ansioso, una depresión, un problema orgánico o ser parte del propio cuadro demencial.[25] Las alteraciones conductuales relacionadas con la ansiedad pueden producir discapacidad en la persona afectada, estrés en el cuidador y un decremento de la calidad de vida de ambos.

La ansiedad puede ser uno de los signos más precoces de la enfermedad de Alzheimer. Puede aumentar a medida que el paciente toma conciencia de sus déficits o bien estar presente mientras se mantiene la capacidad de *insight*.[25] La ansiedad en esta demencia aparece en el 30%-50% de los casos, y se asocia a síntomas como la irritabilidad, la agresividad, la inquietud, la agitación psicomotriz y el llanto patológico. Puede preceder, coincidir o seguir al debut de la enfermedad. Suele ser reactiva y, solo de forma ocasional, es parte integrante de la sintomatología propia de la EA. Pueden escogerse para el tratamiento fármacos como benzodiacepinas, buspirona y betabloqueantes.

En la enfermedad de Parkinson, la ansiedad suele ser un síntoma que también puede presentarse en comorbilidad con otros signos psiquiátricos, como los depresivos. Es frecuente que la situación ansiosa se encuentre enmarcada dentro de un cuadro depresivo más importante. Es preciso determinar el tipo de ansiedad (ansiedad social, de pánico con agorafobia…). Junto con la ansiedad, pueden presentarse otros síntomas como la angustia (hasta el 40% de los pacientes, siendo más frecuente en situaciones *off)* o los ataques de pánico o cualquier tipo de manía, los cuales, aunque aparezcan raras veces, es necesario tener en cuenta y están habitualmente relacionados con la levodopa. Para estos síntomas, se recomienda utilizar ansiolíticos u otras benzodiacepinas.[39]

Las intervenciones no farmacológicas son medidas terapéuticas de primera elección especialmente útiles si la alteración de la conducta es leve. En cambio, si es moderada o grave o entraña peligros, es necesario combinarlas con medidas farmacológicas. En las fases más leves de cualquier tipo de demencia, se utiliza el tratamiento cognitivo-conductual.

Las terapias no farmacológicas tienen un papel importante en la modificación de las circunstancias específicas que desencadenan la ansiedad y la angustia. Son intervenciones que han mostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad en pacientes con demencia. Algunos enfoques psicoterapéuticos resaltan la importancia de reestructurar el entorno inmediato del paciente para que puedan resolverse ciertos problemas físicos y de espacio. Algunos de estos son: los programas de estimulación y actividad (terapia de orientación a la realidad, reminiscencia, musicoterapia, actividad física, programa de psicoestimulación integral); los programas de reestructuración ambiental; las técnicas de modificación de conducta; los programas para familiares; el entrenamiento en capacidades cognitivas específicas; nuevas intervenciones como los programas interactivos con ordenadores, el programa intergeneracional o la metodología Montessori *(Clasificación de los tratamientos no farmacológicos en las demencias* (Francés *et al.*);[40] o la psicoterapia (aceptación, afrontamiento).

Otras estrategias terapéuticas complementarias pueden aplicarse por sí solas o en combinación con las de naturaleza no farmacológica descritas anteriormente: la psicoeducación, la información y el apoyo emocional a los familiares o cuidadores, los grupos de soporte, el mantenimiento de aficiones o hobbies, la terapia asistida con animales (equinoterapia por ejemplo), las terapias corporales (yoga, técnicas de relajación, masaje, reflexoterapia), las terapias creativas (ludoterapia, arteterapia, danzaterapia, laborterapia, musicoterapia).[38] La respuesta de las personas que sufren EA a la música es un fenómeno remarcable, ya que es una función que se mantiene preservada hasta las fases más avanzadas de la enfermedad, incluso hasta el final de la vida.[39]

Finalmente, es preciso remarcar que es necesario trabajar de manera multidisciplinar en el ámbito de las demencias. También es importante consensuar y unificar los criterios diagnósticos así como realizar una valoración geriátrica integral periódica que permita, por una parte, valorar al sujeto para determinar su línea base y, por otra, obtener diferentes medidas en el tiempo que nos permitan tener la información clínica sobre su evolución en función de su ciclo vital.[40]

## 4. EVALUACIÓN

De acuerdo con el paradigma bio-psico-social y en la línea de la mayoría de las conclusiones que se extraen de la literatura científica, la evaluación en Gerontología, como en cualquier otra fase del ciclo vital, debe hacerse desde una perspectiva integral o multidimensional, idiográfica, atendiendo a las variables individuales, y nomotética o en referencia a un grupo normativo.[41] Como cualquier trastorno psicopatológico, la ansiedad puede tener una o más causas que interaccionen entre sí, varios factores de mantenimiento y distintas consecuencias que se sitúan a lo largo de un continuum: desde la afectación subclínica, la transitoriedad o la alteración específica de las áreas de funcionamiento, hasta el malestar clínicamente significativo, la cronicidad o la interferencia acusada en la rutina normal del individuo, en su vida laboral/académica o social.[42]

Si bien estos factores se toman en consideración a partir de una sintomatología objetiva o subjetiva referida para el proceso diagnóstico-terapéutico, existe una fase previa que ha ido cobrando importancia en la mayoría de las áreas de conocimiento e intervención multidisciplinar: la prevención. Esta prevención debe comenzar con el análisis y la descripción de los factores de riesgo que pueden conllevar, en el caso que nos ocupa, un trastorno de ansiedad con las particularidades de la población geriátrica.

Tomando en cuenta estas particularidades y la perspectiva de la Psicología Evolutiva, la teoría del Ciclo Vital, tal y como dice Triadó,[43] ofrece tres factores de influencia en el desarrollo antes de realizar cualquier evaluación: los factores biológicos, sociales y de rol asociados a la edad; los cambios y sucesos socioculturales que varían el concepto «vejez» a lo largo de la historia; y los elementos biológicos o sociales que afectan a la persona en momentos determinados de su vida y causan las diferencias interindividuales (acontecimientos vitales estresantes, problemas de salud, etc.). La misma autora resalta la importancia de estudiar el envejecimiento con éxito para conocer los mecanismos que llevan a él y evitar el envejecimiento patológico.[44]

Este estudio del envejecimiento con éxito y de las variables que se relacionan positiva y negativamente con él ha conducido, gracias a las numerosas aportaciones científicas, a la elaboración de múltiples formas de evaluación de la persona mayor más allá del autoinforme o la entrevista para la detección y medición del síntoma. Además de variables predictoras como la exploración de la personalidad o de los estilos de afrontamiento,[45] se han desarrollado diferentes pruebas que examinan desde la calidad de vida,[41,46,47] ya que recogen información de las diferentes esferas que se relacionan con este indicador, hasta el bienestar psicológico,[48,49] la ansiedad ante el envejecimiento (como factor del proceso de ajuste hacia el mismo)[50] o la historia de acontecimientos vitales estresantes o antecedentes de la persona. La importancia de la utilización de estas herramientas de pre-diagnóstico

radica en que pueden facilitar una detección temprana de los factores protectores que pueden potenciarse y de los factores de riesgo que se pueden evaluar, minimizar o reconducir para evitar la aparición o el agravamiento del trastorno de ansiedad, ausente o incipiente respectivamente. Este pre-diagnóstico debe ajustarse siempre a las capacidades y habilidades de la persona que se va a evaluar, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de una patología comórbida, frecuente en el rango de edad que aquí se está tratando (como por ejemplo la demencia tipo Alzheimer o alguna otra patología neurodegenerativa con afectación de las funciones cognitivas o del afecto y la conducta),[47] la edad y las circunstancias específicas en que se encuentre (institucionalización, hospitalización, situación social o familiar conflictiva o de riesgo, etc.). Una vez considerados estos aspectos, puede plantearse la evaluación de la ansiedad desde dos perspectivas o mediante dos fases: la prevención y la detección precoz a partir de la recogida de factores de riesgo y de la historia personal; y la detección, la cuantificación y el diagnóstico de los rasgos y los síntomas presentes.

## 4.1. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

### *4.1.1. Calidad de vida (**CV**)*

Como se ha comentado anteriormente, los trastornos generales de ansiedad y la CV están estrechamente relacionados, en especial, en las personas de edad avanzada. Esta idea fundamental debe ser tenida en cuenta por los clínicos a la hora de efectuar la evaluación integral. A continuación se proponen algunos de los instrumentos utilizados con más frecuencia.

- Cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI). A consecuencia de la investigación de los componentes que conforman este concepto y considerando que se trata de personas mayores de 65 años, el cuestionario contempla nueve áreas de exploración: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, servicios sociales y sanitarios, educación e ingresos.[41] Puede ser heteroaplicado, en forma de entrevista, o bien autoaplicado. Este instrumento permite el análisis inter e intraindividual (en comparación con un grupo o re-test, respectivamente) y cuenta con una consistencia interna moderadamente alta (excepto el área de integración social), así como con una buena validez predictiva.[51]
- Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Este es un instrumento de evaluación de la CV centrado en la salud. Con un total de 45 ítems, se divide en dos partes. La primera,

de 38 ítems, evalúa la salud percibida a través de seis escalas: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad. La segunda, de siete ítems, mide la repercusión del estado de salud sobre las actividades de la vida diaria en el momento de la exploración: trabajo/ocupación, cuidado y mantenimiento de la vivienda, vida social, vida en el hogar, vida sexual, intereses y aficiones, vacaciones o días de fiesta. Las respuestas son dicotómicas (sí/no), se puntúan con 1 o 0, y así se obtiene una puntuación total y otra ponderada según la gravedad otorgada a los ítems. Puede ser heteroadministrado, a través de una entrevista, o autocumplimentado. Los baremos se basan en la edad, el género y la clase social. El contenido facilita la comprensión para la aplicación en personas mayores.

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Este instrumento, aplicado en diferentes poblaciones e idiomas, ofrece un perfil de la CV a partir de las respuestas de la persona evaluada a 26 preguntas sobre sus dos últimas semanas. De estas preguntas, dos sirven para realizar una valoración global de la CV y la satisfacción con la salud y las 24 restantes corresponden a la valoración multidimensional de la CV agrupada en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada ítem tiene cinco posibilidades de respuesta (y por tanto una puntuación de 1 a 5) y la puntuación total es directamente proporcional a la CV.[52]

Como en cualquier otra área, la evaluación en pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo se hace más complicada y requiere de informadores externos. Algunas de las pruebas existentes para estos casos son las que se exponen a continuación.

- Sickness Impact Profile (SIP).[53] Este instrumento evalúa la CV con relación a las consecuencias del estado de salud o enfermedad.[41] Puede ser heteroaplicado (a pacientes) o autoaplicado (a informadores) y consta de 136 ítems que conforman a su vez 12 subescalas: tres de dimensión física, cuatro de dimensión psicosocial y cinco de categorías independientes (sueño y descanso, manejo de la casa, trabajo, ocio y comida).[47] Se ha utilizado en la evaluación de CV en pacientes con demencia en fase leve. Existe una versión adaptada a población geriátrica institucionalizada, el Sickness Impact Profile for Nursing Homes (SIP-NH),[54] de 66 ítems, indicada para pacientes con demencia de leve a moderada.
- Cognitively Impaired Live Quality Scale (CILQ).[55] Está diseñada para evaluar la CV de las personas mayores con deterioro cognitivo grave y se basa en la percepción de los cuidadores profesionales del paciente. La versión original consta de 29 ítems.

Posteriormente, se construyó una escala reducida que contiene 14 ítems estructurados en cinco categorías: interacción social, cuidados físicos básicos, apariencia hacia los demás, nutrición/hidratación, dolor y confort.[47]

#### *4.1.2. Bienestar psicológico*

En los trastornos de la ansiedad, así como en cualquier otro trastorno psicopatológico, siempre puede verse comprometido, en mayor o menor grado, el bienestar psicológico. Así pues, se propone integrarlo en la evaluación como un factor de riesgo o como una medida de eficacia de nuestra intervención terapéutica.

- Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff (versión abreviada). Esta es una buena herramienta para el estudio del bienestar psicológico que puede además aplicarse con facilidad en diferentes áreas, incluida la psicogerontología y la psicoterapia.[49] Valora las siguientes dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

#### *4.1.3. Entrevista clínica e historia de vida*

La recogida de datos estructurada o semiestructurada, diagnóstica o descriptiva, supone una recopilación de información biográfica de la persona, que va desde los datos sociodemográficos hasta los biológicos (antecedentes médicos y psicológicos-psiquiátricos), los académicos, los laborales, los socioeconómicos, los ambientales, etc. A través del análisis de la información que estas herramientas nos aportan, e incluso con información adicional (por ejemplo la que se puede obtener a través de la Escala de Acontecimientos vitales Estresantes de Homes y Rahe, 1976), podemos configurar un resumen de la trayectoria de la persona, de los acontecimientos importantes (positivos y negativos) que ha experimentado: antecedentes, necesidades, aficiones, tendencias, limitaciones, etc. Utilizando esta información, pueden detectarse factores de riesgo que pueden llevar a padecer trastornos de ansiedad, así como factores protectores que deben potenciarse y que pueden servir para personalizar un plan de adaptación e integración a su entorno[46] con el objetivo de optimizar la calidad de vida y la prevención. A efectos prácticos, esto puede guiar la actuación de los profesionales en el caso de personas institucionalizadas, que pueden diseñar actividades específicas que favorezcan su interés y participación, realizar un control de los estímulos estresantes y dirigir la intervención cognitivo-conductual hacia la problemática concreta.

*4.1.4. Evaluación de la personalidad*

Según un estudio reciente de la relación entre factores de personalidad, percepción de salud y calidad de vida en personas mayores,[45] el Neuroticismo parece correlacionar positivamente con la ansiedad como rasgo y negativamente con la subescala de Salud del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI); la Extraversión correlaciona negativamente con la ansiedad como estado y la Responsabilidad, entendida como autocontrol y autoconcepto, parece correlacionar positivamente con la dimensión de Satisfacción con la vida y la Salud Física del CUBRECAVI. En esta misma investigación, los autores concluyen que la dimensión Responsabilidad habilita a los sujetos a enfrentarse mejor a las situaciones estresantes ya que contempla la capacidad de autocontrol y de planificación de tareas.

Conclusiones como estas corroboran la importancia de la evaluación de los rasgos de la personalidad y de los estilos de afrontamiento para poder reconocer, como mínimo, factores protectores o factores de riesgo que llevan tanto a padecer trastornos de ansiedad como a un mantenimiento de la patología (en ausencia de trastorno de la personalidad diagnosticado que lo justifique por sí mismo).

Además de las pruebas utilizadas habitualmente en la exploración de la personalidad del adulto, como el MMPI-II, el EPQ-A, el MCMI-III para los estilos de afrontamiento o la entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM-IV (SCID-II), entre otros, existen otras pruebas con un número menor de ítems que quizá estén más indicadas para su uso en la población geriátrica, ya que representan una menor exigencia cognitiva.

- Inventario NEO reducido de Cinco Factores. El NEO-FII es una versión reducida de 60 elementos de la Forma S del NEO-PI-R que mide los cinco factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Doce elementos por escala valoran cada uno de esos factores.[45]
- Mini-Mult es una forma abreviada del MMPI. Incluye 71 ítems de los 566 de la versión original, y es de tipo dicotómico (sí/no). Si bien el MMPI original no es un instrumento elaborado para la población geriátrica, su variación abreviada sí que es una buena opción para utilizarla con ellos. Las áreas que evalúa son: la hipocondría, la depresión, la histeria, la desviación psicopática, la paranoia, la psicastenia, la esquizofrenia y la manía. Posee igualmente las tres escalas de control interno de la versión original.[47,56]

## 4.2. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD: DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Dada la variedad de pruebas psicométricas y no psicométricas que existen para la exploración y el diagnóstico de la ansiedad, se ofrece a continuación un resumen de algunas de las herramientas más utilizadas en la práctica clínica para esta segunda parte de la evaluación, según el objeto de estudio y la metodología de aplicación y de recogida de datos.

#### *4.2.1. Sintomatología ansiosa general*

- State-Trate Anxiety Inventori (STAI) (Spielberg, Gorshuch, Lushene, 1970). Este instrumento permite la valoración de la ansiedad como estado transitorio o como rasgo relativamente estable en el tiempo.
- Hamilton Anxiety Scale (HAS) (Hamilton, 1969), adaptación española.[57] Esta escala heteroaplicada valora los síntomas de ansiedad (psíquica y somática) así como la conducta del paciente durante la exploración.
- Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, 1988). Se trata de un inventario autoaplicado especialmente centrado en los síntomas somáticos de la ansiedad.
- Escala Hospitalaria para Ansiedad y Depresión (HADS) (Sigmond y Snaith, 1983). Tal y como su nombre indica, esta escala valora la ansiedad y la depresión a través de siete ítems por cada una de las dos subescalas y está indicada para discriminar esta sintomatología entre otra no psiquiátrica en pacientes hospitalizados.
- Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI) (Pachana, Byrne, Siddle, Harley y Arnold, 2007). Este instrumento breve de 20 ítems está diseñado para medir la ansiedad en la población geriátrica.
- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer *et al.*, 1990). Este cuestionario de 16 ítems evalúa los niveles generales de preocupación.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Tobal y Cano, 1986). Este inventario evalúa el nivel de ansiedad en sus manifestaciones cognitiva, fisiológica y conductual, ante situaciones de evaluación, interacción social, situaciones fóbicas y de la vida cotidiana.

#### *4.2.2. Trastornos específicos más frecuentes*

- Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada-IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, GADQ-IV, Newman *et al.*, 2002).
- Inventario de Actividades y Miedo a las Caídas (Survey of Activities and Fear to Falling, SAFE) (Lachman *et al.*, 1998).[58]
- Whiteley Index of Hypocondriasis (WIH) (Pilowsky, 1967).

#### *4.2.3. Otros trastornos relacionados*

- Trastorno del Sueño: Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes *et al.*, 2000).[59]

#### *4.2.4. Otros métodos no psicométricos*

- Observación, Autorregistro y Análisis Funcional.

## 5. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Cuando se trata de la población geriátrica, los trastornos de ansiedad y su tratamiento reciben poco interés a pesar de los índices de prevalencia que se estiman. No obstante, existe un acuerdo en que el enfoque general del tratamiento para la ansiedad en los grupos de la tercera edad es similar al de los jóvenes, es decir, la intervención más eficaz, en la mayoría de los casos, es aquella que combina el tratamiento farmacológico junto con el psicológico. Sin embargo, si tenemos en cuenta que los fármacos que pueden escogerse para el tratamiento de la ansiedad son las benzodiacepinas (BZD), seguidas de antidepresivos ISRS (en menor frecuencia la buspirona y la venlafaxina) y, conociendo los efectos secundarios de estas (enlentecimiento psicomotor, dependencia y abuso, deterioro cognitivo y gran riesgo de caídas), es conveniente valorar el potencial de la terapia psicológica como alternativa al tratamiento farmacológico y, por tanto, considerarla como tratamiento de primera elección, ya que ha demostrado ampliamente su eficacia en pacientes jóvenes, con un índice de éxito del 80%.

Muchas de las investigaciones de los últimos años han dirigido sus objetivos científicos a demostrar que la terapia cognitivo-conductual (TCC), en todas sus variantes y en combinación con la terapia conductual y la de relajación, es eficaz en el tratamiento de la ansiedad en la vejez.

En este sentido, la TCC incluye un compendio de técnicas y terapias como la psicoeducación en la ansiedad, la automonitorización de los síntomas de ansiedad, el entrenamiento en relajación (con o sin visualización), la terapia de reestructuración cognitiva, la prevención en la conducta de preocupación, la terapia de resolución de problemas, la terapia de desensibilización sistemática y de exposición, entre otras.[60-62] Asimismo, puede consultarse el protocolo del paquete general de la TCC en la edad avanzada en Gorenstein *et al.*[60] Uno de los principales intereses del profesional clínico es conocer todo aquello que se ha descrito en la literatura a favor o en contra de la eficacia de la TCC y por ende de sus técnicas en el tratamiento de la ansiedad en la población mayor.

La mayoría de los estudios de eficacia mostraron inicialmente un buen beneficio, con

efectos positivos sobre la ansiedad, tanto de las técnicas de entrenamiento en relajación y de la reestructuración cognitiva como de la combinación de ambas, aunque en ellos solo participaron sujetos sin criterios clínicos de ansiedad.[62,63]

Las investigaciones más recientes han dirigido los ensayos clínicos aleatorizados a la población diagnosticada de trastorno de ansiedad según el DSM-IV, la mayoría con trastorno de ansiedad generalizada puro o en combinación con otros. Hay dos tipos de estudios: los que utilizan una metodología de comparación de grupos y los que miden el efecto individual. En general, todos los estudios de comparación de grupos, a excepción de uno (Standley *et al.*)[64] recogen resultados positivos de la aplicación de la TCC sobre la ansiedad cuando se compara con cualquier otro tipo de condición experimental, como los grupos de soporte, la intervención interpersonal basada en un mínimo contacto con el sujeto, o los sujetos del grupo control. En el caso de este estudio de excepción, todas las condiciones experimentales mostraron beneficios respecto al grupo control, pero no se observó ninguna ventaja de la TCC respecto a la psicoterapia de soporte. Con estos resultados, hay que especificar que los ratios de éxito oscilan entre un 28 y un 45%, aunque este porcentaje representa el grupo de sujetos que consiguieron adherirse y finalizar la terapia. Sin embargo, si se considera el porcentaje como la parte de todos los sujetos incluidos en las muestras iniciales, los rangos caen hasta el 19%, y se obtienen valores máximos del 33%. Estas cifras nos indican que existe una tasa de abandono importante de la TCC.[64-66]

Por otro lado, el estudio de Barrowclough *et al.*[67] ofrece números más optimistas: la TCC, administrada de forma individual a pacientes con TAG, mostró resultados positivos con respecto a la terapia de soporte, según se recoge en las medidas del *Beck Anxiety Inventory* y el *Yesavage Depression Scale*, con un porcentaje de éxito del 71% de los *responders* (que son aquellos sujetos que se adhieren y finalizan la terapia), y un 44% cuando se analiza toda la muestra. Estos resultados ya se acercan a los obtenidos entre la población más joven.

Si se analiza el efecto de la potencia de la TCC como único tratamiento o como combinación con la terapia farmacológica cabe destacar, que cuando se aplican ambas condiciones experimentales al mismo tiempo, la tasa de respuesta positiva alcanza un 64% y muestra una mejoría significativa respecto a la monoterapia farmacológica.[68] Por otro lado, un metaanálisis de Gould *et al.*[69] concluye que los ratios de respuesta positivos sobre la ansiedad son equivalentes en la aplicación de la TCC y la farmacología por separado. En cualquier caso, y en la peor de las circunstancias, la TCC tiene, como mínimo, la misma potencia que la farmacoterapia y puede contarse, además, con la alternativa de combinarla o coadyuvarla para obtener aún mejores valores de respuesta de la ansiedad, y en algunos casos también de la sintomatología depresiva.

En otro ámbito de estudios, también controlados, donde se mide el efecto individual de la TCC de los TAG de manera más específica, se concluye que las tasas de éxito de los considerados *responders* alcanzan el 42%, y el 26% si se considera toda la muestra completa inicial.

Llegados a este punto, puede afirmarse que la TCC, en general, es eficaz en el tratamiento los TA en nuestra población de interés, aunque existen diferencias en las tasas de éxito respecto a la población general, con la que se obtienen porcentajes entre el 48 y el 58%, por lo que es un 40% más efectiva en esta población y desciende a la mitad el índice de abandonos.[70] Estos resultados, que tienen como antecedentes los mismos procedimientos que con personas jóvenes y en los que quizás no se muestra la tasa de mejoría que se esperaba, plantean a los investigadores la necesidad de adaptar la TCC a las características de la muestra, añadiendo las ayudas internas y externas para la memoria y el aprendizaje (como la ayuda de un coterapeuta en el domicilio, llamadas telefónicas recordatorias del terapeuta, ejercicios más gráficos y menos lingüísticos, agendas y diarios semanales de ejercicios para facilitar el recuerdo) para cuando estas funciones cognitivas se encuentren comprometidas en un nivel leve de deterioro.[71] Si se plantea de esta manera, la TCC muestra un mejor impulso de los resultados en una muestra piloto en la que se han obtenido tasas de mejoría del 75% de los pacientes, donde los sujetos con menor deterioro cognitivo de las funciones ejecutivas han sido los que mejor han respondido al tratamiento.

En conclusión, se acepta que, a través de la preponderancia de los estudios hallados en la literatura científica, la TCC tiene claros beneficios en el tratamiento de la ansiedad de las personas de edad avanzada aunque continúa siendo preocupante que el beneficio, en general, no es tan grande como en la población joven. Las tasas de éxito entre estas dos poblaciones se aproximan únicamente cuando el tratamiento se administra de forma individual. Cabe añadir que el uso de las estrategias superpuestas para mejorar el aprendizaje y la memoria junto a la TCC puede ser una alternativa prometedora para mejorar los resultados de nuestra terapia. Por otra parte, los grupos de soporte, con o sin TCC, también muestran beneficios en los ancianos ansiosos. Finalmente, si después de la intervención mediante la TCC no se obtienen las respuestas terapéuticas deseadas, puede aplicarse un tratamiento farmacológico, preferentemente de los ISRS en lugar de las BZD, mientras que se continúa, al mismo tiempo, con la intervención psicológica.[72]

## 6. Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha demostrado que los TA son prevalentes en la población de

edad avanzada, aunque en menor grado que en los jóvenes, y que la edad de inicio en que se manifiestan la mayoría de los TA en la población general suele ser antes de los 41 años. También se ha descrito el TAG, la FS y la FE como los más prevalentes de todos, especialmente el primero. Por otro lado, se ha puesto en evidencia que nuestro colectivo de estudio tiene una forma específica de presentar los síntomas y la expresión emocional de los mismos (tendencia a minimizarlos y a atribuirlos a condiciones físicas, dificultad para identificarlos, diferencias lingüísticas para describirlos, etc.) así como un gran alto grado de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, en especial con los del humor. Se ha señalado la importancia de que el clínico conozca todos los factores de riesgo y las características clínicas de los TA en la vejez para administrar una buena evaluación, ya sea con un objetivo preventivo, diagnóstico o ambos, y para planificar una óptima intervención terapéutica. Por último, se ha probado que aplicando de manera individual la TCC, junto con estrategias adaptadas a nuestro colectivo que habitualmente presenta déficits cognitivos, se pueden conseguir éxitos terapéuticos importantes, comparables a la farmacología, pero evitando los indeseables efectos adversos de esta. En cualquier caso, la biterapia es la estrategia de mayor potencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Wolitzky-Taylor K.B, Natalie Castriotta M.A, Lenze E.J, Stanley M.A, Graske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depression and anxiety. 2010; 27:190-211.
2. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Geriatr Psychiatry. 2009; 17:769–781.
3. Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old-results from the Berlin Aging Study (BASE). Compr Psychiatry. 2000: 41:48–54.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:595–606.
5. Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, et al. Symptom checklist syndromes in the general population. Correlations with psychotherapeutic drug use. Arch Gen Psychiatry. 1983; 40: 1167–1173.
6. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Int J Geriatr Psychiatry. 1998;

13:717–726.
7. Trollor JN, Anderson TM, Sachdev PS, et al. Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-being Survey. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; 15:455–466.
8. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45:977–986.
9. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:23–30.
10. Chou KL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2009; 17:455–464.
11. Lawton MP, Kleban MH, Dean J. Affect and age: cross-sectional comparisons of structure and prevalence. Psychol Aging. 1993; 8:165–175.
12. Mather M, Canli T, English T, et al. Amygdala responses to emotionally valent stimuli in older and younger adults. Psychol Sci. 2004; 15:259–263.
13. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, et al. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatry comorbidity. Psychiatry Res. 2007; 152:21–27.
14. Grettarsdottir E,Woodruff-Borden J, Meeks S, Depp CA. Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement. Behav Res Ther. 2004; 42:459–475.
15. Flint AJ. Anxiety and its disorders in late life: moving the field forward. Am J Geriatr Psychiatry. 2005; 17:117–123.
16. Wetherell JL, Thorp SR, Patterson TL, et al. Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. J Psychiatr Res. 2004; 38:305–312.
17. De Beurs E, Beekman AT, Van Balkom AM, et al. Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use health services. Psychol Med. 1999; 29:583–593.
18. Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. Am J Geriatr Psychiatry. 2009; 17(2):105-1.
19. Van Balkom AJLM, Beekman AFT, de Beurs E, et al. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. Acta Psychiat Scand. 2000; 101:37–45.
20. Cairney J, Corna LM, Velhuizen S, et al. Comorbid depression and anxiety in later life: patterns of assoication, subjective wellbeing, and impairment. Am J Geriatr

Psychiatry. 2008; 16:201–208.
21. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2000; 157:722–728.
22. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. Am J Geriatr Psychiatry. 2005; 13:77–80.
23. King-Kallimanis B, Gum AM, Kohn R. Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. Am J Geriatr Psychiatry. 2009; 17:782–792.
24. La ansiedad.com. Ansiedad y síntomas de nervios [Internet]. Citado junio 2011. Disponible en: http://www.laansiedad.com.mx/trastornos-ansiedad
25. Gabay PM, Fernández M. Trastornos de ansiedad en la tercera edad [Internet]. Citado mayo 2011. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscando/files/SALUD001.pdf
26. Wolitzky-Taylor K, Castriotta N, Lenze E.J, Stanley M.A, Graske M G. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depression and anxiety. 2010; 27:190-211.
27. Lael, L. El duelo en la tercera edad [Internet]. Citado mayo 2011. Disponible en: http://www.spm.org.mx
28. Ancianos y tercera edad [Internet]. Citado abril 2011. Disponible en: http://www.rincondelvago.com/ancianos-y-tercera-edad.html
29. OMS, Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá, INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(6):332-333. Consultado abril 2011. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf
30. Gonzáles, Lucio O. Maltrato al anciano [Internet]. Revista de investigación e información en Salud. 2009; 4(9). Citado febrero 2011. Disponible en: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista009/pagina12.htm
31. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidad de intervención desde la atención primaria (I). Elsevier. 2006; 37(1). [Internet]. Citado marzo 2011. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/atencion-primaria-27/maltrato
32. Moragas, R. La jubilación. Una oportunidad vital. Barcelona: Herder; 2001. p.54-55.
33. Moragas, R. Gerontología Social. Barcelona: Herder; 1998. p. 241-254.
34. Aja M, Villanueva N. El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Escuela Vasca de Terapia Familiar. Curso 3ª de psicoterapeutas 1998 [Internet]. Citado abril

2011. Disponible en: htpp://www.avntf-evntf.com/
35. Ramos P, Larios O, Martínez de Mata S, López M, Pinto JA. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid. 2003; 5:10-11 y 12-17. [Internet]. Citado febrero 2011. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.documentos/documentos/ramos-prevención-01.pdf
36. Elfenbein S. Institucionalización ¿Un abordaje posible o imposible? [Internet]. Citado mayo 2011. Disponible en: http://www.depsicoterapias.com
37. Delgado M L. Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. Cuadernos de trabajo social. 2001; 14:323-339. [Internet]. Citado mayo 2011. Disponible en: http://revistas.ucm.es/trs/02140314/artículos/CUTS0101110323A.pdf
38. Martí P, Mercadal M, Cardona J, Ruiz I, Sagristá M, Mañós Q. Intervención no farmacológica en las demencias y la enfermedad de alzheimer: Miscelánea. En: Las demencias y enfermedad de alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Rubí, Barcelona: ISEP; 2004. p. 563-564.
39. Aguilar M. Tratamiento de otras manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer. En: Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de alzheimer y en otros procesos neurológicos. Madrid: Médica Panamericana; 2002. p. 154 y 219.
40. Argelaguer A. Psicopatología de los trastornos psicológicos y conductuales en la demencia (Postgrado en psicopatología clínica). Barcelona: Universidad de Barcelona; 2010.
41. Fernández-Ballesteros R, Reig A, Zamarrón MD. Evaluación en psicogerontología. En: Fernández-Ballesteros R, director. Psicología de la vejez, una psicogerontología aplicada. Madrid: Psicología Pirámide; 2009. p. 36-96.
42. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
43. Triadó MC. Envejecer en entornos rurales. IMSERSO. Estudios I+D+I nº 19: 291. [Internet]. Citado junio 2011. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf
44. Triadó C. Cambio evolutivo, contexto e intervención psicoeducativa en la vejez. Contextos educativos. 2001; 4:119-133.
45. González, JL; Delgado, M.D. Estudio de la relación entre factores de personalidad, la autopercepción de la salud y la calidad de vida en personas mayores [Internet]. Citado junio 2011. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2248
46. Fontanals MD, Bonet R. Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito

asistencial. Barcelona: Herder; 2003.
47. Deví J, Deus J. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona: ISEP; 2004.
48. Molina C, Meléndez JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(5):276-84.
49. Díaz D, Rodríguez R, Blanco A, Moreno B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema. 2006; 18(003): 572-577.
50. Rivera A, Montero M, González AL, Sánchez JJ. Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. Salud Mental. 2007; 30 (4):55-61.
51. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). Madrid: Tea; 2007.
52. Zea Herrera M, López-Alzate ME, Valencia Marín CM, Soto Gómez JA, Aguirre Acevedo DC, Lopera Restrepo F, et al. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 24-35.
53. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, y cols. The sikness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care. 1981; 19:787-805.
54. Gerety MB, Cornell JE, Mulrow CD, y cols. The sikness Impact Profile for Nursing Homes (SIP-NH). Rev Esp Geriatr Gerontol. 1994; 49 (1): M2-8.
55. Dejong R, Osterlund OW, Roy GW. Measurement of quality of life changes in patients with Alzheimer's disease. Clin Ther. 1989; 11: 545-54.
56. Salamero M, Marcos T, Rodríguez XA, Corominas J. Una forma abreviada del MMPI, el Mini-Mult, para la evaluación de rasgos psicopatológicos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 1983; 10(5):311-321.
57. Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro; 1986.
58. Lachman M, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assman S, Peterson EW. Fear of falling activity restriction: The survey of activities and fear to falling in the elderly (SAFE). Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998; 53:43-50.
59. Bobes J, González MP, Saíz PA, Bascarán MT, Iglesias C, Fernández JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. Psicothema. 2000; 12(1):107-112.
60. Gorenstein EE, Papp LA, Kleber MS: Cognitive-behavioral treatment of anxiety in later life. Cogn Behav Pract. 1999; 6:305–319.

61. Butler G, Cullington A, Hibbut G, et al. Anxiety management for persistent generalized anxiety. Br J Psychiatry. 1987; 151:535–542.
62. De Berry S: An evaluation of progressive muscle relaxation on stress related symptoms in a geriatric population. Int J Aging Hum Dev. 1982; 14:255–269.
63. Scogin F, Rickard HC, Keith S, et al. Progressive and imaginal relaxation training for elderly persons with subjective anxiety. Psychol Aging. 1992; 7:419–424.
64. Stanley MA, Beck JG, Glassco JD. Treatment of generalized anxiety in older adults: a preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. Behav Ther. 1996; 27:565–581.
65. Stanley MA, Beck JG, Novy DM, et al. Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:309-319.
66. Wetherell JL, Gatz M, Craske MG. Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. J Consult Clin Psicol. 2003; 71:31-40.
67. Barrowclough C, King P, Colville J, et al. A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. J Consult Clin Psicol. 2001; 69:756–762.
68. Gorenstein EE, Papp LA, Kleber MS, et al. Cognitive-behavioral therapy for management of anxiety and medication taper in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2005, 13:901–909.
69. Gould RA, Otto MN, Pollack MH, Yap L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: preliminary meta-analysis. Behav Ther. 1997; 28:285–305.
70. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol. 1993; 55:611–619.
71. Mohlman J, Gorenstein EE, Kleber M, et al. Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: two pilot investigations. Am J Geriatr Psychiatry. 2003; 11:24–32.
72. Goresntein EE, Papp LA. Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in the Elderly. Current Psychiatry Reports. 2007; 9:20-25.

# 5
# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA (SPCD)

*Josep Deví*

## 1. INTRODUCCIÓN: GENERALIDADES

Tal y como indican algunos autores,[1] los síntomas no cognitivos de los que se suele hacer mención y que tradicionalmente tenían un importante papel diagnóstico no se encuentran integrados hoy día en las definiciones operacionales. Esto no quiere decir que los principales sistemas de clasificación olviden estos síntomas, pero no los incluyen como parte de sus criterios operacionales (DSM-IV, ICD-10 y NINCDS-ADRDA). A pesar de esta omisión en las diferentes clasificaciones sobre la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, es muy frecuente la aparición de un extenso espectro de sintomatología psicopatológica y conductual, que conlleva una grave dificultad para intervenir en el manejo de estos enfermos.[2] Es la causa del síndrome de *burn-out* en el entorno familiar en la mayoría de los casos[3-5] y ocupa una parte importante del tiempo y de la dedicación de los profesionales de la salud.

No deja de ser sorprendente que, cuando Alois Alzheimer describió la enfermedad en una paciente llamada Frau A.D. de 51 años, señalase, junto con las alteraciones cognitivas, las alteraciones psicopatológicas en forma de ideas delirantes de tipo celotípico y de alucinaciones auditivas. No hay unanimidad entre los autores sobre cuál es la prevalencia de la sintomatología psicopatológica en la enfermedad de Alzheimer. Esto puede deberse a las diferencias en los criterios de selección y en el origen de la muestra, en la conceptualización o definición del síntoma y en el sistema o método de recogida de datos.[6,7]

En 1996 la IPA (*International Psychogeriatric Association*) propuso emplear el término *Síntomas Psicopatológicos y Conductuales de las Demencias* para referirse a aquellas alteraciones de la percepción, del contenido de pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia.[8] A la hora de definir este abanico sintomático se propone el nombre de *Síntomas Psiquiátricos y Conductuales en la Demencia* (SPCD), por el hecho de que estas manifestaciones clínicas pueden expresarse como grupos sintomáticos constituyentes de un verdadero trastorno psiquiátrico, en forma de un síndrome, o simplemente como sintomatología aislada, aunque dentro de un contexto clínico. Asimismo, su presentación clínica puede manifestarse en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad, no solo en la fase de estado sino incluso como síntoma premórbido, como en el caso de las alteraciones depresivas precoces en casos de demencia

secundaria a demencia frontal, la parálisis supranuclear progresiva o la enfermedad de Alzheimer, entre otras.

Todos los criterios diagnósticos actuales desarrollados para detectar el síndrome de demencia, DSM-IV, DSM-IV-TR, ICD-10, los criterios NINCDS/ADRDA para Enfermedad de Alzheimer (EA) y los criterios de demencia vascular NINCDS/AIREN, etc., coinciden esencialmente en la caracterización del cuadro a través de la presentación clínica de dos grupos sintomáticos diferentes aunque interdependientes, esto es, *la alteración de la cognición*, o presencia de síntomas cognitivos (deterioro de la memoria, afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones ejecutivas) y *la pérdida de la capacidad funcional* derivada de dichos déficits. Los SPCD no se integran en el cuadro de demencia de una forma casual o aleatoria y, antes o después, poco a poco o de forma más rápida, se van instaurando síntomas psicológicos y conductuales como depresión, delirios, hostilidad, inquietud, etc. Todo ello (junto a los déficits cognitivos) da como resultado toda una serie de alteraciones funcionales que comportan una progresiva incapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD), además de la dificultad para manejar al paciente.

Existen evidencias de que dichos síntomas influyen en el proceso primario que origina la pérdida cognitiva y, por tanto, dichos SPCD se tuvieron en cuenta para la elaboración de los criterios de algunos tipos de demencia. Por ejemplo, los estudios del grupo de trabajo de Lund Manchester, para el diagnóstico clínico de la demencia frontotemporal, dan relevancia tanto a la presencia de síntomas conductuales (desinhibición, rigidez, inflexibilidad, perseverancia y estereotipias, entre otros) como a la presencia de síntomas afectivos (depresión o ideación suicida, ansiedad, ideas delirantes en estadios iniciales).[9] Por su parte, McKeith y sus colaboradores,[10] en sus criterios diagnósticos para la demencia por Cuerpos de Lewy, introducen la presencia de síntomas neuropsiquiátricos que, cuando aparecen dentro del abanico sintomático, potencian el diagnóstico, por ejemplo, mediante alucinaciones visuales y auditivas complejas y delirios sistematizados. Los SPCD son síntomas graves[11-13] porque deterioran las relaciones familiares y sociales del enfermo, dificultan el correcto cuidado del paciente y empeoran la evolución natural de la enfermedad. Las consecuencias que comportan los SPCD son: molestias para los mismos pacientes, estrés en los cuidadores familiares, en el personal asistencial, en otros residentes (enfermos), deambulación errante y riesgo de accidentes, elevado coste de la asistencia (aumento de los costes sanitarios) e institucionalización prematura. Los pacientes con largos internamientos pasan a la categoría de «difíciles de colocar», y esto deteriora aún más y cronifica la enfermedad. Esta heterogeneidad clínica de las demencias implica que, a la hora de diagnosticar y tratar al enfermo, se realice un esfuerzo de integración de la globalidad del

individuo. Por ello, es necesaria una exploración psicopatológica,[13] para determinar aquellas alteraciones psiquiátricas y comportamentales presentes en el enfermo con demencia, con el fin de aplicar una intervención farmacológica y no farmacológica. Para esta exploración, puede uno basarse en la entrevista clínica con el enfermo y con la familia, para detectar todo aquello que en ese enfermo con demencia sea disfuncional o desadaptativo, preguntando cómo era, cuáles eran sus circunstancias vitales y sociofamiliares, cómo afecta el proceso de enfermedad en sí mismo y en el entorno y cómo repercute a su vez dicho entorno en su forma de enfermar.

## 2. Factores clínicos: epidemiología de la sintomatología psiquiátrica y conductual en la demencia

Existen diversos estudios dirigidos a estimar la frecuencia de los SPCD. A pesar de que presentan cifras diferentes entre sí, debido principalmente a la falta de definición de criterios diagnósticos unificados para reconocer uno u otro síntoma como presente o ausente, lo cierto es que coinciden en la alta prevalencia e incidencia de los SPCD en la evolución natural de la enfermedad. En un buen y riguroso estudio epidemiológico, desde un punto de vista metodológico, de la sintomatología psicopatológica más frecuente en la enfermedad de Alzheimer, se encuentran los porcentajes que se muestran en la tabla 1.[14-18] También se presentan otros porcentajes sobre sintomatología psicopatológica en la tabla 2.[8,19]

Tabla 1. Sintomatología psiquiátrica y conductual

- Trastornos de la afectividad: 68% (más habituales los síntomas depresivos que no los síndromes depresivos).
- Incontinencia urinaria: 48%.
- Agresión: 20%.
- Deambulación errática: 19%.
- Delirios: 16%.
- Alucinaciones visuales: 13%.
- Alucinaciones auditivas: 10%.
- Bulimia: 10%.
- Desinhibición sexual: 7%.
- Hiperoralidad: 6%.

Tabla 2. Frecuencia de aparición de algunos trastornos psiquiátricos y comportamentales en la demencia

| 1. Pensamiento y percepción: |
|---|

- Delirios: 20-73%.
- Falsos reconocimientos: 23-50%.
- Alucinaciones: 15-49%.

2. Afectividad:

- Depresión: 20-50%.
- Manía: 3-15%.

3. Personalidad y comportamiento:

- Cambios de personalidad: hasta en un 90%.
- Trastornos del comportamiento: hasta en un 50%.
- Agresividad y hostilidad: hasta en un 20%.
- Deambulación: hasta en un 60%.

La sintomatología y el curso evolutivo de la demencia es distinto en cada sujeto afectado y, por tanto, el diagnóstico genérico no permite determinar la problemática que irá surgiendo, ni tampoco cómo llegar a solucionarla. En algunos casos aparecerán alteraciones de conducta en fases iniciales (agitación, alteraciones psicóticas, incontinencia de esfínteres, pérdida de los hábitos de autocuidado, etc.); en otros casos, no emergerán hasta entrar en una fase moderada e incluso severa o grave de la demencia.

En cuanto a los trastornos del humor, por ejemplo, López-Pousa indica que hasta un 21% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden manifestar depresión,[20] y para Merriam esta cifra pueden llegar al 80%.[21] Klosweska y cols. (1998) hallaron que la frecuencia de aparición de depresión aumentaba a medida que el cuadro de demencia evolucionaba hasta un GDS 4 de Reisberg y que posteriormente disminuía a medida que iba agravándose la enfermedad.[22] En un trabajo de Roy,[23] en el que se observó la frecuencia de 206 síntomas en tres grupos de enfermos con demencia de diferentes etiologías, se estudió la evolución de la clínica depresiva en estadios avanzados y se dedujo que existían diferencias en dependencia de la enfermedad demenciante.

En cuanto a la sintomatología psicótica, en un estudio de Berrios y Brook (1985) se advirtió que un 37% manifestaba ideas delirantes[24] y en el de Cummings *et al.* (1987) se descubrieron en un 45%. En otro trabajo, Mirea y Cummings describen la presencia de alucinaciones en uno de cada cinco enfermos con enfermedad de Alzheimer, en uno de cada tres afectados por demencia vascular y en tres de cada cuatro pacientes afectados con demencia por cuerpos de Lewy.[25] Por otro lado, en el estudio de Rubins *et al.* se detectaron un 2% de alucinaciones olfativas.[26]

Los cambios en la personalidad también son frecuentes y suelen aparecer al principio de la enfermedad; afectan a más del 90% de los enfermos con demencia.[8,19] Rubins *et al.*[26]

descubrieron hasta un 75% de frecuencia de aparición en enfermos de Alzheimer, observando la presencia de alteraciones como desinterés, dejadez, desinhibición social, apatía e irritabilidad entre las manifestaciones más habituales, aunque también se han descrito otros rasgos de personalidad afectados como inflexibilidad, moria, labilidad emocional, falta de consideración hacia los demás, pérdida de normas sociales, etc.

Cabe destacar que la prevalencia de delirium en los pacientes con demencia oscila entre el 22 y el 89% en personas de más de 65 años hospitalizados o que viven en la comunidad. Cuando aparece, produce un empeoramiento cognitivo y funcional e incrementa la institucionalización, el número de reingresos y la mortalidad. Es también frecuente la aparición de trastornos del sueño: Rabins *et al.* señalan un 45% en enfermos con demencia[27] y Merriam *et al.*, un 69%.[28]

Es claramente frecuente la aparición de un amplio espectro de sintomatología psiquiátrica y conductual, que comporta una grave dificultad para intervenir en el manejo y la conducción de estos enfermos, generando en la mayoría de los casos un *burn-out* en el entorno familiar.[29] Es importante, por tanto, medir el impacto que estos producen sobre los cuidadores principales y el entorno familiar, dado que, frente a ciertas alteraciones conductuales, muchos de ellos manifiestan estrés o carga y, por el contrario, otros cuidadores tienen una mayor tolerancia.[30] El síndrome denominado *burn-out* es uno de los efectos emocionales que padecen los familiares que asumen el papel de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer o de otros tipos de demencia. Este trastorno se manifiesta a través de un complejo síndrome afectivo y motivacional, que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea o función que se lleva a cabo. El cuidado y la atención constantes que los familiares han de prestar al enfermo a lo largo de todas las fases de la enfermedad, asistiendo en calidad de testigos impotentes al deterioro progresivo e irreversible del familiar enfermo, justifica frecuentemente la aparición de este síndrome[29,30] y de acuerdo con algunos autores,[29, 30] la experiencia subjetiva de la carga (conjunto de sentimientos y percepciones del cuidador sobre su función) predice, más que la carga objetiva (conjunto de demandas y actividades que recaen sobre el cuidador), el riesgo crónico de depresión.

La definición y evaluación de la sobrecarga del cuidador se basa en modelos sociales, cognitivos y comportamentales,[31] entre los que merece hacer mención a tres modelos conceptuales:

- Un primer modelo relaciona la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y las necesidades del paciente, según las dificultades que se presenten al resolverlas. Según este modelo, a medida que aumenta el deterioro del paciente, los

cuidadores presentan mayor sobrecarga. Los instrumentos utilizados para valorar este tipo de sobrecarga consisten en listas de problemas que pueden presentar los pacientes y que son más significativos para los cuidadores. Por ejemplo, la escala comportamental de Gilleard (Behaviour Check List).

- El segundo modelo sugiere otra forma de medir la sobrecarga que consiste en utilizar instrumentos no específicos que midan dimensiones como la calidad de vida, la presencia de síndromes psicopatológicos, etc. Por ejemplo, las escalas de depresión de Zung o de Beck, el GHQ de Golberg o las escalas de calidad de vida.
- Por último, un tercer modelo deriva de la teoría general del estrés. Desde esta perspectiva, se propone que el cuidador se enfrente a determinados factores estresantes y que responda en función de sus procesos psicológicos, especialmente, el impacto emocional ante estos factores y la posibilidad de utilización de apoyo sociofamiliar y estrategias de manejo. Como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores pueden llegar a experimentar una vivencia subjetiva de sobrecarga, así como sufrir otras consecuencias negativas sobre su salud. Dentro de este enfoque, se han diseñado instrumentos como la Caregiver Burden Scale (Escala de sobrecarga del cuidador) de Zarit.[32]

## 3. Aproximación etiopatogénica

La interrupción de circuitos frontosubcorticales está implicada en la aparición y el desarrollo de trastornos psicopatológicos y de la conducta.[33] Dichas conexiones entre el córtex frontal y los núcleos grises centrales se organizan en cinco circuitos, que se originan en:

- La corteza o área motora suplementaria (motor).
- Las áreas oculomotoras frontales o córtex oculomotor.
- El circuito orbitofrontal-subcortical. Las alteraciones que puede comportar la desconexión de las aferencias del sistema límbico al frontal son: alteración de la conducta, desinhibición, trastornos obsesivo-compulsivos, depresión, desinterés, moria, euforia, irritabilidad, estado maníaco, impulsividad, distractibilidad, dependencia del contexto, sociopatía, conducta social alterada, cambios en la personalidad y problemas en el control de los impulsos.
- El circuito prefrontal dorsolateral. Las alteraciones que puede comportar son: alteraciones en la función ejecutiva (trastorno en la planificación, memoria prospectiva y flexibilidad mental para la resolución de problemas), depresión,

afectación de atención-concentración, reducción de la fluidez verbal, habla lacónica, trastornos de la organización dinámica de los actos motores y déficit en la planificación de estrategias, en el aprendizaje de programas y en la toma de decisiones.

- El circuito cingular anterior. Las alteraciones que puede comportar son: apatía, cambios de humor, pérdida de motivación, depresión y mutismo acinético.

Estas conexiones finalizan en el tálamo, discurriendo por el estriado, el pálido y la sustancia negra. El córtex prefrontal se encuentra conectado prácticamente con todas las otras estructuras corticales y subcorticales. Las principales proyecciones aferentes provienen del núcleo dorsomedial del tálamo y de los ganglios basales. Los circuitos frontosubcorticales pueden estar también lesionados en la sustancia blanca, lo que explicaría la existencia de síndromes frontales. En este sentido y de forma resumida, pueden observarse algunas alteraciones, que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Principales alteraciones de los circuitos frontosubcorticales

| **Alteraciones del cuerpo calloso** | Apatía, mutismo y conducta inapropiada. |
|---|---|
| **Alteraciones frontales** | Desinhibición, apatía, enlentecimiento psicomotor, alteración ejecutiva, alteración de la memoria y desorientación (pérdida de autocrítica, incapacidad para evaluar los propios resultados, mala estimación o inconsciencia del carácter mórbido del propio estado). |
| **Alteraciones temporales** | Trastornos de la memoria, desorientación, disfasia, irritabilidad, alteraciones emocionales, depresión, apatía, conducta inapropiada, agresividad, alucinaciones. |
| **Alteraciones de los ganglios de la base (tálamo, hipotálamo)** | Confusión, labilidad, cambios de personalidad, alteración de la libido, hiperfagia, alteraciones emocionales, afectivas, de la atención y de la memoria. |

## 4. La evaluación de los SPCD: entrevista clínica e instrumentos complementarios

La entrevista clínica de un paciente anciano es un acto complejo, lleno de peculiaridades que derivan de procesos relacionados con el propio posicionamiento del profesional ante la edad avanzada, de la sensibilidad y formación del entrevistador para la detección de la psicopatología, del entorno en el que se realice (domiciliario, hospitalario o ambulatorio), del estado cognitivo y funcional del paciente, de la existencia o no de informantes válidos, etc., por lo que parece sumamente difícil dar recomendaciones acerca de la metodología que debe emplearse. No obstante, la importancia de realizar una buena exploración psicopatológica obliga a considerar una metodología sistemática para la recogida de datos, teniendo siempre en cuenta que es el profesional el que, en función del desarrollo particular

de cada entrevista, va a determinar el orden y la duración de las distintas fases de la misma. Al comenzar la entrevista, es importante fijarse en el aspecto externo del paciente. Es de vital importancia debido, en muchos casos, a la dificultad para recoger información verbal. Algunos ejemplos de signos que pueden hacer pensar en la existencia de alteraciones conductuales asociadas a un deterioro cognitivo son el bizarrismo y los signos de malnutrición. Hay que prestar una especial atención a las alteraciones del nivel de conciencia que pueden ser indicativas de delirium, a las actitudes de perplejidad o de falta de atención que pueden estar asociadas a alteraciones sensoperceptivas, y a signos como la inhibición o la agitación.[34-39]

Una particularidad de la entrevista clínica del anciano es que se suele desarrollar en presencia de otras personas, generalmente familiares, sobre todo en las entrevistas de valoración del deterioro cognitivo. Un entrevistador experimentado sabrá reconocer la validez de la información aportada por los acompañantes y localizar la figura del cuidador principal. En ocasiones, la actitud de los informadores puede entorpecer el desarrollo de la entrevista, cuando adoptan posiciones de víctima sobre la que recae el peso de la sintomatología del paciente. Otras veces, aparecen familiares que normalmente no conviven con el paciente y que tienden a minusvalorar las consecuencias de la enfermedad y su repercusión en la esfera familiar. No es raro encontrarse con personas que, sin mala intención, malinterpretan tratamientos, olvidan recomendaciones, etc. En muchas ocasiones, el acompañante se convierte con posterioridad en paciente.

Es indispensable descubrir con precisión cuál es el motivo de la consulta, cuánto tiempo hace y en qué condiciones apareció y si se acompaña o no de sintomatología física. Lógicamente, hay que recoger los antecedentes familiares y personales, la exposición a tóxicos y las alergias o reacciones adversas a fármacos, para luego realizar una extensa historia médica que incluya una anamnesis por apartados, con especial meticulosidad en la exploración neurológica. En la exploración psicopatológica de los pacientes con demencia se abordan los siguientes apartados que se presentan de forma resumida: apariencia y comportamiento, alteraciones específicas del comportamiento, estado afectivo, contenido y curso del pensamiento, alteraciones de la sensopercepción y capacidad de introspección; paralelamente, se realiza también la valoración cognitiva y funcional.[34,35]

Del conjunto de instrumentos generales de evaluación de la sintomatología psiquiátrica y conductual en la demencia se citan a continuación algunos de ellos, los más empleados, debido a la limitada extensión del capítulo: *Alzheimer Disease Assessment Scale* (ADAS), *Cambridge Mental Disorders Elderly Examination* (CAMDEX), *Blessed Dementia Rating Scale* (BDRS), *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), *Neurobehavioral Rating Scale* (NRS), *Sandoz Clinical*

*Assessment Geriatric Rating Scale* (SCAG), Escala de Evaluación La Merced (EEM), *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease* (BEHAVE-AD), Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (EIM), *Dementia Behavioral Disorder Scale* (DBD), *Geriatric Mental State Schedule* (GMS), *Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy* (GMS-AGECAT), *Stockton Geriatric Rating Scale* (SGRS), *Behaviour Rating Scale* (BRS), *Behavioural Measurement of Disturbance* (BMD), *Brief Psychogeriatric Assessment Schedule* (BPAS), *Nuremberg Gerontopsychological Inventory* (NGI), *The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease* (CUSPAD), *Behavior Rating Scale for dementia* (BRSD), *Manchester and Oxford Universities Scale for the Psychopatological assessment of Dementia* (MOUSEPAD) y *Gottfries-Brane-Steen Scale* (GBS-S).

Para la valoración del estado de ánimo, una de las escalas más utilizadas y recomendadas es la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Yesavage, con versiones de 30, 15, 10, 5 y 4 ítems. Para ancianos con demencia que se encuentran en un estadio evolutivo avanzado de la enfermedad, se dispone, por ejemplo, de la *Cornell Scale for Depression in Dementia*, la *Hamilton Rating Scale for Depression* y la *Hamilton Anxiety Rating Scale.*[13,32,36]

Es interesante evaluar los rasgos psicopatológicos de la personalidad desde los primeros estadios de la demencia con el objetivo de discriminar si constituyen la forma de ser del paciente o se han instaurado a consecuencia de la enfermedad. Un instrumento que puede resultar útil para ello es el *Mini-Mult* (forma abreviada del MMPI).[13,32,36] Dos instrumentos muy útiles para realizar el diagnóstico de delirium son el *Confussion Assessment Method* y el *Delirium Rating Scale.*[13,32,36]

También se cree interesante introducir el concepto de *Calidad de Vida* como uno de los objetivos de la geriatría y como parte importante de la Valoración Geriátrica Integral, tanto en la población adulta de edad avanzada como para los pacientes con demencia. Por ello, se han creado índices para medirla, como el *Medical Outcomes Study 36-ítems Short Form Health Survey* (SF-36) y el *Sickness Impact Profile* (SIP).[13,32,36]

## 5. TRATAMIENTO DE LOS SPCD: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS GRANDES PROBLEMAS DEL DÍA A DÍA

Las alteraciones de la conducta pueden agruparse en tres tipos, con el fin de hacer más práctica la comprensión de sus repercusiones en el entorno más inmediato.[40] Destacan:

- Alteraciones conductuales activas. Se caracterizan por presentar un incremento en la actividad del individuo. Las más importantes, por sus consecuencias a corto plazo, son las conductas agresivas, la agitación psicomotriz, la acatisia y la intranquilidad

psicomotriz.

- Alteraciones conductuales pasivas. Destacan sobre todo porque conllevan una disminución de la actividad general del individuo. Se caracterizan por la ausencia de conductas en situaciones que requieren la colaboración del paciente (por ejemplo, a la hora de la higiene, la alimentación, la deambulación, las transferencias, etc.). También generan una carga importante del cuidador.
- Alteraciones conductuales desfacilitadoras. Existen conductas, pero dificultan el cuidado del paciente, puesto que no solo no ejecuta las conductas precisas para llevar a cabo una función, sino que además las que realiza impiden el correcto desempeño del cuidado del enfermo por parte de terceros (por ejemplo, rechazo de la ingesta u oposicionismo durante la higiene). También pueden aparecer conductas carentes de fin alguno, que ni siquiera ejercen una oposición, pero que generan distorsiones importantes en el cuidado (conductas de utilización, estereotipias gestuales o verbales –gritos persistentes, invocaciones, etc.–, y llantos o lamentos persistentes, etc.).[13]

El tratamiento farmacológico de los SPCD debe imponerse desde el principio de la enfermedad y en todos los casos, especialmente en aquellos en los que su aparición supone una importante merma en la calidad de vida del paciente y de quienes le rodean. No corregir y minimizar a tiempo estos síntomas implica convertirlos en crónicos, a la vez que supone un ensombrecimiento del pronóstico de la enfermedad, un aumento de la comorbilidad y un aumento en la frecuencia de claudicación familiar. La intervención farmacológica de la esfera psicopatológica incluye, entre otros, los neurolépticos, los ansiolíticos y los antidepresivos (para más información, véase el capítulo 13). El tratamiento de estas alteraciones conductuales es dificultoso y la terapéutica farmacológica por sí sola no da resultados, por lo que se precisa además de un plan integral de cuidados en el que toma un papel fundamental el tratamiento no farmacológico, esto es, terapias especializadas tanto de intervención cognitiva como no cognitiva, así como de educación sanitaria y de apoyo a los cuidadores principales del enfermo. Como tratamiento no farmacológico de la esfera psiquiátrica se proponen, como más efectivas, las técnicas cognitivo-conductuales. No obstante, algunos autores manifiestan la necesidad de desarrollar nuevas estrategias o técnicas de tratamiento no farmacológico para este tipo de trastornos.[11] Es importante que la familia y los cuidadores del enfermo de Alzheimer estén bien informados sobre la situación del enfermo y sobre la enfermedad, ya que así será más sencillo poder planear estrategias para el correcto manejo de la conducta del paciente. Al hacerlo, también es muy importante el sentido común, la imaginación, el sentido del humor

y, finalmente, el establecimiento de rutinas para todo (rutina entendido como «ritual», con el fin de que el enfermo intuya o sepa qué esperar en la mayor parte del tiempo).[11]

### 5.1. MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

La intervención conductual se basa en los paradigmas de la psicología del aprendizaje, de modo que la psicopatología se considera una conducta que puede ser modificable mediante unas técnicas adecuadas. La psicología del aprendizaje postula que, si se actúa sobre los antecedentes y los consecuentes de la conducta, es posible influir sobre ella y modificarla. Este es el modelo denominado ABC (abreviatura de los términos ingleses *antecedent-behaviour-consequence*).[41] La base de esta aproximación conductual es que las conductas son patrones de respuesta aprendidos y que, por tanto, las conductas desadaptadas pueden ser modificadas a través de la aplicación de los principios de la psicología del aprendizaje, que son principios universales y que teóricamente pueden ser aplicados a individuos de cualquier edad.[42] La conducta de las personas con demencia puede ser explicada por los mismos principios y modificada mediante las mismas técnicas. Al mismo tiempo, se recomienda un conjunto de estrategias para este tipo de población; por ejemplo, los estímulos de control, la modificación del entorno y la distracción pueden ser útiles, concretamente en la demencia moderada o severa.[43]

La modificación de una conducta específica (incremento, reducción, formación o extinción) con el uso de refuerzos es lo que se entiende por *condicionamiento operante*. El modelo del aprendizaje operante es la base de la aproximación conductual, utilizada exitosamente con las alteraciones conductuales propias del Alzheimer y otras enfermedades relacionadas. Newton y Lazarus (1992) señalan que este modelo enfatiza la relación funcional entre la conducta del paciente y el entorno en el que ocurre. Indican, además, que en este modelo la conducta es modificable a través de la manipulación de indicaciones ambientales que provocan la aparición de la conducta o las consecuencias ambientales que la refuerzan.[42] Es esencial para el éxito del tratamiento, según Newton y Lazarus, una definición clara de la conducta problemática y un análisis de los antecedentes y consecuentes. En función de esto, se diseña la intervención con el objetivo de aumentar la frecuencia de las conductas deseadas, disminuir las inapropiadas y formar nuevas conductas.[42] La modificación se centra en los determinantes y en los fenómenos observables de la conducta. En este sentido, aunque en las demencias tienen lugar procesos biológicos patológicos, las reacciones del comportamiento son el resultado de la interacción con el entorno. Así pues, se trata de centrarse en el momento actual y no en los traumas o conflictos vividos por el paciente en el pasado (esta perspectiva es opuesta a la terapia de

validación).[44] Es una de las técnicas desarrolladas para el control de los trastornos del comportamiento y se ha aplicado en numerosos ámbitos de las enfermedades mentales. Después de los estudios iniciales en ancianos, se investiga la eficacia de la intervención conductual en personas con demencia en aspectos como el vagabundeo, los gritos y la agresión.[43] Las terapias conductuales pueden aplicarse en un intento de mantener o mejorar las actividades funcionales (autocuidado, movilidad y continencia) y la interacción social.[43-45]

El objetivo es modificar conductas problemáticas a través de técnicas específicas que pretenden sustituirlas por conductas más adaptadas. Ante determinados comportamientos anómalos, se puede intentar organizar una serie de estrategias con el objetivo de suprimirlos. Este método se basa en modificar el entorno y la interacción social para reforzar (facilitar) las conductas adaptadas e ignorar las conductas anómalas.[46] La persona con enfermedad de Alzheimer presenta una grave alteración de la memoria explícita, aunque diversos estudios evidencian que mantiene ciertas capacidades de aprendizaje. En consecuencia, a partir de estas, pueden establecerse programas con el soporte de las capacidades preservadas.[44,45] El deterioro cognitivo implica que no puedan cumplirse todos los propósitos teóricos de las terapias de conducta, como la necesidad de motivación o de compresión de la situación.[44] Las intervenciones conductuales se utilizan principalmente en contextos institucionales pero pueden ser aplicadas en el medio familiar por medio de la indicación y la supervisión profesional.[43,44]

#### *5.1.1. Procedimiento*

El proceso del condicionamiento operante es el siguiente:[42]

- Identificar la conducta que debe modificarse y la conducta alternativa apropiada (análisis de la conducta).
- Identificar el antecedente o precursor de la conducta-problema.
- Identificar el refuerzo o los refuerzos de la conducta problemática.
- Identificar un reforzador o reforzadores que disminuyan o eliminen la conducta-problema.
- Desarrollar una estrategia para facilitar y reforzar una conducta adecuada alternativa (los pacientes con demencia no responden al refuerzo negativo pero sí al elogio, y conocer este patrón es importante para reforzar la conducta deseada).

La observación sistemática de la conducta que debe modificarse se realiza utilizando el modelo ABC (antecedente-conducta-consecuente) para el análisis conductual. Se basa en

observar la conducta entrelazada con eventos ambientales que preceden y que siguen su aparición. Es extensamente utilizado con niños y adolescentes y, con menor frecuencia, con ancianos cognitivamente deteriorados.[46] El método comporta tres puntos:[42]

- Definir la conducta que ha de modificarse sin olvidar que debe tener una cierta frecuencia (conductas o preguntas repetitivas).[42] Esto es lo que se denomina análisis funcional.[43,47]
- Implicar a todos los familiares que estén en contacto con el paciente.[42]
- Actuar, responder positivamente con afecto, alegría y entusiasmo ante las conductas adecuadas del paciente e ignorar las conductas anómalas. Este último punto requiere una aplicación sistemática (no funciona si se aplica de manera irregular) y un esfuerzo por parte de familiares y cuidadores.[41,42]

#### *5.1.2. Efectividad*

A partir de 1970, se publicó un número considerable de estudios respecto a la intervención conductual en ancianos cognitivamente deteriorados.[45,48] Sin embargo, cabe objetar que, desde un punto de vista metodológico, la mayoría de estas investigaciones presentan diseños de caso único y una muestra de sujetos institucionalizados contaminada (demencia o alteraciones mentales crónicas).[43] Las revisiones de Newton y Lazarus (1992) y de Smyer *et al.* (1990) concluyen que el abordaje conductual resulta una aproximación prometedora para entender y tratar muchos de los problemas psiquiátricos (ansiedad y depresión), conductuales (agitación, vagabundeo) y fisiológicos (incontinencia) experimentados por los ancianos,[43] además de para tratar conductas problemáticas en pacientes con Alzheimer y enfermedades relacionadas. Se consideran conductas inapropiadas tanto por defecto como por exceso.

Durante la década de los 90, se realizaron estudios con una extensa variedad de conductas. Respecto al bajo nivel de actividad (conducta deficitaria), se ha detectado en diferentes investigaciones un incremento de la frecuencia de interacciones sociales apropiadas y de las actividades de autocuidado (alimentación, marcha e higiene). Según Nacken,[42] las conductas alteradas por exceso (agitación, vagabundeo, etc.) han recibido menos atención por parte de los investigadores. En relación a este tipo de conductas, los estudios muestran reducciones en verbalizaciones repetitivas, vagabundeo, desorientación y conductas sumamente disruptivas.[49-51] Esta revisión indica que una aproximación conductual puede ser exitosa en la modificación de una conducta específica en sujetos con demencia. Sin embargo, puede tener algunas limitaciones como un escaso éxito en la generalización y en el mantenimiento de la conducta deseada (extinción cuando acaba el

programa de tratamiento).[42]

### 5.2. APRENDIZAJE Y DEMENCIA: CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Se ha observado que en pacientes con demencia avanzada es posible producir una respuesta condicionada mediante el condicionamiento clásico, por lo que queda demostrado que este tipo de aprendizaje se encuentra tan solo ligeramente disminuido en enfermos con demencia en un estadio evolutivo avanzado.[52] Por ello, una posible aplicación de este tipo de condicionamiento puede consistir en que determinados estímulos (personas, objetos o situaciones) se conviertan en estímulos discriminativos que favorezcan este tipo de aprendizaje. No debe olvidarse, no obstante, que el aprendizaje en enfermos con demencia tiene limitaciones muy importantes, sobre todo cuando avanzamos en los diversos estadios evolutivos de la enfermedad. Dicho aprendizaje queda limitado a determinadas circunstancias y en función del nivel de dificultad de la conducta que debe ser modificada, es decir, las personas con demencia moderada en adelante (deterioro cognitivo grave, según el GDS de Reisberg) solo serán capaces de aprender asociaciones sencillas y concretas, con poca o ninguna capacidad de generalización, mediante entrenamientos muy prolongados, normalmente de forma individualizada y a diario, ya que no funciona si se aplica de forma irregular.

En todas las intervenciones conductuales que se lleven a cabo (sobre todo en pacientes con demencia a partir de una fase moderada en adelante) podrá ser de utilidad tener presentes siete pasos para controlar el comportamiento (adaptación de Deví y Altimir):[11]

1. Empatizar: ponernse en la situación del paciente, así como en su punto de vista.
2. Reflexionar: buscar la causa o el motivo del problema o de su reacción.
3. Reconsiderar: preguntar cómo deben ser las cosas desde el punto de vista del paciente, puesto que le comprenderemos más si se percibe que hay cosas que él no sabe y no puede entender.
4. Restringir: intentar que el paciente deje de realizar la conducta problemática.
5. Reencaminar: buscar la manera de conseguir que su comportamiento pueda continuar de manera no perjudicial y sin riesgo, tanto para él como para su entorno familiar y social.
6. Recuperar la calma: tanto el paciente, como el cuidador y la familia deben tomarse el tiempo necesario para evadirse de la tensión generada por el problema en cuestión. Si un paciente se ha perturbado, enfadado o asustado, tras la intervención:

    - Se le dará tiempo para que se tranquilice.
    - Se le hará ver que todo va bien.

- Se le quitará hierro a lo acontecido y se le mostrará que se sigue cuidando de él.

7. Revisar y sacar conclusiones: cuando todo haya pasado, se reflexiona sobre lo sucedido, y después de sacar conclusiones, se valora si se ha podido controlar o no.

### 5.3. APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL EN LAS DEMENCIAS

El enfoque de la Teoría del aprendizaje social refleja un movimiento cognitivo conductual, donde el aprendizaje social se da gracias a que los organismos aprenden por la experiencia indirecta que se percibe de los modelos mediante procesos cognitivos, dentro de un contexto social, fijándose en las consecuencias vicarias de su actuar para la ejecución de su comportamiento. Este enfoque de aprendizaje subraya la capacidad para aprender por medio de la observación de un modelo o de instrucciones, sin que el aprendiz cuente con experiencia de primera mano. Su mayor exponente es Albert Bandura con la Teoría Social Cognitiva. Son varias las líneas de investigación en el ámbito clínico en las que se aplican o se han aplicado las técnicas de modelado, pero pocas de ellas hacen referencia al anciano, y menos aún al anciano con demencia. No obstante, en la mayoría de los casos pueden extrapolarse a este grupo de pacientes. En este sentido, es recomendable plantear intervenciones no farmacológicas si las conductas que deben modificarse son leves o moderadas y farmacológicas si son resistentes a la modificación, o bien combinar ambas intervenciones. No es fácil enumerar los problemas de conducta asociados a la demencia ya que existen diversas clasificaciones. Puede verse una síntesis de estos problemas en la tabla 4:

Tabla 4. Problemas de conducta más frecuentes asociados a la demencia

- Agitación: actividad repetitiva y sin propósito, reacciones catastrofistas, autoestimulación, comportamientos ruidosos.
- Trastornos de la marcha y deambulación errática.
- Conflictiva interpersonal: agresividad verbal y física.
- Alteraciones del comportamiento sexual: conducta sexual inapropiada, desinhibición.
- Otros comportamientos socialmente inapropiados: autoagresividad.
- Control de esfínteres: doble incontinencia.
- Trastornos del sueño.
- Problemas del estado de ánimo: depresión, ansiedad, manía, etc.
- Alteraciones psicóticas: paranoia, suspicacia, alucinaciones y delirios.
- Pérdida de habilidades de autocuidado.
- Trastornos psicomotores.
- Dificultades de comunicación.

Estos comportamientos incluyen actividades motoras o verbales que son inadecuadas y consisten en aquellas alteraciones del comportamiento, por exceso (por ejemplo, agitación) o por defecto (por ejemplo, tristeza), que pueden suponer una dificultad, un riesgo o un peligro tanto para la persona que recibe los cuidados o la que cuida, como para terceras personas implicadas en el cuidado. También se incluyen dentro de esta categoría aquellos comportamientos que son socialmente inaceptables. Estos comportamientos pueden ser producto directo del daño neurológico de la persona, aunque en muchos casos son también un indicador de falta de confort de la persona enferma o de una conducta adaptativa de la persona que trata de dar respuesta a un problema. Diferentes estudios han demostrado que entre un 50% y un 90% de personas con demencia moderada o severa pueden manifestar comportamientos problemáticos clínicamente significativos en algún momento de su enfermedad. Además de los riesgos o malestares que este tipo de problemas puede provocar tanto para la persona que padece la enfermedad como para terceras personas, el acontecimiento persistente de estos comportamientos problemáticos, unido a la percepción de los cuidadores en cuanto a su incapacidad para manejarlos, puede originar el surgimiento de la sobrecarga y el estrés en los cuidadores. En consecuencia, estos dudan en muchas ocasiones sobre si esta problemática se atribuye a la naturaleza de la enfermedad o si es un acto intencionado por parte de la persona enferma. Además, los problemas de comportamiento también pueden debilitar la red de apoyo informal, al hacer que familiares o amigos se sientan incómodos o no quieran implicarse en el cuidado, o bien contribuir a que los cuidadores principales sientan más recelo a la hora de solicitar ayuda. Los comportamientos problemáticos pueden ser una de las razones para una hospitalización aguda o un ingreso de la persona en una institución.

No debemos olvidar que, además de los esfuerzos dirigidos al diseño y a la implementación de la intervención cognitivo-conductual con el enfermo, deben realizarse esfuerzos dirigidos a obtener una actitud colaboradora e implicada de las personas de su entorno.[53] Desde un punto de vista psicológico, los comportamientos problemáticos son vistos como una expresión de necesidades no cubiertas o mal expresadas. Las habilidades de la persona para satisfacer sus necesidades están alteradas por la demencia y, por ello, se expone a métodos disfuncionales de comunicación y comportamiento para lograr sus objetivos. Así, por ejemplo, la agresividad ocurre con mayor frecuencia en situaciones de cuidado íntimo, en las que resulta plausible que la persona se sienta más vulnerable y amenazada. La lógica de la modificación de conducta se basa en que en cada caso individual pueden identificarse habilidades y recursos residuales en la persona que permiten optimizar la sensación de bienestar e interacción del paciente con los demás.

El modelo implícito que subyace a la intervención en demencias se basa en la noción de *exceso de discapacidad*. Una persona tiene exceso de discapacidad cuando demuestra una mayor discapacidad que la atribuible a los efectos del daño neurológico. Según la Teoría Cognitiva Social, el exceso de discapacidad surge de una interacción inadecuada entre el individuo y su entorno físico y social. Un entorno inadecuado puede acelerar el cambio neuropatológico de la persona con demencia. Por lo tanto, de acuerdo con este principio, cualquier intervención debe estar dirigida a maximizar el equilibrio entre los recursos y las habilidades de la persona y las demandas o la estimulación que el ambiente le proporcione. Un nivel de exigencia muy superior o inferior a las habilidades de la persona puede provocar que reaccione de forma negativa a las demandas (apatía, agitación, tristeza, etc.).

Existe una gran variabilidad entre las personas mayores que manifiestan comportamientos problemáticos y se observa también una gran variabilidad intra-personal a lo largo del proceso de la enfermedad, lo que sugiere que es necesario individualizar las intervenciones según las necesidades y características específicas de cada persona y el tipo de demencia. Tal y como se ha indicado con anterioridad, esta intervención pretende atender al paciente de la manera más individualizada posible, considerando los derechos de la persona a ser respetada y teniendo como objetivo principal mantener su dignidad, su autonomía y su autoestima, con el fin de asegurar la mejor calidad de vida posible.

También es importante transmitir a las familias que el éxito de una intervención de este tipo no consiste en obtener una completa remisión de la conducta-problema, sino que se puede considerar exitosa cuando se obtiene una reducción en la severidad, la intensidad o la frecuencia de estos problemas.

A través de la Teoría Cognitiva Social de Bandura puede variarse la frecuencia, la intensidad, la duración o la localización de un comportamiento específico por medio de la modificación de los estímulos que lo provocan (mediante los modelos que hay que imitar; aprendizaje por observación) o los sucesos que ocurren tras el comportamiento (consecuencias que ocurren tras el comportamiento del modelo; aprendizaje vicario) y que aumentan o disminuyen la probabilidad de que ocurra en un futuro el comportamiento deseado. Por ejemplo, la inexistencia de señales o carteles que faciliten la localización del baño (símbolos cognitivos) o la falta de alguien que se dedique a acompañarlos al baño en determinadas horas realizando el mismo ritual, el mismo camino, o las mismas actividades (modelo), puede provocar un episodio de incontinencia. A su vez, reparar demasiado en una persona que se ha comportado de manera agresiva puede facilitar que en futuras ocasiones, para recibir atención, se comporte de la misma manera.[54]

Este tipo de intervenciones se basa en que, aunque el aprendizaje está afectado por la

enfermedad, el ambiente (social o físico) ejerce importantes influencias sobre el comportamiento de la persona. Por lo tanto, si se influye sobre este ambiente (a través de los modelos o símbolos cognitivos) pueden obtenerse resultados muy positivos. Se citaba anteriormente el fenómeno de agitación al atardecer como un problema en el que los efectos del ambiente y el aprendizaje son claros, y se explicaba que, a través de un ajuste de la iluminación, de la provisión de estímulos tales como la observación de la hora en un reloj o de la obligación de rituales como lavarse los dientes o ponerse el pijama en compañía de un cuidador que realice las mismas actividades, se facilita la orientación temporal y se alivian en gran medida los síntomas de este fenómeno.[55]

Un aspecto muy importante en el modelado consiste en que el aprendizaje ocurre cuando un comportamiento es seguido de forma temporalmente próxima por una recompensa. Si una conducta del modelo es seguida de algo no agradable, o la consecuencia de esa conducta es negativa, el comportamiento remitirá, ya que el actor dejará de realizar dicha conducta y el observador percibirá las consecuencias como negativas, sin llevar finalmente a cabo la conducta deseada. Alguna de las técnicas derivadas de la Teoría Social Cognitiva que han resultado efectivas en población con deterioro cognitivo son el control de consecuencias negativas o aversivas de conductas a través de los reforzadores que percibe o recibe el observador, el control de estímulos, la manipulación ambiental y la modificación de contingencias de reforzamiento de comportamientos.[56,57]

En un estudio en el que se utilizaba esta técnica de intervención, se consiguió reducir el número de veces que una mujer entraba en habitaciones que no eran la suya en una residencia, de 44 a 2, a través de un entrenamiento en reconocimiento de señales (una señal roja de stop). Tras el período de aprendizaje en el que la mujer, ante la visión de la señal, debía continuar caminando, se fue ampliando el período entre ensayos y se entrenó al personal de la residencia a repetir este procedimiento cada vez que la mujer entrase en otra habitación.[55] En otro estudio, la pretensión consistió en llevar a cabo la reducción de verbalizaciones inapropiadas mediante el entrenamiento del personal de la residencia para ignorar las inapropiadas (vulgaridades y verbalizaciones agresivas) y atender a las verbalizaciones positivas.[58,59]

Este enfoque de reforzamiento diferencial de conductas ha sido también aplicado a la promoción de comportamientos, es decir, se ha señalado que la actitud que muestren las personas del entorno familiar o profesional en sus intervenciones hacia el cuidado de las personas con demencia puede fomentar la dependencia (por ejemplo, criticando conductas independientes: «te he dicho que no te vistas sola, ya que siempre lo haces mal»), estimular la autonomía personal (planteando la realización de una actividad como un reto o

proporcionando atención a la persona: «venga, sé que puedes hacerlo») o reforzar la independencia (atender a comportamientos autónomos: «qué bien que te hayas decidido finalmente a sentarte aquí con nosotros»). Se elaboró un programa para conseguir reducir la dependencia asociada a la comida en personas ingresadas en una residencia, que contaba con indicaciones verbales (por ejemplo: «lleva la comida a tu boca»), indicaciones físicas (por ejemplo: comer enfrente de la persona para que observe el comportamiento y la actitud del actor) y refuerzo (diciendo por ejemplo: «muy bien»). Los resultados demostraron que un uso consistente de indicaciones verbales y físicas, así como del reforzamiento, maximiza la capacidad funcional en esta actividad básica.[60] Se obtuvieron resultados positivos mediante una intervención conductual dirigida a reducir la deambulación de residentes mediante la utilización de señales visuales (por ejemplo, un dibujo de un WC en la puerta del baño) junto con el reforzamiento de conductas de no deambulación.[61] También se obtuvieron resultados positivos a través de intervenciones sobre problemas de incontinencia: una reducción de un 85% en la incontinencia urinaria y un 78% en la incontinencia fecal.

Las intervenciones derivadas del modelado surgen por la necesidad de modificar y optimizar la relación entre las personas mayores y su entorno socioespacial, con el fin de facilitar que puedan envejecer de forma óptima. Se pueden considerar barreras perjudiciales para un adecuado comportamiento tanto aquellos estímulos, objetos o modelos que estimulan en exceso como aquellos que proporcionan escasa estimulación. Un ejemplo de entorno excesivamente estimulado podría ser un determinado salón de una residencia (desorganizado y recargado) o un modelo complejo, con conductas poco claras; también un modelo poco atractivo y poco experto que no sabe captar la atención de la persona y por lo tanto dificulta el aprendizaje.

De acuerdo con los principios de la Teoría Social Cognitiva, la adaptación, la simplificación o el enriquecimiento del entorno, de los estímulos o de los modelos puede ser útil a la hora de reducir la frecuencia o intensidad de algunos comportamientos problemáticos. Aunque se le ha prestado muy poca atención al estudio de la influencia del entorno (especialmente domiciliario) sobre el estado de la salud (física, psicológica y cognitiva) de la persona enferma, existen algunos estudios que han demostrado la importancia de la consideración y la modificación de este tipo de cuestiones en relación con los diferentes tipos de intervenciones en personas con demencia y en sus cuidadores.

Se han conseguido mejoras en conductas prosociales (hablar y escuchar), antisociales (amenazas y violencia verbal) y no socializadoras (sentarse, permanecer en silencio y hablar para uno mismo) permitiendo que la persona tuviera, por ejemplo, acceso a café y zumo durante los períodos de intervenciones programadas, obteniendo también resultados

positivos sobre la frecuencia de las interacciones sociales a través de una actuación similar.[61] Las intervenciones dirigidas a proporcionar a las personas con problemas de deambulación un lugar seguro por el que puedan caminar y una persona de apoyo que pueda guiarles por el camino por el cual movilizarse hasta que hayan realizado el aprendizaje de la ruta han reducido significativamente las secuelas de este tipo de comportamientos.[62,63]

Otro trabajo en el que se ha destacado la importancia de la teoría de Bandura para las personas con demencia se basa en la idea de que, históricamente, las personas que se encuentran en una etapa media o final de la demencia son institucionalizadas en centros en los que las necesidades básicas y médicas están cubiertas, pero escasean los atributos de un domicilio particular. Se han estudiado longitudinalmente las diferencias en la calidad de vida de las personas que viven en dos tipos de entornos de cuidados, uno tradicional y otro de cuidados especiales, con una densidad baja de residentes, con 10 residentes en cada una de las seis plantas de la unidad, una mayor proporción de personal y un ambiente enriquecido con personal especializado y capacitado, para poner en práctica la modificación de conducta a través del modelado, entre otros tipos de intervenciones. Los resultados obtenidos mostraron un enlentecimiento del declive en AVD, un prolongado interés por el entorno y una menor afectación negativa en los residentes de la unidad de cuidados especiales, lo que demuestra que se puede incidir positivamente en la calidad de vida en etapas avanzadas de la demencia si se proporciona una estimulación más ajustada a la situación de las personas.[64,65]

En un trabajo similar al anterior, se estudiaron los efectos de la implementación mediante estímulos visuales, auditivos y olfativos de la modificación de conducta a través del modelado con el fin de crear un ambiente de intervención aún más estimulante, y los resultados del trabajo demostraron que los residentes prestaban más atención en las intervenciones estimuladas que en las intervenciones habituales. Además, presentaron una disminución de los comportamientos de escape y de agitación, así como un aumento significativo en la observación de los residentes dementes hacia el actor cuando se encontraban en este entorno favorecedor.[66]

La incapacidad progresiva para comunicarse adecuadamente de las personas que sufren el tipo de SPCD que afecta a la comunicación provoca dificultades importantes a la hora de intentar aplicar la teoría de la modificación de la conducta. Es fundamental, a la hora de aplicar esta teoría, ser paciente, claro, simple, saber captar la atención del enfermo, usar estrategias como la imaginación, hacer repasos del comportamiento realizado, utilizar la comunicación verbal y no verbal para ayudarle a comprender lo que pretendemos transmitirle. Todo ello debe estar sustentado por el buen conocimiento del modelo y, por

lo tanto, de los componentes de la conducta que se pretenden potenciar o inhibir.[66]

Con respecto a los cuidadores, los programas de intervención de entrenamiento en comunicación están diseñados para reducir el malestar emocional y la carga asociada a la atención de estas personas, mejorar la competencia en la provisión de cuidados, corregir cualquier tipo de idea preconcebida incorrecta sobre los problemas de comunicación, desarrollar expectativas realistas acerca de las habilidades comunicativas de la persona atendida y promover una sensación de satisfacción y de conexión emocional con ella a través correctos intercambios en la comunicación. Se puede obtener una reducción de la frecuencia de los problemas de comunicación con sus familiares (por ejemplo, de la falta de atención) y una reducción del estrés asociado, entrenando al cuidador en la capacidad de saber captar mejor la atención de las necesidades de cuidado en cada instante o en la de enseñar a realizar conductas que el enfermo sea capaz de llevar a cabo según su capacidad funcional y cognitiva.[67,68]

Algunos estudios revelan que, entrenando a personas a utilizar el modelado para fomentar la comunicación, se obtiene una mejora tanto verbal como no verbal de la comunicación (duración del tiempo de conversación, frecuencia en las interacciones, etc.) así como de la calidad de las conversaciones (características del discurso). Además, el personal entrenado señala que la utilización de estos recursos incide beneficiosamente en la sintomatología depresiva de las personas con demencia, mejorando por tanto su calidad de vida.[67] De igual forma, también es muy frecuente que exista, en ocasiones, una discrepancia entre la competencia actual de una persona con demencia y las expectativas o la percepción negativa de dicha competencia por parte de las personas que le rodean. Un típico ejemplo de esta situación es intentar «hablarle como si fuera un niño». Este estilo de comunicación con las personas con demencia puede, inconscientemente, reforzar estilos de comportamiento dependientes y favorecer el aislamiento y la depresión (entre otras consecuencias negativas), y contribuir a un aumento del declive físico, cognitivo y funcional. Mediante un estudio se comprobó que a través de un programa breve (tres sesiones de una hora) puede formarse al personal de una residencia para reducir el uso de este tipo de habla, y para practicar comportamientos facilitadores de las AVD como actividades de higiene personal y comportamientos inhibidores de conductas negativas. De esta manera, se probó tras la intervención que los profesionales utilizaban un lenguaje más respetuoso (por ejemplo, usaban menos diminutivos) y menos controlador, por lo que se observaba un incremento de conductas más colaboradoras y una reducción de conductas disruptivas como los gritos o la agresividad.[68]

## 5.4. PROBLEMAS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

El anciano presenta un envejecimiento de la voz, de la palabra y del lenguaje. El envejecimiento de la voz se evidencia en un deterioro de la voz pulmonar, una alteración de la extensión vocal, del tono y del timbre, algunas dificultades de la entonación y una disminución de la intensidad debida a la reducción de la presión respiratoria. El habla puede alterarse en los procesos patológicos[11,33] que afectan a la fonación (disfonía y afonía), la articulación (disartria y anartria), y al lenguaje propiamente dicho (disfasia o afasia). En la vejez es menos probable la recuperación neuropsicológica de la afasia (aunque tratable y mejorable en buena medida), debido al resultado de los cambios de adaptación del cerebro, a diferencia de sujetos adultos o de edad infantil y adolescente, donde el pronóstico tras hemiplejía, ictus, etc. es más favorable. Entre las alteraciones del lenguaje en la demencia, destacan la dislogia (incoherencia del enunciado, asociaciones raras), la ecolalia, la reducción del bagaje lexical, la falta de control sobre las emisiones y el aumento de las alteraciones a medida que progresa su discurso, que puede empezar de forma lógica e ir pasando poco tiempo después a formas dislógicas. Por un lado, están afectadas las áreas cerebrales directamente relacionadas con el lenguaje y, por otro, hay un deterioro de los mecanismos motores de control de la palabra y de la voz. Todo ello viene condicionado por el progresivo deterioro de la memoria, y provoca que la respuesta a una pregunta no sea posible, dado que inmediatamente se le olvidará aquello que se le había preguntado (dificultad de comprensión y expresión).

El problema de la comunicación es uno de los más graves y angustiantes en la convivencia con los enfermos con demencia y con el enfermo de Alzheimer en particular. El enfermo perderá la comunicación oral de manera gradual, a medida que avanza la enfermedad.[11] En los enfermos de mayor edad, hay que atender a los déficits de los sentidos de la vista y el oído, por lo que será preciso garantizar la mejor corrección óptica y acústica posible. Respecto al habla con el enfermo, si la demencia es leve, este puede participar en la conducción de sus propios problemas y cabrá la posibilidad de poder compartir sus preocupaciones y sufrimientos. En demencias avanzadas o terminales, el enfermo es incapaz de hablar o de comprender lo que le estamos diciendo, por lo que la comunicación será prácticamente imposible, e incluso será difícil averiguar los sentimientos y necesidades básicas del enfermo.

### *5.4.1. Tratamiento de las alteraciones del lenguaje*

Se estimulan las posibilidades de recuperación espontánea de la alteración del lenguaje mediante una constante estimulación verbal, visitas, conversaciones, televisión, cine, lectura

en voz alta, etc.

Se establecerá un ambiente de *comprensión*, *socialización* (canciones colectivas, juegos, chistes, etc.), psicoterapia (para anular tensiones, sobre todo en demencias subcorticales y a lo sumo solo hasta un estadio de deterioro cognitivo moderado equivalente a un GDS 4 de Reisberg en demencias primarias corticales) e *interés* por el paciente. Por otra parte, se intentará lograr la producción lingüística por medio de la presentación de estímulos que puedan asociarse con otras palabras de la misma clase o valor similar. En la tabla 5 se presentan algunos ejemplos:[11]

Tabla 5. Tratamiento de las alteraciones del lenguaje

- Técnicas de elocución: ejercicios de lenguaje y procedimientos de acondicionamiento.
- Tratamientos adicionales: por ejemplo, tratamiento de entonación melódica (ciertos pacientes afásicos pueden cantar mejor que hablar; el sentido del ritmo y la melodía consiguen una mejora de la expresión).
- Comunicación verbal: leer nombres, frases y textos, entablar conversaciones o hacer que entre los mismos enfermos lo hagan (centro de día), nombrar objetos y hacérselos repetir, deletrear palabras al derecho y al revés, etc.
- Comunicación gestual: llamarle para que mire, sonreírle, indicarle objetos o personas, hacerle imitar palmas, saludar, hacerle coger objetos, hacerle seguir objetos en movimiento, hacerle imitar movimientos, etc.
- Comunicación escrita: escribir nombres, frases y textos, poner el nombre a dibujos, copiar dibujos según un modelo, escribir según órdenes dadas, etc.

Al mismo tiempo, deben aprovecharse estas técnicas para mejorar la expresión facial del paciente (tendente a la inexpresión), con la ayuda de la mímica, con gesticulaciones exageradas delante del espejo. Con ello podemos conseguir una mejoría en la expresión, que podemos completar si provocamos situaciones exageradas de risa, sorpresa, llanto, alegría, etc.

## 6. Conclusiones

Es difícil llegar a conclusiones generales y aunque, desde un punto de vista científico, se necesitan más evidencias y mejoras metodológicas, desde un punto de vista asistencial y desde la experiencia clínica, estas intervenciones están justificadas porque cada individuo, por limitada que sea su situación, tiene unas posibilidades personales y su bienestar consiste precisamente en llegar al máximo de su potencial conductual desde una perspectiva adaptativa de funcionamiento. Por todo ello, es imprescindible recordar las siguientes consideraciones:

- Un ambiente estructurado que proporcione rutinas diarias minimiza los riesgos de

aparición de respuestas psicopatológicas debido a la saturación de estimulación excesiva o poco estructurada.

- Mientras no exista ningún tratamiento eficaz para la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, las intervenciones de este tipo pueden utilizarse como tratamientos paliativos que mejoran, mitigan, atenúan, reconducen, potencian, readaptan, etc., aspectos conductuales, cognitivos, comunicacionales, emocionales o de AVD.
- Dentro de la exploración neuropsicológica en psicogeriatría y demencias, debe incluirse siempre la valoración cognitiva, psicopatológica, funcional y de la sobrecarga familiar.
- Las intervenciones han de tener en cuenta tanto al paciente como a la familia y las recomendaciones van dirigidas a planificar intervenciones a partir de la formulación de cada caso individual.
- El Análisis Funcional de la Conducta es un modelo visual que ayuda a organizar la información disponible y a formular hipótesis. Es muy importante cuándo y dónde aparece el problema, cómo se desarrolla, y qué sucede antes y después de que se desencadene. El contexto juega un papel determinante tanto en su posible aparición y, en caso de que aparezca, en el mantenimiento o no del problema.
- De igual manera y por su menor coste económico debe potenciarse, desde los diferentes recursos sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, la consolidación de los tratamientos no farmacológicos y especialmente de la intervención cognitivo-conductual, para el abordaje tanto de los trastornos psicogeriátricos como de los SPCD, y que la intervención cognitivo-conductual sea llevada a cabo por profesionales de la psicología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Marcos T, Lázaro L. Evaluación de los trastornos del comportamiento en la demencia. Pseudodemencia. En: Del Ser T, Peña J, editores. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous Science; 1994. p. 165-178.
2. Deví J. La valoración funcional y la Escala AVD Alzheimer. Barcelona: Prous Science; 2002.
3. Stommel M, Collins C, Given B. The costs of family contributions to the care of persons with dementia. The Gerontologist. 1994; 34(2),196-205.
4. Hinrichsen G, Niederene G. Dementia management strategies and adjustment of

family members of older patients. The Gerontologist. 1994; 34(1),95-112.
5. Traber R, Freid W, Egger J, Rasky E. Burnout in geriatric nursing assistants. Póster presentado en el 8º Congreso de la Sociedad Europea de Psicología de la Salud. 1994; Alicante, España.
6. Teri L, Logsdon R, Yesavage J. Measuring behavior, mood and psychiatric symptoms in Alzheimer disease. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 1997; 11(6),50-59.
7. Requena E. Un estudi evolutiu de la malaltia d'Alzheimer: factors pronóstics associats al curs i efectivitat d'un programa d'estimulació [tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1998.
8. Finkel SI, Costa E, Silva J, Cohen G, Miller S, Sartoriu S. Behavioural and psychological sings and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr. 1996; 8(3):497-500.
9. The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. Consensus statement. J Neurol Neurosurg Psychiatr. 1994; 57:416-418.
10. McKeith IG, Galasco D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. Neurology. 1996; 47:1113-1124.
11. Deví J, Altimir S. Consejos, estrategias y pautas para demencias y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Prous Science; 2008.
12. Alberca R. Síntomas psicológicos y conductuales en la Enfermedad de Alzheimer. En: Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 207-216.
13. Roy P, Ruiz JM. Psicopatología en la vejez y en las demencias. En: Deví J, Deus J, editores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona: ISEP; 2004. p. 467-510.
14. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheiemer's disease. En: Disorders of thought content. British Journal of Psychiatry. 1990a; 157,72-76.
15. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheiemer's disease II: Disorders of Perception. British Journal of Psychiatry. 1990b; 157,76-81.
16. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheiemer's disease III: Disorders of Mood. British Journal of Psychiatry. 1990c; 157,81-86.
17. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheiemer's disease IV:

Disorders of Behaviour. British Journal of Psychiatry. 1990d; 157,86-94.
18. Spalletta G, Musicco M, Padovani A, Rozzini L, Perri R, Fadda L, Canonico V, Trequattrini A, Pettenati C, Caltagirone C, Palmer K. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer disease. Am J Geriatr Psychiatry. 2010; 18(11):1026-35.
19. Finkel SI. The signs of the behavioural and psychological symptoms of dementia. Clinician 1998; 16(1):33-42.
20. López-Pousa S, Llinâs J, Amiel J, Vidal C, Vilalata J. CAMDEX. Una nueva entrevista psicogeriátrica. Actas luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. 1990; 18:290-295.
21. Merrian AE, Aroson MK, Gaston P, Wey SL, Katz K. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. Am J Geriatr Psychiatry. 1998; 36:7-12.
22. Kloszewska I. Incidence and relationship between behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry. 1998; 13:785-792.
23. Roy P, Porta P, Caballero Roy C, Ruiz Idiago J. Evolución del síndrome de demencia: aspectos clínicos en fases avanzadas. Psiquiatría Biológica. 1998; 5(5):
24. Berrios G, Brook P. Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. The British Journal of Psychiatry. 1984; 144:662-664.
25. Mirea A, Cummings J. Neuropsychiatric aspects of dementia. In: Burns A, Levy R, editores. Dementia. Oxford: Blackewell Science; 2001.
26. Rubins EH, et al. The progression of personality changes in mild senile dementia of the AD type. J A Geriatr Soc. 1987; 35:721-725.
27. Rabins P, Mace N, Lucas MJ. The impact of dementia in the family. JAMA. 1982; 248:333-335
28. Merrian A, Aroson M, Gaston P, et al. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. J A Geriatr Soc. 1988; 36:7-12.
29. Deví J, Ruiz I. Valoración de la sobrecarga y apoyo al cuidador del enfermo con demencia. Geriatrika. 2001; 17(6):205-209.
30. Deví J, Ruiz I. Impacto emocional y cambios familiares en la demencia. Geriatrika. 2002; 18(5):161-165.
31. Deví J, Ruiz I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 12(1):31-37.
32. Deví J, Magán S, Ruiz I. Escalas de evaluación psicopatológicas y psicogeriátricas. En: Deví J, Deus J, editores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona: ISEP; 2004. p. 511-33.

33. Rohkamm R. Neurología. Texto y Atlas. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
34. Deví J. Síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia: aportación de la neuropsicología a la exploración y el tratamiento de los SPCD. IV Congreso de la Sociedad Española de Psicogeriatría. Revista de Psicogeriatría. 2005; 5(1):13-14.
35. Deví J. Evaluación neuropsicológica y abordaje cognitivo-conductual de los SPCD. Congreso UPDATE de psicogeriatría, demencias y enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 18(1):26-27.
36. Aguado R, Gómez AM. Trastornos psicopatológicos y conductuales en la demencia. En: López JM, García FJ, coordinadores. El anciano con demencia. Madrid: SEMEG; 2007. p. 157-196.
37. Martín M. Deterioro cognitivo y demencias. Enfermedad de Alzheimer. En: Sánchez M, coordinador. Guía esencial de psicogeriatría. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 15-47.
38. Chinchilla A, Villoria L. Síndrome demencial. En: Chinchilla A, coordinador. Breviario de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2011. p. 95-101.
39. Ramírez A, Barbudo E. Urgencias psicogeriátricas. En: Chinchilla A, coordinador. Breviario de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2011. p. 145-151.
40. Ramos R, López J, Mateos R. Psicoterapias y otras terapias no biológicas en la vejez. En: Sánchez M, coordinador. Guía esencial de psicogeriatría. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 213-231.
41. Alberca R. Síntomas psicológicos y conductuales en la Enfermedad de Alzheimer. En: Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 207-216.
42. Nacken R. Behavioural approaches for managing patients with Alzheimer's disease and related disorders. Medical Clinics of North America. 1994; 78(4):861-867.
43. Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. Clinical Psychology Review. 2000; 20(6):755-782.
44. Peña-Casanova J. Intervenció cognitiva en la malaltia d'Alzheimer. Fonaments i principis generals. Barcelona: Fundació la Caixa; 1999.
45. Tárrega Ll. Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. Medicine. 1994; 6:44-53.
46. Rapp MS, Flint AJ, Herrmann N, Proulx GB. Behavioural disturbances in the demented elderly: phenomenology, pharmacotherapy and behavioural management. Canadian Journal of Psychiatry. 1992; 37(9):651-7.

47. Rabins P. The phenomenology of behavior: An overview of behavioural principles. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 1994; 8(3):61-65.
48. Woods RT, Britton PG. Psychological approaches to the treatment of the elderly. Age and Ageing. 1977; 6(2):104-112.
49. Miller E. The management of dementia: A review of some possibilities. British Journal of Social and Clinical Psychology. 1977; 16:77-83.
50. Opie J, Rosewarne R, O'Connor D. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1999; 33:789-799.
51. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. Am J Geriatr Psychiatry. 2001; 9(4):361-81.
52. Teri L, Montorio I, Izal M. Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En: Montorio I, Izal M, editores. Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis; 2000. p. 177-201.
53. Clark LW. Communication intervention for family caregivers and professional health care providers. En: Shadden BB, Toner MA. Aging and communication for clinicians by clinicians. (251-274). Austin: Pro-ed; 1997.
54. Cohen-Mansfield J. Approaches to the management of disruptive behaviors. En: Lawton MP, Rubinstein RL, editores. Interventions in Dementia Care (39-63). New York: Springer; 2000.
55. Cohen-Mansfield J, Werner P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. The Gerontologist. 1998; 38:199-208.
56. Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uiri JT, O'Sullivan P, Walls R, Phillips R, Baldwin B. Effects of Behavioral Interventions on Disruptive Behavior and Affects in Demented Nursing Home Residents. Nursing Research. 2002; 51(4):219-228.
57. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A Randomized, Controlled Trial of a Home Environmental Intervention: Effect on Efficacy and Upset in Caregivers and on Daily Function of Persons With Dementia. The Gerontologist. 2001; 41(1):4-14.
58. Bourgeois MS, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's Disease. A review and analysis of content, process and outcomes. Int J Aging Human Devel. 1996; 43:35-92.
59. Bourgeois M, Schulz R, Burgio LD, Beach S. Skills Training for Spouses of Patients With Alzheimer's Disease: Outcomes of an Intervention Study. Journal of Clinical

Geropsychology. 2002; 8(1):53-73.
60. Coyne ML, Hoskins L. Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. Clinical Nursing Research. 1997; 6(3):275-290.
61. Teri L. Rabins P, Whitehouse P, Berg L, Reisberg B, Suderland T, Eichelman B, Phelps C. Management of behavior disturbance in Alzheimer disease: Current knowledge and future directions. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 1992; 6(2):77-88.
62. Quattrochi-Tubin S, Jason LA. Enhancing social interactions and activity among the elderly through stimulus control. Journal of Applied Behavior Analysis. 1980; 13(1):159-163.
63. Bech CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uiri JT, O'Sullivan P, Walls R, Phillips R, Baldwin B. Effects of Behavioral Interventions of Disruptive Behavior and Affect in Demented Nursin Home Residents. Clinical Nursing Researc.h 2002; 51:219-228.
64. Gitlin LN. Conducting reserarch on home environments: lessons learned and new directins. The Gerontologist. 2003; 43(5):628-637.
65. Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C, Currie G, Eliasziw M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. J A Geriatr Soc. 2004; 52(7):1085-1092.
66. Baltes MM, Wahal HW. Patterns of comunication in old age: The dependence-support and independence-ignore script. Health Communication. 1996; 8(3):217-231.
67. Clark LW. Communication intervention for family caregivers and professional health care providers. En: Shadden BB, Toner MA. Aging and communication for clinicians by clinicians. Austin: Pro-ed; 1997.
68. Feil N. The validation breakthrough: simple thechniques for communicating with people with «Alzheimer's type dementia». Baltimore: Health Professions Press; 2002. Y también: Feil N. Dementia: some preliminary observations. Journal of Mental Health. 1993; 4:133-144.

6

# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

*Teresa Gutiérrez*

## 1. INTRODUCCIÓN

La tendencia demográfica en España indica que en el año 2050 seremos el segundo país del mundo con mayor número de personas mayores con una edad superior a los 64 años, es decir, se estima que el 33,2% de la población corresponderá a esta franja de edad.[1] Este factor, unido al incremento medio de la esperanza de vida situado actualmente en 83,5 años para las mujeres y 77 años para los hombres, indica la importancia de mantener una buena salud, la funcionalidad y una máxima calidad de vida en esta etapa. Los estilos de vida se convierten en uno de los múltiples determinantes de dicha calidad, esto es, se hace necesario incrementar los factores que favorecen la salud como la alimentación, la actividad física o un buen ritmo en las relaciones sociales, y reducir los que incrementan los riesgos como el abuso y la dependencia del tabaco y del alcohol.

En este capítulo se da una visión general sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de tabaco que pueden afectar a personas mayores. Partiendo de los conceptos básicos de conducta adictiva como *uso, abuso y dependencia*, se valora la magnitud del problema y sus efectos sobre la salud. La mayor parte del capítulo está dedicada a describir los procedimientos de evaluación y los tratamientos psicológicos más eficaces y a aportar fuentes de recursos adicionales.

## 2. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

La adicción a drogas se caracteriza por un consumo abusivo y continuo, a pesar de las consecuencias negativas que provoca en el individuo, y por una aparente pérdida de control sobre la conducta. Tal como se recoge en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR,[2] las personas con adicción a drogas continúan consumiendo las sustancias a pesar de tener conciencia de los problemas que parecen causados por su consumo y, a su vez, presentan un deseo persistente y unos esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

El alcohol y otras drogas son sustancias químicas que modifican el funcionamiento del SNC produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. A corto plazo, los efectos agudos remiten tras la finalización del efecto farmacológico. A largo plazo, el consumo crónico puede dejar una importante huella en la memoria emocional y puede remodelar las conexiones y vías neuronales, produciendo cambios de larga duración en el

funcionamiento cerebral y dejando a la persona más vulnerable hacia el reinicio de su consumo.[3]

Los sistemas de clasificación internacional para los trastornos mentales más utilizados, como el CIE-10[4] o el DSM-IV-TR,[2] establecen diferenciaciones clínicas entre los efectos agudos y los crónicos.

Los *efectos agudos* de las sustancias psicoactivas se dan durante la *intoxicación* o la *abstinencia*. En este área la evaluación biológica es fundamental, obviamente completada con la evaluación psicológica con fines de diagnóstico. En este momento estamos ante un problema eminentemente médico. Los *efectos crónicos* de abuso y dependencia se producen por un consumo continuado. La *dependencia* de sustancias es vista como la forma más seria del trastorno y se caracteriza al menos por tres características de un total de siete. El *abuso* de sustancias es identificado cuando la persona no muestra suficientes características de dependencia y se caracteriza por al menos una característica de un total de cuatro. Este nivel de consumo empieza a crearle problemas sociales importantes (véase tabla 1).

El concepto de *uso* se relaciona generalmente con la búsqueda de «situaciones de riesgo» y sobre todo con factores culturales y específicos; en cualquier caso se trata de consumos puntuales que no alteran la situación social del individuo. Por el contrario, la dependencia de sustancias psicoactivas es vista como la forma más seria de un trastorno adictivo.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)[2]

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o un malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento durante un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
   - Necesidad de ingerir cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación o los efectos deseados.
   - La misma cantidad de sustancia disminuye su efecto cuando se toma de forma continuada.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
   - Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
   - Se toma la misma sustancia u otra muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos inútiles para controlar o interrumpir el consumo de la sustancia (incontrolabilidad).
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la búsqueda de la sustancia, con su consumo o con la recuperación de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia (cambio del estilo de vida).
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes ocasionados por esta (consumo persistente).

## 3. Importancia del problema

En este apartado se analiza la prevalencia del abuso o del consumo problemático de alcohol y tabaco en población general, aunque se intenta delimitar los datos epidemiológicos para personas mayores.

En la actualidad se cuenta con sistemas de información epidemiológica especializados de gran solvencia sobre el consumo de alcohol y drogas en población general que nos permiten analizar la prevalencia, el perfil de los consumidores, las actitudes y las percepciones hacia el problema en diferentes sectores sociales y las características de las personas tratadas en los servicios sanitarios especializados. Entre estos sistemas de información pueden mencionarse el Observatorio Español sobre drogas (OED), encuadrado en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Política Social, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) que con sus informes anuales permite acercarse de forma exhaustiva a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) dirigida a la población de 15-64 años se realiza desde el año 1995 y de forma bianual por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad. Los últimos datos publicados en 2010[5]permiten constatar que las drogas más consumidas entre la población adulta de 35 y 64 años son el alcohol y el tabaco, seguidas de los hipnosedantes, y que los porcentajes de consumidores se mantienen estables respecto a los datos del 2007.[6] Los consumos de todas las sustancias son más prevalentes en hombres salvo en el caso de los hipnosedantes, en el que las mujeres presentan mayor prevalencia (el 12,9% de mujeres y el 6,4% hombres han consumido hipnosedantes en el último mes, dentro del subgrupo de 35-64 años).[5,6] A continuación se muestran los datos más relevantes sobre el alcohol y el tabaco.

Se mantiene estable la prevalencia del consumo diario de *alcohol* entre la población y se observa que esta aumenta con la edad, lo que puede confirmarse con los datos: un 30,4% de consumo diario de alcohol en hombres de 55-64 años, en contraposición al 8,3% de mujeres. Entre las mujeres, el aumento de la prevalencia solo se observa hasta los 54 años, ya que se estabiliza posteriormente. Por otro lado, se detecta en los jóvenes una tendencia ascendente de las borracheras durante el último año en el grupo de edad de 35 a 64 en ambos sexos.[5]

Por primera vez se ha realizado una estimación del consumo de riesgo/perjudicial para la salud y del porcentaje de población con posible dependencia. Para ello se ha incorporado la escala AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification*) en la EDADES 2009/10 y se ha encontrado

un *consumo de riesgo/perjudicial* del 7,4% entre las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, lo que supone dos millones de personas (1.320.000 hombres y 680.000 mujeres). Asimismo, se estima que el 0,3% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida muestran posible *dependencia*, lo que se traduce en 90.000 personas (75.600 hombres y 14.400 mujeres).[5]

La información disponible sobre el perfil de consumidores de alcohol y tabaco en poblaciones mayores de 65 años es escasa, ya que tanto las encuestas estatales como las internacionales se centran fundamentalmente en adolescentes y en la población general comprendida entre 15-64 años. No obstante, en una investigación del Instituto Nacional de Estadística del año 1999 se recogía información sobre el consumo de alcohol en mayores de 65 años y se establecía que el 27,3% consumió alguna bebida alcohólica durante la última semana, un 18,3% en cantidades bajas (hasta 175 cc de alcohol puro/semana), un 8,3% entre 176 y 525 cc y un 0,8% por encima de estas cantidades. El consumo es inferior con respecto a la población más joven pero las diferencias entre hombres y mujeres son mucho más elevadas.[7,8] Sin embargo, el aumento de la población anciana a nivel mundial implica que el número absoluto de personas mayores con trastornos por consumo de alcohol se esté incrementando.[9]

En España, el 31% de la población entre 15-64 años consume *tabaco* diariamente. El porcentaje de consumidores entre hombres y mujeres se ha ido aproximando en todos los grupos de edad, incluido los adultos entre 35 a 64 años.[5] Se observa que, en el grupo de 35-64 años, el porcentaje de consumidores entre hombres ha ido disminuyendo desde el año 1997, ya que es actualmente de un 36,45%, y se ha ido incrementando el porcentaje de mujeres fumadoras, que actualmente es del 26,7%. Se observa una tendencia a la *estabilización* tras el descenso observado que coincide con el debate social previo a la aprobación de la Ley 28/2005.[5]

## 4. Efectos del alcohol y tabaco sobre la salud

Los efectos adversos del abuso de alcohol y del tabaco sobre la salud han sido ampliamente investigados y delimitados. Las personas mayores que presentan abuso de estas sustancias deben afrontar, en la mayoría de los casos, los efectos crónicos derivados de un abuso continuado, así como los efectos agudos relativos al consumo de alcohol en este estadio vital. Dejando a un margen las tasas de mortalidad asociadas, se describen brevemente a continuación las enfermedades asociadas al abuso de estas sustancias psicoactivas. .Los trastornos del *uso de alcohol* en los ancianos se asocian con una amplia gama de

impedimentos físicos, sociales, psicológicos y cognitivos.[8] En general, las consecuencias del consumo de alcohol dependen del volumen o la cantidad de alcohol ingerida y del patrón de consumo, que van a modular los efectos a través de mecanismos de intoxicación y dependencia.[9] La intoxicación está más relacionada con efectos agudos como accidentes, violencia o conflictividad social. La dependencia, derivada de un consumo sostenido de alcohol, tiene consecuencias tanto agudas como crónicas. Entre las enfermedades físicas asociadas al abuso de alcohol sostenido se incluyen las neoplasias, como el cáncer de hígado, las enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endocrinas, entre las que destacan la cirrosis hepática, la pancreatitis, la diabetes tipo ii y el sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, el accidente cerebrovascular, la enfermedad coronaria y las cardiomiopatías.[9-11]

También hay que considerar que el proceso del envejecimiento disminuye los procesos de metabolización del alcohol en sangre, lo cual explica que cantidades equivalentes de alcohol produzcan mayores niveles de alcoholemia en los ancianos.[8] Las personas mayores se muestran más vulnerables a los daños que origina el alcohol debido, en primer lugar, a que su tolerancia tiende a decrecer como consecuencia de una mayor concentración de alcohol en sangre debido al menor volumen corporal de agua, especialmente a partir de los 70 años. En segundo lugar, porque el consumo habitual de medicación puede interactuar con el alcohol y ocasionar mayores daños.[12] Finalmente, el riesgo de caídas se incrementa en las personas mayores y puede aumentar considerablemente en casos de intoxicación alcohólica.[9]

En investigaciones recientes se han puesto de manifiesto las alteraciones neurológicas vinculadas al uso de alcohol, entre las que destacan las alteraciones en la velocidad de procesamiento de la información, en las habilidades psicomotoras, en la organización visoperceptica, en la memoria y en el control ejecutivo. Estas alteraciones pueden verse agravadas en las personas mayores y es necesario su diagnóstico y una evaluación diferencial.[13-15] Generalmente, los antecedentes de abuso de alcohol se asocian con mayores enfermedades, más visitas del médico, más síntomas depresivos y menores relaciones sociales, si bien es preciso matizar que el consumo leve o moderado de alcohol se ha asociado recientemente con una reducción del riesgo de enfermedad coronaria, de ictus y de demencia.[8]

En cuanto al *hábito tabáquico*, en la década de los 60 aparecieron los primeros informes del departamento de salud de Estados Unidos y del colegio de médicos de Londres que pusieron de manifiesto los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud. Hoy en día la Organización Mundial de la Salud (OMS) califica el hábito tabáquico como uno de los principales problemas de salud pública debido a la alta prevalencia de consumo en la

población y a las altas cifras de morbilidad-mortalidad que conlleva.[16,17] La consecuencia inmediata es la necesidad de reconocer que la prevención y el tratamiento del tabaquismo son actividades enormemente eficaces y rentables, que deberían potenciarse al máximo por su decisiva repercusión sobre la salud de la población general.[18]

El abandono del *hábito tabáquico* conlleva beneficios tanto en la reducción de mortalidad como en la disminución de la morbilidad y el incremento de la esperanza de vida en cualquier edad y para ambos sexos. Son bien conocidos los efectos adversos del consumo continuado: el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o las enfermedades coronarias, entre otras. A corto plazo, el abandono del tabaco reduce las complicaciones en gripes y resfriados y mejora la función respiratoria. En todos los casos y a cualquier edad, los beneficios del abandono o la reducción del consumo son sensiblemente superiores a los inconvenientes del abandono (síndrome de abstinencia), que son de carácter transitorio.[19] Algunas investigaciones indican que el alcoholismo y el tabaquismo, en interacción, constituyen factores de riesgo para la osteoporosis en ancianos y pueden afectar al estado nutricional.[20-22]

## 5. Tratamiento psicológico para dejar de fumar

El hábito de fumar suele iniciarse en la adolescencia[5] y responde a un proceso complejo en el que intervienen factores sociales, psicológicos y fisiológicos. Inicialmente, son los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad los que favorecen el inicio del consumo de tabaco; posteriormente, los factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos, junto con el desarrollo de la dependencia fisiológica a la nicotina contribuyen al mantenimiento de la conducta.[16]

Generalmente, las personas mayores que fuman tabaco presentan una larga historia de consumo y muy probablemente han realizado varios intentos a lo largo de su vida para dejar de fumar. Hoy por hoy es un hecho que las conductas adictivas constituyen un problema crónico, es decir, las personas adictas a sustancias suelen alternar períodos de abstinencia con otros de recaídas.[23,24] El proceso de dejar las drogas es largo y complejo e implica una perspectiva temporal en la que la persona va pasando por diferentes etapas. Se estima que la mayoría de fumadores hacen entre tres y siete intentos serios para dejar de fumar antes de alcanzar la abstinencia definitiva. Por lo general, el riesgo de recaída disminuye a medida que se mantiene la abstinencia.[24,25] Esto ha dado lugar a la necesidad de incorporar estrategias de prevención de recaídas como parte integrante de los tratamientos.

Los tratamientos psicológicos multicomponentes son las intervenciones más eficaces para

dejar de fumar; existe un gran número de evidencias sobre su eficacia.[26-29] Estos tratamientos se pueden aplicar en formato clínico intensivo, en formato de autoayuda o en programas comunitarios.

La evidencia empírica sobre la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, fundamentalmente la terapia sustitutiva de nicotina y más recientemente mediante otros tipos de fármacos que combinan la acción antidepresiva y la ansiolítica, nos indica:[30,31]

- En el tratamiento farmacológico es imprescindible añadir algún tipo de consejo o tratamiento psicológico para tener adecuados niveles de eficacia.
- Un tratamiento psicológico efectivo obtiene buenos resultados sin necesidad de añadir ningún tipo de tratamiento farmacológico.
- Desde una perspectiva clínica, viene bien conocer ambos tipos de tratamiento para que cada profesional optimice al máximo su intervención específica para obtener el mejor resultado posible.

### 5.1. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

La evaluación amplia de la adicción al tabaco es uno de los aspectos fundamentales que diferencia los tratamientos psicológicos especializados en este ámbito de otros tipos de intervenciones y, sin duda, uno de los factores que contribuyen a la mayor eficacia de los programas multicomponentes donde se combinan las terapias cognitivas, conductuales y, en caso de que sea necesario, las farmacológicas.[17,21,22]

Como se ha comentado anteriormente, la adquisición del hábito de fumar responde a un proceso largo y complejo en el que influyen múltiples determinantes. Del mismo modo, dejar de fumar no se improvisa. Partir de una buena motivación es de gran importancia para garantizar el éxito. Para ello, es preciso conocer cómo actúa el tabaco en nuestro organismo y en nuestra vida cotidiana, delimitar las causas que mantienen nuestro consumo actual y planificar cómo vamos a afrontar el proceso de dejarlo. La evaluación garantiza el cumplimiento de estos objetivos y, por tanto, favorece un mayor éxito en la intervención para dejar de fumar.[21,32]

En la tabla 2 se especifican los principales objetivos y procedimientos de la evaluación y se incluyen algunos de los instrumentos más utilizados. Se trata de responder de forma rápida a las preguntas «¿qué hemos de evaluar?» y «¿cómo podemos hacerlo?». Se incluye como anexo 1 los estadios de cambio en fumadores y las recomendaciones para la intervención en cada caso. Para más información sobre los diversos instrumentos de

evaluación, pueden consultarse diferentes fuentes[21,23] y las últimas guías de práctica clínica para dejar de fumar,[26,27] donde el lector podrá encontrar la descripción completa de diversos instrumentos y las normas de corrección e interpretación.

Tabla 2. Evaluación de la conducta de fumar

| OBJETIVO ESPECÍFICO | INSTRUMENTOS / PROCEDIMIENTOS |
|---|---|
| **CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA PROBLEMA** | |
| **Historia del hábito** | • Entrevista semi-estructurada.<br>• Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994b).<br>• Multidimensional Smoking Behavior Questionnaire (Gilliard y Bruchon, 2001). |
| **Consumo actual**<br>**Análisis topográfico**<br>**Análisis funcional** | • Autorregistros.<br>• Entrevista.<br>• Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994b).<br>• Multidimensional Smoking Behavior Questionnaire (Gilliard y Bruchon, 2001). |
| **Dependencia física**<br>**Tolerancia**<br>**Abstinencia** | • Entrevista.<br>• Criterios diagnósticos DSM-IV-TR.<br>• Cuestionario de tolerancia a la nicotina (Fagerström, 1978).<br>• Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Heatherton y cols., 1991). |
| **Evaluación fisiológica** | • Monóxido de carbono en el aire espirado (cooximetría). |
| **BARRERAS PARA EL CAMBIO y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DISPONIBLES** | |
| **Problemas simultáneos:**<br>• Consumo de otras drogas<br>• Ansiedad<br>• Estrés<br>• Depresión | 1. Entrevista.<br>2. Escalas o cuestionarios específicos:<br>• Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI.<br>• Inventario de depresión de Beck, BDI.<br>• Cuestionario de síntomas SCL-90-R.<br>• Escala de estrés percibido. |
| **Autocontrol** | • Entrevista.<br>• Escalas o cuestionarios específicos. |

Fuente: adaptación de Gutiérrez y Villafaña, 2003[21]

## 5.2. FASES DEL TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE

Los tratamientos multicomponentes utilizan la terapia cognitivo-conductual en combinación con una terapia farmacológica. Son tratamientos de una duración aproximada de seis y ocho sesiones de una hora que pueden aplicarse de forma individual o en grupo. Estos programas incluyen tres fases: preparación, abandono y mantenimiento. Utilizan diversas técnicas como los procedimientos de autocontrol, el entrenamiento en conducta asertiva y las técnicas de relajación, además de trabajar de forma constante, durante la intervención, la motivación para el cambio y el aprendizaje de estrategias para prevenir las recaídas.

Tabla 3. Fases de un programa de tratamiento para dejar de fumar

| FASE DE ABANDONO (SEMANA 5) | |
|---|---|
| OBJETIVOS | ACTIVIDADES |
| • Mantener la abstinencia.<br>• Reforzar por haber conseguido dejar de fumar.<br>• Revisar los avances y el cumplimiento de tareas.<br>• Analizar el nivel de satisfacción alcanzado.<br>• Prevenir las recaídas: diferenciar entre caída/recaída.<br>• Repasar las creencias erróneas sobre el abandono de cigarrillos.<br>• Percibir el grado de dificultad que le ha supuesto el tratamiento.<br>• Intuir cómo se ve a sí mismo en el futuro como no fumador.<br>• Generalizar el aprendizaje en situaciones futuras. | 1. Analizar las tentaciones y los impulsos en el momento actual.<br>2. Averiguar el significado personal de haber conseguido la abstinencia.<br>3. Analizar las consecuencias positivas y negativas de haber dejado de fumar.<br>4. Observar los beneficios al dejar de fumar.<br>5. Analizar las sensaciones que pueda notar en esta semana sin tabaco.<br>6. Analizar las creencias erróneas sobre el tabaco. |
| **FASE DE MANTENIMIENTO (SEMANA 6)** | |
| • Mantener la abstinencia.<br>• Reforzar por haber conseguido dejar de fumar.<br>• Prevenir las recaídas. | 1. Averiguar el significado personal de haber conseguido la abstinencia.<br>2. Desarrollar un reforzamiento de la abstinencia.<br>3. Incidir en las estrategias utilizadas hasta este momento en aquellos que no han dejado de fumar.<br>4. Llevar a cabo seguimientos a los seis y 12 meses. |

Por lo general, el tratamiento facilita la planificación del proceso de abandono y aporta recursos y estrategias diversas de afrontamiento con la finalidad de que el fumador reconozca las características de la dependencia e identifique las situaciones en las que es más probable que sienta la necesidad de fumar, afronte las situaciones conflictivas cuando surjan, y aprenda a superar las situaciones de riesgo y prevenir las recaídas.[33]

## 6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un fenómeno sumamente complejo en el que influyen diversos factores a lo largo de todo el proceso adictivo: desde su aparición y el mantenimiento hasta las recaídas tras largos períodos de abstinencia. Según investigaciones epidemiológicas, los hombres que consumen más de cuatro bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de tres al día (o más de siete en una semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol.[34] Para determinar si el consumo de alcohol supone o no un riesgo para la salud se utilizan unidades de medida estándar. Una unidad de bebida estándar (1 ube = u) es igual a 10 gramos de alcohol puro.

Es conveniente tener en cuenta si el patrón de consumo es regular u ocasional, de manera que sea posible efectuar un cálculo semanal o mensual[35] (véase tabla 4).

A partir de esta unidad es fácil determinar si estamos o no ante un consumo de riesgo. Concretamente, se diferencian las siguientes categorías:[36]

- Consumo de bajo riesgo o consumo objetivo. Se consideran límites «poblacionalmente de bajo riesgo» los inferiores a 17 U/semana para hombres y 11 U/semana para mujeres, y cero en el caso de personas menores de 18 años.
- Consumo peligroso. Se considera que entre 17 y 28 U/semana en los hombres y entre 11 y 17 U/semana en mujeres el consumo es peligroso. Es una zona gris, en que los efectos no están tan claros como en el consumo de riesgo.
- Consumo de riesgo. Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol es igual o mayor a 28 U/semana para los hombres y 17 U/semana para las mujeres. Como criterio complementario, se considera asimismo un consumo de riesgo la ingesta de 5 U en 24 horas con una frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de tener antecedentes familiares de alcoholismo, ser menor y estar en situación de embarazo o lactancia.

Tabla 4. Cálculo del consumo de alcohol en unidades (UBE)[36]

| 1 UBE | 2 UBE |
|---|---|
| 1 caña o 1 quinto de cerveza (200 ml)<br>1 vaso pequeño de vino (100 ml)<br>1 vaso de vino generoso (jerez) (50 ml)<br>1 copa de cava (50 ml)<br>1 carajillo de licor (25 ml)<br>1 copa de coñac (50 ml) | 1 combinado (50 ml)<br>1 vermut (100 ml)<br>1 whisky (50 ml) |

En la reciente Guía de práctica clínica de Socidrogalcohol se constatan las siguientes evidencias para el problema del alcoholismo:[35]

- El alcoholismo, al igual que otras conductas adictivas, cursa con períodos de remisión y recaídas. La edad de inicio suele situarse entre los 18 y los 25 años.
- Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otras van a necesitar un tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
- La posibilidad de que un paciente alcohólico pueda retornar a un consumo controlado, tras haber efectuado un tratamiento del alcoholismo, depende sobre todo de la gravedad de su dependencia. Sin embargo, la abstención continuada de alcohol es el objetivo óptimo y el que consigue el mejor funcionamiento global a largo plazo.
- Entre las personas que han recibido tratamiento del alcoholismo, aproximadamente el 70% refieren una reducción del número de días de consumo de alcohol y una mejoría de su salud a los seis meses. La mayoría tienen por lo menos un episodio de recaída durante el primer año de tratamiento, sin embargo, beben con menor frecuencia y toman una menor cantidad de alcohol que antes del inicio del tratamiento.

### 6.1. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Una evaluación y un diagnóstico adecuados del problema de alcoholismo facilita y mejora la eficacia de la intervención en cada paciente. La evaluación clínica en estos trastornos requiere la recogida y el análisis de la información relevante acerca de las diversas áreas vitales comúnmente afectadas por el abuso de sustancias: médica / situación orgánica, psiquiátrica, consumo de sustancia, cognitiva, comportamental, emocional y relacional. Las áreas legales y relativas a la actividad laboral serán menos relevantes en personas mayores. Asimismo, la evaluación debe identificar las barreras y los posibles factores facilitadores para que la persona alcance sus metas.[21,37] La evaluación clínica del abuso de sustancias suele incluir sucesivamente los procesos de identificación o detección (*screening*), evaluación (*assessment*), diagnóstico y evaluación de las intervenciones. La evaluación inicial de detección es especialmente relevante en atención primaria, y para esta se utilizan instrumentos como el CAGE (Cuestionario Breve para Alcohólicos) y el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (véase anexo 2).[35,38,39]Una vez que una detección inicial o *screening* alerta al clínico o consejero sobre la posibilidad de un abuso de sustancias, es necesario llevar a cabo un estudio diagnóstico detallado y definitivo.[21] En la tabla 5 pueden observarse las diferentes áreas que requieren ser evaluadas en problemas de abuso de alcohol

y alguno de los instrumentos disponibles. Para más información, pueden consultarse las últimas Guías de práctica clínica en alcoholismo.[34,35]

Tabla 5. Áreas e instrumentos de evaluación del consumo de alcohol

| OBJETIVO ESPECÍFICO | INSTRUMENTOS/PROCEDIMIENTOS |
|---|---|
| **CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA PROBLEMA** | |
| **Detección** | • AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders et al., 1993).<br>• Test de CAGE (Evaluación General del Alcoholismo Crónico) ( Ewing, 1984). |
| **Entrevistas e instrumentos multidimensionales** | • Entrevista semi-estructurada.<br>• Inventario sobre el uso de alcohol (AUI) (Horn et al., 1087).<br>• La Historia Clínica en Adicciones.<br>• Índice de severidad de la adicción (ASI) (Mclellan et al., 1980; 1992).<br>• Índice de Gravedad de la Adicción, 6ª versión (ASI-6) (Díaz-Mesa et al., 2010)<br>• Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos Mentales y por Sustancias (PRISM) (Torrens et al., 2004). |
| **Consumo actual**<br>**Situaciones relacionadas con el consumo** | • Análisis funcional- Autorregistros.<br>• Escala sobre el Deseo de Beber (EDB) (Validación española Montes et al., 2006).<br>• Inventario de situaciones de bebida (IDS) (Annis, 1982). |
| **Dependencia**<br>**Tolerancia**<br>**Abstinencia** | • Entrevista.<br>• Criterios diagnósticos DSM-IV-TR.<br>• Test de MALT (validado por Rodíiguez-Martos y Suárez ,1984).<br>• Escala Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol, Revisada (CIWA-Ar) (Sullivan y cols., 1989).<br>• Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS) (Gossop et al., 1992; González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1998). |
| | • Alcohol Craving Questionnaire (Singleton et al., 1996).<br>• Alcohol Craving Questionnaire-Now (ACQNow) (Singleton et al., 1995).<br>• Penn Alcohol Craving Scale (PACS) (Flannery et al., |

| | |
|---|---|
| **Deseo por la bebida *(craving)* y pérdida de control** | 1999).<br>• La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (E.M.C.A.).<br>• La Escala de Deterioro en la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo (I.R.I.S.A.) (Guardia et al., 2007). |
| **NIVEL MOTIVACIONAL y AUTOEFICACIA** | |
| **Motivación para el cambio** | • Entrevista.<br>• Estadios de cambio en fumadores (DiClemente y cols., 1991).<br>• Cuestionario de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (McConnaughy y cols., 1983).<br>• Inventario de Procesos de Cambio (DiClemente y Prochaska, 1985).<br>• Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (Miller y Tonigan, 1996).<br>• Readiness to Change Questionnaire (RCQ) (Rollnick et al., 1992). |
| **Variables cognitivas relacionadas con el consumo** | • Entrevista.<br>• Cuestionario de expectativas sobre el alcohol (Bronw, 1980).<br>• Inventario de habilidades de afrontamiento (CBI, Litman et al., 1983).<br>• El inventario sobre la efectividad de las conductas de afrontamiento (ECBI) (Litman et al., 1983).<br>• Cuestionario de valoración cognitiva (Cognitive Appraisal Questionnaire, Annis, 1982). |
| **BARRERAS PARA EL CAMBIO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DISPONIBLES** | |
| **Problemas simultáneos:**<br>• Consumo de otras drogas<br>• Ansiedad<br>• Estrés<br>• Depresión | • Cuestionario de problema por el alcohol (APQ, Williams y Drummond, 1994).<br>• Inventario de consecuencias por la bebida (Miller et al., 1994).<br>• Índice de problemas por el alcohol de Rutgers (RAPI, White y Labouvie, 1989).<br>• Escalas o cuestionarios específicos:<br>  ◦ Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI.<br>  ◦ Inventario de depresión de Beck, BDI.<br>  ◦ Cuestionario de síntomas SCL-90-R.<br>  ◦ Escala de estrés percibido. |
| **Autocontrol**<br>**Solución de problemas**<br>**Asertividad** | • Entrevista. |

| | |
|---|---|
| **Asertividad**<br>**Apoyo social** | • Escalas o cuestionarios específicos. |

Fuente: adaptación de Fiore *et al.,* 2000 y Guardia *et al.,* 2008.[31,35]

### 6.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS MÁS EFICACES

Las intervenciones terapéuticas especializadas en el tratamiento del consumo de riesgo y de la dependencia del alcohol tienen una respuesta satisfactoria en la reducción del consumo y en la remisión de los problemas asociados este. Generalmente, los tratamientos que presentan un nivel de evidencia empírica recomendado para su utilización tienen en cuenta las siguientes observaciones:[26]

- Los tratamientos que combinan una terapia cognitivo-conductual con otra de las modalidades terapéuticas (psicológicas o farmacológicas) son más eficaces que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada.
- La combinación de una terapia farmacológica (interdictores del alcohol) y una terapia psicológica, fundamentalmente cognitivo-conductual, mejora los resultados del tratamiento para la dependencia de alcohol.
- La prevención de recaídas en dependientes de alcohol se asocia a corto plazo con unos mayores niveles de autoeficacia, una mayor probabilidad de alcanzar la abstinencia total y un mayor tiempo hasta la primera recaída, aunque a los 12 meses los logros se reducen significativamente.

Se describen brevemente a continuación los tratamientos psicológicos que cuentan con apoyo empírico en fases de deshabituación.[26,34,35]

## 7. INTERVENCIÓN BREVE ANTE CONSUMO DE RIESGO

Diversos estudios y metaanálisis han comprobado que las intervenciones breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos en el ámbito de la atención primaria de salud.[34,35] Este tipo de intervenciones plantean los siguientes objetivos:

- Conseguir un período de abstinencia inicial de 1-2 semanas. Este permite verificar si presenta abstinencia del alcohol, es decir, dependencia física, en cuyo caso se recomienda un tratamiento especializado del alcoholismo. También puede ser de utilidad para identificar situaciones que propician un mayor consumo o un mayor

craving de alcohol y que, por tanto, son de mayor riesgo. Finalmente, algunas personas pueden decidir que prefieren mantenerse sin beber y que prefieren prolongar este período de forma indefinida.

- Establecer un límite de consumo de alcohol por debajo de los límites del consumo de riesgo, teniendo en cuenta cantidad y frecuencia de consumo.
- Llevar un autorregistro del consumo de alcohol. Se recomienda que el paciente anote la fecha, la hora, el tipo de bebida, su cantidad y dónde la ha tomado. Los autorregistros topográficos ayudan a reducir el consumo de alcohol y a tomar conciencia sobre su forma de beber.
- Aprender a modificar las pautas de consumo de alcohol para mantenerse en los límites establecidos y reducir la velocidad en la ingesta. Así, por ejemplo, se recomienda consumir bebidas de menor graduación alcohólica, es decir, fermentadas en vez de destiladas, o incluso seleccionar cervezas y vinos de menor graduación. También es aconsejable reducir el consumo de bebidas alcohólicas dulces como sangría o combinados en los que se mezcla el alcohol con zumos de frutas ya que esto facilita que se beban grandes cantidades de alcohol de forma rápida.

### 7.1. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick[40] para tratar a personas con problemas de consumo de alcohol es ampliamente utilizada en todas las conductas adictivas y en otros hábitos de comportamiento y cuenta con suficiente apoyo empírico.[26,35] Esta modalidad terapéutica integra aspectos de la *terapia centrada en el cliente* propuesta por Carls Rogers y estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio.[24] Concretamente, la Entrevista Motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores, e intenta estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, resaltando su propio punto de vista y su libertad de escoger. Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas finales.

El conocimiento de la dinámica intrínseca a los procesos de cambio (véase anexo 2) permite conocer qué elementos son más frágiles en cada punto del proceso y qué tipo de estrategias son más útiles para incrementar la motivación en cada una de las etapas. De manera general, hay dos principios básicos de este planteamiento: evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando se persigue formar a alguien que no está seguro de querer cambiar; y facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

### 7.2. APROXIMACIÓN DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (CRA)

El *Community Reinforcement Approach* (CRA) desarrollado por Hunt y Azrim en 1973[26]es un programa conductual que cuenta con un gran soporte empírico. Este modelo psicoterapéutico se aplica de forma individual o en grupo, y es útil en medios ambulatorios y hospitalarios. Su objetivo es reducir el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento social y laboral de los pacientes mediante las siguientes técnicas:

- El tratamiento con Disulfiram supervisado por una persona cercana al paciente y refuerzo de la adhesión con procedimientos operantes.
- El entrenamiento en habilidades de comunicación con personas relevantes del entorno del paciente para que faciliten y ayuden en el proceso de abandono.
- El fomento de actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.
- La creación de un «club social de abstemios» que ofrece actividades sociales y posibilidades de reinserción socio–laboral.

### 7.3. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El programa psicoterapéutico de Marlatt y Gordon, *Relapse Prevention*, es una variante del modelo cognitivo–conductual que tiene como finalidad inicial ayudar al paciente a identificar cuáles son las situaciones de alto riesgo (internas y externas) que favorecen el consumo de alcohol y que potencian, por tanto, la recaída. En una segunda fase se trabaja el desarrollo de estrategias que sirven para afrontar las situaciones de riesgo con éxito y fomentar y consolidar la abstinencia. La aplicación del modelo de prevención de recaídas consiste, pues, en una combinación de análisis de estilos de vida, en un entrenamiento en habilidades y en una reestructuración cognitiva. Diversos estudios controlados y metaanálisis avalan la utilización de esta modalidad psicoterapéutica durante la fase de deshabituación alcohólica. Además, esta modalidad psicoterapéutica ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los pacientes más graves (con niveles de dependencia más intensos, comorbilidad psiquiátrica y peor apoyo social) en comparación con otras intervenciones.[26,35]

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Díaz R. Las personas mayores en España. IMSERSO. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud; 2009.
2. First MB, et al. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial. Barcelona:

Masson; 2002.
3. Guardia J, Surkovc S, Cardús, M. Neurobiología de la adicción. En: Peiró C, editor. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.
4. OMS. Guía de bolsillo de la CIE-10. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
5. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 .
6. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007.
7. Cabezas C, Robledo T, Marqués F, Nebot M, Megido MJ, Muñoz M, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria. 2005; 36(2).
8. O'Connell H, Chin A, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol Use Disorders in Elderly People. Redefining an Age Old Problem in Old Age. BMJ. 2003; 327(7416):664-667.
9. Galán I, Álvarez J. Magnitud del problema. En: Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008; Madrid, España.
10. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction. 2003; 98:1209.
11. OMS. Department of Mental Health and Substance Abuse. Global status report on alcohol. Singapore: World Health Organization; 2004.
12. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Reacciones adversas: La mezcla de bebidas alcohólicas con medicamentos. NIAAA; 2007.
13. García FG, García RO, Secades VR. Neurología y adicción a drogas. Papeles del Psicólogo. 2011; 32(2):159-165
14. Garavan H, Stout JC. Neurocognitive insights into substance abuse. Trends in cognitive Sciences. 2005; 9:195-201.
15. Pereiro C, editor. Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.
16. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Adicciones. 2004; 6(2):237-264
17. Salvador T, Córdoba R, Planchuelo, MA, Nebot M, Becoña E, Barrueco M, et al. Se puede dejar de fumar: claves para conseguirlo. Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2005.
18. Barrueco M. Situación actual del tabaquismo en España: oportunidades y necesidad

de una nueva ley reguladora. Prevención del tabaquismo. 2005; 7(4).
19. Pardell H, Saltó E. Beneficios de dejar de fumar. Monografía tabaco. Adicciones. 2004; 16:131-143.
20. Arbonés G, Carbajal A, Gozalvo B, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores (SEN). Nutrición Hospitalaria. 2003; 18:3:109-137
21. Gutiérrez RT, Raich RM, Sanchez DC, Deus, J. Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 2003.
22. Becoña E. Guía Clínica para ayudar a fumadores a dejar de fumar. Barcelona: Socidrogalcohol; 2004.
23. Marlatt, GA, Gordon JR. Relapse Prevention. Nueva York: Guildford; 1985.
24. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M, Gossop M, coordinadores. Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Neurociencias; 1993.
25. Velicer W, Prochaska JO, Fava J, Rossi J, Redding C, Laforge R, et al. Using the Transtheorical Model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis in Helath and Disease. 2000; 40:174-195.
26. Becoña E, Cortés MT, coordinadores. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
27. Martin C, coordinador. Detecció i tractament del consum del tabac. Guies de pràctica clínica i material docent. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.
28. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.
29. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III; 2003.
30. Sainz SP, García-Portilla MP, Martínez S, Bascarán MT, Paredes B, Bobes J. Tratamiento farmacológico. Psicofármacos. Adicciones. 2004; 6(2):275-286.
31. Fiore MC, Bailay WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
32. Becoña, E Lorenzo MC. Evaluación de la conducta de fumar. Adicciones. 2004; 6(2):201-226.
33. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para

la prevención del tabaquismo, 2008.
34. NIAAA. Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso. Guía para profesionales de la salud. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo; 2005.
35. Guardia JS, Jiménez MA, Pascual FP, Flórez GM, Contel MG . Alcohol. Guías clínicas de socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
36. Robledo T, Córdoba R. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de atención primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC); 2007.
37. Jiménez M., et al. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. Trastornos Adictivos. 2003; 5(1):13-21.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud de la práctica clínica en España. MSC; 2008; Madrid, España.
39. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Ayudando a pacientes que beben en exceso. Guía para profesionales de la salud. NIAAA; 2005.
40. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. Second Edition. Nueva York: The Guilford Press; 2002.

## ANEXO 1

A continuación se presenta una descripción de los estadios motivacionales en conductas adictivas y algunas sugerencias para el abordaje terapéutico (modelo transteórico de Prochaska y Diclemente).

| FASE | CARACTERÍSTICAS | ESTRATEGIA |
|---|---|---|
| **Precontemplación (no quiere modificar su conducta)** | Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias de su conducta a corto, medio o largo plazo. Los «pros» de consumir superan a los «contras». | • Proporcionarle más información.<br>• Ayudarle a confiar en sus posibilidades.<br>• Personalizar la valoración. |
| **Contemplación (está ambivalente: reconoce el problema, considera el cambio pero duda)** | Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso. Los contempladores son conscientes de los «pros» de cambiar si se les compara con los pre-contempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio | • Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio.<br>• Explorar la ambivalencia y realizar un balance decisional.<br>• Proporcionar un plan de |

| | | |
|---|---|---|
| | | apoyo. |
| **Preparación o determinación (ha tomado la decisión)** | En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los «pros» de dejar el consumo superan a los «contras». | • Informar sobre los recursos terapéuticos disponibles, más adecuados, accesibles y efectivos a su caso particular.<br>• En la medida de lo posible, facilitar su elección. |
| **Acción (cambia de conducta)** | La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses. | • Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos).<br>• Elaborar un plan de cambio.<br>• Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono. |
| **Mantenimiento (mantiene el cambio)** | La persona consolida los cambios alcanzados en la etapa previa y mantiene el cambio durante al menos seis meses. La persona incrementa su autoconfianza, pero aún existe la posibilidad de que se produzcan caídas (pequeños tropezones) o recaídas (pasos hacia atrás). | • Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo.<br>• Intentar prevenir las recaídas. |
| **Recaída (vuelve a la conducta previa)** | Las caídas y recaídas son normales, hechos esperables cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración. Si la recaída es una experiencia de la que podemos aprender, hay que evitar el desconsuelo y continuar el proceso de cambio. | • Ayudar a comprender las razones de la recaída.<br>• Reforzar su confianza en cambiar de nuevo.<br>• Ayudarle a hacer planes para el próximo intento.<br>• Ofrecer un apoyo incondicional. |

## ANEXO 2

A continuación, se muestra un test audit para la identificación de trastornos por uso de Alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).[21]

*Test AUDIT*

Información para el paciente: debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas

interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

| PREGUNTAS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | Una o menos veces al mes | 2 a 4 veces al mes | 2 o 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | De 7 a 9 | 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma cinco o más bebidas alcohólicas en un solo día? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | Sí, pero no en el curso del último año | Sí, el último año | | |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | No | Sí, pero no en el curso del último año | Sí, el último año | | |

### *Corrección e interpretación*[21,35]

El cuestionario permite obtener una puntuación global sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 10 ítems. El rango de la puntuación total oscila entre 0 y 40 puntos. Los dominios del audit incluyen el consumo de riesgo, los síntomas de dependencia y el consumo perjudicial (véase la tabla siguiente):

| DOMINIO | ITEM | CONTENIDO |
|---|---|---|
| **Consumo de riesgo de alcohol** | 1 | Frecuencia de consumo. |
| | 2 | Cantidad típica. |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Síntomas de dependencia** | 4 | Pérdida de control del consumo. |
| | 5 | Aumento de la relevancia del consumo. |
| | 6 | Consumo matutino. |
| **Consumo perjudicial de alcohol** | 7 | Sentimiento de culpa tras el consumo. |
| | 8 | Lagunas de memoria. |
| | 9 | Lesiones relacionadas con el alcohol. |
| | 10 | Otros se preocupan por el consumo. |

Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres, aunque estos puntos de corte no coinciden exactamente según lo señalado por diferentes autores cuando se refieren a la versión española del instrumento. Según los autores del primer estudio publicado en español, los puntos de corte para hombres y mujeres son los señalados en la tabla siguiente:

| | HOMBRES | MUJERES |
|---|---|---|
| Ningún problema relacionado con el alcohol | 0-7 | 0-5 |
| Bebedor de riesgo | 8 – 12 | 6 – 12 |
| Problemas físico / psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica | 13 – 40 | 6 – 12 |

También puede utilizarse un punto global de corte de ocho y aplicar las intervenciones en función de la puntuación como se indica en la tabla siguiente:

| NIVEL DE RIESGO | INTERVENCIÓN | AUDIT-PUNTUACIÓN |
|---|---|---|
| ZONA I | Educación | 0-7 |
| ZONA II | Consejo simple | 8-15 |
| ZONA III | Terapia breve y seguimiento | 16-19 |
| ZONA IV | Derivación a servicios especializados | 20-40 |

# 7
# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS DEL SUEÑO

*Susanna Clos y Francesc Segarra*

## 1. El sueño normal

### 1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico, cíclico, de duración limitada y carácter reversible, lo cual permite diferenciarlo del estado anestésico o del coma. Es un estado de reposo activo, caracterizado por una baja actividad fisiológica y una menor reactividad ante estímulos externos, en el que se producen una serie de cambios metabólicos y hormonales imprescindibles para la vigilia.[1] El ciclo vigilia-sueño está regulado por una compleja red neuronal en la que están implicados varios neurotransmisores y neuromoduladores, así como diversas áreas del sistema nervioso central. Durante este ciclo, se obervan fluctuaciones desde un punto de vista hormonal y en la temperatura corporal. El sueño sigue un ritmo circadiano alrededor de 24 horas y está sincronizado con el ciclo día-noche, aunque en realidad, nuestro ritmo intrínseco es de 25 horas y está regulado por un reloj circadiano endógeno ubicado en la región ventral anterior del hipotálamo, más concretamente, en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo. Los marcadores externos (denominados *zeitgeber*), como el patrón luz-oscuridad, el horario de comidas o el patrón actividad/reposo, ajustan el reloj interno a las 24 horas convencionales.[2] Cuando nuestro patrón de sueño sigue este ritmo circadiano, puede decirse que tenemos un sueño normal. Este patrón de sueño normal nos ayuda a sentirnos enérgicos y descansados durante el día, aunque se va modificando con la edad. Por el contrario, las personas con alguna alteración en este patrón de sueño normal suelen padecer trastornos de sueño y sus consecuencias diurnas. Las causas de esta alteración en el patrón de sueño son diversas e incluyen el estilo de vida, el estado físico y el mental.

Durante el sueño se producen cambios a nivel encefalográfico que lo distinguen del estado de vigilia. Nuestro sueño se divide en diferentes estadios o fases, que se van sucediendo a lo largo de la noche. Estos estadios se dividen en dos grandes grupos: el sueño NO-REM y el sueño REM (del inglés *Rapid Eye Movement*). El primero se divide en tres estadios según su profundidad, de los cuales el estadio 1 corresponde al de sueño más ligero y el estadio 3 es el denominado *sueño profundo* o *sueño de ondas lentas*. En el adulto sano, el sueño NO-REM ocupa el 80% de la noche, mientras que el sueño REM ocupa el 20% restante. Durante el sueño NO-REM, ocurren una serie de procesos restaurativos: hay una importante regulación

hormonal que ayuda al cuerpo a recuperarse del desgaste padecido durante el día. Durante el sueño, especialmente en la fase REM, se procesan los aprendizajes y se consolida la memoria. Nuestros sueños más vívidos ocurren durante el sueño REM y, aunque no sabemos muy bien cuál es su función , probablemente estén relacionados con el proceso de información que se ha adquirido durante el día.

### 1.2. LOS ESTADIOS DEL SUEÑO

Los diferentes estadios de sueño se van sucediendo a lo largo de la noche, agrupados en los denominados *ciclos de sueño* de aproximadamente 90 minutos de duración. En el adulto sano, se suelen producir entre cuatro y seis ciclos de sueño completos cada noche.

Durante el estadio 1 de sueño, las ondas cerebrales se van desincronizando (enlenteciendo), permitiendo así la transición desde la vigilia al sueño. Desaparece el ritmo alfa (típico de la vigilia) y se observa un patrón de ondas en el EEG de frecuencias mixtas y de bajo voltaje (Theta 4-8 Hz). Los movimientos oculares son lentos. Este estadio suele ocupar entre un 2 y un 5% de la noche en adultos jóvenes.

En el estadio 2 del sueño, se observa un ritmo encefalográfico más lento que en el estadio 1, con la aparición de los denominados *husos de sueño* (12-14 Hz) y de los *complejos K.* Los movimientos oculares desaparecen, la temperatura corporal se reduce y sigue existiendo tono muscular. El estadio 2 suele ocupar entre un 40 y un 50% de la noche.

El estadio 3 es conocido como *sueño delta* o *sueño de ondas lentas*, donde el ritmo encefalográfico es de 0,5-3 Hz. No hay movimientos oculares y el tono muscular sigue mantenido, aunque muy disminuido. Es el estadio de sueño más profundo y del que cuesta más despertarse. El estadio 3 de sueño suele ocupar un 20% del tiempo total de sueño.

El sueño REM también se denomina *sueño paradójico* ya que, por un lado, se caracteriza por la pérdida total del tono muscular y, por otro, se observa una intensa actividad cerebral, similar a la de vigilia (frecuencias rápidas y de baja amplitud). En el adulto sano, el sueño REM ocupa entre un 20 y un 25% del tiempo total de sueño.[3]

En general, el mayor porcentaje de sueño lento profundo se concentra en el primer tercio de la noche y el mayor porcentaje de sueño REM se desplaza al final de la noche. La cantidad de sueño lento y de sueño REM se pueden ver alterados por diversos factores, entre ellos la edad. Otros factores como la depresión, el estrés o algunos medicamentos también pueden alterar el patrón de sueño.

### 1.3. DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una correcta y completa historia clínica ayudará a detectar la existencia de una alteración o de una patología relacionada con el sueño.

Para explorar objetivamente el sueño y realizar el estudio de sus alteraciones, necesitamos un Laboratorio del Sueño. Este debe disponer de una habitación lo más parecida posible a la de cualquier domicilio particular, donde dormirá el paciente, y otra habitación, donde se instalará el equipo necesario (polígrafo) para registrar todo lo que ocurre en una noche. El personal especializado deberá controlar al paciente a través de un vídeo, y atender todas sus necesidades.

La *Polisomnografía Nocturna* se considera la técnica de referencia para la evaluación de los trastornos de sueño. Consiste en la evaluación simultánea de diferentes parámetros fisiológicos: electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma. Normalmente, también tiene en cuenta un electrocardiograma, así como diferentes variables respiratorias (flujo aéreo nasal y saturación de oxígeno). La lectura del registro polisomnográfico permite obtener datos sobre la arquitectura del sueño, las posibles alteraciones respiratorias o las de movimiento.

El *Test de Latencias Múltiples* consiste en el estudio de la latencia de entrada en sueño REM. El paciente es invitado a dormir una siesta cada dos horas a lo largo del día. Esta prueba puede servir para descartar la presencia de hipersomnolencia, además de ser la prueba de referencia para el diagnóstico de la narcolepsia.

El *Test de Mantenimiento de la Vigilia,* al contrario que el Test de Latencias Múltiples, sirve para evaluar la hipersomnia y consiste en mantener a una persona despierta en circunstancias de bajo estímulo, para comprobar si la persona se duerme.

La *Pulsioximetría* mide solamente el pulso y la saturación de oxígeno durante la noche. Es un método sencillo para descartar la presencia de alteraciones respiratorias durante el sueño, como el Síndrome de apneas-hipoapneas, o para controlar la eficacia del tratamiento en pacientes ya diagnosticados.

Mediante la *Actigrafía* se evalúa la actividad física de los pacientes mediante un dispositivo del tamaño de un reloj de pulsera colocado en la mano no dominante. Es un procedimiento útil para estudiar las alteraciones del ritmo circadiano, así como una forma indirecta de evaluación del sueño.

## 2. El sueño en personas mayores

### 2.1. Cambios en el patrón de sueño a lo largo de la vida

La arquitectura del sueño se ve alterada con el paso de los años. Si se compara el sueño de

jóvenes sanos con el de adultos de más de 65 años, los resultados de laboratorio muestran que el porcentaje de sueño lento profundo experimenta una disminución progresiva a lo largo de la vida, hasta su práctica desaparición a los 90 años.[4] De hecho, el declive del sueño lento profundo empieza ya a los 35-50 años. Esta disminución del sueño lento ocurre a expensas de un aumento del sueño ligero (fases 1 y 2).[5] Los períodos de sueño REM también disminuyen, así como su porcentaje.[5,6] El número de despertares nocturnos y a una hora temprana son más frecuentes con la edad. La eficiencia de sueño (la cantidad de sueño relativo al tiempo que pasamos en cama) también disminuye con la edad.

En definitiva, el resultado de todos estos cambios es que el sueño nocturno de la gente mayor es insuficiente para restaurar el desgaste sufrido durante la vigilia, por lo que aumenta así la somnolencia durante el día, la fatiga y el número de siestas diurnas. Existe la creencia de que a mayor edad la necesidad de sueño disminuye, sin embargo, los expertos no se ponen de acuerdo en este punto. Lo que sí es cierto es que la «habilidad» para dormir disminuye a lo largo de la vida.

Los trastornos de sueño son más prevalentes en personas mayores. Dentro de los trastornos de sueño primarios se incluye el síndrome de apneas-hipoapneas (SAHS), el síndrome de piernas inquietas (SPI), el trastorno por movimientos periódicos de las piernas (MPP), algunas alteraciones del ritmo circadiano y el insomnio.[7] Una gran parte de la gente mayor con trastornos de sueño padece más de uno de estos trastornos. Las consecuencias de las alteraciones del sueño en la gente mayor parecen ser típicas de la edad y, por ello, muchos de estos trastornos permanecen sin diagnosticar y sin tratar. La falta de sueño causa déficits atencionales y disminuye el tiempo de reacción, altera la memoria y dificulta la concentración, además de alterar gravemente el funcionamiento diario. También se observan alteraciones en el estado de ánimo, concretamente, un aumento de la sintomatología depresiva y de la ansiedad. Todo ello conlleva una clara disminución de la calidad de vida en este segmento de la población y, aunque cada vez se da más importancia a los trastornos de sueño en la población de edad avanzada, hay que insistir para que los médicos de asistencia primaria hagan historias clínicas de sueño, o deriven a otros especialistas para su correcto diagnóstico y tratamiento.

### 2.2. CARACTERÍSTICAS POLISOMNOGRÁFICAS DEL SUEÑO EN ANCIANOS

Los estudios polisomnográficos (PSG) muestran que el sueño en personas mayores aparece más fragmentado debido al incremento de despertares nocturnos. Es precisamente esta fragmentación lo que aumenta la sensación de haber pasado una mala noche. Por lo general, la gente mayor tarda más en dormirse y se despierta más temprano, lo que favorece la

aparición de siestas durante el día. La alteración del ritmo circadiano también puede conllevar una conciliación del sueño más temprana. El porcentaje de sueño REM y de sueño de ondas lentas también disminuye con la edad, con el consiguiente aumento de sueño ligero (fases 1 y 2).[5] Las evidencias polisomnográficas atestiguan que el sueño de ondas lentas desaparece casi por completo a la edad de 90 años. Se observa una reducción de la eficiencia del sueño y del tiempo total de sueño, así como un aumento en el número de cambios de fase. Las personas mayores tienden a pasar más tiempo en cama con el consiguiente deterioro de la calidad y de la cantidad de sueño. Las consecuencias directas de estos cambios en el patrón de sueño se traducen en una excesiva somnolencia diurna acompañada de siestas durante el día.

### 2.3. MODIFICACIONES FÍSICAS QUE SE PRODUCEN CON LA EDAD Y QUE ALTERAN EL SUEÑO

Ciertas modificaciones anatómicas que se producen con el envejecimiento están relacionadas con alteraciones en el patrón de sueño normal. La pérdida neuronal en los lóbulos frontal y temporal, con el consiguiente descenso de la densidad sináptica en estas áreas, está directamente relacionada con la disminución del sueño de ondas lentas (*delta*).[8] Las alteraciones circadianas de la temperatura también juegan un papel importante en la regulación del sueño, ya que la diferencia entre el máximo y el mínimo de temperatura a lo largo de las 24 horas es menor que en sujetos jóvenes. Algunos estudios han puesto en evidencia que las alteraciones del sueño en ancianos sanos son producto de una alteración en el sistema circadiano, lo que se denomina un *adelantamiento de fase*.[4,6,9] La gente mayor tiende a ir a dormir y a despertar antes que los jóvenes adultos. De igual manera, se observan alteraciones en el ritmo circadiano que regula la temperatura y la secreción de melatonina[4] (que tiene lugar entre una y dos horas antes que en los adultos jóvenes). Esta podría ser una causa que explicaría algunos de los trastornos de sueño en la vejez: un desajuste en el reloj circadiano endógeno.

En cuanto a las alteraciones hormonales, se observa una disminución de hormona del crecimiento y del pico de secreción de melatonina, debido a la pérdida neuronal citada anteriormente, a una posible degeneración del nervio óptico, a las cataratas o a una iluminación deficitaria. Esta disminución de melatonina, junto con la disminución de la actividad motora diaria, podrían estar relacionadas con la desincronización interna del ritmo circadiano.

### 2.4. TRASTORNOS DE SUEÑO MÁS COMUNES ASOCIADOS A LA VEJEZ

*2.4.1. Síndrome de apneas-hipoapneas (**SAHS**)*

El SAHS se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción o colapso de la vía aérea superior durante el sueño. Cuando la obstrucción de flujo de aire hacia los pulmones es total, se habla de *apneas*. En cambio, cuando se trata de una reducción parcial de este flujo, se le denomina *hipoapneas*. Tanto las apneas como las hipoapneas pueden provocar una disminución del oxígeno en sangre, así como un aumento del anhídrido carbónico ($CO_2$) y la fragmentación del sueño, debido a los microdespertares que ocurren después de cada obstrucción. Algunos de los factores asociados a la edad que determinan la mayor prevalencia de esta patología en personas mayores son la obesidad, las anomalías en la vía aérea superior y la alteración de los reflejos respiratorios que se dan en ciertas patologías neurodegenerativas.

La queja principal de los pacientes que sufren SAHS es la excesiva somnolencia diurna, que se traduce en una disminución de la capacidad intelectual y del rendimiento, con el consiguiente aumento del riesgo de sufrir accidentes o caídas. Las alteraciones cardiovasculares también son un síntoma que debe tenerse en cuenta, ya que con la edad también aumenta el riesgo de sufrir arritmias, hipertensión arterial e infartos. Por último, el SAHS puede provocar alteraciones cognitivas y psicológicas de diferente índole, como dificultades atencionales y de concentración, depresión nerviosa o alteraciones de la conducta y de la personalidad.

La prevalencia del SAHS ha sido bastamente estudiada y afecta en torno al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres de la población general. Se ha observado que esta prevalencia aumenta con la edad (aproximadamente el 30% de personas mayores de 70 años),[10] de manera que es muy importante su diagnóstico y su tratamiento para paliar las posibles repercusiones a medio y largo plazo.

El diagnóstico del SAHS debe incluir la evaluación de la somnolencia diurna excesiva, así como una exploración física de las vías aéreas superiores y el cálculo del Índice de Masa Corporal. La polisomnografía nocturna (PSGN) es la prueba de referencia para el correcto diagnóstico de pacientes con sospecha de SAHS. El tratamiento del SAHS incluye medidas de higiene del sueño (que se exponen más adelante) que incluyen tener un horario de sueño regular y unas rutinas de sueño adecuadas. Estas medidas son importantes para la mejora de la sintomatología, así como para una buena adaptación al tratamiento más efectivo: las terapias de presión positiva de la vía aérea (CPAP, del inglés *Continuous Positive Airway Pressure*). Otras medidas generales son la pérdida de peso, la reducción o supresión de tabaco y alcohol, la corrección de la postura corporal al dormir y el control de fármacos sedantes.

### 2.4.2. Insomnio

El insomnio es una de las alteraciones de sueño más comunes. Se define como la incapacidad para dormir, ya sea para conciliar el sueño, para mantenerlo, o para volverse a dormir tras un despertar temprano. Se asocia a una queja de sueño no reparador y a una disfunción de la alerta diurna. El insomnio se relaciona con alteraciones en la función cognitiva, en el comportamiento y en el estado emocional, que dan lugar a una importante disminución de la calidad de vida.

El insomnio puede clasificarse según su origen: si está relacionado con alguna enfermedad orgánica (*insomnio orgánico*), con algún trastorno mental (*insomnio no orgánico*) o si no está relacionado con otras enfermedades (*insomnio primario*). Según la duración, puede ser *transitorio* (insomnio de corta duración) o *crónico* (asociado a enfermedades físicas o mentales crónicas). Según las causas, el insomnio puede ser *intrínseco*, debido a factores personales tales como el insomnio psicofisiológico, el insomnio idiopático, el SAHS, el síndrome de piernas inquietas o alguna alteración del ritmo circadiano; o *extrínseco*, debido a problemas ambientales y de higiene del sueño, abuso de sustancias o situaciones de estrés.

El insomnio también es el trastorno de sueño más frecuente en personas mayores,[1,11] sobre todo el insomnio de mantenimiento, con sueño fragmentado y despertar matutino precoz. Las causas son multifactoriales: trastornos médicos o psiquiátricos, medicación concomitante, cambios en el ritmo circadiano, trastornos de sueño específicos, factores comportamentales y factores psicosociales.

El tratamiento incluye medidas farmacológicas en casos puntuales, aunque la mejor opción en la mayoría de los casos es la educación en medidas de higiene del sueño (reducción del consumo de alcohol, nicotina y café, ejercicio suave por la tarde, uso de la habitación y de la cama solo para dormir, etc.), y el uso de técnicas psicológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual (*control de estímulos* o *restricción de sueño*).[4,12,13]

### 2.4.3. Insomnio relacionado con alteraciones del ánimo en el anciano

A menudo el insomnio se encuentra relacionado con alguna enfermedad psiquiátrica. Se ha observado que, en la mayoría de pacientes con alteraciones del ánimo, el insomnio apareció al mismo tiempo (22%) o antes (40%) que los síntomas del trastorno psiquiátrico.[14]

Un estudio longitudinal[15] revela los principales factores de riesgo para el insomnio. El primer factor de riesgo es la edad (aunque en la mayoría de los casos esta asociación disminuye cuando se tienen en cuenta otros factores). En segundo lugar, se encuentra el sexo. Se observa una mayor prevalencia de insomnio en las mujeres (entre un 20 y un 50% más que en los hombres). El tercer factor se relaciona con el hecho de padecer insomnio en

sí, ya que en la población anciana la probabilidad de cronificar el insomnio es mayor. En cuarto lugar, son factores de riesgo las alteraciones médicas como el dolor crónico, la enfermedad de Parkinson, o las alteraciones respiratorias. La medicación, o «polimedicación», que toma la mayoría de ancianos también puede causar insomnio. Por último, se ha observado que se encuentra inversamente relacionado con el estatus socioeconómico.

Las alteraciones polisomnográficas más relevantes en pacientes con depresión se traducen en cambios en el sueño REM (los aumentos en el porcentaje de sueño REM en los ancianos con depresión permiten distinguirlos de los ancianos con demencias, ya que en estos últimos se observa una disminución notable del sueño REM). La continuidad del sueño también se ve alterada por múltiples despertares durante la noche, además de por una alargada latencia de sueño. El porcentaje de sueño NO-REM también se reduce en pacientes con depresión, al igual que la duración de los diferentes ciclos de sueño.

Dado que el sueño es un factor que debe tomarse en consideración en la población anciana con depresión, el tratamiento no puede obviarlo. La combinación de terapia farmacológica estándar y terapia cognitivo-conductual específica para el insomnio es la mejor opción.

#### *2.4.4. Alteraciones del ritmo circadiano*

Los ritmos circadianos de sueño van cambiando a lo largo de la vida. En la adolescencia y en los adultos jóvenes se observa el denominado *síndrome de retraso de fase del sueño*: se tiende a ir a dormir más tarde y a despertar también más tarde por la mañana. El caso de los ancianos es al revés, tienden a irse a dormir antes y a despertarse también antes por la mañana, lo que se denomina *síndrome de fase adelantada de sueño*. En estos casos, los ancianos se encuentran soñolientos al final de la tarde, con lo que el despertar, tras unas 7-8 horas de sueño, es demasiado temprano. Este es el patrón de sueño típico de las personas de edad avanzada.

Estas alteraciones en el ritmo circadiano de sueño se asocian a menudo con el insomnio. Muchos ancianos, aunque se muestran soñolientos al final de la tarde, aguantan despiertos hasta «la hora de acostarse». Cuando su reloj circadiano les despierta temprano por la mañana, no han dormido lo suficiente. Estos ancianos se muestran cansados y soñolientos durante el día siguiente, lo que les lleva a hacer siestas diurnas que les ayuden a poder aguantar hasta la noche. Otro patrón que se observa en muchos ancianos es el hecho de dormirse a última hora de la tarde viendo la televisión. Cuando se levantan para ir a la cama, experimentan «insomnio» o dificultad para dormirse. En ambos casos, el círculo

vicioso del insomnio nocturno y de las siestas por la tarde perpetúa el problema de sueño.[7]

El tratamiento recomendado para el síndrome de fase adelantada de sueño es la fototerapia a última hora de la tarde, ya que la luz intensa retrasa la conciliación del sueño. Para el síndrome de retraso de fase del sueño se recomienda la cronoterapia, que consiste en fijar una hora de referencia y retrasar progresivamente la hora de acostarse hasta que se alcanza la hora óptima de sincronización del ciclo vigilia-sueño. La terapia farmacológica con melatonina es aún discutida, puesto que faltan estudios que avalen su eficacia y seguridad.[6]

#### *2.4.5. Trastorno de conducta en sueño **REM***

Este trastorno, clasificado como parasomnia del sueño REM en la Clasificación Internacional de los Trastornos de Sueño (*International Classification of Sleep Disorders-* ICSD), se caracteriza por episodios de actividad motora vigorosa y a menudo violenta durante el sueño REM, asociada a pesadillas o sueños vívidos. La persona afectada puede autolesionarse o agredir al compañero de cama, ya que la atonía que caracteriza esta fase del sueño no se observa durante el episodio. Se sabe que, en la mitad de los casos, el trastorno es idiopático y que el resto se asocia a diversas enfermedades, como la enfermedad de Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy. También se encuentra asociado a trastornos afectivos y de ansiedad, y al abuso de sustancias. Las repercusiones diurnas de este trastorno son mínimas. Los pacientes que sufren TCSR no reportan somnolencia ni cansancio diurno y, por lo general, tienen la sensación de haber descansado bien durante la noche. Es por este motivo que suele ser la pareja del paciente o algún familiar el que consulta al médico. El TCSR está más asociado a enfermedades degenerativas, por lo que no suele aparecer hasta los 40 años, y es más prevalente en la población masculina.

El tratamiento del TCSR incluye medidas de seguridad para el paciente (evitar obstáculos y objetos que puedan herir o lesionar, a él o a su pareja). El tratamiento farmacológico recomendado es el *clonazepam*, aunque en pacientes con demencia hay que hacer un seguimiento exhaustivo.[4,6]

#### *2.4.6. Síndrome de piernas inquietas (**SPI**) y Movimientos periódicos de las piernas durante el sueño (**MPPS**)*

La prevalencia de estos dos trastornos de sueño relacionados con el movimiento aumenta con la edad. El Síndrome de piernas inquietas (SPI) o RLS (del inglés *Restless-Legs-Syndrome*) se caracteriza por sensaciones desagradables en las piernas, un hormigueo profundo en los músculos de las extremidades inferiores y un impulso incontrolable de moverse y andar cuando se está descansado, como un esfuerzo para aliviar estas sensaciones. Este es el rasgo

más característico del trastorno y, puesto que se presenta precisamente cuando el paciente se dispone a relajarse y descansar, acaba provocando problemas para conciliar y mantener el sueño. Los pacientes que sufren SPI reportan una amplia variedad de sintomatología diurna asociada al trastorno y a la falta de sueño, como fatiga, pérdida de memoria y de capacidad de concentración, alteraciones psicológicas, y una disminución de la calidad de vida en general. El 80% de pacientes diagnosticados de SPI presentan también el Trastorno por movimientos periódicos de las piernas (MPPS).

Este trastorno (MPPS) o PLMD (del inglés *Periodic Limb Movement Disorder*) también tiene una alta prevalencia en la población anciana, un 30-40% de los ancianos sufren esta patología, que se presenta a menudo asociada al SPI.[6] Se caracteriza por la presencia de movimientos repetitivos de las piernas de 0,5 a 2 segundos de duración, que se presentan cada 20 o 40 segundos, agrupados en episodios que tienen una duración variable, de minutos a horas. A consecuencia de estos movimientos, el sueño aparece fragmentado por microdespertares, lo que provoca cansancio y somnolencia al día siguiente. El síndrome progresa con la edad. Frecuentemente, es un síndrome primario, aunque también puede ser consecuencia de una uremia crónica, o una anemia ferropénica. También ha aparecido asociado a la amiloidosis primaria con neuropatía periférica, al carcinoma, a la neuropatía diabética y al embarazo. Una tercera parte de estos pacientes presenta antecedentes familiares. La intensidad varía según los casos. Puede ser ocasional, apareciendo de forma transitoria o persistente. El tratamiento recomendado para el SPI primario (asociado o no a MPPS) lo constituyen los fármacos agonistas dopaminérgicos. De forma complementaria, deben aplicarse en estos casos las medidas de higiene del sueño, especialmente mediante la supresión del consumo de cafeína, ya que agrava los síntomas del SPI.

## 3. Alteraciones de sueño en las demencias

La población de más de 65 años aumenta año tras año en los países industrializados debido a los avances médicos y a la baja mortalidad. Este aumento de la esperanza de vida está directamente relacionado con un aumento de los enfermos con demencia, ya que uno de los principales factores de riesgo de padecer algún tipo de demencia es precisamente la edad.

En la mayoría de las demencias, los trastornos de sueño son una exacerbación de las alteraciones del sueño típicas relacionadas con la edad. La degeneración de estructuras cerebrales que se relacionan con el sueño, las patologías médicas asociadas, el uso de fármacos, así como los trastornos de sueño primarios explican los trastornos de sueño en el paciente con demencia. Estos son más pronunciados cuanto más severa es la demencia.

En los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) se ha observado un aumento de los despertares (sueño fragmentado), y una disminución del sueño de ondas lentas y del sueño REM.[16] También se observan alteraciones en el ritmo circadiano, que vienen dadas por el deterioro de estructuras cerebrales relacionadas con el ciclo vigilia-sueño (como el reloj biológico interno del núcleo supraquiasmático del hipotálamo) o por la disminución de la actividad física y social. La disminución de la secreción de melatonina (hormona del sueño) es mayor en pacientes con EA, y esto provoca a su vez importantes alteraciones en el patrón vigilia-sueño.[6] La degeneración de las vías colinérgicas cerebrales implicadas en la secreción de acetilcolina explica las alteraciones en el sueño REM de estos pacientes.

El *síndrome crepuscular* o *del ocaso* se describe como un conjunto de síntomas que aparecen al atardecer en pacientes con demencia. Se caracteriza por un estado de confusión, delirio, agitación, disminución del umbral de reactividad a estímulos externos, alucinaciones, ansiedad, temores, ira, desorganización del habla e hiperactividad, lo que a menudo comporta asimismo una alteración en la conciliación del sueño.[4,16] Se desconocen las causas de este síndrome, aunque hay una serie de factores que lo pueden agravar, como la fatiga, la falta de luz o la alteración del reloj biológico interno. Se recomienda disminuir el consumo de café y de dulces por la tarde, aumentar la exposición a la luz, hacer ejercicio moderado al atardecer y hacer que el paciente se sienta cómodo y en un ambiente familiar a la hora de irse a la cama. La aparición de esta sintomatología puede conllevar la institucionalización de estos pacientes, debido al difícil manejo de la situación por parte de familiares y cuidadores.[4]

El Trastorno de Conducta en Sueño REM (TCSR) está asociado a enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy o la atrofia multisistema. Un alto porcentaje de pacientes que sufren este trastorno en la edad adulta desarrollan alguna de estas enfermedades neurodegenerativas en la vejez.[17] La gravedad y la frecuencia del trastorno difiere de unos pacientes a otros. El trastorno tiende a desaparecer a medida que avanza la demencia. Debido a las interacciones farmacológicas, a efectos secundarios o residuales de algunos fármacos, el uso de ciertos medicamentos normalmente utilizados para tratar dichos trastornos de sueño puede deteriorar aún más la sintomatología, y empeorar la función cognitiva y motora. Tanto las técnicas cognitivo-conductuales (higiene de sueño, control de estímulos y técnicas de relajación), como la modificación del entorno del paciente, se han mostrado eficaces para el tratamiento de los trastornos de sueño en pacientes con demencia. También hay estudios que muestran los beneficios de la fototerapia para mejorar la sintomatología relacionada con las alteraciones circadianas.[1]

## 4. Alteraciones de sueño y enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson (EP) es una alteración neurológica cuyas manifestaciones clínicas son la bradicinesia, la rigidez y el temblor, y una pérdida de los reflejos posturales. Su sustrato neuropatológico es la alteración de los sistemas neuronales dopaminérgicos, de los cuales el sistema nigroestriatal es el más afectado. Los trastornos de sueño y del movimiento son dos de los factores que más alteran la calidad de vida de los pacientes con EP.

El análisis del sueño en la EP muestra la presencia de un sueño desestructurado, de baja eficiencia, con aumento de la latencia y múltiples microdespertares.[18] En cuanto a su arquitectura, se observa una reducción en la proporción de sueño profundo (*delta*) y de sueño REM con el consiguiente aumento de sueño ligero (estadios 1 y 2). Por otra parte, la alta prevalencia de trastornos específicos de sueño en este tipo de enfermos como el insomnio, el SAHS y los MPP, potencia la desestructuración del sueño.

El trastorno de sueño más común en la EP es el insomnio, que suele ser de conciliación (dificultad para quedarse dormido) o de mantenimiento (fruto de los múltiples despertares nocturnos). La degeneración de estructuras cerebrales implicadas en el sistema de vigilia-sueño es la principal causa directa del insomnio en la EP. En segundo lugar, se encuentran las alteraciones motoras (acinesia nocturna, temblores y rigidez), MPP, SPI, TCSR, SAHS, la sintomatología depresiva o la nicturia.[19] Los fármacos juegan un papel importante en las alteraciones de sueño en la EP. Los fármacos dopaminérgicos tienen efectos beneficiosos sobre el sueño, ya que ayudan a paliar la sintomatología motora durante la noche. No obstante, pueden agravar el problema, ya que favorecen la fragmentación del sueño y reducen el sueño REM. Algunos fármacos antiparkinsonianos como la selegilina, la amantadina o los agonistas dopaminérgicos pueden provocar un aumento de la latencia de sueño y de los despertares nocturnos. Además, pueden observarse movimientos anormales como discinesias, mioclonias nocturnas, pesadillas y alucinaciones visuales durante la noche, que repercuten negativamente sobre el sueño de estos pacientes.

Otro síntoma característico de la EP es la hipersomnia diurna, una sensación de sueño constante durante el día, que va acusándose a medida que avanza la enfermedad. Las causas de esta somnolencia diurna tienen un componente primario, debido al proceso neurodegenerativo de la enfermedad, y un componente secundario: fármacos y trastornos primarios de sueño (sobre todo insomnio o SAHS).

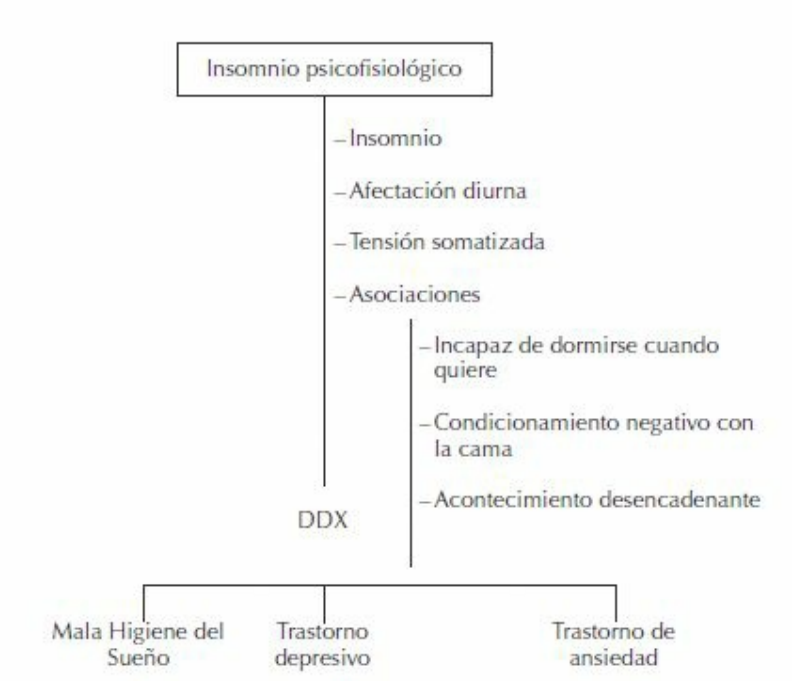
## 5. Técnicas psicológicas para el abordaje de los trastornos de sueño: el insomnio

## 5.1. INTRODUCCIÓN

Revisando los diferentes trastornos de sueño en edades avanzadas y las alternativas terapéuticas para tratarlos, en este capítulo se tratará principalmente del insomnio y de la terapia cognitivo-conductual. Por una parte, por la elevada prevalencia de este trastorno en la población anciana y, por otra, por las enormes posibilidades que la terapia psicológica puede ofrecer a este segmento de la población. Su eficacia y durabilidad han sido ampliamente demostrados, aunque hay un desconocimiento de sus posibilidades y sus aplicaciones.

Existen tres clasificaciones nosológicas diferenciadas de las alteraciones del sueño: la DSM-IV, la ICD-10 y la ICSD. En todas ellas se diferencia entre insomnios primarios (intrínsecos y funcionalmente autónomos) e insomnios secundarios, como consecuencia de otras causas médicas, psiquiátricas u otras alteraciones del sueño. De los insomnios primarios, el psicofisiológico es el más frecuente y el que más se ha estudiado en las investigaciones psicológicas. Podría definirse como un insomnio aprendido o condicionado, caracterizado por una sensación subjetiva de malestar respecto a la duración o la calidad del sueño, que se percibe como insuficiente y no reparador y que afecta negativamente a la actividad cotidiana diurna del sujeto. Esta percepción de sueño como no reparador está corroborada objetivamente por la polisomnografía (a diferencia del insomnio idiopático o pseudoinsomnio).

Figura 1. Esquema de aparición y diagnóstico diferencial del insomnio psicofisiológico



El diagnóstico del insomnio psicofisiológico se basa fundamentalmente en la historia clínica, una vez descartadas otras posibles causas, y en un análisis funcional de las variables mantenedoras. Generalmente, este tipo de insomnio deriva de un insomnio transitorio, como síntoma secundario a estresores externos, que se mantiene incluso una vez que estos desaparecen. La tensión diurna, somatizada por la internalización de conflictos psicológicos, junto con una respuesta desadaptativa a la repetida asociación de los estímulos ambientales (dormitorio) o conductuales (rituales) previos al sueño con la imposibilidad de dormir, actúan como factores de mantenimiento del insomnio.

La repetición de noches sin dormir adecuadamente desemboca en ansiedad anticipatoria o de actuación que se manifiesta en forma de «miedo a no poder dormir», y que a su vez se convierte en un factor más de mantenimiento que exacerba el cuadro de insomnio. Si bien en el insomnio psicofisiológico no existen, por definición, causas psicopatológicas subyacentes, no es menos cierto que en la mayoría de estos insomnes coexisten (como causa o como consecuencia del insomnio) rasgos ansiosos o de disforia, rasgos muy frecuentes en la población de adultos mayores debido a factores psicosociales (soledad, miedo a la muerte, etc.) y médicos (pacientes con múltiples patologías y polimedicados).

El tratamiento del insomnio psicofisiológico debe ser individualizado, basado en la naturaleza y severidad de los síntomas, y centrado no tanto en analizar los factores desencadenantes sino en tratar las variables mantenedoras, eliminando las disfuncionales y reforzando las adaptativas, tanto desde el ámbito conductual como desde el cognitivo.

### 5.2. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento no farmacológico del insomnio psicofisiológico consiste básicamente en técnicas cognitivo-conductuales, que abordan principalmente los factores que mantienen el problema.[16,17] Las estrategias terapéuticas están orientadas fundamentalmente hacia la modificación de hábitos desadaptativos, la reducción de la hiperactivación cognitiva y del sistema nervioso autónomo, la modificación de creencias, actitudes y pensamientos inadecuados sobre el sueño y su alteración (reestructuración cognitiva), y la identificación y la modificación de hábitos y estilos de vida incompatibles con el sueño. En este sentido, las diferentes intervenciones psicológicas en el insomnio psicofisiológico podrían agruparse en: medidas psicoeducativas, técnicas de relajación, técnicas de control de estímulos, técnicas de reducción de tiempo en cama, intervenciones paradójicas y técnicas de reestructuración cognitiva, acompañadas siempre de educación en normas de higiene del sueño. La mayoría de estas intervenciones son compatibles y pueden ser combinadas entre sí para optimizar los resultados (intervención multicomponente).

Antes de empezar con la terapia hay que preparar al paciente. En primer lugar, debe lograrse que el paciente se sienta como un componente activo de la terapia, y no como un mero receptor pasivo. Se necesita una valoración exhaustiva de las expectativas del paciente y un análisis conjunto. Por otro lado, hay que hacer entender al paciente que la terapia psicológica tiene una gran ventaja sobre la farmacológica: puede que sea más larga y costosa, pero es más duradera. También es importante dar al paciente un diario de sueño, donde irá anotando las horas de sueño, las siestas, la medicación, etc. Toda esta información será muy útil para evaluar la severidad del problema, así como los hábitos reales de sueño del paciente. La revisión del diario de sueño nos ayuda a valorar los progresos y a implicar al paciente en la terapia. Es importante, antes de empezar la terapia, definir unos objetivos fiables y realistas que sean aceptados por el paciente. Asegurarse el apoyo de las personas próximas al paciente también ayuda al éxito de la terapia, sobre todo en personas dependientes.

### 5.3. MEDIDAS PSICOEDUCATIVAS

Antes de instaurar cualquier estrategia terapéutica específica, tanto para el insomnio en general como para el insomnio psicofisiológico, es imprescindible explicar al paciente insomne cuál es el funcionamiento normal del sueño, cómo se estructura y cuáles son los factores que pueden favorecer o entorpecer un sueño adecuado. Este conocimiento puede ser útil para minimizar la ansiedad anticipatoria y para tomar conciencia de que es posible actuar contra el insomnio desde una posición activa y eficiente, ya que se proporciona al paciente un cierto grado de control, una sensación que la mayoría de los insomnes pierden tras noches consecutivas de dormir poco y mal y que se manifiesta en forma de indefensión aprendida. Por otro lado, es fundamental clarificar aquellas creencias poco realistas e irracionales sobre el sueño y su disfunción, como sus consecuencias, frecuentemente magnificadas por los pacientes, la irreversibilidad del problema o la creencia irracional de que el insomnio es fruto de algún tipo de trastorno cerebral incurable o solo tratable mediante psicofármacos. Una correcta información hace posible que el paciente tenga expectativas realistas sobre los objetivos que debe conseguir. Un ejemplo claro es la idea recurrente del insomne de que es absolutamente imprescindible dormir ocho horas de forma ininterrumpida todas las noches. Hay que explicarle que las ocho horas son simplemente una media estadística y que existe una gran variabilidad en cuanto a la necesidad de horas de sueño de una persona a otra. En general, si no existen factores externos que interfieran, las personas tienden a dormir el tiempo que necesitan, ni más ni menos. En definitiva, se trata de introducir el concepto de *corto dormidor*, en contraposición al de insomne, y recordar al paciente que el insomnio no se define exclusivamente por las horas dormidas sino por las

consecuencias del sueño nocturno en la vida diaria. Dormir solo cinco horas por la noche no significa necesariamente padecer de insomnio; eso dependerá de las necesidades fisiológicas de cada persona. De hecho, en el grupo de los adultos mayores, es muy difícil conseguir más de 5-6 horas de sueño nocturnas ininterrumpidas y es fundamental informar de que esta situación es «no patológica» y que no requiere tratamiento específico sino más bien disponer de estrategias «adecuadas» para afrontarla.

Por otra parte, es de gran utilidad explicar cómo se organiza la estructura de sueño normal y los diferentes estadios por los que se discurre a lo largo del proceso del sueño nocturno y recordar que a medida que vamos avanzando en la edad, es normal despertarse por la noche entre ocho y 10 veces. El problema del insomnio no son los despertares nocturnos sino la dificultad en volver a conciliar el sueño que es la que, frecuentemente, provoca la misma ansiedad por haberse despertado. Quien mejor duerme es quien menos se preocupa por su sueño.

### 5.4. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Un factor común a la mayoría de insomnios y que juega un factor crucial en el mantenimiento del problema es la presencia de tensión, ansiedad y preocupación excesiva por los acontecimientos vitales del día a día, o bien por la incapacidad de dormir adecuadamente. Este hecho es especialmente relevante en el insomnio psicofisiológico, por lo que el entrenamiento en técnicas de relajación (entrenamiento autógeno, relajación progresiva y *biofeedback*) es muy útil a la hora de manejar el problema. Si bien estas técnicas de relajación son a menudo insuficientes para solucionar el insomnio por sí solas, contribuyen a favorecer el sueño (la relajación es el estado fisiológico inmediatamente anterior al sueño) y, en cualquier caso, son de gran utilidad para el paciente a la hora de aplicar las estrategias de control de estímulos o de restricción de tiempo en cama que implican esfuerzo, trabajo e incluso ansiedad por conseguir resultados (ansiedad de actuación).

Las técnicas de relajación son pues un buen componente terapéutico bien por su propia eficacia, bien para garantizar la eficacia de otras medidas terapéuticas.

Generalmente, los ejercicios de relajación son de fácil manejo para el paciente, requieren relativamente poco tiempo para aprenderse y, si se practican de forma regular, contribuyen indudablemente a la mejoría clínica. Es fundamental contextualizar y justificar este tipo de entrenamiento sobre las bases teóricas que la sustentan para que el paciente utilice de forma adecuada este tipo de ejercicios. Asimismo, entender claramente cuál es el objetivo real del entrenamiento en relajación (eliminar o reducir la ansiedad) es básico para su eficacia. De lo

contrario podría producirse un efecto paradójico, es decir, podría provocar más ansiedad al no conseguir conciliar el sueño inmediatamente después de practicar el ejercicio. Conocer bien las características específicas de cada sujeto (especialmente en el grupo de gente mayor), el tipo de insomnio que presenta y el tipo de activación que manifiesta (somática frente a cognitiva) es fundamental para el clínico a la hora de recomendar un tipo u otro de ejercicio de relajación, ya que este debe adaptar el tipo de abordaje terapéutico a cada insomne. Adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades específicas en cada momento y en cada sujeto es básico para el éxito terapéutico, de forma que la elección de las técnicas también debe tener en cuenta la forma de presentación del insomnio (conciliación, mantenimiento o despertar precoz).

Aparentemente, las técnicas de relajación son una estrategia fácil de aprender y sencilla de aplicar. Sin embargo, necesitan de un entrenamiento sistemático y sobre todo de una práctica regular en casa para conseguir los objetivos de reducir la ansiedad y la tensión (véanse tablas 1 y 2). Es importante animar al paciente a practicarlas de forma regular sin esperar efectos inmediatos, aunque sí a medio plazo, y destacar su función relajante más que hipnótica.

Tabla 1. Instrucciones de aplicación del Entrenamiento Autógeno

| EL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ |
|---|
| 5. Sentarse cómodamente en un sillón confortable o tumbarse en una cama, de forma que todos los miembros estén totalmente apoyados. |
| 6. Cerrar los ojos y respirar de forma natural, no forzar la respiración. |
| 7. Explorar mentalmente la postura, la comodidad, empezando por la cabeza hasta los pies. |
| 8. Ejercicio de «parada de pensamiento». Sin abrir los ojos y sin mover la cabeza, mover los ojos a la derecha-centro-izquierda-centro. Repetir tres veces. |
| 9. Tensión (3″), relajación (3″) del brazo dominante. Repetir ejercicio tres veces. |
| 10. Ejercicio de concentración. Concentrándose en el brazo dominante, hay que conseguir la «sensación de peso» (por ejemplo, imaginando que el brazo sostiene algo muy pesado). |
| 11. Finalización del ejercicio. Respirar suavemente y mover los brazos. |

Tabla 2. Instrucciones de aplicación de la Relajación Muscular Progresiva

| LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON |
|---|
| 1. Sentarse cómodamente en un sillón confortable o tumbarse en una cama. |
| 2. Lentamente, hacer una respiración profunda. |
| 3. Tensar y destensar alternativamente grupos específicos de músculos. |
| 4. Concentrarse en la sensación de los músculos, en el contraste entre la tensión y la relajación. |
| 5. Hacer una secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. |

6. Grupos de músculos que hay que trabajar: manos, bíceps y tríceps, hombros, cuello, boca, ojos, espalda, muslos, glúteos, pies, dedos.

Las técnicas de *biofeedback* consisten en entrenar a los pacientes para mejorar su salud mediante el control de procesos corporales que habitualmente son involuntarios, como el ritmo cardíaco, la presión arterial, la tensión muscular o la temperatura corporal. En una sesión típica de *biofeedback*, los pacientes se sientan cómodamente en una silla mientras son conectados al instrumental. Los impulsos eléctricos se registran y se reflejan en un monitor de ordenador en forma de gráficos o de otras representaciones visuales, que ayudan al paciente a controlarlos. Es una técnica sencilla y segura.

### 5.5. TÉCNICA DE CONTROL DE ESTÍMULOS

La técnica de control de estímulos constituye una de las estrategias más utilizadas y más efectivas en el tratamiento no farmacológico del insomnio psicofisiológico. Fue desarrollada por Richard Bootzin en 1972 en la Universidad de Northwestern.[20, 21] Consiste en una serie de normas derivadas de la premisa de que, para la mayoría de conductas (incluida el sueño), existe un estímulo que, después de asociarlo sistemáticamente con esa conducta se convierte en un «estímulo discriminativo» para su desarrollo (véase tabla 3). Ello implica que las características de la situación estimular (cama, habitación) se asocien con la conducta posterior (sueño). Para un buen dormidor, la habitación, la cama o el silencio constituyen un potente estímulo discriminativo que conducirá en pocos minutos a la somnolencia y a la conciliación del sueño. Sin embargo, el paciente con insomnio ha perdido el adecuado «control estimular» de la situación y como consecuencia asocia la habitación y la cama a vigilia y a conductas incompatibles con el sueño. De ahí que muchos pacientes con insomnio sean capaces de dormirse viendo la televisión, en un hotel, etc., pero sean incapaces de dormir en su propia cama.

Tabla 3. Instrucciones de la técnica de Control de Estímulos

| EL CONTROL DE ESTÍMULOS |
| --- |
| 1. Recuerde utilizar la cama solo para dormir (y para las relaciones sexuales). Evitar ver la televisión, comer, leer, permanecer despierto preocupándose, etc. en la cama.<br>2. Establezca unas rutinas previas al sueño y llevarlas a cabo de forma regular todas las noches.<br>3. Póngase en una posición cómoda, apague la luz, cierre los ojos e intente dormir.<br>4. Si a los 10 minutos no lo ha logrado, salga del dormitorio y vaya a otra habitación a hacer alguna actividad tranquila. Cuando se sienta soñoliento vuelva a la cama.<br>5. Repita este paso todas la veces necesarias. |

6. Si no se ha dormido o se despierta y no puede conciliar el sueño, repita el paso anterior siempre que sea necesario con intervalos de 10 minutos aproximadamente.

El objetivo principal de este tipo de técnicas es que el paciente sea capaz de reasociar la habitación y la cama con el sueño en lugar de con la vigilia. Para ello, se instruye al paciente para que evite realizar cualquier actividad en la cama que no sea dormir, incluyendo las «conductas encubiertas». El paciente no debe ver la televisión en la cama, comer, trabajar, conectarse a internet, etc. (conductas manifiestas incompatibles con el sueño), ni permanecer en la cama despierto sin hacer nada «preocupado» por no poder dormir (conducta encubierta). Si estas normas se cumplen de forma sistemática, probablemente en pocas semanas el paciente asociará de manera progresiva la cama y la habitación (estímulo discriminativo) con la somnolencia y el sueño, de forma que finalmente conciliará el sueño con mucha mayor rapidez.

### 5.6. RESTRICCIÓN DE TIEMPO EN CAMA

El tratamiento de restricción de tiempo en cama fue concebido por Arthur Spielman y consiste básicamente en restringir el tiempo en cama y ajustarlo lo más exactamente posible al tiempo que el paciente duerme en realidad; posteriormente se incrementa de forma gradual el número de horas en cama hasta conseguir el período de sueño óptimo (véase tabla 4).

Tabla 4. Instrucciones de aplicación de la Restricción de tiempo en cama

**LA RESTRICCIÓN DE TIEMPO EN CAMA**

1. Registre durante dos semanas el tiempo total de sueño (TTS), utilizando autorregistros.
2. Calcule la media del TTS y la eficiencia de sueño durante estas dos semanas.
3. No permanezca más tiempo que el TTS + 30 minutos en la cama.
4. Incremente progresivamente el tiempo en cama (TTC), 15 minutos en períodos semanales, a medida que el sueño vaya mejorando, manteniendo fija la hora de levantarse.
5. Si el sueño nocturno no mejora inicialmente, reduzca el TTC en 15 minutos.

**EFICIENCIA DE SUEÑO (ES)= TIEMPO TOTAL DE SUEÑO (TTS) / TIEMPO TOTAL DE TIEMPO EN CAMA (TTC) X 100**

Este tratamiento está basado en la observación de que los insomnes tienden a estar mucho tiempo despiertos en la cama, intentando «compensar» el déficit de sueño al que están expuestos. Paradójicamente el tiempo total de sueño no difiere significativamente de

las personas que duermen bien, sin embargo, la eficiencia de sueño (relación entre el tiempo en cama y tiempo de sueño) es baja con respecto a los buenos dormidores.

Si bien a corto plazo la estrategia de «descansar en la cama» puede aliviar temporalmente las consecuencias del insomnio, a medio y largo plazo el exceso de horas en la cama (en relación al tiempo total de sueño) se convierte, especialmente en este grupo de edad, en un importante factor de mantenimiento del insomnio.

Estas técnicas inducen un ligero déficit de sueño, lo que permite favorecer su inicio, mejorar su mantenimiento y aumentar el porcentaje de sueño profundo reducido por efecto de la edad. A medida que esta estrategia se muestre efectiva, se aumentará el tiempo que se permanece en la cama de forma progresiva.

Una vez se le ha dado las instrucciones al paciente, esta técnica requiere de una observación previa durante 15 días del tiempo en cama y del tiempo total de sueño. Para ello, se anima al paciente a realizar un auto registro de sueño donde anotará estas variables, que le permitirá calcular así la eficiencia de sueño y la media del tiempo total de sueño.

Cuando hayan sido calculadas esas variables, se anima al paciente a establecer un horario de sueño («ventana de sueño») en función del tiempo dormido, es decir, si la media de horas dormidas es de seis horas (suponiendo que estuviera ocho horas en cama, la eficiencia de sueño sería del 75%) se le da la instrucción de permanecer en la cama solo seis horas en un horario preestablecido. Este horario de seis horas puede «recortarse» en el inicio de la noche, lo que obligará al paciente a «madrugar», o bien al final de la noche, lo que obligará al insomne a «trasnochar». En todo caso, en ambas situaciones se incrementa la «presión de sueño», puesto que se aumenta la somnolencia y, de forma secundaria, se reduce la ansiedad de actuación (de hecho el paciente «debe intentar no dormir» al menos hasta cierta hora de la noche). Aunque la «ventana de sueño» puede establecerse a elección del paciente, para mantener la consistencia con el control de estímulos, es preferible mantener una hora para levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.

Cuando se haya establecido la «ventana de sueño», el paciente deberá permanecer en cama solo las horas establecidas, y deberá aplicar en ese período las normas de control de estímulos en el caso de que no pueda conciliar el sueño. Por la mañana, y a la hora preestablecida, se levantará de la cama, tanto si ha dormido mucho como si ha dormido poco, y no volverá a dormir hasta la noche siguiente a la hora pactada, evitando la realización de siestas diurnas (al menos siestas excesivamente largas). Un efecto colateral en las primeras fases de tratamiento es la aparición de somnolencia diurna. Es importante en este punto alentar al paciente para seguir adelante, y recordarle que la somnolencia es una consecuencia indeseable pero no insoportable y que, a medida que transcurran los días, el

sueño nocturno irá mejorando, se irá consolidando, con lo que la somnolencia diurna dará paso progresivamente a la sensación de buen descanso nocturno. A medida que el sueño empiece a mejorar, se irá incrementando de forma gradual el tiempo en cama aumentándolo 15 minutos cada semana, se mantendrá igual si el sueño no mejora o incluso se restringirá ligeramente si empeora. En todo caso, se pedirá al paciente que aumente 15 minutos el tiempo en cama solo cuando la eficiencia de sueño sea igual o superior al 90%. De esta forma, semana a semana el paciente permanecerá en cama dormido cada vez más tiempo (15 minutos), y este se irá aumentando paulatinamente hasta encontrar un período de sueño funcional.

Probablemente en las fases iniciales del tratamiento y del post-tratamiento la duración del tiempo dormido no será necesariamente muy superior con respecto al período inicial, pero sí lo serán y de forma significativa tanto la eficiencia de sueño como la calidad, con lo cual la percepción subjetiva del paciente será altamente positiva. Esta percepción, sin duda, hará que el insomne adquiera progresivamente «confianza» en su sueño y en las posibilidades de actuación frente al insomnio, y le generará una percepción de control, que había perdido después de noches sin dormir.

### 5.7. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La terapia cognitiva aplicada al insomnio consiste básicamente en eliminar las falsas creencias que el insomne tiene sobre el sueño y su disfunción. Suele aplicarse de manera paralela a las intervenciones conductuales (control de estímulos, restricción de tiempo en cama, higiene del sueño) y se trabaja sobre los componentes cognitivos que hacen mantener el insomnio, focalizando la atención sobre aquellos aspectos que pueden favorecer el sueño y minimizando aquellos que pueden dificultarlo y que generalmente absorben todo el flujo de pensamientos del paciente. La mayoría de pacientes insomnes mantienen expectativas poco realistas sobre sus necesidades de sueño, magnifican las consecuencias negativas de su insomnio y presentan atribuciones causales externas e inestables sobre la etiología de su insomnio.[22]

Las estrategias de reestructuración cognitiva pretenden ayudar al paciente a identificar sus pensamientos erróneos sobre el insomnio (disfunción cognitiva) en todas sus dimensiones, tanto sus como sus consecuencias, y enfrentarlo a evidencias que den validez o no a esas creencias con el objetivo de sustituirlas por expectativas y cogniciones más realistas.

Es necesario introducir al paciente en el marco teórico que sustenta la psicología cognitiva, por lo que es imprescindible explicarle claramente la interrelación entre situación-pensamiento-emoción-conducta. La primera fase de la terapia cognitiva consiste en

descubrir los pensamientos y las creencias irracionales del paciente sobre el sueño y el insomnio. Para ello es muy útil un autorregistro sistemático sobre estos pensamientos y de las emociones y conductas que conllevan. Generalmente las disfunciones más frecuentes con respecto al sueño son de cinco tipos: ideas erróneas sobre las causas del insomnio, exageración de las consecuencias de no dormir lo suficiente, expectativas poco realistas sobre las posibles soluciones, percepción de falta de control sobre el sueño (indefensión aprendida) y creencias equivocadas sobre las conductas que pueden inducir el sueño. Una vez identificadas las cogniciones disfuncionales debe probarse su validez y sustituirlas por otras más adaptativas.

Las técnicas de reevaluación, reatribución y descatastrofización, (Beck *et al.*, 1979, 1985; Freeman *et al.*, 1990; Meichenbaum, 1977) han mostrado gran eficacia.

Todas esas técnicas se realizan paralelamente a las demás intervenciones conductuales y se van aplicando a medida que van apareciendo. Los pacientes a menudo expresan esas creencias de forma gradual y manifiestan disfunciones cognitivas una vez iniciado el tratamiento. Los miedos irracionales sobre las consecuencias dramáticas de no dormir aparecen muchas veces relacionados con la propuesta de restricción de tiempo en cama o la imposibilidad de realizar siestas. Es en este momento cuando la intervención del clínico hará patentes los errores y ayudará al paciente a sustituirlos por otros más adaptativos. Del mismo modo, las normas de control de estímulos hacen surgir en el paciente dudas sobre la idoneidad de salir de la cama a media noche. El paciente puede pensar erróneamente que «no dormir pero al menos descansar» es una estrategia adecuada para compensar su déficit de sueño. Una vez más el terapeuta tiene que ayudar a identificar ese error cognitivo, cuestionar su validez y finalmente proponer un argumento alternativo. La terapia cognitiva aplicada al insomnio se va modificando constantemente a lo largo del proceso terapéutico, adquiere dimensiones muy diferentes según el paciente y experimenta cambios constantes a lo largo del tratamiento. Saber qué busca el paciente, con qué recursos personales cuenta y en qué basa sus atribuciones es un trabajo costoso y de «intuición» clínica que supone una adaptación constante al paciente y a sus demandas. Explorar las disfunciones del paciente concreto en el momento puntual, identificarlas y ayudar a modificarlas es un trabajo terapéutico que está inevitablemente inmerso en todo el proceso de tratamiento del insomnio.

Habilidades inherentes al clínico, como mostrar empatía hacia las quejas del paciente y tener determinación para mejorarlas, deben estar presentes de forma explícita más que implícita durante el tratamiento del insomnio ya que una parte fundamental del éxito del tratamiento se fundamenta en la confianza que el terapeuta sea capaz de transmitir y que el

paciente sea capaz de asumir. En este sentido es importante recordar que el clínico se enfrenta a los pensamientos, las creencias y las atribuciones del paciente, no al propio paciente, y que en algunos casos las técnicas cognitivas, al consistir básicamente en técnicas de persuasión verbal, serán relativamente sencillas de aplicar mientras que en otros casos requerirán de un esfuerzo complementario. La observación sistemática de las reacciones del paciente ante la confrontación de ideas, el apoyo continuado del clínico e incluso la investigación sobre pensamientos y creencias que el paciente no se atreve a desvelar serán básicos en el avance del trastorno. La habilidad para implementar las diferentes técnicas (reatribución, desmitificación, etc.) de confrontar atribuciones erróneas y de enfrentar al paciente con sus errores necesita una «didáctica» de la técnica que el clínico debería esforzarse en implementar.

### 5.8. MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

La educación en higiene del sueño consiste en un conjunto de medidas que ayudarán al paciente a identificar los factores conductuales, ambientales y de estilo de vida que pueden dificultar su sueño. El objetivo básico es concienciar al paciente de aquellos hábitos y rutinas, tanto los previos al sueño como los que realiza durante el día, que pueden entorpecer la calidad y la cantidad de sueño nocturno. En este apartado se hace mención tanto a cuestiones ambientales (oscuridad, silencio, temperatura) como a las rutinas previas al sueño y a las actividades diurnas. Practicar ejercicio suave regular durante el día, evitar el consumo excesivo diurno de estimulantes (cafeína, nicotina), mantener unas rutinas estables previas al sueño que predispongan a la relajación y al sueño (leer, escuchar música, etc.) o mantener horarios regulares de sueño-vigilia son algunas de las pautas que se describen en las normas de higiene del sueño (véase tabla 5).

A pesar de que la mayoría de insomnes está muy bien informado sobre las medidas de higiene del sueño (incluso más que los buenos dormidores), el grado de cumplimiento es paradójicamente peor en el grupo de los insomnes. Es preciso refutar algunas creencias erróneas («a mí el café no me afecta»), modificar algunos hábitos inadecuados («el alcohol es lo único que me hace dormir») o cambiar la forma y el momento de algunas conductas incompatibles con el sueño (aunque la inactividad física es frecuente en este grupo de edad, realizar ejercicio suave a media tarde de forma regular puede favorecer el sueño). Numerosos estudios muestran una estrecha relación entre la práctica de ejercicio físico regular y la cantidad y calidad del sueño nocturno. Se ha observado que los insomnes crónicos llevan una vida más sedentaria que los buenos dormidores.[22] En general, los conocimientos básicos sobre la higiene del sueño son importantes para iniciar el proceso terapéutico y el

clínico. No debería darse por sentado que el paciente conoce perfectamente estas normas, aunque las aplique correctamente. Es indispensable realizar un análisis exhaustivo del estilo de vida, de las rutinas previas al sueño y del consumo de sustancias que pueden interferir el sueño (alcohol, algunos medicamentos, estimulantes, etc.) antes de iniciar cualquier tratamiento.

Aunque la higiene del sueño como tratamiento único del insomnio ha demostrado unos resultados limitados,[23,24] su combinación con técnicas cognitivo-conductuales ha demostrado una mejora de la eficacia del sueño en el 70-80% de los pacientes y una reducción significativa de distintas variables del insomnio, incluyendo la latencia del sueño de inicio y la disminución de despertares durante el sueño.[25,26]

Los resultados de diferentes estudios sobre la terapia cognitivo-conductual para el insomnio han demostrado su buena aceptación y su elevada eficacia a largo plazo. A diferencia de la terapia farmacológica, la psicológica intenta trabajar la raíz del problema y no simplemente la sintomatología del insomnio. Por otro lado, es imprescindible remarcar que la terapia psicológica requiere más tiempo y esfuerzo por parte del paciente, aunque los resultados son más duraderos.

Tabla 5. Instrucciones para una correcta Higiene del Sueño

| MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO | |
|---|---|
| **Normalización del sueño** | Acuéstese y levántese a la misma hora.<br>Si duerme siesta, no debe durar más de 20 minutos. No trasnoche.<br>No modifique más de una hora el momento de levantarse los fines de semana. |
| **Alimentación adecuada** | Coma de forma equilibrada, variando su alimentación para que no se produzcan carencias nutritivas que le dificulten el sueño.<br>No fume antes de acostarse. La nicotina es excitante.<br>A partir de mediodía no tome café, té, chocolate, ni fármacos que contengan cafeína.<br>Acuéstese una hora y media después de una cena normal, y dos horas como mínimo si ha sido una cena copiosa.<br>Cene ligeramente, con pocas grasas y calorías. La cena debe contener verduras, pocas proteínas y lácteos (evite pasteles y dulces).<br>No debe pasar hambre, aunque la cena sea ligera.<br>Evite tomar excesivos líquidos por la noche para evitar la nicturia. |
| **Acondicionamiento del ambiente** | Evite ruidos y una temperatura demasiado elevada en la habitación.<br>Utilice un colchón firme que permita la transpiración, y de funda lavable.<br>Evite corrientes de aire.<br>Si le molestan los ruidos ambientales puede usar tapones de goma espuma.<br>Si le molesta la luz por la mañana puede usar un antifaz protector. |
| **Conductas para facilitar el sueño** | Haga ejercicio moderado por la tarde, nunca por la noche, o dé un paseo.<br>Evite situaciones que le activen o impliquen emocionalmente.<br>No realice por las noches tareas que requieran mucha activación o concentración.<br>Si va a tener problemas al día siguiente, resuélvalos antes de cenar o déjelo |

| | |
|---|---|
| | para la mañana siguiente.<br>Relativice el problema: «no dormir una noche no tiene repercusiones graves al día siguiente». |

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Rama AN, Cho SC, Kushida CA. Normal Human Sleep. En: Lee-Chiong TL, editor. Sleep: A comprehensive handbook. Hoboken NJ: Wiley; 2006. p. 3-9.
2. Velayos JL, Moleres FJ, Irujo AM, Yllanes D, Paternain B. Bases anatómicas del sueño. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):7-17.
3. Iber C, Ancoli-Israel S, et al. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology, and Technical Specification. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2007.
4. Stepnowsky CJ, Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in seniors. Sleep Med Clin. 2008; 3(2):281-293.
5. Ohayon MM, Crskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep Med Clin. 2004; 27(7):1255-1273.
6. Echávarri C, Erro ME. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):155-161.
7. Ancoli-Israel S. Sleep disorders in older adults. Geriatrics. 2004; 59 (Jan):37-40.
8. Van Cauter E, Leproult R, Plat L. Age-Related Changes in Slow Wave Sleep and REM Sleep and Relationship With Growth Hormone and Cortisol Levels in Healthy Men. JAMA. 2000; 284(7):861-868.
9. Pando-Moreno M, Aranda C, Aguilar ME, Mendoza PL, Salazar JG. Prevalencia de los trastornos de sueño en el adulto mayor. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001; 17(1):63-69.
10. Eguía VM, Cascante JA. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):53-74.
11. Buysse DJ. Insomnia, depression and aging. Assessing sleep and mood interactions in older adults. Geriatrics 2004; 59(Feb):47-51.
12. Sarrais F, de Castro Manglano P. El insomnio. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):121-134.
13. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late life insomnia. Hum Psychopharmacol. 2003; 18(1):75-82.
14. Hohagen F, Rink K, Kappler C, et al. Prevalence and treatment of insomnia in

general practice. A longitudinal study. Eur arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993; 242:329-36.
15. Klink ME, Quan SF, Kalterborn WT, Lebowitz MD. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. Arch Intern Med. 1992; 152(8):1634-7.
16. Bliwise DL. Review: Sleep in normal aging and dementia. Sleep Med Clin. 1993; 16(1):40-81.
17. Iranzo, A. El trastorno de conducta durante el sueño REM. VigiliaSueño. 2006; 18(2):81-7.
18. Clavero P, Rodríguez-Oroz MC. Trastornos de sueño en la enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):143-153.
19. Mondragón-Rezola E, Arratíbel-Echarren I, Ruíz-Martínez J, Martí-Massó JF. Trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson: insomnio y fragmentación del sueño, hipersomnia diurna, alteraciones del ritmo circadiano y síndrome de apnea del sueño. Rev Neurol. 2010; 50(2):21-26.
20. Bootzin R. Stimulus control treatment for insomnia. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association. 1972; 7:395-6.
21. Bootzin RR, Epstein DR. Stimulus control. En: Lichstein KL, Morin CM, editores. Treatment of late-life insomnia. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000. p. 167-84.
22. Marchini EJ, Coates TJ, Magistad JG, Waldum SJ. What do insomniacs do, think, and feel during the day? A preliminary study. Sleep Med Clin. 1983; 6(2):147-55.
23. Lacks P, Morin CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. J Consult Clin Psychol. 1992; 60(4):586-94.
24. Morin AM, Kwentus JA. Behavioral and pharmacological treatment of insomnia. Annals of Behavioral Medicine.1988; 10:91-100.
25. Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. J Clin Psychiatry. 2004; 65(16):33-40.
26. CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). Sleep Med Clin. 2006; 29(11):1398-414.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

- Agenda de sueño: instrumento utilizado para valorar subjetivamente los períodos de

vigilia y sueño (horas a las que el paciente se acuesta, duerme, se despierta…).

- Arquitectura del sueño: se refiere al número y a la distribución de los diferentes estadios de sueño a lo largo de la noche. Cada fase del sueño tiene unas características concretas que permiten identificarlas y definir la «arquitectura fisiológica» del sueño.
- Cronoterapia: tratamiento basado en la cronobiología, que puede incluir la manipulación de los sincronizadores externos o modificaciones del comportamiento del paciente para recuperar los ritmos biológicos perturbados.
- Eficiencia del sueño (ES): porcentaje real de sueño respecto al tiempo que se permanece en la cama. Tiempo total de sueño (TTS) x 100 / tiempo pasado en cama. En el adulto joven es del 90%-95%. El porcentaje de EF disminuye claramente con la edad.
- Electroencefalograma (EEG): registro de la actividad eléctrica espontánea del cerebro mediante electrodos colocados en el cuero cabelludo. Forma parte de las medidas que se realizan en polisomnografía.
- Electrooculograma (EOG): registro de los movimientos oculares. Es una de las medidas de la polisomnografía para identificar el sueño REM.
- Electromiograma (EMG): registro de la actividad muscular. En la polisomnografía, se usa para identificar el sueño REM, así como otros trastornos del movimiento.
- Fases del sueño: cada uno de los estadios en los que se divide el sueño, distinguibles por medio de EEG nocturno (PSG). El sueño se divide en cuatro fases, las tres primeras pertenecen al sueño NO-REM, en contraposición a la fase REM (del inglés Rapid Eye Movement).
- Fototerapia: aplicación terapéutica de fuentes luminosas naturales o artificiales para el tratamiento de alteraciones del ritmo circadiano.
- Latencia de sueño: tiempo que transcurre desde que se apaga la luz hasta que aparece una fase de sueño.
- Latencia de fase: tiempo que transcurre desde que se apaga la luz hasta que aparce la fase de sueño a estudiar.
- Polisomnografía: evaluación simultánea de múltiples parámetros fisiológicos durante el sueño. Incluye EEG, EOG, EMG así como diferentes medidas respiratorias, electrocardiograma (ECG) y saturación de oxígeno.
- Tiempo total de sueño: período comprendido entre el inicio real del sueño (entrada en fase 1) y el despertar definitivo, después de sustraer los períodos de vigilia nocturna. Este parámetro es necesario para el cálculo de la eficiencia de sueño.

8
# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO

*Jenny Moix y Josep Deví*

## 1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTO Y GENERALIDADES

La gerontología puede definirse como la ciencia que trata de describir, predecir y explicar el fenómeno del envejecimiento humano, sus causas, los cambios que se producen y los procesos que intervienen, desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Por otra parte, la geriatría se define como la ciencia y la rama de la medicina que estudia y trata las enfermedades en el anciano.[1,2] La psicogerontología se define como el conjunto de ramas o especialidades de la psicología (desde la psicología de los procesos básicos hasta la psicología del desarrollo y de las diferencias individuales, pasando por la psicología social, de la personalidad, psicopatología, etc.) que tratan de describir, predecir y explicar el fenómeno de la vejez y el envejecimiento.[3] Confort, en 1956, definió el concepto de *envejecimiento* como un «cambio en la conducta del organismo con la edad, que lleva a un decrecimiento del poder de supervivencia y adaptabilidad». Pero ¿por qué envejecemos? ¿Cuáles son las consecuencias que padecemos en relación al envejecimiento? Sea cual fuere la causa desencadenante del envejecimiento, sus consecuencias son bien conocidas, y afectan a todos los sistemas que conforman al individuo, por lo que comporta una disminución en la capacidad de resistencia y de respuesta ante las fluctuaciones y las agresiones del medio interno y externo. En este sentido, el ser humano anciano tiene más dificultades para adaptarse a las circunstancias del entorno y, por lo tanto, es más vulnerable, ya que se producen unos cambios característicos a nivel corporal, en la forma y en las funciones de las diferentes partes que lo integran. El deterioro puede ser reversible o irreversible, en función del trastorno o de la enfermedad. Se mencionan a continuación algunos de estos cambios (no todos) que, en interacción con otros factores y en determinados contextos, pueden fomentar las situaciones de dolor:[1,4,5,6]

- Los músculos se atrofian con el paso de los años y, como consecuencia, disminuye la fuerza física y la capacidad para producir trabajo. Los huesos sufren una progresiva descalcificación y se vuelven más frágiles; los cartílagos y las articulaciones pierden su resistencia y su elasticidad, por lo que su función se ve mermada y aparecen dificultades para ejercer los movimientos, lo que puede provocar anquilosis.
- La fuerza de contracción del corazón es menor y se ve agravado por la calcificación y por la insuficiencia de las válvulas que comunican las aurículas con los ventrículos y

estos, a su vez, con las salidas arteriales. Así pues, se afectan también los centros y conductos eléctricos que regulan el ritmo cardiaco. En el sistema circulatorio, disminuye la capacidad de las venas para retornar de nuevo la sangre hasta el corazón; las partes más declives almacenan líquido y se producen edemas en los pies. Se pierde la elasticidad de las arterias, disminuye su diámetro interior a consecuencia del depósito de grasas y otras sustancias y esto da lugar a la arteriosclerosis, lo cual conlleva dificultades para la circulación y reduce el aporte sanguíneo a los diferentes tejidos con consecuencias directamente implicadas en su atrofia y degeneración.

- En el sistema digestivo, los cambios se inician en la boca: los dientes, desgastados por el continuo uso y por la agresión de los restos alimenticios durante toda la vida, caen con facilidad, y esto da lugar a problemas masticatorios, como que el alimento pase al estómago sin haber sido suficientemente preparado. Disminuye la producción de jugo gástrico en el estómago, por lo que se dificulta la digestión y a su vez, la progresión del bolo alimenticio por el enlentecimiento de los movimientos intestinales. Consecuentemente, el estreñimiento es un problema común. Disminuye también la producción de bilis por parte del hígado y de los enzimas pancreáticos necesarios.
- En el aparato urinario, la capacidad de filtración del riñón se ve reducida por el menor aporte sanguíneo producido por la insuficiencia vascular y por fenómenos degenerativos propios del mismo riñón. En el hombre, la micción urinaria se ve en muchas ocasiones dificultada por el crecimiento de la próstata que obstruye la salida del flujo de orina desde la vejiga.
- En el aparato respiratorio, disminuye el calibre de las vías aéreas, de los bronquios. Hay una degeneración en la zona donde se produce el intercambio entre el aire inhalado y los glóbulos rojos responsables de transportar el oxígeno por la sangre. Los elementos óseos y musculares del tórax se vuelven más rígidos y ello comporta, con el tiempo, una dificultad para la respiración.
- Las defensas propias del individuo vienen determinadas por su sistema inmunitario. Este sufre un declive con la edad por lo que el individuo se encuentra más propenso a padecer infecciones y cáncer. Al mismo tiempo, es también menor la capacidad de respuesta frente a un tratamiento.

Podemos hablar de diversos tipos de envejecimiento, partiendo de la base de que el envejecimiento es heterogéneo:

- Envejecimiento satisfactorio o exitoso: es el envejecimiento en el que la persona anciana presenta un nivel de autonomía parecido a un adulto de mediana edad.

- Envejecimiento habitual o usual: se trata del envejecimiento normal o biológico, con los achaques y las limitaciones propias de la edad, pero con la autonomía y la independencia necesarias como para no necesitar ayuda de nadie.
- Envejecimiento patológico: es aquella versión anómala o anormal del envejecimiento, atribuible a una alteración orgánica, que incapacita a la persona para ser independiente.
- Envejecimiento frágil: es el que se da en personas de aproximadamente 80 años o más, con importantes problemáticas médicas y con factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades o empeorar las presentes, lo que conlleva una progresiva incapacidad con severa pérdida de autonomía. Buchner define la fragilidad como «el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, lo que lleva asociado un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad».[7,8]

El anciano frágil es el sujeto diana de la geriatría, y cumple una o más de las siguientes características: edad muy avanzada, discapacidad y pluripatología, que puede incluir un deterioro cognitivo o una dificultad para evidenciar una situación de enfermedad terminal. La fragilidad es una consecuencia, un factor de riesgo, que forma parte del proceso de envejecimiento y que es sinónimo de incapacidad. Las causas (intrínsecas y extrínsecas) de la fragilidad son el envejecimiento biológico o normal, los procesos agudos (delirium, infección de orina, pulmonía, etc.), los crónicos (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes, osteoporosis, etc.), los abusos (estilos de vida anómalos a lo largo de la vida, comportamiento desadaptativo, factores socioeconómicos bajos) y los desusos (inactividad -poco ejercicio físico y sedentarismo-, inmovilidad, falta de higiene, desnutrición y malos hábitos alimenticios).[1,9]

## 2. Dolor crónico: el modelo multidimensional integrador de la «teoría de la puerta de entrada» de Melzack y Wall

De las diversas teorías explicativas que han intentado integrar factores fisiológicos y psicológicos para explicar el dolor crónico, destaca la teoría propuesta por Melzack (psicólogo) y Wall (anatomista) en 1965 y conocida como *Teoría de la Puerta*. Según Melzack (1988), «el dolor tiene un gran impacto en la morbilidad y la mortalidad y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte».[2] De acuerdo con esta teoría, el dolor ya no es visto como un producto lineal del daño tisular sino como un fenómeno complejo que se encuentra vinculado tanto con el daño tisular como con el estado emocional, con los aspectos motivacionales y de reforzamiento, así como con los factores cognitivos del

sujeto.[10-12] Esta teoría, en esencia, defiende que la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta que regula el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex. El grado con que la puerta incrementa o disminuye la transmisión de impulsos nerviosos varía en función de la actividad de las fibras sensoriales aferentes y de las influencias descendentes de las áreas centrales del córtex.

Esto supone que la percepción del dolor no está solamente influida por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro, que puede, bajo determinadas circunstancias, incrementarlos, atenuarlos e incluso bloquearlos. Desde este punto de vista, los factores psicológicos (ansiedad, expectativas, procesos atencionales, etc.) son fundamentales para comprender la percepción del dolor. Por ejemplo, nos ayudan a comprender los múltiples círculos viciosos en los que se ven inmersas las personas que padecen dolor (dolor-ansiedad-incremento del dolor), además de la persistencia del dolor en ausencia de estimulación nociva (como ocurre en el caso del miembro fantasma). A partir de este teoría, el dolor deja de ser concebido como una simple sensación para ser considerado una experiencia perceptiva compleja y multidimensional, que integra aspectos periféricos (sensoriales) y centrales (cognitivos y afectivos). Melzack y Casey (1968) propusieron la existencia de tres dimensiones del dolor, que han permitido comprender la interrelación entre factores psicológicos y fisiológicos:[10,11]

- Dimensión sensorial-discriminativa. Se refiere a los aspectos sensoriales de la percepción del dolor, es decir, su magnitud o intensidad y su localización espacio-temporal. Es la parte más periférica de la percepción.
- Dimensión afectivo-motivacional. Recoge los aspectos emocionales del dolor, esto es, la caracterización que la persona hace de este como agradable o desagradable y las conductas consecuentes de escape o evitación. Esta dimensión se supone mediada por estructuras situadas a nivel intermedio (formación reticular, sistema límbico y tálamo).
- Dimensión cognitivo-evaluativa. Hace referencia al papel que algunas variables como la atención, las creencias, los pensamientos, las experiencias pasadas, etc. tienen sobre el dolor. Además, esta información procesada en el SNC (a nivel cortical) también puede verse afectada por la información proveniente de los niveles inferiores (sensorial-discriminativa y afectivo-motivacional) y por lo tanto conformar la percepción final del dolor.

## 3. Síndromes geriátricos

Las manifestaciones de la enfermedad en el anciano suele ser atípicas y estas (caídas, síndrome confusional agudo, incontinencia, inmovilidad, etc.) pueden aparecer en casi la mitad de los ancianos, debido a diversos factores como los cambios fisiológicos provocados por el envejecimiento, las enfermedades asociadas, etc. Esto dificulta el diagnóstico y el manejo adecuado e incrementa el riesgo de sufrir algunas complicaciones durante un ingreso hospitalario, como la pérdida de autonomía, la inmovilidad o úlceras por presión y muerte, entre otros. En geriatría, el síndrome es una situación de enfermedad que aparece por los efectos acumulativos del deterioro de uno o más órganos y que desemboca en la pérdida de la capacidad funcional y tiene consecuencias biopsicosociales. En un paciente anciano, especialmente si es demente, pueden coexistir más de un síndrome geriátrico (problemas en los sentidos, inmovilidad, depresión, yatrogenia, polifarmacia, deterioro funcional subagudo, delirium, desnutrición/malnutrición, trastornos de la marcha, caídas, doble incontinencia, demencia, ansiedad, síndrome del declive, insomnio, UPP, dolor osteoarticular osteoporosis, sarcopenia, problemas bucales, AVC, etc.).[9]

### 3.1. Trastornos somatomorfos en el anciano con y sin demencia

Cuando aparecen síntomas somáticos, cuadros dolorosos de diversa localización, quejas inexactas, síntomas pseudoneurológicos, síntomas conversivos y algunas conductas provocadas por estos, habitualmente de dependencia, de solicitud de cuidados permanentes, e incluso conductas claramente histrioniformes, el abordaje terapéutico del paciente se hace muy complicado y la familia claudica con facilidad. Si todo ello va además unido a la demencia, el diagnóstico correcto se hace difícil ya que muchos de los síntomas que aparecen son típicos de las patologías que habitualmente acompañan al paciente anciano, y los síntomas pseudoneurológicos que pueden observarse son difíciles de diferenciar de los que realmente el paciente puede presentar por una enfermedad neurológica de base (mareos, déficits motores, alteraciones del equilibrio, afonías, alteraciones de la deglución, retención urinaria, entre otros muchos).[13,14]

## 4. Epidemiología del dolor crónico en geriatría

El dolor crónico no es una consecuencia del envejecimiento físico o psicológico, sino que su origen está en la patología. En los ancianos, por su edad, suele aparecer algún tipo de patología que, unida al envejecimiento fisiológico, hace que el dolor sea crónico. Es por ello

que el dolor crónico se manifiesta en más sujetos del segmento poblacional de edad avanzada. Los factores psicológicos también juegan un papel muy importante en la respuesta al dolor y, a la población anciana, el impacto emocional es sin duda lo que más afecta (sentimiento de incapacidad, dependencia, cronicidad, ansiedad, miedo, depresión, etc.).

Hay pocos datos sobre la prevalencia de dolor crónico en el ámbito nacional, aunque puede decirse, según diversos autores, que entre un 25 y un 50% de la población anciana sufre dolor, y que este porcentaje aumenta en un 70-88% en medios residenciales. Así pues, como promedio se estima que la prevalencia de dolor crónico en población geriátrica oscila entre el 50-80%.[1,15] La causa predominante es la musculoesquelética, que afecta aproximadamente a un 80% de la población mayor de 65 años. Por otro lado, más del 80% de los mayores de 55 años tienen una evidencia radiológica de osteoartrosis y un 50% sufrirá dolor osteoarticular. La presencia de comorbilidad en población geriátrica es muy frecuente, sobre todo de procesos osteoarticulares (osteoartritis, osteoporosis) y sus consecuencias, como fracturas vertebrales y no vertebrales, lo cual comporta dolor frecuentemente.[10,11,15-18] En un estudio de Álaba y Arriola,[19] realizado con 187 residentes ancianos, se observó que la prevalencia del dolor es del 61%, especialmente el dolor nociceptivo somático relacionado con patologías osteoarticulares, en un 64% es diario y en un 29% de intensidad severa. Otras causas prevalentes de dolor que cabe mencionar son la enfermedad arterial periférica, las fracturas (aplastamiento vertebral, etc.), las úlceras por presión, el dolor asociado a cáncer, el dolor neuropático (postherpético, secuelas avc, diabético, trigeminal), la isquemia miocárdica, la cefalea, la bronquitis, los problemas digestivos, los problemas bucales, los problemas de pies, el dolor psicológico –somatizaciones y cuadros histéricos– etc.). Un 80% de los enfermos ancianos con cáncer también refieren abiertamente dolor. El dolor maligno es más frecuente con el envejecimiento, puesto que la presencia de neoplasias aumenta con la edad; es decir, el 60% de todas las neoplasias y el 70% de todas las muertes producidas por cáncer se desarrollan en personas mayores de 65 años. En estudios de pacientes institucionalizados con dolor maligno, se observa que el 29% presenta dolor diario. Entre ancianos de la comunidad con procesos oncológicos en fase terminal, el 87-90% presenta dolor y en un 13% de ellos, el dolor es elevado.[9,15,20,21]

## 5. Aspectos psicológicos del dolor en el anciano

Llegar a la ancianidad no es una circunstancia excepcional. Actualmente, el individuo debe considerar la vejez como una etapa más de la vida, con unas características particulares que

van a hacerla especialmente difícil de vivir.[22] Psicólogos y psiquiatras han contribuido a definir y destacar la importancia de los factores culturales y emocionales en la experiencia dolorosa total del individuo. Originalmente, en los años 60, en las clínicas especializadas en el manejo del dolor, los profesionales más habituales eran los anestesiólogos, los neurocirujanos y, en algunos casos, los expertos en traumatología y ortopedia, excepto en las unidades en que se trataba el dolor de cabeza que eran atendidas por neurólogos. John Bonica, a mitad del siglo XX, tras observar cómo muchos pacientes con dolor crónico eran tratados de forma incorrecta, considera por primera vez el dolor como un problema multidisciplinario y publica en 1953 el libro *The management of pain*, donde destaca la distinción entre dolor agudo y crónico, la necesidad de equipos multidisciplinarios y la colaboración entre investigadores básicos y clínicos. En los años 70 se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que define el dolor como la «sensación emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrito en los términos de este daño».[1,2,10,11] Nuestra cultura actual no nos enseña casi nada acerca del dolor, en todo caso, a temerlo. Pocas cosas hay en el mundo tan comunes a todos los humanos como el dolor. Todos los elementos que encontramos en el dolor (la angustia, la conciencia de la limitación, el miedo, etc.) los encontramos en todo ser humano, por lo que, en este sentido, la antropología de este tipo de enfermo es aplicable a todo el mundo.[14] El dolor crónico en el paciente geriátrico no es un síntoma sino una enfermedad y en este colectivo de pacientes es una entidad muy frecuente. Cabe mencionar algunas aspectos acerca del dolor crónico en geriatría: no es un hecho normal del envejecimiento; su origen es multifactorial; puede producir depresión, ansiedad, cansancio, miedo, trastornos del sueño, trastornos de la marcha, etc.; es de difícil valoración, por lo que en muchas ocasiones va acompañado de polimedicación; puede acompañarse de graves pérdidas funcionales; incrementa la utilización y los costos de los recursos sanitarios; y el tratamiento puede verse interferido por la invalidez, por los recursos limitados y por la falta de medio de transporte.[23]

### 5.1. EXPERIENCIA AVERSIVA FRENTE A FUNCIÓN ADAPTATIVA DEL DOLOR

En sentido genérico puede decirse que el dolor es una de las experiencias aversivas más comunes en nuestra vida, es decir, se trata de una vivencia desagradable y molesta. Ahora bien, por paradójico que parezca, cumple una función adaptativa, ya que nos enseña a identificar aquellos objetos o situaciones que pueden resultar peligrosos para nuestra salud e integridad. El dolor funciona, por tanto, como una señal de alarma que nos avisa cuando se produce un daño en nuestro organismo o cuando contraemos una enfermedad.

Tabla 1. Consecuencias derivadas del dolor crónico en la calidad de vida

| EN EL ÁMBITO FÍSICO | EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO | EN EL ÁMBITO SOCIAL |
|---|---|---|
| Sufrimiento físico, pérdida de fuerza y movilidad.<br>Náuseas, pérdida de apetito.<br>Empeoramiento de la calidad y cantidad de sueño.<br>Consumo, en ocasiones, excesivo de fármacos para combatirlo<br>Inadecuado control del dolor y aumento de la sensación del mismo.<br>Estrés, incidencia y afectación del sistema inmunitario. (fármacodependencia y otros efectos secundarios). | Depresión y ansiedad (frustración, desmotivación, inquietud, etc.).<br>«Conductas de dolor» (evitación de actividades físicas, laborales o personales).<br>Alteración de las funciones cognitivas (memoria, atención, etc).<br>Preocupación por los síntomas (exacerbar el dolor) e incremento de la dependencia en otras personas.<br>Pérdida de control sobre la propia vida y pérdida de interés por la misma (desilusión, etc.). | Disminución de la cantidad y calidad de relaciones sociales (progresivo aislamiento social).<br>Pérdida de interés y participación en actividades sociales o familiares.<br>Disminución del interés sexual y pérdida de afecto.<br>Posible cambio de la apariencia física.<br>Absentismo laboral (pérdida de ingresos económicos, pensiones de invalidez, etc.). |

El dolor solo cumple esta misión beneficiosa para la integridad del organismo cuando su percepción se produce de forma temporal, como señal de alarma, y cuando puede ser eliminado mediante un manejo apropiado; este es el tipo de dolor que conocemos como *dolor agudo*.[8,24] Cuando se habla de *dolor crónico*, se hace referencia a aquel dolor que persiste más allá de su utilidad como señal de alarma, convirtiéndose en un problema en sí mismo, en una enfermedad, y que supone una enorme carga para el individuo que lo padece, ya que puede mantenerse durante años o para el resto de la vida y afectar seriamente a su calidad de vida (véase tabla 1).[8,24]

Vallejo y Comeche (1994) hablan de dolor crónico cuando permanece durante un período superior a seis meses y es resistente a la terapéutica convencional. En estos casos, el dolor se prolonga más allá de la curación de la enfermedad o herida (como sucede en la lumbalgia), aparece de forma intermitente sin guardar relación con ninguna causa orgánica conocida (como es el caso de la migraña), o bien se produce a causa de una patología conocida pero difícil de tratar (como en la artritis o en el cáncer).

## 6. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La geriatría se caracteriza por tres aspectos fundamentales: el uso sistemático de la valoración geriátrica integral, el trabajo interdisciplinario y la existencia de niveles asistenciales. La valoración geriátrica integral (VGI) se define como un proceso diagnostico multidimensional, interdisciplinario, destinado a determinar en una persona anciana las capacidades y los problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales para elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo. La VGI, en su proceso

diagnóstico multidimensional, se ayuda de unas escalas e instrumentos validados y elabora una serie de consejos y un plan terapéutico individualizado y continuado destinado a tratar aquellos problemas existentes y prevenir las posibles complicaciones, que permite una detección más precoz de discapacidad, posibilita monitorizar la evolución y facilita la transmisión de información y la realización de estudios clínicos.[23,25,26]

## 7. Evaluación del dolor crónico en geriatría

Por la propia naturaleza subjetiva y compleja del síntoma, la medida del dolor es dificultosa. En la evaluación del dolor crónico deben tenerse en cuenta distintos aspectos tanto relativos al dolor como a las condiciones de vida del sujeto (sus habilidades y características personales) (tabla 2).[10,11]

Tabla 2. Evaluación psicológica del dolor crónico

| | |
|---|---|
| • Historia del problema de dolor.<br>• Caracterización del dolor y conductas asociadas al mismo.<br>• Interferencia del dolor en actividades cotidianas.<br>• Estado emocional y funcionamiento cognitivo.<br>• Creencias y pensamientos sobre el dolor o asociados a este. | • Percepción de control sobre el dolor o sobre la capacidad de disminuirlo.<br>• Habilidades y estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas y de estrés y ante el dolor en concreto.<br>• Capacidad funcional general, independiente del problema de dolor y análisis funcional de la conducta en relación con el dolor. |

Existen una serie de factores que pueden distorsionar la evaluación del dolor en los ancianos y que es preciso tener en cuenta: problemas neuropsicológicos (déficit de memoria, de atención y concentración, etc.), dificultades sensoriales (vista, oido, etc.), trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, desmotivación, apatía, etc.), tendencia de las personas mayores a no informar de la sintomatología dolorosa porque consideran que se debe a su edad avanzada (y que por lo tanto no se puede tratar ni mejorar) o a otras problemáticas médicas, o bien porque creen que el consumo de fármacos que tienen prescrito en su tratamiento puede tener efectos secundarios que favorecen dicho dolor.[1,9,27]

### 7.1. La entrevista y la historia clínica

Indudablemente, este es el parámetro básico de evaluación y la técnica que se utiliza en el primer contacto, sea cual sea el grupo de edad, el momento en el cual debe realizarse la exploración de las características principales del dolor, así como los datos básicos que

guiarán el análisis funcional. Con esta técnica, se recoge información sobre el individuo y sobre el dolor que padece, esto es, la información necesaria para guiar la evaluación posterior mediante instrumentos más específicos.[11,27]

### 7.2. LOS AUTORREGISTROS

Con ellos se pide al paciente que registre ciertas conductas que son definidas previamente. Constan de autoobservación y registro, y se obtiene así una información precisa de cómo y cuándo se producen ciertas conductas. Con ancianos es conveniente utilizar ayudas externas de memoria (temporizadores, despertadores) o contar con el apoyo de otras personas para que colaboren en la cumplimentación de los autorregistros. Destacan: el «diario de dolor» y el «patrón de actividad funcional».[11,27] Existen otros métodos que nos permiten completar la información obtenida con los métodos previamente citados: potenciales evocados, electromiografía, determinación de péptidos endógenos, etc.

### 7.3. LOS AUTOINFORMES

Permiten evaluar las impresiones subjetivas de los individuos y tienen como denominador común una elevada objetividad en la cuantificación, ya que se basan en una gran estructuración. Con ellos, el individuo informa, de manera oral o escrita, sobre aspectos de su experiencia de dolor en un contexto diferente de aquel en el que se produjo tal experiencia. La información recogida se refiere a los aspectos descriptivos del dolor, al contexto funcional en que se produce y a variables como las creencias acerca del dolor o las estrategias de afrontamiento utilizadas.[8,11,27-32] Se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Autoinformes

| | |
|---|---|
| **Escalas para la evaluación de la intensidad del dolor (escalas cuantitativas o de intensidad)** | Escalas analógicovisuales: destacan las de Scott Huskinson, la EVA de Price, Long y Harkins y la escala de grises de Luesher.<br>Escalas verbales: destacan la de Keele, Morrison y Dundee, y la de Anderson y Melzack.<br>Escalas numéricas: destaca la escala Downie y la Escala de Dolor BS-21.<br>Escalas de dibujos (facial, etc.).<br>Escalas de cajas. |
| **Tests estandarizados de la medida del dolor** | Destacan el Mc Gill Pain Questionnaire, el de Lattinen y el de Nottingham. |
| **Cuestionarios para la evaluación de las creencias sobre el dolor** | Destacan el Inventario de Creencias y Percepciones sobre el Dolor de Williams y Thorn, y el Cuestionario de Creencias de Dolor de Edwards *et al.* |
| **Cuestionarios para la evaluación de las estrategias de afrontamiento** | Destacan el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Rosentiel y Keefe, el Cuestionario de Manejo del Dolor de Vanderbilt, el Inventario de Afrontamiento al Dolor Crónico de Jensen *et al.*, y el Cuestionario de |

| | |
|---|---|
| | Afrontamiento ante el Dolor crónico de Soriano y Monsalve. |
| **Escalas de incapacidad relacionadas con el dolor** | Destaca la Escala de Relación entre Deterioro y Dolor de Riley *et al.* |

### 7.4. ESCALAS DE OBSERVACIÓN DEL DOLOR

Están especialmente indicadas en el registro de las conductas de dolor y en la valoración de las consecuencias funcionales de tales conductas. Destacan la Escala de Comportamiento de Dolor (Richards *et al.*, 1982),[11] el Índice de Karnofsky[27] (indicado en pacientes con una enfermedad incurable, para medir la calidad de vida) y los instrumentos para valorar el dolor en pacientes ancianos con deterioro cognitivo (por ejemplo: *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), Behaviour *Checklist, Doloplus, Pain Assessment for the Demented Elderly, Checklist of Non Verbal Pain Indicators*, Escala de Campbell y Escala de Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (EDAD).[33,34]

### 7.5. ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE AVD

Son necesarias para llevar a cabo una correcta valoración del estado funcional de un individuo, de forma sistemática e individualizada. Pueden encontrarse en el mercado multitud de escalas de AVD: escalas básicas, instrumentales, avanzadas, mixtas, más extensas, más reducidas, escalas jerárquicas de AVD, escalas de observación directa de AVD, multidimensionales, etc.[26,35]

## 8. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

El dolor es el motivo principal por el que se acude a la consulta. Deben tenerse presentes unos principios metodológicos básicos del control de síntomas: evaluar antes de tratar, explicar las causas a la familia, llevar a cabo estrategias terapéuticas mixtas, individualizar siempre el tratamiento, monitorizar los síntomas, prestar atención a los detalles, dar instrucciones concretas y completas, y revisar siempre el proceso y los resultados. En este sentido, los tratamientos psicológicos deben aplicarse, preferentemente, en un contexto multidisciplinar, integrados con el tratamiento de las otras especialidades de las ciencias de la salud.[9-11]

### 8.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DEL DOLOR

El principal objetivo de estos tratamientos consiste en que las aferencias nociceptivas (el dolor nociceptivo es un dolor «fisiológico») no alcancen los centros nerviosos superiores de

percepción de dolor. En geriatría esto es de vital importancia para conseguir un buen alivio del dolor. Los analgésicos deben prescribirse en dosis regulares y pautadas, y es recomendable familiarizarse con unos pocos fármacos y utilizarlos según el patrón de la escala de la OMS, cuando sea posible; esta escala es útil para dolor oncológico y dolor no oncológico, con pequeños matices.[1,12,36,37,38]

- Analgésicos no opiáceos. Los dolores leves serán tratados con paracetamol o con AINE, asociados o no a coadyuvantes. Debe iniciarse el tratamiento con un analgésico no opiáceo y agotarse la vía oral, que es la de primera elección. El tratamiento recomendado en dolores leves o moderados en el anciano es el paracetamol, aunque se recomienda emplear dosis un 25% menor que las usadas en los jóvenes, ya que en edad avanzada se goza de una menor tasa de metabolismo hepático. En este primer escalón de la escala de la OMS, pueden añadirse otros fármacos coadyuvantes (antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, corticoesteroides y otros que varían en función de la patología), dependiendo de las características del dolor y de la patología asociada que presente el enfermo anciano.[8,39]
- Analgésicos opiáceos. Si se mantiene o incrementa el dolor, es recomendable asociar opiáceos más o menos potentes, y ajustar las dosis de forma progresiva hasta el control del este. Con este grupo de analgésicos existe un mayor riesgo de depresión respiratoria y los procesos de eliminación se encuentran limitados funcionalmente, por lo que suelen requerir dosis más bajas que en los adultos jóvenes o una dosificación con intervalos más largos. En este sentido, cuando con los AINE no se logra una analgesia óptima, se pasa al segundo escalón de la OMS y entonces se asocia un derivado opiáceo como el tramadol, la codeína, u otro, sin olvidar los fármacos coadyuvantes. Si con lo anterior no se consigue una buena analgesia, se pasa al tercer escalón de la OMS, que consiste en añadir los opiáceos más potentes (morfina, fentanilo, etc.), también asociados con fármacos coadyuvantes y con AINE.[40]

El tratamiento quirúrgico sería aplicable en aquellas situaciones de dolor muy intenso o sin un tratamiento alternativo eficaz.

### 8.2. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO MEDIANTE OTRAS ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS

#### *8.2.1. Musicoterapia*

En las últimas décadas, la musicoterapia ha formado parte de programas de intervención en

geriatría, ya que contribuye a una mayor calidad de vida y trata de ayudar a la persona mayor a conseguir una recuperación, un mantenimiento o una mejora de sus funciones, esto es, persigue los máximos niveles de funcionamiento en cualquiera de sus áreas. Se ha estudiado y aplicado en ancianos con depresión, dolor, enfermedad terminal, insomnio, así como en enfermedades neurodegenerativas.[41]

*8.2.2. Terapia Ocupacional*

Esta terapia tiene un papel muy importante en geriatría, puesto que las personas ancianas presentan con frecuencia cuadros de discapacidad y dependencia en las AVD y en su entorno. Las áreas de intervención incluyen la prevención de la disfunción, de la discapacidad y de la minusvalía y la recuperación de la función o la adaptación a la situación funcional del usuario, con el fin de alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su vida diaria. Abarca un enfoque de prevención, de rehabilitación y de adaptación, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional del individuo.[42]

*8.2.3. Fisioterapia*

Se dirige a pacientes con incapacidad permanente (hemiplejia, artritis amputaciones, enfermedades neuromusculares, etc.), a pacientes crónicos con signos de incapacidad manifiesta (cardiopatías, EPOC, dolor crónico, etc.) y a la persona mayor sin patología concreta pero con aptitud física disminuida. Actúa con carácter preventivo (tratando de evitar, entre otras, las complicaciones derivadas del sedentarismo) o terapéutico (actuando sobre el anciano enfermo con el fin de restaurar u optimizar el estado funcional) (véase capítulo 1 para más información).

*8.2.4. Otras terapias no farmacológicas: miscelánea*[8,43]

Tabla 4. Terapias no farmacológicas alternativas

| | |
|---|---|
| **Termoterapia** | Calor: más indicado en dolores subagudos y crónicos; dilata vasos sanguíneos y aumenta el metabolismo tisular, produciendo una sensación de relax y confort.<br>Frío: más indicado en dolores agudos y con efectos más duraderos que el calor; provoca vasoconstricción y analgesia, disminuyendo espasmos musculares e inflamación. |
| **Electroterapia: estimulación eléctrica transcutanea (tens)** | La electricidad tiene propiedades analgésicas directas. Un ejemplo típico es la *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS). Se aplica una corriente de baja intensidad sobre la piel que estimula las fibras de diámetro grueso y «cerrando la puerta». Es una técnica ambulatoria y automanejable. |
| **Radioterapia externa** | Produce una respuesta antiálgica elevada, con efecto a las pocas horas (rápido alivio sintomático) y con una duración cercana a los tres meses. |
| | Se utilizan sobre todo en tratamiento de cervicalgias; la tracción regulada y mantenida produce relajación muscular del cuello y puede liberar |

| | |
|---|---|
| **Manipulación y tracción** | compresiones radiculares.<br>Quiropraxia: tratamiento más específico para la espina dorsal.<br>Osteopatía: actúa sobre todo el cuerpo y tejidos blandos. |
| **Acupuntura** | En general, se diría que estimula las fibras de diámetro grueso «cerrando la puerta» disminuyendo a la vez la transmisión del dolor; estimula también centros subcorticales produciendo efectos analgésicos. |
| **Hidroterapia** | Consiste en la aplicación terapéutica del agua aprovechando sus efectos térmicos y mecánicos. |
| **Magnetoterapia** | Emplea un flujo de electrones creado por medio de un dispositivo que se denomina magnetrón. Sus indicaciones son similares a las de la diatermia de onda corta y es de más utilidad en raquialgias osteoporóticas. |
| **Láser** | Sus siglas muestran que se trata de una luz amplificada por emisión estimulada de la radiación. La mayoría de sus efectos son atribuibles a cambios térmicos. |

## 8.3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

A continuación se presenta una descripción de las técnicas psicológicas más empleadas con pacientes con dolor crónico, y se aporta la información que arrojan los metaanálisis respecto a su efectividad. Estas técnicas se aplican indistintamente con pacientes jóvenes y geriátricos.

### *8.3.1. Relajación*

La relajación como técnica para tratar el dolor crónico puede utilizarse de forma aislada o dentro de una terapia multicomponente. Los dos tipos más empleados son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

Aunque inicialmente Jacobson ideó un método de relajación único y sistematizado, si se acude a los diferentes manuales o artículos donde se describe esta técnica, se aprecia que han ido surgiendo diferentes variantes. No obstante, todas comparten la esencia del método inicial. Se trata de ir tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos, y de aprender a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación. De esta forma, el paciente no solo se relaja cuando practica la técnica, sino que aprende asimismo a detectar cuándo se encuentra tenso durante la vida diaria y, por tanto, a destensarse. Deben tomarse precauciones cuando se aplica la técnica de Jacobson en pacientes con dolor. Es probable que algunas personas no puedan tensar algún grupo muscular dado que aumenta el grado de su dolor. En estos casos, se recomienda al paciente que no practique la tensión sino directamente la destensión de ese grupo muscular concreto.

El entrenamiento autógeno creado por el psiquiatra berlinés Johannes Heinrich Schultz se diferencia claramente del método de Jacobson. Schultz se inspiró en la hipnosis y por ello su entrenamiento se basa principalmente en la autosugestión. Concretamente, consta de seis

ejercicios: concentración pasiva en la sensación de peso en brazos y piernas, en la sensación de calor en brazos y piernas, en el movimiento del corazón, en la autonomía del proceso respiratorio, en el calor abdominal interno (plexo solar) y en la diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante.

La aplicación de la relajación (ya sea el método de Jacobson o el entrenamiento autógeno) en sujetos con dolor se fundamenta en la idea de que el dolor provoca tensión y frecuentemente ansiedad, lo cual puede a su vez aumentar el dolor. Se parte de la hipótesis de que la relajación puede romper este círculo vicioso. A través de la relajación se consigue una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática, las cuales ayudan supuestamente a disminuir la ansiedad, la tensión e indirectamente el dolor.

La efectividad de la aplicación de esta técnica en forma aislada ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones. En general, las revisiones realizadas arrojan resultados poco alentadores sobre la utilización de la relajación como técnica única para el tratamiento del dolor crónico.[44-46] Cabe hacer mención al caso de las cefaleas. Según algunas revisiones, la relajación sí resulta efectiva para este tipo de dolor.[44-46]

#### *8.3.2. Biofeedback*

La técnica de *biofeedback* permite, mediante un instrumento electrónico que genera señales auditivas o visuales, que una persona tenga consciencia de los cambios fisiológicos y biológicos de los que normalmente no consciente (ritmo cardíaco, presión arterial, conductancia de la piel, velocidad del pulso, etc.). A partir de la detección de estos procesos fisiológicos, es más fácil que el sujeto pueda aprender a modificarlos y a conseguir su normal funcionamiento. El objetivo del *biofeedback* es conseguir en el sujeto un control voluntario, sin el uso de instrumentos, de sus propios estados biológicos. Esto es, se pretende que aprenda a controlar sus procesos fisiológicos no solo mientras se encuentra conectado al aparato empleado, sino que generalice este aprendizaje a su vida cotidiana. La utilización de esta técnica en este campo se basa en la premisa de que el dolor puede estar causado por disfunciones de los sistemas naturales de regulación fisiológica. Por tanto, esta técnica tiene como objetivo restablecer la autorregulación. Los tipos que se emplean con más frecuencia son el electromiográfico y el dirigido a regular la temperatura periférica.

Diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas aprueban la efectividad del *biofeedback* en pacientes con cefalea tensional y migrañas.[47-52] Igualmente, algunas de estas revisiones, muestran la efectividad en pacientes afectados de trastornos temporomandibulares,[53,54] aunque no todas.[55] Respecto a otros tipos de dolores crónicos, no existe suficiente evidencia empírica como para aprobar su efectividad. Así, por ejemplo, el uso del

*biofeedback* no ha mostrado su eficacia de forma concluyente en el caso de la lumbalgia crónica.[56]

#### *8.3.3. Hipnosis*

Actualmente, las principales asociaciones de hipnosis aceptan la definición propuesta por la división 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la APA (*American Psychological Association*). La definición es muy amplia, pero puede resumirse de la siguiente manera: un conjunto de procedimientos que a través de sugestiones consiguen cambios en la experiencia subjetiva (alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta).

El empleo de la hipnosis con pacientes aquejados de dolor se sustenta en la idea de que este constituye un fenómeno biopsicosocial en donde emociones, pensamientos, y conductas juegan un papel clave. Por tanto, la hipnosis como técnica promotora de cambio sobre estos factores puede resultar útil.

El procedimiento general que se suele emplear cuando la hipnosis está dirigida al tratamiento del dolor crónico u otro tipo de trastorno es básicamente el mismo. La diferencia principal estriba en el tipo de sugestiones que se le da al sujeto una vez se encuentra hipnotizado. Las sugestiones pueden ser de muy diversa índole. Se enumera a continuación algunas de las que pueden emplearse, agrupándolas en tres grandes categorías:

1. Visual:
    - Tamaño y forma. Estas sugestiones consisten en dar forma y tamaño al dolor y progresivamente ir reduciendo el tamaño o degradar la intensidad del color, hasta conseguir que el dolor «ocupe menos espacio» o «se vuelva casi o totalmente transparente».
    - Luces de colores. El sujeto debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con otro color. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor.
    - La radio. Se le sugiere al paciente que el dolor es como una radio que tiene un mando para el volumen del sonido y que debe utilizarlo para ir disminuyendo «el sonido-dolor». También se le puede explicar grosso modo las vías de transmisión del dolor mediante un símil con los cables eléctricos y sugerirle que existe un interruptor para encender y apagar que debe aprender a accionar.
    - Símbolos. Cuando describen su dolor, muchos pacientes utilizan metáforas como «mi dolor es como si me clavaran clavos en la espalda». Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugestiones. En este ejemplo, se podría sugerir al paciente que imaginara cómo los «clavos» van saliendo de su espalda.

2. Sensorial:
    - Guante de anestesia. El objetivo de este tipo de sugestión es conseguir, mediante sugestiones de entumecimiento, que la mano se sienta anestesiada y visualizarla como un guante de anestesia. Una vez conseguido esto, se sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde existe dolor, estas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá.
    - Desplazamiento. Se pueden utilizar sugestiones de desplazamiento para provocar el «traslado» de las sensaciones dolorosas de una zona corporal a otra. Esta sugestión es útil dado que a veces hay zonas del cuerpo en que el paciente tolera mejor el dolor.
    - Sustitución. Estas sugestiones consisten en sustituir las sensaciones dolorosas por otras menos negativas, como las de presión, calor, vibración, etc.
3. Cognitivas:
    - Distracción. Mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis se le sugiere que realice diferentes tareas mentales (cálculo aritmético, recitación de un poema, etc.). Este tipo de sugestión se ha empleado básicamente para el dolor agudo, principalmente durante procedimientos médicos estresantes.
    - Entrenando nuevas estrategias de afrontamiento. Cuando el paciente se encuentra hipnotizado es un momento idóneo para que se visualice a sí mismo afrontando positivamente su problema, utilizando las estrategias que se recomiendan durante la psicoterapia. Es importante que se visualice lleno de emociones positivas.
    - Disociación. Este tipo de sugestiones se emplean preferiblemente cuando el paciente debe permanecer inactivo (por ejemplo, durante un procedimiento médico). Se le sugiere que se experimente a sí mismo en otra situación, tiempo o lugar.

En las revisiones y los metaanálisis donde se ha analizado la efectividad de la hipnosis como reductora del dolor, se ha comprobado su efectividad con respecto al dolor agudo y al crónico.[57,58] De la misma manera, en la revisión de Jensen y Patterson,[59] en la que se analizaron investigaciones con muestras compuestas por sujetos exclusivamente con dolor crónico (lumbalgia, cefalea, fibromialgia, etc.), se comprobó la efectividad de la técnica, aunque los resultados mostraron que no era superior a la relajación. También se ha probado su efectividad cuando se han estudiado exclusivamente trabajos donde los sujetos sufrían cefaleas.[60]

La hipnosis, al igual que la relajación, puede aplicarse como técnica aislada o como parte

integrante de otras terapias. De hecho, cuando la hipnosis se incluye dentro de otras técnicas terapéuticas, los resultados de estas últimas suelen mejorar considerablemente.[61]

Existen varias hipótesis sobre las diversas vías de actuación de la hipnosis. Esta técnica puede ayudar a disminuir la ansiedad e indirectamente el dolor. Puede constituir asimismo un mecanismo por el que el paciente se concentre en algún estímulo, para dejar en la parte inconsciente la sensación de dolor. En algunos casos, la creencia de que la hipnosis funcionará puede cambiar las creencias del paciente y, por tanto, puede darse un efecto placebo. Los mecanismos concretos por los que la hipnosis puede reducir el dolor son probablemente muchos y distintos en cada caso.[62]

#### *8.3.4. Técnicas operantes*

Las técnicas operantes se basan en los principios del condicionamiento instrumental u operante. Normalmente, se etiquetan como técnicas conductuales, sin embargo aquí las denominamos operantes para diferenciarlas de otros procedimientos como el *biofeedback*, la relajación, la terapia de aceptación y compromiso o el *mindfulness,* que también pueden englobarse bajo la misma etiqueta.

El dolor posee componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Las técnicas operantes se dirigen exclusivamente a tratar la parte comportamental del dolor, aunque indirectamente puedan modular los otros factores. El factor conductual del dolor se refiere principalmente a las quejas de dolor, los cambios posturales, las expresiones faciales y las conductas de evitación. En general, las técnicas operantes se dirigen a la reducción o eliminación de las conductas de dolor, a la restauración de las actividades diarias evitadas y a la instauración del ejercicio físico. Con tales fines, se emplean programas graduales, en los que cada avance es reforzado.

Asimismo, se ha observado que las conductas de dolor (quejas, evitación, etc.) pueden verse reforzadas por el comportamiento de las personas que rodean al afectado (pareja, familiares, etc.), es decir, una actitud muy solícita o una atención exagerada a las quejas pueden reforzar el dolor.[63]Partiendo de este hecho, algunas terapias conductuales se basan en la modulación del comportamiento de los allegados.

Las técnicas operantes han sido estudiadas principalmente en pacientes con dolor lumbar crónico. A pesar de que en algunas revisiones se encontró cierta efectividad,[64,65] en la revisión más actualizada los autores afirman: «a partir de esta revisión, no se pueden establecer conclusiones acerca de si los médicos deben remitir a los pacientes con dolor lumbar crónico a los programas de tratamiento conductual o al tratamiento conservador activo».[66]

### *8.3.5. Terapia de aceptación y compromiso*

Esta terapia se basa, como su nombre indica, en aceptar el sufrimiento y, por tanto, en eludir la evitación como estrategia de afrontamiento y en comprometerse con los valores u objetivos vitales.[67]

Aceptar el sufrimiento significa abrirse a los pensamientos y emociones que genera; no darle la espalda sino por el contrario mirarle de cara. A diferencia de la reestructuración cognitiva, no se pretende cambiar los pensamientos o las emociones sino tomar una actitud distante, de observador, para que afecten menos. La aceptación que propone esta técnica no debe confundirse con una resignación pasiva sino que consiste más bien en una estrategia activa. Aceptar dónde estamos como el primer paso para caminar hacia nuestros objetivos. Esta aceptación comporta insistir en ideas como «vivir el presente», «estar aquí y ahora», y «no huir hacia delante».

La parte de la terapia que hace referencia al compromiso se basa principalmente en que el paciente reflexione en profundidad en el sentido de su vida, en sus valores, en qué es lo que quiere. Para ello se suelen utilizar metáforas. Una de las más emblemáticas dentro de esta técnica es la metáfora del jardín, que simboliza la vida, y donde el paciente es el jardinero. A partir de este simbolismo se le presenta al paciente una serie de preguntas sobre su propia vida.

Este tipo de terapia se ha empleado en diversas patologías, entre ellas, el dolor crónico. Dado que, como ya se ha comentado anteriormente, la evitación es una estrategia común entre los pacientes que sufren dolor, la aplicación de esta terapia parece muy indicada. De hecho, se ha comprobado que los pacientes que mejor aceptan su dolor son los que puntúan más bajo en intensidad de dolor, los que presentan menos emociones negativas y los que disfrutan de una mayor calidad de vida.[68]

Algunos estudios muestran la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con dolor crónico.[69] Con todo, la evidencia actual todavía es escasa para afirmar su efectividad en este campo.

### *8.3.6. Mindfulness*

El término *mindfulness* suele traducirse como «atención» y «conciencia plena». La filosofía de esta terapia se basa en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar, ni interpretar. En otras palabras, se fundamenta en aceptar la realidad tal como es. De hecho, en algunas ocasiones se considera como una técnica de otras terapias como la de aceptación y compromiso. Dentro de esta filosofía, una de las técnicas más empleadas es la meditación o la atención a estímulos internos o externos. Puede considerarse como una técnica de

focalización de la atención. Cuando se emplea la meditación, normalmente se indica al paciente que se centre en su respiración y que si le aparecen pensamientos los deje pasar. Es habitual enseñar otras técnicas donde se anima al paciente a que escoja momentos durante el día y los viva con los cinco sentidos. Por ejemplo, la ducha. Cuando nos duchamos solemos pensar en lo que haremos a continuación, en si encontraremos tráfico, en qué ropa nos pondremos. Con el *mindfulness* se sugiere al paciente que ese momento lo experimente en su totalidad, que lo viva en presente desde sus cinco sentidos: el olor del jabón, la temperatura del agua, el ruido de las gotas al caer, la textura de la espuma. El objetivo es que el paciente escoja diferentes momentos del día para vivirlos con plenitud.

La aplicación de esta terapia en pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor, por tanto a reducir la evitación, y a tener un mayor control sobre sus procesos atencionales tan ligados a la percepción de este. De hecho, cuando se el *mindfulness,* considerado como una capacidad o un rasgo de personalidad, se relaciona directamente con el dolor: las personas que puntúan más alto en *mindfulness* sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas.[68] Jon Kabat-Zinn,[70] el precursor de esta técnica, empezó a utilizarla en 1982 en pacientes con dolor crónico. Todavía son escasos los metaanálisis sobre esta terapia, aunque parecen confirmar su efectividad.[71]

#### *8.3.7. Escritura emocional*

Una nueva técnica que está empezando a utilizarse para tratar el dolor crónico es la escritura emocional. Su máximo representante es Pennebaker quien, en 1986, realizó un primer estudio donde demostró que los sujetos que describían su trauma (tanto el acontecimiento como las emociones experimentadas) necesitaban acudir en menor medida a las consultas médicas que un grupo control. A esta investigación le han seguido muchas otras y parece que, en general, ha quedado demostrada su efectividad.[72]

En esta técnica el paciente debe escribir durante 20 minutos seguidos para él mismo, sin pensar que alguien tiene que leerlo. Es decir, no debe estar pendiente ni de la ortografía, ni de la gramática, ni de la comprensibilidad del texto. Tiene que dejarse llevar. Normalmente se le dan instrucciones diferentes cada día, es decir, tiene que ir respondiendo diferentes preguntas sobre la causa de su sufrimiento. Estas preguntas deben estar dirigidas a adentrarse en el problema, en las diferentes perspectivas, y en las vías de salida. Esta terapia se ha comenzado a utilizar recientemente en el campo del dolor,[73-76] y ha mostrado también efectos positivos.

La escritura emocional puede provocar efectos saludables mediante varias vías. Se

considera que la escritura puede servir para organizar y dar sentido a la experiencia, facilitar la comunicación con el entorno social, constituir una especie de «exposición» a los hechos y a las emociones, etc. Probablemente, el mecanismo mediador no sea único sino que los efectos vengan modulados por una interacción de estos.

#### *8.3.8. Terapia cognitivo-conductual*

Dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas y las que han demostrado ser más efectivas.[77-80] Sin embargo, en el caso del dolor neuropático, la revisión de Van de Wetering y sus colaboradores[81] no muestra su eficacia. En general, los estudios sobre técnicas cognitivo-conductuales comparan la evolución de un grupo de pacientes que ha sido tratado con estas técnicas junto con tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo tratado exclusivamente con terapias médicas. Los resultados reflejan el efecto adicional de estas técnicas como coadyuvante de los procedimientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. En la mayoría de los estudios, aunque el efecto adicional que supone la adición de las técnicas cognitivo-conductuales es positivo, su magnitud es pequeña. Sin embargo, se ha publicado recientemente un estudio en la prestigiosa revista *The Lancet*, realizado con una muestra de 710 pacientes aquejados de dolor lumbar subagudo y crónico, en el que se ha encontrado una elevada magnitud del efecto.[82] Y no solo se ha demostrado así su efectividad, sino también su coste-efectividad. Se espera que estos datos tan alentadores impulsen la realización de investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales. Aunque también pueden llevarse a cabo de manera individual, la mayoría de las intervenciones cognitivo conductuales son grupales. Algunas de ellas son tratamientos mixtos, esto es, la mayoría de las sesiones se realiza en grupo, pero también hay sesiones individuales para tratar preocupaciones idiosincráticas del paciente y con el fin de comprobar la comprensión y seguimiento de las sesiones grupales.

En nuestro país existe un manual[83] que ha intentado sistematizar este tratamiento. En este se describen las 10 sesiones de las que consta, que son las que se presentan a continuación.

##### 8.3.8.1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual

Es fundamental que los pacientes comprendan en qué consiste la terapia y qué beneficios pueden obtener. Es usual que las personas que son derivadas a tratamientos psicológicos

crean que su estado psicológico ha sido la causa de su dolor. En esta sesión, se les aclara que suele ser su dolor el que origina el malestar anímico y que estas emociones pueden aumentar su dolor. Para ello, se les explica mediante metáforas la «teoría de la puerta». Se les explica que existe «una puerta» que puede estar abierta o cerrada y que, por tanto, puede dejar pasar o no su dolor. A continuación se realiza un ejercicio en el que los pacientes deben indicar qué emociones, conductas o pensamientos abren o cierran la puerta. Una vez comprendida la relación entre los aspectos psicológicos y el dolor, se les explica que la terapia va a ir dirigida a tratar los pensamientos, conductas y emociones que incrementan su sufrimiento.

#### 8.3.8.2. Respiración y relajación

En la parte teórica de esta sesión se explica el círculo vicioso entre dolor y tensión, es decir, cómo el dolor provoca tensión muscular y esta a su vez incrementa el dolor. Asimismo se comentan todos los posibles beneficios que suele aportar la práctica de la relajación. La parte práctica de la sesión se inicia enseñando a los pacientes la respiración abdominal y se continúa enseñándoles a relajarse a través de la técnica de Jacobson. Al finalizar la sesión, se entrega un CD con las instrucciones de relajación para que practiquen diariamente.

#### 8.3.8.3. Manejo de la atención

Los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor. Utilizando la teoría de la puerta ya explicada, se comenta cómo la atención puede abrir «la puerta». Se explica también en qué medida la atención es un proceso controlable. En la parte práctica de la sesión, se realizan una serie de ejercicios donde los sujetos deben redireccionar su atención hacia estímulos externos, propioceptivos, o hacia imágenes mentales. Para finalizar se les indica las tareas que deben practicar en casa, que suelen consistir en prestar atención con todos los sentidos a una situación que ellos escojan (la ducha, un paseo, etc.).

#### 8.3.8.4. Reestructuración cognitiva

En primer lugar, se explican las distorsiones cognitivas que las personas solemos desarrollar al interpretar la realidad. Los ejemplos que se emplean para ilustrar las interpretaciones subjetivas e irracionales son situaciones que típicamente viven los pacientes con dolor crónico. En esta parte teórica, se subraya el gran peso que poseen estas interpretaciones en la generación de diferentes tipos de emociones. Igualmente se enumeran las características de los pensamientos automáticos para que resulten más fáciles de identificar.

La parte práctica consiste en la identificación y el registro de los pensamientos que provocan emociones negativas. Los pacientes deben realizar un ejercicio donde analicen la situación y los pensamientos que tuvieron la última vez que sintieron alguna emoción negativa (ansiedad, ira, etc.). Para acabar, se les entrega un registro que deben cumplimentar en casa cuando experimenten estados emocionales negativos. En ellos, deben anotar en qué situación los han sentido y cuáles han sido sus pensamientos.

#### 8.3.8.5. Solución de problemas

Se comienza detallando desde un punto de vista teórico las diferentes fases de la solución de problemas: la actitud, la definición del problema, la generación de soluciones, la toma de decisiones y la ejecución y verificación. Para cada una de las fases, se comentan los errores que solemos cometer, así como cuál es la mejor forma de evitarlos. El ejercicio que se realiza al respecto se basa en un problema que voluntariamente expone algún paciente o en alguna situación problemática típica de los pacientes con dolor. El objetivo de esta práctica es el de comparar los distintos enfoques y estrategias con las que se puede tratar una misma situación problemática.

#### 8.3.8.6. Manejo de emociones y asertividad

Esta sesión se encuentra dividida en dos grandes temáticas. La primera tiene como objetivo identificar las emociones desagradables (enfado, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza y tristeza) y entender su relación con el dolor. Para practicar, se realiza un ejercicio en el que se entrega una descripción de lo que siente un paciente con dolor de espalda en distintas situaciones, y los sujetos deben especificar el nombre de la emoción en cada caso. Seguidamente, se explica el distanciamiento como forma de manejar dichos estados emocionales.

La segunda gran temática que se aborda en esta sesión es la asertividad. La incomprensión es una de las quejas más habituales de los pacientes con estas dolencias. El dolor, en ocasiones, dificulta la comunicación con los demás. Por ello, se enseñan los tres pasos de la asertividad como técnica para mejorar las relaciones. Con el objetivo de practicar la asertividad se llevan a cabo algunos *role-playings*. Como tareas para casa, se pide a los pacientes que cuando se encuentren en situaciones conflictivas, pongan en práctica los tres pasos de la asertividad que se han explicado durante la sesión.

#### 8.3.8.7. Valores y establecimientos de objetivos

El dolor supone, en bastantes ocasiones, un cambio radical del estilo de vida: muchas

personas han de abandonar su puesto de trabajo y no pueden mantener sus aficiones. Por ello, la sensación de sentirse perdido es bastante habitual. Esta técnica tiene como propósito trabajar los valores vitales mediante la reflexión y con la ayuda de varias metáforas. Para que estas reflexiones puedan aplicarse desde un punto de vista práctico, se anima a los pacientes a que establezcan objetivos concretos para sus vidas. Primero se explica qué características deben poseer los objetivos para que resulten fáciles de llevar a la práctica y, en segundo lugar, se realiza un ejercicio donde cada paciente debe anotar en un listado los objetivos que quiere lograr. En la sesión este listado no suele acabar de redactarse, por lo que las tareas para casa consisten en completarlo.

#### 8.3.8.8. Organización del tiempo y actividades reforzantes

Muchas actividades se ven ralentizadas cuando se experimenta dolor. Por ello, la sensación de falta de tiempo suele ser habitual. En esta sesión se explican diferentes estrategias para organizar el tiempo. Dentro de esta planificación, es necesario transmitir a los pacientes las importancia de reservar espacios del día para la inclusión de actividades de ocio, que suelen ser las primeras que se suprimen cuando se tiene la sensación de falta de tiempo. Además de discutir las dificultades que suele conllevar la organización del tiempo de forma adecuada, se presenta un listado con diferentes actividades reforzantes para que identifiquen cuáles les gustaría llevar a cabo. Como actividades para realizar en casa, se les anima a que piensen cómo podrían incluir esas actividades lúdicas en su vida.

#### 8.3.8.9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de recaídas

Después de resaltar la importancia del ejercicio físico y de la higiene postural y del sueño para reducir el dolor, se da una serie de pautas recomendables. Cada una de ellas es discutida por todo el grupo. Es usual que los pacientes se sientan mejor cuando acuden a las sesiones terapéuticas, pero es posible que aparezcan contratiempos una vez finalizadas. Por ello, antes de terminar la sesión, se explica cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos dar en el caso de que se detecten.

#### 8.3.8.10. Terapia cognitivo-conductual por Internet

Está aumentado el número de personas que emplea Internet, ya que su uso ya se está extendiendo a niños y ancianos. Dada la irrupción de esta forma de comunicación en nuestras vidas, muchas terapias se basan en la utilización de estas técnicas, sobre todo en el campo de la depresión y la ansiedad. Las ventajas de la utilización de Internet son varias: por un lado, la comodidad del paciente que no debe desplazarse y por otro la reducción de

coste que esto supone.

Ya se ha llevado a cabo el primer metaanálisis para comprobar la efectividad de su uso en el campo del dolor.[84] En esta revisión se incluyeron 11 estudios. Cuando se compararon los efectos de la terapia se mostró un significativa pero pequeña diferencia en cuanto al dolor. Igualmente, se constató un elevado número de abandonos. Es necesaria pues una optimización de estas técnicas para su futura utilización.

#### *8.3.9. Hacia la integración*

Acaban de describirse una serie de técnicas que se emplean para el tratamiento del dolor. Aunque se han descrito como terapias diferentes porque así nacieron la mayoría, en realidad no son excluyentes, sino que pueden complementarse. De hecho, la terapéutica del dolor va en ese sentido. En la terapia cognitivo-conductual que se ha descrito en mayor detalle, puede verse cómo actualmente se integran elementos de varias técnicas: el *mindfulness*, junto con la terapia de aceptación y compromiso, las técnicas operantes, etc. Parece que una labor futura debe ir encaminada a optimizar la integración de las diferentes estrategias que parecen efectivas para el tratamiento del dolor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Esteban S. El dolor dels ancians i el seu abordatge interdisciplinar. En: Busquets C, Ribera MV, coordinadores. Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002. p. 323-59.
2. Samper D, Roca G, Montero A, Catalá E. Generalitats sobre el dolor. En: Busquets C, Ribera MV, coordinadores. Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002. p. 23-29.
3. Fernández-Ballesteros, R. Psicogerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35(S2):1-4.
4. López Novoa JM, Paz Bouza JI, González Sarmiento R, Macías Núñez JF. Biología del envejecimiento. En: Macías Núñez JF, editores. Geriatría desde el principio. Barcelona: Glosa 2001; p. 15-38.
5. Deví J, Magán S. Psicogerontología. Sexualidad en la vejez. En: Deví J, Deus J, editores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona: ISEP; 2004. p. 93-116.

6. Selva, A. Biología del envejecimiento. Fragilidad y características diferenciales de la enfermedad en el paciente anciano. Curso básico de geriatría. Barcelona: Centro de Estudios del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 2000. p. 9-14.
7. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 1992; 8:1-17.
8. Muriel C, Santos J. El anciano con dolor crónico. En: Macías JF, Guillén F, Ribera JM, editores. Geriatría desde el principio. Barcelona: Glosa; 2001. p. 203-12.
9. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2001; 8:29-38.
10. Miró J. Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclee De Brouwer; 2006.
11. Izal M, López A, Montorio I. Evaluación e intervención en problemas de dolor crónico. En: Montorio I, Izal M, editores. Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis; 2000. p. 255-278.
12. Villar J. Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2006; 4: 50-253.
13. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Baringo T, Ceballos C. SPECT scan in somatisation disorder patients: an exploratory study of eleven cases. Aust N Z J Psychiatry. 2001; 35(3):359-363.
14. Repolles M, Brañas P. Sensibilidad, resistencia y expresión del dolor: relación con la socialización del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(7):304-311.
15. Álvarez F. Dolor en geriatría. Procesos álgicos prevalentes. En: XLVII Congreso SEGG – XXVI Congreso SAGG. Curso de geriatría para médicos de atención primaria. Dolor en geriatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 35-44.
16. Ribera JM. Epidemiología de la enfermedad osteoarticular en la persona mayor. Jano. 2003; 1468:866-868.
17. Barragán-Berlanga AJ, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. Salud Publica Mex. 2007; 49(4):488-494.
18. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 11:260-269.
19. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16(6):344-351.
20. Martínez-Salio A. El papel del neurólogo en el tratamiento del paciente con dolor crónico. Rev Neurol. 2005; 41(11):641-642.
21. Pi-Figueras M, Garberí I, Terrade J, Hernández MA, Miralles R, Cervera AM. Dolor

crónico en el anciano. Rev Mult Gerontol. 2005; 15(3):191-194.
22. Yanguas J, Sancho MT, Leturia FJ. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Durante P, Pedro P, editores. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. p. 59-68.
23. López-López A, Montorio I, Izal M. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(2):78-88.
24. Aldaya C. Dolor crónico en geriatría. En: XLVII Congreso SEGG – XXVI Congreso SAGG. Curso de geriatría para médicos de atención primaria. Dolor en geriatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 27-33.
25. González, JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Valoración geriátrica integral. Barcelona: Glosa; 2001. p. 15-26.
26. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 6:422-427.
27. Martínez P, Ribera MV. El mesurament del dolor. En: Busquets C, Ribera MV, coordinadores. Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002. p. 81-86.
28. Del Castillo C, Díaz L, Barquinero C. Medición del dolor: escalas de medida. Jano. 2008; 1712:44-47.
29. Castel A, Miró J, Rull M. La escala de dolor BS-21: datos preliminares sobre su fiabilidad y validez para evaluar la intensidad del dolor en geriatría. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 4:274-283.
30. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9:13-22.
31. Bennent M. La Escala de Dolor de LANSS: la evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9:74-87.
32. Martín M, Zaz B, Grau J, Montorio I, Cesar D. Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 8:503-508.
33. Baeza R. Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: la escala de Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (EDAD) [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
34. Pérez-Castejón JM, Ricarte JI, Comellas M, Santos C, Pino MLL. Detección y

tratamiento del dolor en la demencia avanzada. Rev Mult Gerontol. 2006; 16(4):192-199.
35. Deví J. La valoración funcional y la Escala AVD Alzheimer. Barcelona: Prous Science; 2002.
36. Puche E. Manejo farmacológico del dolor en el anciano. En: XLVII Congreso SEGG – XXVI Congreso SAGG. Curso de geriatría para médicos de atención primaria. Dolor en geriatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 45-53.
37. Busquets C, Ribera MV. Tractament farmacològic del dolor. En: Busquets C, Ribera MV, coordinadores. Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002. p. 127-54.
38. Prous J, Acuña C, Fernández I. Farmacología y estrategias farmacológicas actuales y futuras de las demencias. En: Deví J, Deus J, coordinadores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Barcelona: ISEP; 2004. p. 299-325.
39. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C. Gabapentin for the treatment of patients with somatisation disorder. J Clin Psychiatry. 2001; 62(6):474.
40. Farr A. Envejecimiento y dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 4:257-258.
41. Brotons M. An overview of the music therapy literature relating to the elderly. En: Aldridge D, editor. Music therapy in dementia care. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2000. p. 33-62.
42. Durante P, Pedro P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
43. De Burgos JL. Manejo no farmacológico del dolor en geriatría. En: XLVII Congreso SEGG – XXVI Congreso SAGG. Curso de geriatría para médicos de atención primaria. Dolor en geriatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 55-64.
44. Carroll D, Seers K. Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. J Adv Nurs. 1998; 27:467-487.
45. Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation interventions for pain. J Nurs Scholarship. 2006; 38(3):269-277.
46. McQuay HJ, Moore A, Eccleston C, Morley S, Williams AC. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. Health Technol Assess. 1997; 1:1-135.
47. Bogaards MC, Terkuile, MM. Treatment of recurrent tension headache- a metaanalytic review. Clin J Pain. 1994; 10(3):174-190.
48. Holroyd DA. Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. J Consul Clin Psych. 2002; 70:656-677.

49. Chapman SL. A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic headaches. Pain. 1986; 27:1-43.
50. Nestoiruc Y, Martin A. Efficay of biofeedback for migraine: a meta-analysis. Pain. 2007; 128:111-127.
51. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. J Con Clin Psych. 2008; 76(3):379-396.
52. Nestoriuc Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficay review. Applied Psychophys Biof. 2008; 33(3):125-140.
53. Crider AB, Glaros AG. A meta-analysis of EMG biofeedback treatment of temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 1999; 13(1):29-37.
54. Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. Phys Ther. 2006; 86(7):955-973.
55. Jedel E, Carlsson J. Biofeedback, acupuncture and transcutaneous electric nerve stimulation in the management of temporomandibular disorders: a systematic review. Phys Ther Rev. 2003; 8(4):217-223.
56. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine. 1997; 22(18):2128-2156.
57. Hawkins RMF. A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. Pain. 2001; 8:47-73.
58. Montgormery GH, DuHamel KN, Reed WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia. Int Clin Exp Hyp. 2000; 48(2):138-153.
59. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. J Behav Med. 2006; 29(1):95-124.
60. Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int Clin Exp Hyp. 2007; 55(2):207-219.
61. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunt to cognitive-behavioral psychotherapy- a metaanalysis. J Con Clin Psych. 1995; 63(2):214-220.
62. Moix J. La hipnosis en el tratamiento del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9:525-532.
63. Romano JM, Jensen MP, Turner JA, Good AB, Hops H. Chronic pain patient-partner interactions: further suport for a behavioral model of chronic pain. Behav

Ther. 2000; 31:415-440.
64. Nielson WR. Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. Clin J Pain. 2001; 17(4):114-127.
65. Van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment of chronic low back pain. Spine. 2000; 25(20):2688-2699.
66. Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ. Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low-bak pain (review). The Cochrane Library. 2006; 2:1-24.
67. Wilson KG, Luciano MC. Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide; 2002.
68. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain. 2010; 148:141-147.
69. Luciano MC, Visdómine JCL, Gutiérrez OM. Montesinos FM. Acceptance and Commitment Therapy and chronic pain. Análisis y Modificación de Conducta. 2001; 27:473-502.
70. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. Gen Hosp Psychiat. 1982; 4:33-47.
71. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J Psychosom Res. 2004; 57:35-43.
72. Frattaroli J. Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. Psychol Bull. 2006; 132(6):823-865.
73. Broderick JE, Doerte U, Junghaenel MA, Joseph E, Schwartz E. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. Psychosom Med. 2000; 67:326-334.
74. Gillis ME. The effects of written emotional disclosure on adjustment in fibromyalgia syndrome. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; 2002.
75. Gillis ME, Lumley MA, Mosley-Williams A, Leisen JC, Roehrs T. The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: A randomized trial. Ann Behav Med. 2006; 32(2):135-146.
76. Junghaenel DU, Schwartz JE, Broderick JE. Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. Brit J Health Psych. 2008; 13(1):57-60.

77. Aggarwal VR, Tickle M, Javidi H, Peters S. Rewiewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcoems for patients with chronic orofacial pain? J Orofac pain. 2010; 24:163-171.
78. Eccleston C, Williams A, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane database of systematic reviews. 2009; 2: number CD007407.
79. Lunde LH, Nordhus IH, Pallesen S. The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. J Clin Psych Med. 2009; 16(3):254-262.
80. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999; 80:1-13.
81. Van de Wetering EJ, Lemmens KMM, Nieboer AP, Huijsman R. Cognitive and behavioral interventions for the management of chronic neuropathic pain in adults- A systematic review. Eur J Pain. 2010; 14(7):670-681.
82. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnuovo E, Wither E, Nichols V, Potter R, Underwood MR. Group cognitive behavioral tretament for low back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis [Internet]. Citado febrero 2010. Disponible en: http://www.thelancet.com
83. Moix J, Kovacs FM. Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Barcelona: Paidós; 2009.
84. Macea DD, Gajos DD, Calil, YAD. The efficacy of web-based cognitive behavioral interentions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2010; 11(10):917-929.

*Susanna Garcia y Joan Deus*

## 1. Generalidades de los accidentes vasculares cerebrales

Los *accidentes vasculares cerebrales* (AVC) constituyen el 50% de los ingresos neurológicos, y representan la segunda causa de muerte en nuestro país. Tienen una incidencia de 174 casos/100.000 habitantes/año[1] y esta incrementa con la edad.[2] La prevalencia se sitúa alrededor del 7,3% en hombres y del 5,6% en mujeres.[2] El ictus representa la primera causa de discapacidad física en las personas adultas y es la segunda causa de demencia según la OMS.[3] En España se obtiene una prevalencia del 13% del total de personas con algún grado de dependencia.[4] En los próximos años se prevé un aumento en la prevalencia como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población.

Las *enfermedades vasculares cerebrales* (EVC) engloban un amplio espectro de patologías de etiología vascular que conllevan daño cerebral. Los AVC son trastornos transitorios en los que un área del encéfalo (cerebro, cerebelo o tronco cerebral) resulta afectada, como consecuencia de un trastorno circulatorio cerebral de los vasos sanguíneos provocado por una reducción en la aportación sanguínea o bien por una disminución del oxígeno y glucosa, que interfiere en el metabolismo cerebral.

Los AVC más habituales son los infartos cerebrales de tipo isquémico, que se dan en el 85% de los casos y se deben a una disminución aguda en la aportación sanguínea en un área circunscrita. Después de estos, las más frecuentes son las hemorragias cerebrales, que consisten en una extravasación sanguínea al tejido cerebral por lesión del vaso sanguíneo. Los AVC de origen isquémico pueden deberse a una disminución de la luz de la arteria, como consecuencia de la formación de una placa de ateroma, del desprendimiento de un trombo o de un émbolo de la misma placa que circula por el sistema arterial hasta ocluir el vaso.

Tabla 1. Clasificación de los accidentes vasculares cerebrales (AVC)

| ENFERMEDADES VASCULARES CEREBRALES | CLASIFICACIÓN |
|---|---|
| **Isquémicos (85%)** | Globales.<br>Focales.<br>• Accidente Isquémico Transitorio (AIT).<br>• Infarto Cerebral.<br>  ○ Trombosis. |

| | |
|---|---|
| | ◦ Embolia.<br>◦ Reducción del flujo sanguíneo. |
| **Hemorrágicas (15%)** | Hemorragia cerebral.<br>• Parenquimatosa.<br>• Ventricular.<br>Hemorragia subaracnoidea.<br>Hemorragia subdural.<br>Hemorragia epidural.<br>Malformaciones vasculares.<br>• Aneurismas.<br>• Angiomas. |

Fuente: adaptación de Junqué y Barroso[5]

Dependiendo del tamaño de la placa, se ocluye una arteria de mayor o menor calibre. Las secuelas del infarto dependen de su localización estratégica. Los AVC de origen hemorrágico son el efecto de la rotura de un aneurisma o de malformaciones arteriovenosas. La extravasación de sangre puede invadir los ventrículos y el espacio subaracnoideo, aumentando la presión intracraneal, por lo que el pronóstico inicial en las hemorragias es más infausto que en los AVC de origen isquémico (tabla 1).El infarto lacunar es un subtipo de AVC isquémico que supone del 15 al 22% de estos. Tiene una incidencia media hacia los 70 años y su pronóstico funcional es bueno en la mayoría de los casos. Se debe a pequeños infartos isquémicos de localización subcortical producidos por la obstrucción de un vaso pequeño perforante. Se relacionan frecuentemente con la hipertensión y la diabetes. Puede presentarse con confusión, si afectan al tronco cerebral, o con alteraciones mnésicas y del lenguaje. Existen cuatro síndromes que pueden ser consecuencia directa de un infarto lacunar: hemiplejia motora pura, síndrome sensitivo puro, ataxia hemiparesia y disartria-mano torpe (véase tabla 2).

Los factores de predisposición juegan un papel importante en la prevención de los AVC. En los últimos años se ha puesto especial interés en la prevención y el control de estos.

A continuación se describen algunos de los factores de riesgo más habituales:

- La hipertensión arterial (HTA) acelera la aterogénesis, degenera las fibras musculares de las arteriolas y multiplica por tres el riesgo de padecer accidentes vasculares cerebrales.
- La hiperlipidemia provoca mayor riesgo de ateroesclerosis carotídea y del polígono de Willis. Los ácidos grasos saturados aumentan el colesterol total y por tanto el LDL.
- El tabaquismo incrementa el riesgo de padecer AVC entre 1,5 y cuatro veces. Acelera el proceso de aterogénesis, y aumenta el fibrinógeno y la agregación plaquetaria.

- La diabetes mellitus incrementa el riesgo de padecer EVC entre 2,5-4 y veces.
- Las enfermedades cardíacas constituyen el principal factor de embolia cerebral. Aumentan el riesgo de infarto embólico, especialmente la estenosis mitral, la fibrilación auricular y la miocardiopatía dilatada.
- Beber cantidades mayores de 60 mg de alcohol incrementa la posibilidad de arritmias y altera los mecanismos de coagulación, y por tanto incrementa el riesgo de EVC.
- Otros factores de predisposición a los AVC son los traumatismos craneoencefálicos, las infecciones del sistema nervioso central y la utilización de anticonceptivos orales. En estos casos, las lesiones suelen desarrollarse a lo largo de los años de forma silente y no aparace necesariamente la clínica hasta que no se produce el efecto trombótico. En ocasiones la aparición de infartos lacunares repetidos ocasiona un deterioro leve de etiología vascular que se ha considerado, en los últimos años, preludio de un proceso degenerativo vascular sin connotaciones de deterioro.

Tabla 2. Criterios clínicos de los síndromes lacunares

| | |
|---|---|
| **Hemiparesia motora pura** | Déficit motor unilateral de cara, brazo y pierna. Sin alteraciones sensitivas objetivas. El déficit puede ser parcelar, faciobraquial o braquiocrural. |
| **Síndrome sensitivo puro** | Parestesia o hiperestesia unilateral. Déficit unilateral con una distribución variable afectando brazo, pierna y generalmente la cara. El déficit puede incluir todas las modalidades o respetar la propioceptiva. |
| **Ataxia hemiparesia** | Hemiparesia más severa en EEII y ataxia ipsilateral. Puede acompañarse de síntomas o déficit sensitivos. |
| **Disartria mano-torpe** | Disartria con debilidad facial, disfagia discreta y torpeza de la mano. |
| **Síndrome sensitivo-motor** | Déficit motor y sensitivo ipsilateral de distribución similar a la hemiparesia motora pura y síndrome sensitivo puro. El trastorno sensitivo debe ser objetivo y puede afectar todas las modalidades sensitivas o respetar la sensibilidad propioceptiva. |

## 2. CONSECUENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LA PATOLOGÍA VASCULAR

Las secuelas neuropsicológicas en un proceso vascular dependen del territorio arterial afectado.

### 2.1. ALTERACIONES COGNITIVAS DE LA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR (ACA)[5]

La ACA irriga las tres cuartas partes de la superficie medial de los hemisferios cerebrales, incluyendo el lóbulo frontal, en su porción orbital medial y lateral, la superficie superior lateral parietal y las dos terceras partes del cuerpo calloso (a partir de la arteria pericallosa). Sus ramas profundas irrigan el caudado y el putamen.

Las lesiones en el hemisferio izquierdo de la ACA pueden provocar defectos en la memoria

verbal de trabajo, y dar lugar incluso a una afasia motora transcortical, así como dificultades para el inicio del lenguaje y el habla y alteraciones afectivas en forma de pseudodepresión. Si el infarto se localiza en el hemisferio derecho, la memoria visual de trabajo queda afectada y puede motivar conductas pseudopsicopáticas. Las lesiones bilaterales pueden provocar cambios en la personalidad y en el humor, trastornos atencionales por afectación del cingulado anterior y, en ocasiones, el síndrome de utilización. El infarto de parte del cuerpo calloso puede generar clínica de desconexión interhemisférica, en forma de apraxia ideomotora y agrafía unilateral izquierdas, y el síndrome de la mano ajena.

### 2.2. ALTERACIONES COGNITIVAS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA (ACM)[5]

Es la arteria con mayor prevalencia de AVC por su amplia distribución topográfica y porque irriga la mayor parte de áreas con gran compromiso cognitivo. Se denomina vulgarmente *arteria de la afasia,* ya que está implicada en la mayor parte de síndromes léxicos. La arteria cerebral media irriga la zona lateral de los hemisferios cerebrales del lóbulo frontal, temporal y parietal, incluyendo al neocórtex y la sustancia blanca. En el lóbulo frontal irriga las áreas motoras primarias, las secundarias (implicadas en el control complejo del movimiento) y las áreas terciarias (córtex dorsolateral). Nutre también el parietal inferior y el superior y la porción superior del temporal. Sus ramas profundas irrigan el caudado, el putamen y el globo pálido, el brazo posterior de la cápsula interna y la corona radiada. Su oclusión total provoca una hemiplejia contralateral con hemiparesia de la cara y de las extremidades superiores más que de las inferiores, así como un déficit sensorial, leve o severo, que incluye alteraciones de la percepción del dolor, del tacto, de la vibración y de la posición. Puede asociarse con una hemianopsia homónima o cuadrantanopsia inferior.

El infarto en el trayecto de la ACM del hemisferio izquierdo, dependiendo de su extensión, puede afectar de manera global al lenguaje (afasia global), a la expresión (afasia de broca), o a la comprensión (afasia de wernicke). Puede ocasionar trastornos más restrictivos como los que se dan en la afasia de conducción y la afasia nominal. La capacidad de lectura puede verse afectada por una alexia central, y la escritura por una agrafia.

Por su extensión al lóbulo frontal y parietal, el infarto de la ACM izquierda puede generar una apraxia ideomotriz y bucofacial y una apraxia ideacional. Los procesos de cálculo pueden también verse afectados por una acalculia. Si se dañan los procesos gnósicos se deberá a una agnosia digital o a un síndrome de Gerstman. Suele también resultar dañada la memoria verbal inmediata. Las lesiones en el hemisferio derecho de la ACM pueden ocasionar un Síndrome de heminegligencia izquierda, una apraxia constructiva y del vestir, alteraciones visoperceptivas y visoespaciales, alexia, agrafia y acalculia, secundario a la

afectación de los componentes de integración visoespacial. Pueden alterarse asimismo los componentes melódicos del lenguaje como la prosodia y dar lugar a una Amusia. Consecuentemente, quedaría comprometida la memoria visual inmediata.

### 2.3. ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS DE LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR (ACP)[5]

La ACP proviene del sistema vertebrobasilar que irriga básicamente el puente en su parte inferior. De este surgen las dos arterias cerebelosas, la inferior y la superior y, cuando se bifurca en su ascenso al encéfalo, da origen a las dos arterias cerebrales posteriores. La ACP irriga las regiones inferomediales de los lóbulos occipitales y temporales, incluyendo el hipocampo posterior, la superficie lateral occipital (áreas 17,18,19 de Brodmann), el tálamo, subtálamo, la sustancia negra, el mesencéfalo y la glándula pineal. La afectación talámica implica una pérdida severa de la sensitividad y en ocasiones puede observarse una afasia receptiva. La afectación mesencefálica produce una parálisis oculomotora con hemiplejia contralateral (síndrome de Weber), una parálisis de la mirada vertical, estupor o coma. La afectación cortical provoca una alteración de los campos visuales, que causa escotomas y hemianopsia homónima o ceguera cortical. Los AVC por infarto de la ACP del hemisferio izquierdo pueden conllevar una afasia o una anomia ópticas, una alexia pura o agnósica, una anomia cromática o una alteración de la memoria anterógrada verbal. Las lesiones en el hemisferio derecho de la ACP conllevan una apraxia constructiva, síntomas de desorientación espacial, alteraciones de la imaginación espacial y también de la memoria anterógrada visual.

### 2.4. ALTERACIONES COGNITIVAS EN TERRITORIOS FRONTERA

Las principales zonas asociativas heteromodales (área prefrontal y encrucijada parieto-occipito-temporal) están irrigadas por diversas ramas arteriales y están interconectadas mediante un circuito entre el sistema arterial carotídeo y vértebrobasilar denominado *polígono de Willis*. El infarto en territorios limítrofes puede conllevar una afasia mixta transcortical, una afasia motora transcortical, una afasia sensorial transcortical o un síndrome de Balint.

## 3. NEURORREHABILITACIÓN DE LOS AVC

La asistencia en los AVC representa un elevado coste para el sistema sanitario, ya que esta consta tanto de la intervención en el momento agudo como del seguimiento en la fase

crónica. La rehabilitación del paciente persigue la máxima recuperación potencial desde un punto de vista funcional y neurológico, con el fin de que pueda incorporarse a su vida personal, laboral y social.

La neurorrehabilitación implica un tratamiento integral del paciente, por ello, las unidades especializadas deben estar integradas por un equipo multidisciplinar, formado por neurólogos, fisioterapeutas, neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, ortopedas, enfermeros y trabajadores sociales.[6] El beneficio que se obtiene con estas unidades especializadas implica una menor dependencia e institucionalización, así como una disminución de la mortalidad y, consecuentemente, una reducción de los costes hospitalarios.[7] El Plan de estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud[8] reconoce la necesidad de estas unidades y recomienda la valoración integral del paciente, así como el inicio precoz de la intervención rehabilitadora y, en especial, de la neurocognitiva, sin obviar los aspectos sociolaborales. A pesar de estas recomendaciones, la realidad clínica queda muy lejos todavía de las propuestas del Sistema Nacional de Salud.

El proceso de rehabilitación debe iniciarse una vez que el paciente esté médicamente estabilizado, y debe seguir un plan de intervención global adecuado a este. Según Murie y colaboradores (2010), la intervención en la fase subaguda está condicionada por la situación neurofuncional y familiar del enfermo.

Por este motivo, la rehabilitación puede ser llevada a cabo en diferentes ámbitos:

- Rehabilitación hospitalaria. En los casos de pacientes con discapacidad moderada o grave en dos o más áreas funcionales, con necesidad de atención de enfermería.
- Rehabilitación ambulatoria. En pacientes sin déficits cognitivos importantes, con discapacidad leve o moderada en una o dos áreas funcionales, y con un adecuado apoyo sociofamiliar. En este caso se persigue la mejora en las AVC a través del trabajador ocupacional.
- Atención domiciliaria. En aquellos casos con discapacidad moderada o grave y dificultad en el desplazamiento hospitalario.
- Centro o residencia de media o larga estancia. Encaminada a atender pacientes con discapacidad en las AVC básicas y sin apoyo familiar.

Diversos estudios han constatado la relación desde un punto de vista físico entre el inicio precoz de la intervención, una duración máxima terapéutica de seis meses y el tiempo de las sesiones con un mejor pronóstico funcional y de la recuperación del lenguaje, con independencia de la gravedad del AVC.[9,10]

### 3.1. REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La exploración neuropsicológica debe ir acompañada de un estudio minucioso de tipo biopsicosocial. Si se limita a tratar solamente los déficits derivados del ictus, se obvia que el paciente se enmarca en una sociedad y en un contexto laboral y familiar. Es por ello que la valoración neuropsicológica debe estar siempre acompañada de un análisis pormenorizado de su situación laboral, del contexto y del soporte familiar y social, así como de los factores de dependencia actual, ya que sobre ellos incidirán los diversos profesionales implicados en la asistencia al enfermo.

En la evolución del déficit deben tenerse en cuenta diversos factores condicionantes:

1. Factores intrínsecos al AVC:
    - Contexto temporal. Al momento agudo se le deben sumar los efectos compresivos del edema inicial derivado del AVC, que ocasionan una reducción de la perfusión sanguínea y por tanto de la actividad neuronal colindante. Esta actividad se irá recuperando progresivamente.
    - Afectación cortical frente a subcortical. Una función cognitiva puede verse afectada por la lesión de las estructuras implicadas en su funcionamiento o de las vías que interconectan dichas estructuras. Este matiz adquiere importancia ya que determina el déficit y su pronóstico.
    - Presencia de infarto único o múltiple. Adquiere relevancia no tan solo el número de lesiones sino también la extensión de la zona afectada.
    - Presencia de un cuadro de deterioro superpuesto y su etiología.
2. Factores derivados del AVC:
    - Limitación funcional. Es un factor condicionante en aquellos casos en los que se dan secuelas físicas y sensoriales que deben ser abordadas por especialistas, tanto desde un punto de vista fisioterapéutico como ocupacional.
    - La presencia de cuadros adaptativos que habitualmente acompañan a la enfermedad, bien derivados de la lesión del sustrato neuroanatómico implicado en el control emocional, bien como respuesta reactiva a la enfermedad, que justificaría una intervención psicológica o farmacológica.
    - Las limitaciones en el ámbito laboral implican en muchas ocasiones una reubicación en este.
    - La interferencia en la dinámica familiar motiva una intervención con los miembros de la unidad familiar.

- La reeducación en los factores de predisposición es necesaria con el fin de prever nuevos episodios vasculares.

Por todo ello, la intervención en los AVC debe partir de un modelo integral, que abarque no solo las secuelas neuropsicológicas sino también los aspectos afectivos, sociales, físicos y reeducativos. El objetivo que se persigue es conseguir la máxima capacidad de autonomía del paciente y su adaptación post-ictus.

La rehabilitación neurocognitiva parte de los principios básicos de la plasticidad cerebral, y se basa en el aumento de la conectividad cerebral y la capacidad de reorganización cortical. Tradicionalmente la recuperación de las funciones superiores tras una lesión cerebral, con independencia de la etiología, se ha llevado a cabo a partir de programas individualizados de ejercicios de rehabilitación cognitiva. El programa de intervención depende de si se pretende restaurar, compensar o sustituir la función cognitiva. En función de la capacidad que quiera trabajarse será más indicado utilizar un mecanismo u otro, ya que la posibilidad de recuperación funcional no es la misma para cada capacidad. Por ejemplo, la atención tiene un mejor pronóstico si se utilizan ejercicios de restauración, mientras que los procesos mnésicos son más susceptibles de mejora a partir de ejercicios de compensación y sustitución.[11]

En la práctica general, es interesante el tratamiento a partir de los tres niveles de actuación.

Estos son algunos factores que hay que tener en cuenta ante el desarrollo de un programa de rehabilitación neurocognitiva:

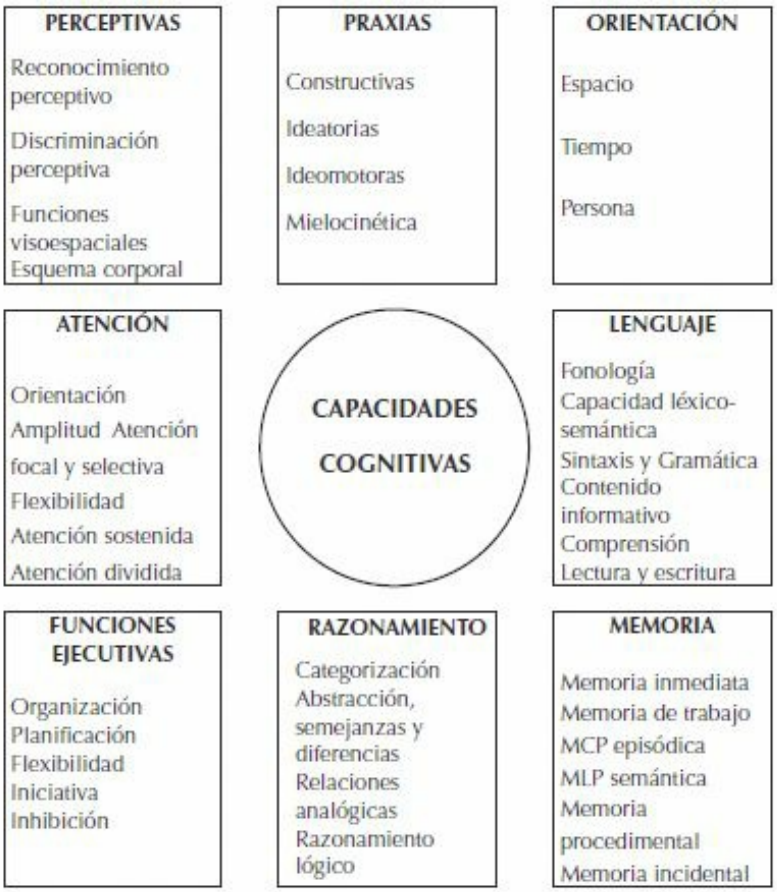
- Los programas de intervención deben ser flexibles desde un punto de vista temporal.
- Debe tenerse en cuenta el número de sesiones y la duración del tratamiento.
- Habitualmente se aconseja un promedio de dos sesiones por semana con una duración variable entre una hora o una hora y media.
- Debe contemplarse la administración de ejercicios gradualmente más complejos.
- Debe valorarse la consciencia del déficit y el control conductual antes de iniciar una intervención.
- Debe tenerse en cuenta el nivel premórbido del paciente, ya que condiciona el tipo de intervención.
- Es interesante utilizar medidas compensatorias que faciliten la correcta praxis de un ejercicio, puesto que permitirá maximizar sus beneficios.
- Es preciso adecuar la intervención neurocognitiva a la realidad vital del paciente. Por ejemplo, al trabajar la memoria es conveniente utilizar lecturas habituales del paciente.

- Hay que extrapolar los avances de la intervención a las AVD del paciente.
- En ocasiones es necesario intervenir en capacidades básicas que faciliten la intervención sobre la capacidad comprometida.

La rehabilitación cognitiva debe partir de un marco teórico que permita desarrollar un programa de intervención con el fin de trabajar las diferentes capacidades cognitivas.

El modelo neurocognitivo se basa en la compleja relación de una serie de componentes que integran una determinada capacidad cognitiva (figura 1). La interrelación de todos ellos posibilita el correcto funcionamiento de la función. Por medio de una adecuada exploración neurocognitiva que sitúe el eje de la disfunción, el modelo aporta recursos para intervenir sobre cada uno de los componentes.

Figura 1. Capacidades cognitivas y componentes que las integran




Con el desarrollo de las nuevas tecnologías se han creado programas informatizados de rehabilitación cognitiva (por ejemplo, el Rehacom). Estos programas se basan en un modelo de recuperación funcional a partir de la repetición sistematizada de ejercicios. Su ventaja

principal es el desarrollo de protocolos de intervención y la fácil aplicación con soporte tecnológico. Pero no están exentos de inconvenientes: tienen escasa validez ecológica, no permiten individualizar la rehabilitación y el paciente no puede beneficiarse del *feedback* necesario del terapeuta. Por otro lado, no se cuenta con suficiente validez empírica sobre su eficacia clínica.[12]

La rehabilitación de los trastornos del lenguaje es la que más estudios de investigación y protocolos recoge. Es por ello que se le dedica a continuación una especial atención a la intervención en las afasias y a las nuevas vías de intervención en desarrollo.

### 3.2. REHABILITACIÓN DE LAS AFASIAS

Por su extensión y su disposición topográfica, la arteria con mayor prevalencia de padecer AVC es la ACM. Se estima una prevalencia del 20%.[13] Su afectación implica fundamentalmente la aparición de síndromes afásicos que alteran los aspectos léxicos, que serán tratados por especialistas en logopedia. Hasta la actualidad y a pesar de los estudios poco concluyentes sobre su eficacia,[14] la terapia del lenguaje ha sido la intervención principal en el tratamiento de la afasia. Algunos estudios recientes de revisión apuestan por este tipo de intervención y destacan el papel de la terapia del lenguaje de forma intensiva frente a la convencional.[15]

Tras un AVC, se observa una recuperación espontánea tanto de las funciones del lenguaje como de la afectación sensoriomotora, que se inicia aproximadamente dos semanas después de la lesión. Ello se debe a que se resuelve la afectación en la zona de penumbra adscrita a la lesión. En una segunda fase, se observa una mejoría clínica lenta pero progresiva en el tiempo, como consecuencia de la compensación funcional de las estructuras indemnes circundantes a la lesión.

La recuperación espontánea depende de diversas variables:

- El tipo de lesión (hemorrágica o isquémica).
- El tamaño lesional.
- La edad.
- El tipo de afasia (la evolución natural de las afasias es hacia una afasia anómica).
- El período de recuperación espontánea que, si no se ha iniciado antes de las dos semanas, conlleva que el pronóstico sea peor.
- La presencia de lesiones silentes previas.
- La dominancia manual.
- Las características premórbidas del paciente.

- El estado psicológico. La presencia de depresión por lesión frontal izquierda interfiere en una recuperación favorable.
- El estado de salud general.

La intervención logopédica debe iniciarse una vez haya finalizado el período agudo y se haya estabilizado el trastorno afásico. Esto acontece, aproximadamente, entre los siete y 10 días post-ictus. Es importante que el terapeuta tenga habilidad para fomentar la empatía y motivar al paciente, ya que es común la presencia de reacciones emocionales reactivas al proceso patológico.

Teniendo en cuenta que existe una gran variabilidad de estrategias presentes en la realidad logopédica, se presentan a continuación los modelos de intervención para la recuperación de los trastornos afásicos.

#### *3.2.1. Tipos de intervención logopédica*

##### 3.2.1.1. Intervención clásica (estimulación cognitiva)

Se fundamenta en la idea de que el lenguaje es una capacidad que persiste en la naturaleza del individuo y que la dificultad radica en el acceso a este para utilizarlo como vehículo de comunicación. Por tanto, el paciente debe volver a aprender la lengua a partir de procedimientos utilizados en el aprendizaje de segundas lenguas. Se fomenta el uso formal del lenguaje, con una correcta utilización de los aspectos gramaticales y los sintácticos. Para ello podemos utilizar dos formas de intervención: formas directas, a partir de ejercicios relacionados con los aspectos del lenguaje alterados; o formas indirectas., a partir de procesos menos dirigidos.

Destaca la terapia *Thought-Centered* propuesta por Wepman (1976), la terapia semántica divergente de Chapey (1981) y la terapia de Ducarne (1986).

##### 3.2.1.2. Instrucciones programadas

Se basa en los estudios realizados en los años 60 que destacan la presencia de estrategias en pacientes afásicos. Se utiliza un procedimiento de *fading,* que se sirve del modelo de condicionamiento operante, para reforzar conductas que se acerquen a las deseadas y mantenerlas. Implica un moldeamiento a partir de conductas de menor exigencia léxica, como la repetición, para posteriormente incitar a utilizar un patrón de fonemas en respuesta a una imagen. La principal desventaja radica en que es un programa cerrado que no permite la individualización. Una alternativa a este programa es la *Language-Oriented Therapy* (LOT) de Shewn y Bandur (1986), que contempla la afasia como un deterioro del sistema del

lenguaje y una reducida eficiencia en el procesamiento lingüístico.

#### 3.2.1.3. Postura pragmática

Se centra en la importancia de los aspectos paralingüísticos y contextuales implicados en la comunicación. La PACE de Davis y Wiocox (1981) establece una comunicación bidireccional a partir de canales de comunicación. Es por tanto adecuada para todo tipo de afasias, independientemente del grado de severidad.

#### 3.2.1.4. Terapia cognitiva

Parte de la idea de que cada función cognitiva está formada por diversos componentes y que es la interacción entre ellos lo que hace posible la integridad de la función. A partir de un diagrama de cajas y flechas, se desmenuza la capacidad cognitiva para, mediante diferentes tests cognitivos, poder determinar dónde radica la alteración. Por tanto, es una aproximación teórica que permite diagnosticar y orientar sobre dónde intervenir, pero no indica cómo hacerlo.

### *3.2.2. Técnicas específicas para el tratamiento de los déficits*

#### 3.2.2.1. Técnicas correctivas para el desbloqueo del lenguaje

Se utilizan en las fases iniciales de las afasias no fluentes. Se persigue estimular la atención hacia el discurso y la producción espontánea de algunos sonidos.
Pueden adaptarse los siguientes ejercicios:

- Denominar una serie de palabras, procurando llevar a cabo una imitación cuidadosa, con el apoyo de la entonación y la pronunciación del reeducador.
- Verbalizar una serie de palabras después del terapeuta.
- Contar una serie de objetos, primero en voz alta y luego en voz baja. A continuación, debe hacerlo el paciente en silencio y comunicar el total.
- Emitir series de palabras. Se interrumpe al paciente de manera intencionada. A continuación, se le indica que reanude la actividad.
- Cantar y recitar canciones y poesías conocidas.
- Entablar un diálogo con el paciente, con un contenido afectivo especial para él, intentando que dé respuestas aunque sean rudimentarias.

#### 3.2.2.2. Técnicas correctivas para la articulación

Se persigue la normalización de la articulación mediante la repetición de ejercicios

concretos. Se inicia con el trabajo del nivel silábico y se amplía progresivamente hacia la palabra completa. Se persigue una generalización a todo el léxico. Se iniciarán ejercicios de sílabas dentro de las palabras.

- El paciente debe indicar con palmadas o golpes en la mesa la estructura silábica de la palabra expuesta.
- El siguiente paso es intentar pronunciar cada sílaba aunque sea de forma incorrecta. Para ello se utilizarán, en un primer momento, sílabas sencillas repetidas (pa-pá, ma-má, ta-tá,.).
- Después se emplean palabras bisílabas con consonantes distintas y la misma vocal (da-ma, la-na, pa-ta,.).
- Se varían las vocales permaneciendo las sílabas y posteriormente variando estas.

Es necesario rectificar la pronunciación defectuosa a partir de la imitación del reeducador. Una vez conseguido el objetivo, se introduce la palabra escrita. Se ofrece *feedback* con soporte auditivo para realizar las rectificaciones.

#### 3.2.2.3. Técnicas correctivas para el agramatismo

Se pretende la correcta construcción de la frase, por lo que se requiere un cierto grado de fluidez verbal. Se utilizan ejercicios que consistan en completar frases hechas (canciones populares, refranes) y completar frases donde se han suprimido palabras. La tarea se incia por escrito y posteriormente se realiza de forma oral. Seguidamente se realizan ejercicios de construcción de frases a partir de un verbo, con la ayuda de un soporte visual. Primero se contruyen con frases simples y posteriormente se incrementa la complejidad gramatical. Una vez conseguido el objetivo, el siguiente paso consiste en relatar a partir de una imagen. Para ello, pueden ofrecerse ayudas sobre la cantidad de elementos gramaticales que debe contener la frase.

#### 3.2.2.4. Intervención de la comprensión auditiva

Se busca restablecer la percepción acústica y la comprensión del lenguaje. Para ello, se incide en los problemas de expresión asociados al déficit de comprensión. Uno de los primeros objetivos es potenciar la atención selectiva hacia el lenguaje. La intervención se inicia con tareas manipulativas, sobre las que se van introduciendo palabras relacionadas con la acción que el paciente debe asociar. Posteriormente, se ofrecen órdenes gramaticalmente simples, en relación a la tarea, que pueden ir acompañadas de soporte visual y auditivo, y se solicita al paciente que relacione su diálogo con las palabras trabajadas. Se persigue aumentar la

conciencia sobre su jerga léxica. Por último, se trabaja el significado de la palabra de una forma global. No se pretende conseguir la comprensión a partir de palabras simples sino a partir del significado global de la frase. En este caso, se optará por trabajar categorías semánticas.

#### 3.2.2.5. Intervención para restablecer el reconocimiento de los sonidos del lenguaje

El objetivo consiste en que el paciente posicione correctamente los diferentes órganos articulatorios para poder emitir el sonido correctamente. Se utiliza un procedimiento de moldeamiento progresivo. Inicialmente, el reeducador sirve como modelo y las palabras que van a ser objeto de pronunciación deben presentarse visualmente. El proceso debe llevarse a cabo con la pronunciación separada de cada fonema y progresivamente añadir los siguientes fonemas que integran la palabra, cuando el paciente pronuncie adecuadamente cada uno de los componentes. A medida que el paciente avance en su ejecución, el reeducador procederá a su retirada paulatina. Posteriormente, el paciente debe localizar la letra demandada visualmente en una palabra y ser capaz de pronunciarla adecuadamente.

Una vez discrimine correctamente los sonidos, los ejercicios irán incrementando el nivel exigencia, mediante la introducción de palabras cortas que difieran de un fonema pero con significado diferente. Cuando se hayan asumido las palabras simples se procederá a trabajar con frases, relacionándolas con imágenes visuales y posteriormente relatos de complejidad variable.

### *3.2.3. Vías de intervención novedosas*

Con el propósito de avanzar en nuevas vías de intervención, se está apostando recientemente por la estimulación magnética transcraneal (EMT), utilizada inicialmente en trastornos neurológicos y psicopatológicos. La EMT es una técnica no invasiva, basada en la inducción de despolarización neuronal mediante estímulos magnéticos cerebrales a través de una bobina situada en el cuero cabelludo.[13,15] El efecto sobre la funcionabilidad eléctrica neuronal puede ser manipulado en función de la frecuencia de estimulación. Una frecuencia de alta intensidad (>5 Hz) incrementa la excitabilidad neuronal mientras que niveles de estimulación de baja frecuencia (4 Hz) la disminuye.[16]

Teniendo en cuenta que la capacidad de expresión verbal está claramente lateralizada en el hemisferio izquierdo, se ha observado que, en sujetos sanos y en condiciones basales, las zonas cerebrales adyacentes y homónimas contralaterales permanen inhibidas. Al aplicar una estimulación de baja frecuencia se observó un aumento de latencia de respuesta en una tarea de expresión verbal, que correlacionaba con una reducción del flujo sanguíneo en dicha

zona, mientras que se incrementaba en regiones limítrofes y en la zona homóloga contralateral.[17]

Los estudios con pacientes afásicos demuestran el mismo patrón de plasticidad cerebral, si se sobreactivan las áreas circundantes y contralaterales a la lesión.[18] Se ha observado que curiosamente los pacientes afásicos con evolución favorable activan preferentemente la zona ipsilateral o zonas perilesionadas, mientras que la activación en la zona coantralateral se relaciona con una peor evolución o plasticidad desadaptativa.[19] Por tanto, la intervención debe estimular preferentemente la zona dominante para la función léxica y de manera secundaria la perilesional.[20] A pesar de las expectativas favorables de la técnica, todavía es necesario que los estudios constaten la implicación del hemisferio derecho como alternativa rehabilitadora.

Hasta la fecha, la EMT en la rehabilitación neuropsicológica parece ir dirigida a disminuir la excitabilidad cortical contralateral, con el fin de favorecer la recuperación de la actividad eléctrica lesionada o perilesional. Aunque diversos estudios han comprobado que el efecto de la EMT puede prolongarse durante ocho meses, queda pendiente confirmar el número de sesiones y el tiempo de exposición a la técnica, para que tengamos un efecto prolongado en el tiempo.[21,22] Por otro lado, se obtienen mejores resultados si se aplica preferentemente en la fase subaguda más que en la fase crónica.

A falta de estudios con mayores muestras y un cribado más preciso de los pacientes, en estos momentos se puede concluir que la EMT no es una técnica que pueda utilizarse en la recuperación de la función léxica por sí sola, sino que maximiza la capacidad de respuesta de la zona lesionada y circundante a la lesión.[23,24]

#### 3.2.3.1. Estrategias cognitivas en el tratamiento de las dificultades atencionales

Siguiendo el modelo de Sohlberg y Mateer (1987)[25,26] pueden trabajarse los siguientes niveles de la capacidad atencional: atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida. La observación de estos niveles se ha llevado a cabo tanto por *softwares* disponibles en el mercado, como el programa *AixTent,* como por enfoques de lápiz y papel. La capacidad atencional puede ser abordada a partir de técnicas de restauración y de compensación personal y puede trabajarse mediante los diferentes canales sensoriales. Entre los diferentes ejercicios, destacan los siguientes:

- Discriminación de un elemento gráfico que puede ser figurativo, letras, sílabas o palabras.
- Emparejamiento de figuras con componentes semánticos o geométricos.
- Seguimiento de líneas curvas.

- Evocación de listas numéricas o de movimientos simples y repetitivos.

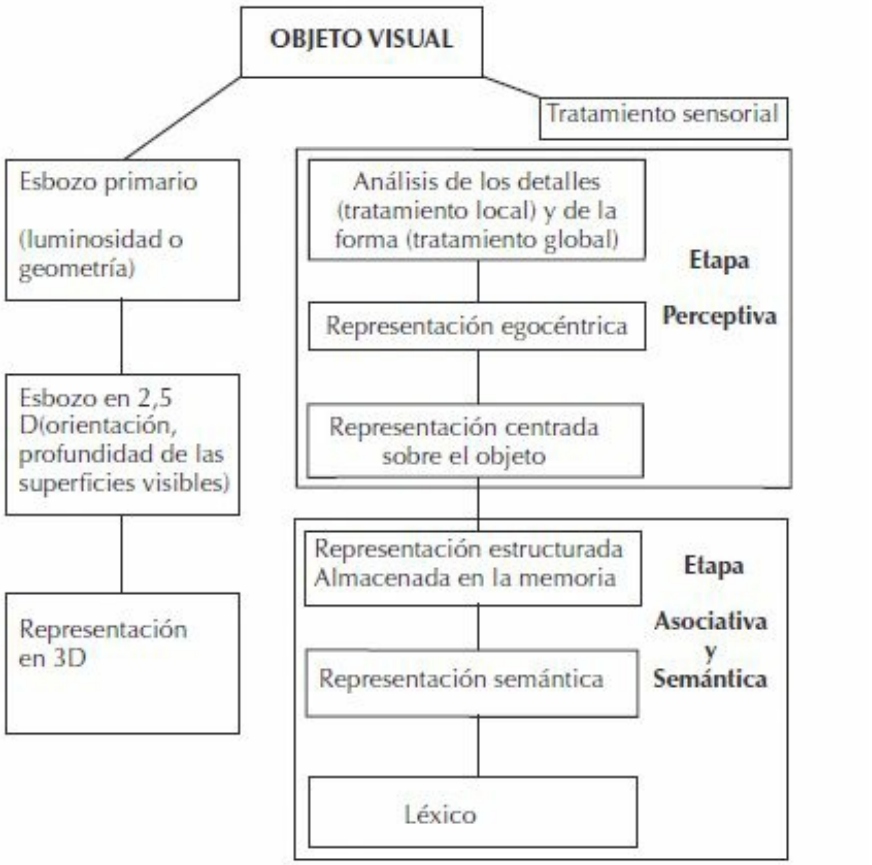
La complejidad de los ejercicios puede variar. Por ejemplo, poner condiciones excluyentes en la pauta solicitada (señalar una letra si está seguida de otra). La atención es una función que determina la constancia en una tarea determinada con distinta temporalidad. Por ello es interesante que se trabaje de forma paralela, independientemente de su afectación. Los trastornos de heminegligencia requieren una especial obervación. Es de utilidad el uso de indicios sensoriales compensatorios y de prismas, que desvíen la recepción de objetos hacia la zona contralateral a la heminegligencia. Son también útiles los ejercicios enmarcados en soporte informático.

#### 3.2.3.2. Estrategias cognitivas en la recuperación de los procesos mnésicos

Los procesos mnésicos son abordados principalmente a partir de estrategias de restauración y compensación. Todos los ejercicios pueden adaptarse con la ayuda del canal verbal o visual. En la capacidad de aprendizaje pueden utilizarse las siguientes pautas:

- Memorización de listas categoriales.
- Memorización asociativa de palabras.
- Lecturas de textos de complejidad variable.

Figura 5. Modelo cognitivo de la agnosia visual




La ejecución mnésica debe ir acompañada necesariamente de una elaboración del texto a partir de estrategias de asociación visual o verbal, y de técnicas nemotécnicas entre palabras, en los casos de listas de palabras. En el caso de la memoria declarativa verbal, se ofrecen pautas de organización con autoconsignas y preguntas que puedan facilitar la evocación del relato. Es interesante ofrecer ayudas visuales y desarrollar esquemas mentales para operativizar la evocación verbal. En los casos con soporte visual, se aplican las técnicas de lectura superficial y esquema con la finalidad de organizar la información y facilitar su evocación posterior. En los casos de codificación deben ofrecerse pautas de consolidación del material aprendido durante los días externos a las sesiones. Debe incrementarse el contenido informativo a medida que el paciente mejore su rendimiento. La memoria reciente puede ser trabajada a partir de autorregistros de tareas realizadas el día anterior, a partir de las cuales el paciente puede extrae un relato.

Se citan a continuación algunos ejercicios para hechos recientes:

- Evocar información a partir de fotografías.
- Evocar información a partir de hechos históricos.
- Relacionar un período vital del paciente con hechos sociales ocurridos en la fecha.

- Trabajar con festividades locales y festividades familiares.

#### 3.2.3.3. Estrategias cognitivas en la recuperación de la capacidad ejecutiva[28]

La función ejecutiva corresponde a una serie de capacidades relacionadas con los procesos atencionales, la memoria de trabajo, de planificación, de organización, el razonamiento lógico, la valoración de estrategias, la flexibilidad y el control de la conducta. El trato de todas ellas puede llevarse a cabo a partir de las siguientes pautas:

- Ordenar una serie de palabras siguiendo un orden lógico (primavera-verano-otoño-invierno).
- Detectar una palabra entre un grupo con el que no comparte unas características determinadas.
- Destacar similitudes o diferencias entre una serie de palabras.
- Completar frases con relación lógica entre ellas. Ejemplo: «padre es a hijo como abuelo es a…».
- Interpretar refranes y frases hechas populares.
- Identificar situaciones de causa-efecto sobre acciones cotidianas y posibles respuestas. Por ejemplo: si se estropea la línea telefónica, deberían buscarse posibles causas internas al domicilio y contactar con el servicio de urgencias telefónicas.

En la extrapolación a las actividades de la vida diaria es interesante solicitar al paciente que organice y planifique una determinada tarea secuencial, y que prevenga las posibles consecuencias y vías de actuación alternativas. Dependiendo del grado de afectación funcional, puede servirse de un familiar cercano como coterapeuta, que se retirará paulatinamente a medida que el paciente realice correctamente las tareas encomendadas. Es importante que se utilicen todos los medios de información al alcance del paciente para la realización de las tareas en casa: ordenador, Internet o soporte gráfico. Las tareas ejecutivas, sobre todo aquellas implicadas en la velocidad de procesamiento, se han abordado generalmente con estrategias informatizadas.

Es necesario que el trabajo cognitivo de las funciones ejecutivas se complemente con medidas de tipo psicológico, que favorezcan la correcta ejecución de la tarea. En la elaboración de conductas secuenciales, es interesante utilizar mecanismos de autoinstrucción verbal para dirigir la acción e incrementar la conciencia del acto motor. El objetivo final es la interiorización de la consigna.

#### 3.2.3.4. Intervención cognitiva en la recuperación de las praxias

La apraxia interfiere de forma notable en las actividades básicas de la vida diaria del paciente con AVC. La intervención en el caso de la apraxia se centra en la utilización de medidas compensatorias.

En el caso de apostar por una intervención de restauración, debe trabajarse el acceso al conocimiento del objeto, a su utilidad, a su manipulación y al uso habitual del objeto, con ejercicios como los siguientes:

- Realizar gestos simples a la orden verbal y visual.
- Realizar mímica del uso del objeto por orden verbal y visual.
- Imitar el uso del objeto a partir de una consigna verbal.
- Reconocer de manera visual una acción.
- Utilizar objetos a partir de órdenes verbales.
- Servirse de la gestualidad.

Es importante que el paciente adquiera destreza en la motricidad fina por medio de la realización de actos motores simples y complejos.

Para ello, se le puede entrenar en los siguientes ejercicios:

- Enlazado de cordones y botones.
- Realización de tramas.
- Enhebrado de agujas.
- Manipulación de piezas geométricas.
- Tareas manuales de colorear y recortar.
- Realización de escultura en barro, plastelina o material moldeable.
- Construcción de objetos de reciclaje.
- Puzzles.
- Dibujo en copia, dirigido y espontáneo.

Cada ejercicio es desglosado en diferentes grados de dificultad y se ofrece al paciente ayudas para el control del movimiento de tipo externo (neuropsicólogo) y posteriormente interno (paciente). Por otro lado, se le ofrecen ayudas visuales en las fases iniciales de la intervención. Los ejercicios tienen que ser adaptados de forma ecológica y generalizados al contexto vital del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aymerich N, Sandio B, Martín M, Muruzábal J, Delgado G, Gallego J, et al.

Incidencia del ictus y mortalidad precoz en la comarca de Pamplona. Neurología. 2007; 22:603.
2. Boix R, Del Barrio JL, Saz P, Rene R, Manubens JM, Lobo A, et al. Stroke prevalence among the Spanish elderly: an análisis based on screening surveys. BMC Neurol, 2006; 6:36.
3. Organización Mundial de la salud. Global burden of disease. WHO; 2004.
4. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1999.
5. Junqué C, Barroso J. Neuropsicología. Madrid: Síntesis; 2004.
6. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John Meyer M, Teasell R. Neurorrehabilitación tras el ictus. Rev Neurol. 2010; 25:189-96.
7. Kalra L, Evans A, Pérez I, Knapp M, Swift C, Donaldson N. A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care. Health Technol Assess. 2005; 9:1-79.
8. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Pinedo OS, De La Villa MF. The evolution and prognosis of disability in patients with hemiplegia. Med Clin (Bar). 2000; 115:487-92.
10. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke. 2003; 34:987-93.
11. Sohlberg MM, Mateer C. Cognitive Rehabilitation: An Integrated Neuropsychological Approach. Nueva York: Guilford Publication; 2001.
12. Muñoz-Céspedes JM, Tirapu J. Rehabilitación cognitiva. Madrid: Síntesis; 2001.
13. Wade DT, Hewer RL, David RM, et al., Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. J Neurologics Neurosurg Psyquiatry. 1986; 49:11-6.
14. Greener J, Enderby P, Jun R. Terapia del habla y lenguaje para la Afasia después de Accidente cerebrovascular (versión traducida) [Internet]. Citado 2007. Disponible en la Biblioteca Cochrane Plus en español: http//www.update_software.com
15. Pedersen PM, Jorgensen SA, Nakayama H, Raaschou HO, Plsen TS. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery. Ann Neurol. 1995; 38:659-666.
16. Maeda R, Keenan JP, Tormos JM, Topka, H, Pascual-Leone A. Modulation of corticospinal excitability by repetitive transcranial magnetic stimulation. Neurophysiol Clin. 2000; 111:800-5.
17. Thiel A, Schumacher B, Wienhard K, et al. Direct demonstration of transcallosal disinhibition in language networks. J Cereb Blood Flow Metab. 2006; 26:1122-1127.
18. Weill C, Isensee C, Rijntjes M, et al. Recovery from Wernicke's aphasia—a positron

emission tomographic study. Ann Neurol. 1995; 37:723-32.
19. Martin PI, Naeser MA, Theoret H, et al., Transcranial magnetic stimulation as a complementary treatment for aphasia. Semin Speech Lang. 2004; 25:181-91.
20. Chen Yung RD, Li JY. Organization of ipsilateral excitatory and inhibitory pathways in the human motor cortex. Neurophysiol J. 2003; 89:1256-1264.
21. Naeser MA, Martín PI, Nicolás M. Improve naming after TMS treatments bin a chronic, global aphasia patient-case report. Neurocase. 2005; 11:182-193.
22. Winhuisen L, Thiel A, Schumacher B. The right inferior frontal gyrus and post-stroke aphasia: a follow up investigations. Stroke. 2005; 36:1759-1763.
23. Andoh J, Martinot JL. Interhemispheric compensation: a hipótesis of TMS-induced effects on the language-related areas. Eur Psychiatry. 2008; 23:281-288.
24. Weiduschat N, Thiel A, Rubi-Fessen I, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in aphasic stroke: a randomized controlled pilot study. Stroke, 2011; 42:409-415.
25. Sholberg MM, Mateer CA. Introduction to cognitive rehabilitation: theory and practice. Nueva York: Guilford Press; 2001.
26. Sohlberg, MM, Mateer C. Effectiveness of an attention training program, journal of clinical and experimental. Neuropsychology. 1987; 2:117-130.
27. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.
28. Forn C, Mallol R. Proceso de Rehabilitación cognitiva en un caso de infarto bitalámico. Rev Neurol. 2005; 41:209-15.

10
# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

*Anna Mir, Francesc Maestre y Núria Camps*

## 1. INTRODUCCIÓN

En nuestro imaginario cultural existe la idea de que el sujeto social de nuestros días, mediante los logros de las aplicaciones tecnológicas, es cada vez más capaz de diluir diferencias binarias, de borrar fronteras y de rebasar límites hasta llegar a transformar, de manera hasta ahora inimaginable, los significados tradicionales de las modalidades de relación y las redes de vinculación social.[1,2]

La vejez y la muerte son los mayores imponderables que la humanidad, desde sus orígenes, sueña con vencer. Durante el primer tramo de la vida, los seres humanos aguardan con entusiasmo las expectativas que les depara el futuro, protegidos por el hechizo de la juventud que permite negar que se ha nacido para morir.[3] En la actualidad, los números que arrojan las estadísticas sobre el progresivo envejecimiento de la población, aun en el tramo más avanzado de la vida, favorecen que se siga manteniendo la creencia de que el sueño de poder vencer la vejez y la muerte pueda verse cumplido.

Los avances realizados por la biomedicina en las últimas décadas proporcionan una creciente longevidad a los hombres y mujeres del primer mundo y transforman el proceso de envejecimiento desde todos los puntos de vista. Según los datos actuales, se estima que para el año 2030 la población mayor de 65 años conste aproximadamente de 1600 millones de ciudadanos. Esta creciente esperanza de vida, cada vez más asegurada, redimensiona la percepción del paso del tiempo y el registro que el hombre contemporáneo tiene de la transitoriedad de su ciclo vital.[4]

El miedo a la muerte, conjurado por rituales y pensamientos mágicos a lo largo de la historia, se vence hoy día con fantasías de inmortalidad estimuladas por los resultados de los avances técnicos y por algunos eufemismos racionados con los actuales estilos de vida que niegan el sufrimiento y los límites.

El envejecimiento de la población es el resultado de un logro humano que, lejos de ser considerado un problema, habría que tomarlo como una oportunidad social.

La longevidad que una buena parte de la ciudadanía del mundo occidental puede alcanzar en este milenio es uno de los logros más importantes obtenidos por la sociedad en los últimos tiempos pero, en la medida que el objetivo no consiste solo en vivir más años sino en poder vivirlos mejor, se presenta una situación de alta complejidad social a la que dar

respuesta.

Los modelos asistenciales de atención a las personas mayores han sufrido cambios muy importantes. Han evolucionado desde los modelos de beneficencia de los años 80 hasta los modelos actuales que consideran que la atención a la vejez debe realizarse desde programas de asistencia integral a la salud que incluyan la calidad de vida de las personas mayores y de sus familias.[5]

La OMS propone considerar el proceso de envejecimiento en el marco del enfoque de la salud desde un modelo que abarca todo el ciclo vital. Debe admitirse que no nacemos viejos, sino que la vejez es una construcción que resulta del «hacernos viejos» como procesamiento de todas las fases recorridas por el sujeto a lo largo de la vida.

La vejez es el proceso del ciclo vital que lleva a los humanos a la muerte y, aunque no es en sí misma una enfermedad, la alta esperanza de vida que se alcanza hoy día conlleva un aumento de enfermedades crónicas y degenerativas, así como un alto grado de comorbilidad y de estados de dependencia.

Las características de los pacientes que acuden a la consulta con motivo de diversas disfunciones sexuales son un claro ejemplo del perfil descrito. Solo un 16,41% se encuentra libre de enfermedades y un 83,59% presenta algún tipo de enfermedad física. Las enfermedades más habituales son, entre otras, las neoplasias (16,76%), la prostatitis, los trastornos ansioso-depresivos y la diabetes.

El estado de indefensión y de dependencia de la vejez erosiona profundamente el narcisismo del ser humano y genera una herida en lo más íntimo del erotismo que sobrecoge la totalidad de la persona. La vejez se encuentra plagada de todo tipo de pérdidas: físicas, pérdida de status, muertes, dependencia, soledad y desarraigo; sin embargo, el impulso sexual, vital y relacional, motor del desarrollo y el vínculo humano desde el inicio de la vida, no se pierde, solo se transforma.

Desde esta perspectiva, se cree necesario que el dolor que causa el envejecimiento precise de una particular comprensión y una gratificación muy cuidadosa, singular en cada caso, para evitar desencadenar posibles manifestaciones psicopatológicas y posibles traumatismos.

## 2. Consideraciones clínicas

### 2.1. Proceso de envejecimiento

Muchos autores coinciden con el concepto del envejecimiento como un proceso pero consideran, por la necesidad de una clasificación normativa más que por otras razones, los 65 años de edad como el momento del ciclo vital que conduce a la edad avanzada. No

obstante, en la actualidad, la mayoría de ellos también coinciden en que la vejez viene determinada por el estado de salud y la calidad de vida más que por la edad en sí misma.[6]

Así pues, el abordaje asistencial de la persona anciana debe articular el estado singular de cada persona con aquellos universales que podemos considerar propios de la etapa vital de la vejez.[7]

La entrada en la vejez se caracteriza por dejar atrás de modo definitivo las etapas precedentes, del mismo modo en que la pubertad permite la entrada en la adolescencia a partir de los duelos correspondientes a las etapas infantiles. En ambas etapas, el cuerpo se convierte en escenario de transformaciones radicales que ponen claramente de manifiesto la unicidad constituida por la indisoluble psique-somática.

La percepción de los cambios corporales y del deterioro orgánico se convierte en una cuestión de carácter físico decisiva en el proceso de envejecimiento. El impacto psicológico generado por el deterioro que conlleva la vejez supone una seria confrontación con el narcisismo, ya que disminuye la confianza en uno mismo y el amor propio.

La pérdida de la fortaleza y de las capacidades físicas impone la visión del límite de la vida y de la finitud temporal, lo que puede desencadenar intensas ansiedades de muerte que, en ocasiones, se presentan en forma de ansiedades hipocondríacas, fóbicas o de somatizaciones muy desestabilizadoras para el equilibrio emocional.

Las cifras del Departament de Benestar Social del Ajuntament de Barcelona indican que un 13,2% de la personas mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad que afecta en alguna dimensión sus capacidades básicas.[*]

El proceso de envejecimiento promueve un estado mental de duelo a causa de las múltiples pérdidas que se producen en tres ámbitos básicos:[8]

- Ámbito biológico. Se produce una verdadera transformación en el cuerpo: la modificación de la imagen corporal genera una pérdida incomparable para el autoestima y el sentimiento narcisista del self, sobre todo si en mayor o menor grado se ve comprometida la salud físico-cognitiva, si se cronifica la enfermedad o si se afecta la autonomía.
- Ámbito social. La jubilación conlleva un conjunto de pérdidas: un cambio de rol y de hábitos, así como la disminución de la economía y la restricción en la interacción social. Exige una gran plasticidad psíquica para que no se acentúen las defensas psicológicas más rígidas y no limiten la readaptación.
- Ámbito de las relaciones y la intimidad. Se requiere soportar el intenso dolor emocional que supone la desaparición de muchos vínculos afectivos por cambios en la familia, separaciones y muerte de seres queridos.

El proceso de elaboración de este estado mental de duelo depende de la estructura de personalidad y de los recursos relacionales, emocionales y materiales de los que cada uno dispone. Debe destacarse que el curso de este proceso sigue una modalidad única y singular en cada persona. Es de suma importancia valorar el grado y la calidad de apoyo social de los que disponen las personas mayores, así como la capacidad que tienen para percibirlo. De todos modos, este período del ciclo vital es vivido en la mayoría de los casos como un momento doloroso y depresivo de la vida que puede desestabilizar el equilibrio emocional.

En la última etapa del ciclo vital, la ansiedad puede en la medida en que se encuentra sembrada por el miedo a la enfermedad, la indefensión, la dependencia, la soledad y a la muerte. Estos acontecimientos requieren las correspondientes necesidades de adaptación para no generar técnicas defensivas de mayor replegamiento o conductas regresivas que empobrezcan el desarrollo de este período de la vida. La ansiedad con respecto a la muerte activada por la percepción de la finitud y la incertidumbre de un futuro desconocido se transforma en un organizador psíquico. En el caso de la adolescencia, para la progresiva construcción de la identidad y, en el caso de la edad avanzada, para la resignificación de esta. La toma de conciencia profunda de que la vejez representa el avance hacia una etapa final convierte este período en un tiempo propicio para el balance y la atribución de significado del recorrido vital realizado. Todos los seres humanos tenemos interés por nuestro pasado y, en general, las experiencias vividas más significativas se comunican en forma de relato pero, en el caso de las personas mayores, el relato de las reminiscencias del pasado adquiere un alto valor terapéutico para enfrentar el problema de la vejez.

La experiencia clínica muestra la importancia que tienen las reminiscencias como respuesta adaptativa para las personas mayores. La posibilidad de realizar un trabajo para la elaboración de una narrativa propia que permita describir y dar sentido al destino que se han labrado repercute en la construcción o el afianzamiento de la identidad de las personas mayores. La revisión de la vida es un fenómeno natural que se caracteriza por devolver recuerdos del pasado a la conciencia y, concretamente, propicia la emergencia de antiguos conflictos no resueltos con la intención de poder reintegrar al «yo» estas experiencias revividas y reconsideradas.

La necesidad que los ancianos muestran de relatar su pasado una y otra vez para evocar recuerdos de experiencias infantiles propias, o vivencias familiares que solo tienen significado para ellos, es la capacidad descrita como *reminiscencia*.

Esta tendencia a comunicar de manera repetida distintas versiones de sus experiencias del pasado es una actividad que tiene efectos terapéuticos valiosos en la medida en que permite, por un lado, que se vayan produciendo algunas desidentificaciones parentales, y por otro,

que, de forma progresiva, se proceda a la reconstrucción, el afianzamiento o el descubrimiento de una identidad madura que aporte fortaleza y solidez a un «yo» que en esta etapa vital tiende a fragilizarse. La vejez constituye la última fase vital del desarrollo evolutivo, pero no por ello es una fase menos importante en la lucha para la constitución de la identidad del ser humano.

### 2.2. CONSULTA POR DISFUNCIÓN SEXUAL

Los pacientes que acuden a la consulta con motivo de alguna disfunción en el ámbito de la sexualidad buscan optimizar la respuesta sexual, pero pronto describen otra realidad que sostiene y explica el síntoma que promueve la consulta. En general, muestran de manera explícita o latente que se impone la necesidad de hablar sobre su balance vital. La mayoría de ellos se muestran desconcertados, aluden haber perdido los referentes con los que han transitado su recorrido evolutivo, así como el objetivo que durante años dio sentido a su vida, y describen una experiencia de desconcierto ante la idea de seguir viviendo sin este objetivo. En la consulta se atiende a hombres que confunden la disminución de la erección con la falta de deseo y la falta de deseo con un fracaso de su masculinidad. Hay hombres que no saben que con la edad el estímulo visual ya no alcanza como antes para obtener erección; otros están convencidos de que los cambios producidos en la mujer por la menopausia, como la disminución del deseo o la respuesta sexual más lenta, son efectos de su incompetencia sexual o del desamor. Muchos de ellos nunca entendieron la expectativa que la mujer tiene de la sexualidad.

También se atiende a mujeres que, ante la repetida experiencia de no sentirse correspondidas, terminan por abandonar las relaciones sexuales. Otras no pueden comprender que los varones no puedan apreciar la dimensión sensorial de la sexualidad y se obstinen en mantener solo relaciones sexuales coitales, sobre todo cuando ya no pueden como antes.

Hay ocasiones en que las relaciones sexuales son el vehículo para comunicar la insatisfacción, el reproche y el rencor acumulados a lo largo de la vida. En estos casos el vínculo sexual se utiliza para culpabilizar al otro y hacerle responsable de las limitaciones e incapacidades más íntimas que cada uno no ha podido gestionar. Muchas veces, hombres y mujeres buscan lo mismo sin saberlo: ambos persiguen la experiencia de descubrirse deseados en los ojos del otro, esperan la palabra que aún los designe objeto de deseo, de amor, de amistad, que los designe como un ser que tiene significado para el otro.

La práctica clínica permite observar, en las diversas manifestaciones de la sexualidad, escenarios en los que se representa el guión íntimo, secreto y sincero de los seres humanos.

En muchas ocasiones, detrás de una consulta motivada por disfunciones sexuales de hombres y mujeres de edad avanzada, se ocultan ansiedades de pérdida, temores a la enfermedad y la muerte, desorientación, soledad y desarraigo. Desde esta perspectiva, si bien todos los profesionales de la salud mental estamos de acuerdo en que mantener una vida sexual activa a lo largo de la vida es un signo de salud para las personas, se cree necesario destacar que la mejor respuesta asistencial no siempre es la resolución sintomática a toda costa.[9] En la práctica clínica se aborda el tratamiento de las disfunciones sexuales en la vejez a partir de protocolos asistenciales que contemplan este fenómeno clínico en el marco del continuum del desarrollo del ser humano. Nuestro dispositivo asistencial acoge el sufrimiento psíquico que encierran las narrativas vitales que se ocultan detrás de las disfunciones en la relación sexual.

Se abordan los trastornos de la sexualidad en pacientes de edad avanzada desde la perspectiva de la OMS, que propone la comprensión de la vejez como el resultado de un proceso. El envejecimiento es entendido como la transformación que sufre el sujeto a partir de la madurez a causa de las progresivas pérdidas biopsicosociales que el paso del tiempo impone.

Los procesos de cambio despiertan ansiedades en la medida en que incluyen algo nuevo, desconocido e incierto, pero no debe olvidarse que también incluyen el nacimiento de nuevas oportunidades, nuevas maneras de hacer para poder enfrentar los problemas.

El equipo asistencial parte de una visión realista de la vejez. Se propicia el reconocimiento y la elaboración del corolario de pérdidas que conlleva para fortalecer los recursos yoicos de la personalidad con el objetivo de revitalizar las funciones psicológicas, incluida la respuesta sexual, y promover la transformación y la creatividad en todas las áreas de relación de las personas mientras sea posible.

## 3. Abordaje asistencial de las disfunciones sexuales

En el ámbito de la intimidad sexual se conjugan una amplia variedad de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que es necesario tener presentes para comprender la naturaleza de las alteraciones sexuales con las que las personas llegan a la consulta. Es por esta razón que se propugna un abordaje asistencial multidisciplinar del trastorno sexual que tenga en cuenta la valoración de los factores orgánicos implicados, la naturaleza y características del malestar individual expresado y los factores relacionados con el estilo de vida que se despliega socialmente. Todo ello, con el fin de diseñar el plan de intervención más centrado y adecuado a las necesidades de la persona que requiere ayuda.

### 3.1. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

El marco conceptual de referencia que se utiliza para tratar las dificultades sexuales es el psicodinámico, esto es, una psicología basada en la relación. Son las emociones promovidas en el contexto de las experiencias relacionales las que dan un significado a los vínculos interpersonales en los que se sustenta la intimidad sexual. Desde esta perspectiva, los trastornos de la sexualidad no son meramente una inhabilidad mecánica de la respuesta sexual susceptible de ser entrenada o modificada, sino que son trastornos de los vínculos interpersonales. Así pues, la conducta sexual inadecuada es un síntoma que se entiende como la expresión de un malestar individual que no tiene que ser eliminado sino comprendido. Esto no excluye que puedan utilizarse técnicas procedentes de otros marcos conceptuales, siempre que puedan integrarse en esta visión relacional y de asistencia a la necesidad del paciente singular.[10]

Siguiendo a Camps y Mir,[8] los pacientes expresan, en el proceso de envejecimiento, un malestar que se entiende como una herida narcisista que necesita ser comprendida de forma individual para no provocar más sufrimiento. La salida de la desmoralización, la elaboración del sentimiento de que se ha interrumpido la continuidad personal y el reencuentro con unas vivencias que restablezcan el sentido de sí mismo como una persona valiosa y autoeficaz, solo son posibles si el terapeuta interviene con una actitud que empatice con las necesidades emocionales del paciente. Para ello, el clínico tiene que crear un espacio de encuentro terapéutico en el que pueda analizar con el paciente cuál es el funcionamiento mental que le impide acceder a una sexualidad satisfactoria y al establecimiento de un vínculo amoroso.

A partir de las manifestaciones psíquicas, físicas o interpersonales del malestar que se articulan una serie de intervenciones psicoterapéuticas cuyo propósito es aliviar o disminuir el sufrimiento que esconde el motivo de consulta, fortalecer las capacidades yoicas de los pacientes para que puedan enfrentar en mejores condiciones el impacto emocional causado por acontecimientos de fuerte significación afectiva y promover cambios saludables en la relación consigo mismo y con los otros.

Se considera que las capacidades yoicas son un índice de la fuerza de organización de la personalidad y de los recursos que pueden ser puestos al servicio del cambio personal. Bellak y Small[11] ofrecen una sistematización útil de qué contenidos se incluyen en este constructo clínico: capacidad de introspección, capacidad para diferenciar realidad interna y externa, capacidad para pensar en las consecuencias, capacidad de regulación y control de los impulsos y afectos, calidad de las relaciones intra e interpersonales, disponibilidad de los procesos de pensamiento (memoria, concentración, atención), eficacia del funcionamiento

defensivo, capacidad de integración de las incongruencias, capacidad para filtrar la estimulación, capacidad para conectar con los propios sentimientos, emociones y afectos, capacidad de adecuación entre el sentimiento de capacidad y la realización del mismo. En el mismo sentido, Aguilar *et al.*[12]sintetizan los aspectos esenciales a partir de los que se puede evaluar la fuerza yoica: la capacidad expresiva y comunicativa y la actitud frente a los problemas (nivel de realismo y reacción frente a la frustración).

Las personas inmersas en el proceso de envejecimiento tienen que hacer frente con estos recursos a unas tareas evolutivas que van a determinar que el tránsito por esta etapa de la vida sea más o menos exitoso. La manera particular de afrontar dichas tareas está influida por la naturaleza de las experiencias biográficas que han ido conformando una estructura de personalidad más o menos adecuada para realizar este recorrido de forma eficaz. Según Coderch[13] y Erikson,[14] en este momento evolutivo tiene que realizarse un trabajo psíquico consistente en una revalorización y una adecuación del mapa mental que ha servido hasta el momento como guía para la vida. Este trabajo de elaboración se dirige concretamente a la reconsideración de las experiencias vividas, el reforzamiento de la socialización personal, la adecuación de las metas y de los objetivos vitales, la reestructuración de las fuentes de autoestima o de la satisfacción narcisista, la recreación de relaciones humanas estimulantes y creativas, la integración de las expectativas con la realidad y el enfrentamiento con la muerte, que no deja de ser un enfrentamiento con la vida, es decir, con cómo se ha vivido.

En en los diversos encuentros relacionales, incluido el correspondiente a la intimidad sexual, es donde tienen lugar elaboraciones sucesivas que se orientan hacia la readaptación o hacia el deterioro o estancamiento y que pueden provocar diferentes manifestaciones sintomáticas. No obstante, lo más habitual es que exista una oscilación entre las dos tendencias.

Frente a esta situación vivencial y emocional que debe afrontar la persona que envejece, el terapeuta tiene que desarrollar, con tacto y suficiente capacidad empática, unas funciones psicológicas que son comunes a cualquier acto asistencial con efectos terapéuticos: capacidad de contención de las propias emociones y de las del paciente, capacidad de escuchar y comprender, capacidad de establecer y mantener una alianza terapéutica, capacidad de diferenciar las propias emociones de las del paciente y capacidad para retornar al otro algo clarificador.[15] Partiendo de estas funciones se establecen unos temas de trabajo con el paciente que se denominan *focos terapéuticos*. Un foco es una síntesis de ansiedades y de las maneras de afrontarlas (defensas) que conforman un patrón relacional que vamos a identificar y elaborar en diferentes contextos de vinculación. En los pacientes de edad avanzada los focos de intervención psicoterapéutica se organizan frecuentemente en torno a

grupos temáticos: clarificación de conflictos, elaboración de pérdidas y duelos, información y técnicas para optimizar el desempeño de la función sexual y desarrollo de hábitos de comportamiento saludables.[8]

Ninguno de los procesos evolutivos descritos está libre de un malestar psíquico que puede verificarse en las dificultades sexuales por las que consultan los pacientes. Puede afirmarse que, en las personas que se encuentran en un proceso de envejecimiento, las alteraciones sexuales expresan malestares provenientes de otras facetas de la vida que también deben tenerse en cuenta en el marco de la intervención. Aun cuando uno de los objetivos de la intervención sea la de ayudarles a revitalizar un funcionamiento relacional en el ámbito de la intimidad sexual, la finalidad global puede describirse como la de ayudarles a vivir el momento evolutivo por el que transitan.

### 3.2. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA E INDICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

En la estrategia terapéutica que se ha descrito, son las características del paciente las que van a guiarnos en la elección de la técnica de ayuda, más que el tipo de síntoma que presente. En un tratamiento que vaya en consonancia con la concepción de que la patología de la sexualidad es una patología del vínculo, es necesario delimitar las necesidades relacionales del paciente para centrar los esfuerzos terapéuticos. Para ello, se realiza una evaluación con la finalidad de obtener un conocimiento suficiente de la persona, de su malestar, de lo que lo provoca y de la forma como se expresa, así como el estilo de afrontamiento y de la motivación, para introducir cambios en el funcionamiento mental que transformen el sufrimiento o la manera de afrontarlo.

A continuación se muestra una manera de secuenciar la exploración diagnóstica, que en la práctica clínica se ha comprobado que facilita que el paciente pueda ir recorriendo el camino que va desde el síntoma sexual que ha motivado la consulta hasta el significado del síntoma en este momento de su vida y en el marco de la organización de su personalidad:[10,16]

1. *Explorar las características del síntoma que ha sido motivo de consulta*. Se trata de validar la demanda, de que el paciente se sienta entendido y de crear un clima favorable a la exploración personal cooperativa. Interesa conocer cuáles son las características del síntoma sexual. Se sabe que los síntomas no suelen presentarse aislados ni puros, sino que, por el contrario, son un conglomerado de quejas que confluyen en una insatisfacción global. Es importante conocer la historia de la sintomatología sexual: el momento de su aparición, su intensidad, la preocupación o sufrimiento explícito que provoca y quién está implicado en el malestar, en qué

circunstancias se produce y cómo se piensa que se podría solucionar dicho síntoma. En este terreno también es importante identificar otro tipo de trastornos psíquicos, aquellos que se incluirían en el eje clínico del DSM y que habitualmente son trastornos de la ansiedad y síntomas depresivos, así como las medicaciones que para tal efecto se estén tomando.[17] En este sentido es pertinente referir la alta comorbilidad de problemas psíquicos y físicos entre los pacientes que nos consultan por sus problemas en la sexualidad.

2. *Explorar la situación actual de la vida del paciente*. Se trata de comprobar la posibilidad de establecer vínculos con aspectos vivenciales y la capacidad de integrar la sexualidad en un contexto vital más amplio, puesto que no es cierto que sea una faceta de la vida que nada tiene que ver con las demás. Se muestra con detalle cómo puede intervenirse:
    - Explorar los acontecimientos vitales (cambios significativos) que acontezcan simultáneamente a la aparición del síntoma. Se trata de establecer hipótesis entre los sucesos que tienen consecuencias emocionales, que habitualmente son vividos como pérdidas, y el síntoma sexual que ha sido el motivo de la consulta. Si bien las enfermedades, la muerte de seres queridos, las separaciones, los cambios de trabajo o de residencia, etc. son acontecimientos que pueden impactar sobre el proceso evolutivo por el sufrimiento que comportan, no deben pasarse por alto otros acontecimientos de signo contrario como el ascenso laboral, el progreso económico, el triunfo, etc., Estos últimos también pueden cambiar la posición vital de la persona con respecto a sí mismo y a los demás, desencadenar ansiedades y movilizar unos significados que pueden alterar el equilibrio personal logrado hasta entonces.
    - Explorar el estilo de vida y la calidad del apoyo psicosocial. Se trata de observar la conciencia de aspectos de la manera de vivir que denoten una relación consigo mismo que no se ajusta a unas expectativas realistas, que contengan la fantasía de que no existen límites que regulan el comportamiento, que revelen que no existe un nexo entre los actos y las consecuencias de los mismos o que omitan la fragilidad somática derivada de su condición física. Por otro lado, la vivencia de apoyo psicosocial, que es el resultado de la interacción de factores ambientales o recursos sociales (familia, círculo de amigos, apoyo profesional, etc.) y de factores de personalidad, influye tanto en la manera de interpretar el malestar como en

el tipo de afrontamiento que va a utilizar la persona. Si bien el apoyo psicosocial tiene una doble vertiente, interna y externa, puede afirmarse que, dependiendo de la calidad de ese apoyo, el malestar puede ser vivido como una amenaza a la integridad personal o como una pérdida de algo o alguien significativo para la vida. Se observa que la forma en la que se intenta resolver el sufrimiento va a orientarse hacia el otro; en unos casos, como un objeto que se usa y, en otros, como una persona de quien se recibe lo que no se tiene. De esta forma, los vínculos interpersonales van a estar marcados por una atmósfera emocional particular (amor, odio o deseo de conocer) y por unos contenidos diferentes (apoyo, ayuda, consuelo, provisión de recursos, información, consejo, trabajo cooperativo de elaboración…) que definen lo que se espera recibir y lo que se cree recibir. En cualquier caso, la percepción de apoyo social está inextricablemente unida a los modelos vinculares de la persona. De hecho, lo que interesa desde el punto de vista de la indicación psicoterapéutica es si el paciente percibe que existe ese apoyo o que se puede movilizar en caso de necesidad.[18,19]

- Explorar la conciencia existente sobre el momento evolutivo en el que se encuentra. Se trata de observar si los hechos de la vida propios de la edad pueden ser mentalizados e integrados en la organización de la personalidad, y de comprobar si las consecuencias emocionales que se derivan tienen un carácter enriquecedor para la persona o, por el contrario, se convierten en una extrañeza que dificulta la adaptación a la nueva vida.

3. *Explorar la biografía del paciente para acceder a la organización de personalidad y establecer qué significado vivencial tiene lo que le está ocurriendo a la persona*. Para alcanzar una formulación sobre cómo se relacionan la organización de personalidad del paciente y los trastornos de la sexualidad, es necesario que se investigue acerca del tipo de evolución personal y las características de la relación con los demás en las diferentes etapas de la vida. El modelo propuesto por Harris y Meltzer,[20] Farré,[10] y Meltzer[21] para la valoración de la relación de objeto y la resolución de conflictos inherentes a toda relación significativa ofrece un continuum de funciones mentales que se extiende de la salud a la insanía. El modelo se organiza en torno a cuatro factores positivos y cuatro negativos. Los factores positivos son: capacidad para el desarrollo del amor en la relación con los otros, capacidad para hacerse cargo del sufrimiento mental propio y de los demás ante las dificultades que la vida comporta, capacidad para la esperanza basada en que los vínculos pueden ser creadores y

reparadores y capacidad para la defensa de la autenticidad en las relaciones y del pensar como modo de resolver los conflictos. Por otro lado, los factores negativos son: predominancia del odio en la relación objetal, incapacidad para asumir el sufrimiento mental propio y ajeno y tendencia a evacuarlo en los otros, promoción de la desesperanza, negación de la propia capacidad creativa y reparatoria y la de los demás, y defensa de la ocultación y del no pensar como forma de defensa frente a los conflictos. Si bien no todos los factores tienen el mismo grado de maduración, en conjunto permiten describir si en el modelo relacional del paciente predomina lo sano o lo perturbado. De los datos de observación clínica en los que hay que basarse, esto es, las interacciones y experiencias de vida relatadas por el paciente, las capacidades estructurales mostradas en la relación terapéutica y las evaluaciones sobre la propia persona y su manera de actuar, desarrolladas introspectivamente por el paciente de forma espontánea o a través de preguntas, debe destacarse la contratransferencia vivida por el terapeuta. Es decir, los sentimientos que el clínico experimente y evoque mientras se relaciona con el paciente y escucha sus comunicaciones son cruciales para hacerse una idea del nivel de integración y calidad de la estructura personal, así como de la posibilidad de un trabajo cooperativo orientado a la curación.[10]

A estas alturas del proceso diagnóstico ya pueden valorarse algunos de los prerrequisitos para un tratamiento psicoterapéutico (apertura mental, capacidad de mentalización, disponibilidad de recursos personales y sociales, capacidad de vinculación, motivación para el cambio y creencias acerca del problema), así como aspectos sobre el patrón relacional fundamental, sobre el conflicto psíquico predominante y la manera de manejarlo y sobre la organización de la personalidad y su nivel de integración. De esta forma, puede tomarse la decisión clínica sobre qué tipo de intervención es más adecuado para el tipo de problema que nos presenta el paciente en el momento de la vida en el que se encuentra y teniendo en cuenta las circunstancias.

### 3.3. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN Y RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS

El proceso de evaluación psicodiagnóstica no es solo una mera recogida de datos a la espera de que se decida iniciar la intervención psicoterapéutica, sino que se considera un elemento psicoterapéutico relevante y, como se verá más adelante, suficiente en algunos casos para responder a la demanda de ayuda.

¿En qué sentido es terapéutico? Pueden señalarse algunos aspectos qu9e lo indican:

permite dejar de sentirse extraño con uno mismo, moviliza el sentimiento de que se mueve activamente en alguna dirección y eso crea esperanza, restablece el sentimiento de individualidad y empieza a construir un relato con la ayuda del terapeuta que sirve para empezar a dar sentido a lo que inquieta y crea la posibilidad de definir qué transformaciones son queridas y deseadas.

En primera instancia, es interesante proponer este concepto amplio de la intervención psicoterapéutica y recalcar que su principal valor estriba en que está centrada en la necesidad del paciente. López[19] sistematiza de manera precisa las necesidades interpersonales de las personas en la vejez: la necesidad de sentirse seguros y estimados que en caso contrario da lugar a la soledad emocional, la necesidad de las relaciones sociales que en caso contrario da lugar a la soledad social y la necesidad sexual o necesidad de ser acariciado y acariciar, besar y ser besado, abrazar y ser abrazado, excitarse y excitar, disfrutar del placer sexual y, sobre todo, de la intimidad corporal y afectiva. Como bien señala el autor, es crucial que no se reduzca la sexualidad a la genitalidad, sino que se promueva una concepción de la sexualidad como espacio de intimidad sexual donde sea posible un contacto y una comunicación sensorial y afectiva con sentido. Asimismo, López reclama que la sociedad comprenda que los ancianos tienen el mismo derecho a vivir y satisfacer, como en cualquier otra etapa de la vida, sus necesidades interpersonales.

De acuerdo con los protocolos elaborados en el Servicio de Psicología Clínica, en el ámbito de las disfunciones sexuales, el abordaje psicológico de las diferentes formaciones sintomáticas puede realizarse desde dos grandes modalidades clínicas, según se establezca un predominio de los factores orgánicos o psicológicos. En el caso del predominio orgánico, la intervención psicológica se plantea como coadyuvante del tratamiento médico y, en algunos casos, su finalidad es la de atender a los efectos emocionales de la disfunción a través de intervenciones de apoyo o clarificación que favorezcan los resultados del tratamiento médico. En otros casos, la finalidad de la intervención psicológica tiene un carácter preventivo, dirigido a modular las expectativas sobre el tratamiento médico cuando estas no sean suficientemente realistas o a elaborar la aceptación de la imposibilidad de resolver el síntoma.

En cuanto al grupo de pacientes en el que se verifica un predominio de lo psicológico, la intervención psicoterapéutica también puede pensarse inscrita en dos grandes modalidades. Por un lado, la intervención que busca resolver el conflicto básico que subyace al síntoma o comprender la problemática emocional concreta, para lo cual se seleccionan algunos de los recursos terapéuticos que se describen más adelante. Por otro, la intervención psicoterapéutica que asume un carácter de orientación o *counselling* psicodinámico que

ofrece un marco de pensamiento que da respuesta a la urgencia, que previene dinámicas de descompensación y que orienta a la búsqueda de tratamientos sintomáticos de carácter médico que sustentan una organización de personalidad que no es tributaria de un tratamiento psicológico.

Camps y Mir[8] concluyen en su estudio que la Intervención psicoterapéutica breve (IPB), la Intervención psicoterapéutica de información (IPI) y la Psicoterapia de apoyo o clarificación (PA) son las que aportan mejores resultados clínicos en relación a la adquisición y el fortalecimiento de los recursos yoicos promotores de una mayor gratificación en todas las áreas de relación.

#### *3.3.1. Intervención psicoterapéutica breve (**IPB**)*

Este proceso de intervención se organiza alrededor de un foco de trabajo o foco clínico que es una delimitación del malestar en sus componentes de ansiedad, en sus mecanismos defensivos y en su sentimiento oculto, todo de lo que el paciente no tiene conciencia. El procedimiento consiste en buscar la manera de ir comunicando al paciente dicha problemática emocional con el fin de que pueda promover algún cambio de actitud y de conducta que le permita reanudar el desarrollo hacia una posición personal más saludable.

Este procedimiento está indicado en dos situaciones completamente extremas: la de aquellas personas con una estructura de personalidad integrada que disponen de gran capacidad de elaboración y resolución de los conflictos emocionales, y la de aquellas con una estructura de personalidad algo desorganizada que cuentan con pocos recursos personales y sociales y, por tanto, necesitados de una concreción de la problemática emocional de la que emerge su displacer, que favorezca que se movilicen los recursos disponibles y estrictamente necesarios.

#### *3.3.2. Intervención psicoterapéutica de información (**IPI**)*

Este proceso de intervención pretende aportar al paciente un nivel suficiente de conocimiento acerca de los problemas emocionales que le afectan con la finalidad de que aprenda a manejarlos mejor. La información ofrecida al paciente no se limita a la descripción objetiva de los hechos o datos que caracterizan el problema, sino que debe incluir una descripción de las características del funcionamiento mental con el que el paciente afronta su realidad y que son una descripción singular de su psiquismo.

Esta modalidad de intervención va construyéndose durante el proceso diagnóstico y se conceptualiza como una extensión de este, en la que el terapeuta está activo en la exploración de los aspectos vitales problematizados del paciente y en las aproximaciones

comunicativas que reestructuran el problema y lo abren a opciones de manejo que no podían ser contempladas hasta entonces. Generalmente, no conviene que el proceso supere las tres sesiones, tiempo suficiente para que el paciente se encuentre frente a la opción de solicitar un tratamiento más prolongado, que contará entonces con el requisito de su motivación y de su deseo.

Esta intervención se utiliza a veces en grupos de pacientes con el mismo tipo de patología, sin que se modifique el número de sesiones y la finalidad que se persigue, que podría definirse como una sensibilización psicológica y una apertura a perspectivas diferentes sobre su problemática personal.

#### *3.3.3. Psicoterapia de apoyo o clarificación (**PA**)*

Es un procedimiento terapéutico que tiene como finalidad ayudar al paciente a una correcta evaluación de los problemas actuales y a la consideración de los modos posibles de abordarlos. Para ello, el terapeuta mantiene un estilo de relación activo con el fin de evidenciar los aspectos más maduros de la personalidad del paciente y los recursos disponibles, es decir, sus capacidades y habilidades. Se trata de que el paciente vaya conformando una imagen de sí mismo más capaz, confiada y autoeficaz que le haga sentirse con más opciones y motivado para emprender las iniciativas que alivien sus dificultades personales y que le permitan lograr una adaptación más satisfactoria a su medio.

Conviene destacar que en ningún caso se intenta abordar aspectos de su funcionamiento personal arraigados en su estructura de personalidad, más bien al contrario, la pretensión es reforzar los recursos ya presentes, volverlos más disponibles y devolverles un valor que se había perdido. Es un procedimiento terapéutico adecuado para pacientes que no están en condiciones para afrontar sus problemas intrapsíquicos, bien sea por la falta de motivación o por la falta de integración de una estructura de personalidad de base que mantiene un grado de equilibrio suficientemente sólido para acometer un cambio personal de más envergadura, pues existe el riesgo de agravar la perturbación emocional.

## 4. Material clínico

### 4.1. Intervención psicoterapéutica breve: «Reactivar la sexualidad»

Se trata de un hombre de 65 años que consulta por disfunción eréctil de varios años de evolución. Después de la exploración médica, el andrólogo descarta la organicidad del trastorno y es derivado al Servicio de Psicología Clínica para una valoración diagnóstica. Como tratamiento de ayuda sintomática para la disfunción eréctil, el especialista le ha

prescrito Vardenafil (Levitra®), pero el paciente manifiesta que no le va bien, ya que no le es de suficiente ayuda para paliar el trastorno que presenta en la sexualidad.

- Datos de interés respecto a su situación actual: presenta una cardiopatía de varios años de evolución que, cinco meses antes de la consulta por la disfunción eréctil, precisó de cirugía para implantar dos stents. Es diabético tipo I (no insulino dependiente), obeso y tiene hipertensión arterial diagnosticada hace varios años y controlada por su médico de cabecera. A pesar del estado somático que presenta, el médico especialista descarta que lo orgánico sea determinante en el trastorno que ha motivado la consulta. Hace tres años el paciente se separó de su primera mujer, después de 38 años de casados y hace dos años ha reiniciado una nueva relación de pareja con una mujer 15 años más joven que él. Tiene tres hijos de su primer matrimonio y varios nietos. Sigue activo laboralmente aunque se jubilará en pocos meses.
- Exploración psicodiagnóstica: durante las entrevistas diagnósticas, el paciente muestra un tono excitado en el relato de lo que le pasa y poco conectado con la realidad física, relacional y sociofamiliar que presenta. Menciona que en los últimos 10 años de relación con su exmujer abandonaron la sexualidad y que ahora quisiera reactivarla. Explica que se encuentra muy bien, «como un chaval», y que el motivo por el que no funciona debe de ser algún tipo de bloqueo psicólogico. Le pareció un alivio que el andrólogo lo derivara al psicólogo e incluso expresa su deseo de haber consultado antes. Insiste en que hace tiempo que no está centrado. Además del trastorno en la sexualidad, asegura que lo demás «va todo muy bien». No hay nada que le preocupe en estos momentos («mi exmujer está deprimida desde la separación, pero mis hijos ya la cuidan») y él, en general, se encuentra muy bien. También comenta que tiene la impresión de perder la memoria, ya que hay fases de la vida que tiene absolutamente olvidadas y por más que lo intente no recuerda nada, no logra recordar las cosas que ha dejado atrás. Se jubila en breve y quiere estar bien.
- Evaluación psicodiagnóstica: de la exploración psicodiagnóstica destaca que al paciente le cuesta conectar con su estado físico; presenta un tono excitado, de negación de la realidad y con poca capacidad para conectar con las pérdidas del momento actual (el propio estado de salud, lo que implica la jubilación y la depresión de su exmujer a raíz de la separación). No hay propiamente un sentimiento de haber perdido nada. Escinde de la memoria los sentimientos depresivos que han quedado atrás y dificulta, así, toda posibilidad de elaboración de

los duelos que condensa el momento vital que atraviesa. El mecanismo de negación de la experiencia emocional se corresponde con la proyección de estas emociones en el cuerpo y es por ello que las expresa, somáticamente, en forma de trastorno de la sexualidad (disfunción eréctil). Por el momento él no puede hacerse cargo de su historia, pero busca que los otros se hagan cargo de ella: los hijos (que cuidan de su exmujer) y los profesionales de la salud mental que le «reactivarán la sexualidad». Ante el momento vital en el que se encuentra (reconstrucción de una nueva pareja, pérdida de la situación familiar anterior, estado delicado de salud, jubilación), el paciente presenta ansiedades de muerte, de separación y de pérdida. Las defensas desplegadas ante tales ansiedades son: la excitación, la negación, la reactivación de la sexualidad a toda costa y la consideración del síntoma como protección de la salud (bloqueo de la función sexual como una forma de no poner en riesgo su estado vital por los serios problemas cardíacos). El sentimiento oculto frente a esta organización es la desvalorización personal, la pérdida de identidad y el sentimiento de no tener suficiente valor para mantener el nuevo vínculo de pareja.

- Indicación psicoterapéutica: dadas las características particulares del paciente (una organización de la personalidad que, a pesar de estar basada en la negación del malestar y las dificultades para conectar con las pérdidas, ha podido construir una familia y una nueva relación de pareja), el momento vital en el que se encuentra (un delicado estado de salud del que no es consciente, la creación de una nueva pareja, la jubilación), y la motivación para poder vincular el trastorno por el que consulta con experiencias vividas (un bloqueo de la sexualidad que entiende que tiene que ver con que ha bloqueado algo en él hace años), se le indica una intervención psicoterapéutica breve (IPB). El foco de la intervención se orienta hacia este sentimiento de «no estar centrado», y se le hace ver que está centrado en olvidar los duelos que conforman el pasado, por lo que se proyecta hacia el futuro de manera maníaca, a través de la reactivación de la sexualidad. El trabajo psicoterapéutico incide en mostrarle que centrarse implica conectar con el presente de manera realista y revitalizar los aspectos creativos de la personalidad a través del reconocimiento y la recuperación, de manera reparadora, de los aspectos históricos.
- Evolución del proceso psicoterapéutico: el tratamiento evolucionó de manera favorable y se consiguió disminuir la ansiedad y la excitación general. Poco a poco el paciente pudo ir reconociendo la equivalencia entre su deseo de reactivar la sexualidad a toda costa y la necesidad de reasegurar el vínculo de pareja. En conclusión, disminuyó la autoexigencia respecto a la respuesta sexual, inició una

nueva modalidad relacional para asegurar la pareja más allá de la sexualidad, desarrolló una mejor comprensión de la conveniencia e cuidar su salud (durante el proceso psicoterapéutico sufrió nuevos trastornos cardíacos) y mejoró su respuesta sexual ahora con expectativas más realistas y adecuadas al momento que vivía y se mostró muy agradecido por el tratamiento.

### 4.2. PSICOTERAPIA DE APOYO O CLARIFICACIÓN: «VENGO POR ELLA, PORQUE YO NO LO NECESITO»

Se trata de un hombre de 65 años que consulta por una falta de deseo sexual. Hace aproximadamente ocho años perdió todo el interés y las ganas de tener relaciones sexuales. Después de la exploración médica con el andrólogo, que descarta la organicidad del trastorno del deseo, es derivado al servicio de Psicología Clínica para una valoración diagnóstica. Como tratamiento de ayuda sintomática, el especialista le ha prescrito Vardenafil (Levitra®), que el paciente dice no utilizar.

- Datos de interés respecto a su situación actual: presenta un buen estado general de salud. Está casado desde hace 30 años, tiene dos hijos y varios nietos. En el momento de la consulta, hacía dos meses que el paciente se había jubilado. Es de origen latinoamericano.
- Exploración psicodiagnóstica: en el proceso psicodiagnóstico explica que no necesita el tratamiento sintomático. Afirma: «no tengo problemas con la sexualidad. Salvo en un momento que tuve algunos gatillazos, pero después no he tenido ganas. Si no tengo ganas, ¿qué hago tomando una pastilla?». Menciona que siente una gran incomprensión acerca de su estado anímico y de su falta de deseo. Cree que no tendría que estar así, sin ganas, porque la relación con su mujer es muy buena. Dice que no hay problemas de pareja, que se llevan muy bien y que la sigue encontrando muy atractiva. Comenta que los médicos insisten en que no tiene problemas físicos y que se encuentra realmente bien, con muy buen estado de salud. Hace el siguiente comentario: «no lo entiendo, no me entra en la cabeza por qué no tengo ganas». Le sabe mal por su mujer, porque ella no tiene la culpa y, aunque dice que no le importa, cree que se lo dice para que no se sienta mal. Asmismo afirma: «yo vengo por ella, porque la verdad es que yo no lo necesito. Si no fuera por ella yo no vendría, pero creo que se lo debo». De su mujer dice que se dedica mucho a los nietos. Desde la jubilación él comparte con su esposa el cuidado de los nietos, aunque también buscan tiempo para la relación de pareja. Destaca una y otra vez que «todo, todo, todo va bien excepto esto del sexo». De su historia biográfica

destaca que vino de Sudamérica hace más de 30 años y que el resto de su familia de origen sigue allí. A veces piensa en su madre, que desde que falta su padre está más sola. Tiene los otros hijos (sus hermanos) pero él no está con ella acompañándola. Dice que él no sabría qué hacer ni como vivir sin su mujer: «lo es todo para mí. Estamos juntos desde los 18 años, toda la vida. Somos una sola cosa». A continuación comenta que su mujer tuvo un cáncer en la matriz hace 10 años. En la actualidad ella está bien, le realizaron una histerectomía y pudo afrontar la enfermedad y el tratamiento oncológico en mejores condiciones que él. En la actualidad ella no da importancia al problema de la sexualidad y le dice a su marido que exagera, que ya lo han pasado bien muchos años y que ahora están para otras cosas. Además, ella le ha comentado que «con estar juntos y quererse» ya le es suficiente, pero el paciente cree que se lo dice para tranquilizarle. Dice: «a mí me preocupa (la falta de deseo) por ella, de hecho, es por ella por quien vengo, porque yo no siento ninguna necesidad. Si yo estuviera solo no sería un problema para mí, pero es por ella. Lo debe pasar mal y es por mi culpa. Creo que esto no es correcto. Tengo la obligación de hacer algo y ahora que estoy jubilado y tengo tiempo creo que es buen momento para mirarlo». El paciente se describe como una persona meticulosa, perfeccionista y que siempre quiere hacer las cosas de manera muy correcta. Cree que es luchador y que ha podido afrontar las dificultades que la vida le ha deparado en buenas condiciones y sintiéndose bien preparado para «echar siempre adelante». Encaró la emigración de su país para mejorar y siente que ha trabajado fuerte para sostener a su familia.

- Evaluación psicodiagnóstica: de la exploración diagnóstica destaca un paciente que está muy disociado de los afectos que las experiencias comportan, y que se describe como alguien capaz «para echar siempre adelante». Lo que no puede ver es que ahora corresponde luchar en otra línea, conviene tener fuerza yoica (capacidad para conectar con los propios sentimientos y emociones), para tramitar pérdidas: el padre, la familia de origen, una pareja histerectomizada, el cambio de estatus laboral y familiar (pasar de hacer de padre a hacer de abuelo). Muestra, también, que está preparado para afrontar y resolver situaciones precarias (la emigración de su país, la llegada a un entorno extraño, tirar hacia adelante su propia familia), pero su organización mental no está preparada para reconocer las precariedades por sí mismo. De hecho, el paciente cree que es su mujer quien tiene necesidades que no confiesa y que él debería poder resolvérselas. Necesita mantener una imagen de sí mismo idealizada, completa y llena de recursos para poder alimentar a los demás.

No se ve capaz de divisar una nueva imagen de sí mismo por el miedo a caer en la depresión. Ante el momento vital en el que se encuentra (debe revitalizar una relación de pareja con su mujer no basada en las relaciones sexuales sino pudiendo acercarse a ella desde la ternura y el reconocimiento de lo vivido anteriormente, cambiar de estatus personal y social, pasar de ser el padre de familia a ser el abuelo que cuida de los nietos), el paciente presenta ansiedades de muerte y de pérdida. Las defensas desplegadas ante tales ansiedades son la proyección de sus propias dificultades en su mujer, la creencia de que cuidar de ella significa recuperar una sexualidad que hace tiempo que no tienen y la evitación de experiencias (disociación del dolor que comportan las experiencias vividas a raíz de la enfermedad de la esposa). El sentimiento oculto ante toda esta organización es la depresión y la indefensión.

- Indicación psicoterapéutica: dadas las características particulares del paciente (una organización de la personalidad que necesita mantener una imagen de sí mismo idealizada sin poder conectar con las dificultades actuales, esto es, el miedo a la pérdida de la esposa y miedo a la caída depresiva), el momento vital en el que se encuentra (recién jubilado pero con proyectos creativos alrededor del poder cuidar de su familia así como una buena relación de pareja, a pesar de las dificultades en el ámbito de la sexualidad), la poca motivación para comprender el origen de su trastorno y las dificultades para vincular las experiencias vividas con el trastorno por el que consulta, se le indica una intervención psicoterapéutica de apoyo o clarificación. El foco de la intervención está orientado a preservar las defensas del paciente y a no promover una introspección que no parece que él demande (él no vendría porque no tiene ninguna necesidad, solo viene para ser más capaz de resolver los problemas y las necesidades de los demás, es decir, de su esposa). El trabajo psicoterapéutico consiste en mostrarle que la mujer no miente para que esté tranquilo, sino que él se miente a sí mismo para estar tranquilo, diciéndose que no tiene ganas, en lugar de decirse que tiene miedo de no poder dar más placer a su mujer como antes por los «gatillazos». Se le ayuda a ver que «no está obligado a dar». Ya ha dado suficiente y ahora debe aprender a recibir la comprensión y la ternura de su mujer, así como la ayuda del tratamiento sintomático que asegurará la respuesta sexual, que desde que «alguna vez empezó a fallar» ha preferido dejar de hacer la experiencia antes que verificar que, tal vez, él no podría.
- Evolución del proceso psicoterapéutico: el tratamiento evolucionó favorablemente, aunque se despidió antes de su finalización. Nunca reconoció que temía «el

gatillazo». Pudo escuchar las intervenciones en el curso psicoterapéutico en silencio, pero no las llegó a aceptar y siempre dejó en el aire que el problema es que «no tenía ganas y que nadie, ni siquiera el terapeuta, entendía la razón». A pesar de ello, empezó a tomar el tratamiento sintomático y verificó sus efectos. Progresivamente mejoró su respuesta sexual y el deseo de tener relaciones sexuales. En el momento que empezó a estar mejor dijo que le había salido un «trabajito» y que no podría acudir más a la consulta.

### 4.3. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE INFORMACIÓN: «A MÍ NO ME PASA NADA»

Se trata de un hombre de 70 años que consulta por una disfunción eréctil de un año y medio de evolución, a raíz de una intervención quirúrgica por prostatectomía radical. Presenta la enfermedad del Peyronie (incurvación del pene) que no le impide la relación sexual, pero limita las opciones de tratamiento sintomático. Le han propuesto un implante de prótesis peneana como alternativa para la disfunción eréctil, pero el paciente no tiene claro si aceptar. Por este motivo el especialista lo deriva al Servicio de Psicología Clínica, para una valoración diagnóstica y para ayudarlo a clarificar la alternativa propuesta de tratamiento para el trastorno que ha motivado la consulta.

- Datos de interés respecto a su situación actual: hace cinco años se sometió a una intervención quirúrgica por un problema digestivo en la que estuvo a punto de perder la vida. Hace dos años le realizaron una prostatectomía radical para extirpar un tumor de próstata que ha cursado con los siguientes efectos postquirúrgicos: disfunción eréctil, eyaculación retrógrada y disminución en la sensación de orgasmo. En este caso, la organicidad del motivo de consulta es determinante y por ello se le propone el implante de prótesis. Está casado desde hace 40 años, tiene tres hijos y varios nietos.
- Exploración psicodiagnóstica: durante el proceso diagnóstico el paciente dice que no le pasa nada, que «con su mujer está bien, todo va bien, pero no puede mantener relaciones sexuales con ella». Explica que se dedican los dos a cuidar de los nietos como una forma de ayudar a sus hijos. También dice que, ahora que ya está jubilado, quisiera tener más relaciones, pero no puede. Le han dicho que con una prótesis podría hacerlo más, pero expresa dudas sobre cómo funciona y sobre su eficacia. Expone constantemente estar bien, y comenta que ahora que ya está jubilado y que se encuentra en buenas condiciones, debería poder mantener más relaciones con su mujer. Habla muy poco de las experiencias vividas acerca de las

enfermedades y de lo que estas han significado para él: la experiencia de muerte, la enfermedad oncológica y las secuelas que le ha dejado. Pregunta sobre la prótesis, qué es y cómo funciona, y si le va a servir en la realidad. Al explorar lo que piensa su mujer acerca de esto dice que ella no quiere, prefiere que él esté bien y que no tenga que pasar por quirófano de nuevo. Él comenta: «deberíamos poder tener más relaciones», «además, si el médico me dice que me va a ir bien… pues será que es cierto».

- Evaluación psicodiagnóstica: se observa que presenta un pensamiento operatorio, que procesa el valor de los vínculos y de las relaciones desde la cantidad y la calidad pragmática. No presenta noción de conflicto y tiene poca imagen de su mundo interno. Quiere que los médicos (el andrólogo y el psicólogo) le digan lo que le puede ir bien y lo que no y él seguirá las indicaciones que se le den. No le pasa nada, pero consulta al Servicio de Psicología porque le han dicho que lo haga; se pondría una prótesis porque le han dicho que puede ser bueno. Ante su situación vital presenta ansiedades que están corporalizadas y somatizadas (a él no le pasa nada, no tiene nada, pero tampoco entiende la situación en la que se encuentra). Ante estas ansiedades despliega un funcionamiento mental en el que predomina la poca mentalización de las experiencias vividas. Todo ello da lugar a un sentimiento oculto de una posición de dependencia regresiva (hará todo lo que le digan los demás, en este caso los médicos).
- Indicación psicoterapéutica: dadas las características particulares del paciente que presenta una organización de la personalidad con pocos recursos para afrontar la situación actual (tomar la decisión de colocarse el implante o no), el momento de la vida en el que se encuentra (estado de salud crítico en una ocasión, la experiencia de la enfermedad oncológica, la recién jubilación), las dificultades para conectar con las experiencias vitales vividas y el poco interés para comprender lo que le pasa, se indica una intervención psicoterapéutica de información (IPI). Se realiza una intervención de carácter pedagógico centrada en dar información sobre la relación de la cirugía con los efectos secundarios. Se le ayuda a contextualizar las relaciones sexuales con el vínculo emocional de la pareja y se le proporciona una idea de la sensorialidad de les relaciones sexuales más amplia que el coito.
- Evolución del proceso psicoterapéutico: al finalizar la intervención, el paciente decidió someterse al implante de prótesis peneana, y pudo hacerlo con expectativas realistas sobre su funcionamiento, entendiendo mejor las necesidades de su esposa y pudiendo enfocar la sexualidad hacia una relación más afectiva.

## 5. Conclusiones

Los pacientes de edad avanzada que hoy acuden a la consulta especializada en disfunciones sexuales, a través de la modalidad de presentación de la demanda de tratamiento, reflejan la complejidad de los efectos sociales paradójicos generados por las aplicaciones de los avances tecnológicos.

Por una parte, son usuarios que demandan atención asistencial de alta tecnología para resolver con un acto clínico eficaz el compromiso sintomático por el que consultan. Esta parte de la demanda suele estar muy influenciada por los ideales sexuales de moda que proponen la actividad sexual como un objeto más en el mercado de consumo, una actividad que las personas pueden consumir de manera absolutamente escindida de la vida afectiva.

Pero, desde hace más de un siglo, sabemos que la sexualidad se construye desde los inicios de la vida a partir de los vínculos primarios y es inseparable de la organización de la personalidad. Desde esta perspectiva, cualquier intento que trate de negar o renegar su existencia está condenado al fracaso o a su compensación con la formación de síntomas.

Un dispositivo asistencial organizado desde la interdisciplina, con un enfoque biopsicosocial y dotado con los recursos adecuados para realizar un abordaje clínico con una visión integral de la salud, permite que los pacientes muestren pronto la otra parte de su demanda. En este caso, las expectativas de tratamiento, explícitas o no, presentan un rostro completamente distinto en el que se muestra la fragilidad y los temores que esperarían ocultar con una función sexual mecánicamente competente.

Se entiende que la evaluación de la demanda de tratamiento de las disfunciones sexuales debe realizarse, de manera inexcusable, de forma integradora desde la perspectiva biopsicosocial, para poder establecer las verdaderas necesidades del paciente y determinar la indicación de tratamiento más allá de la resolución sintomática y atendiendo al origen, al grado y a la cualidad del sufrimiento o presencia de psicopatología.

Todas estas circunstancias justifican que, en el Servicio de Psicología Clínica, el objetivo fundamental de la asistencia a las personas mayores con disfunciones sexuales no sea el paradigma de la curación, sino hacia el paradigma del cuidado, que pone el acento prioritario en la atención a la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar.

## Referencias bibliográficas


1. Bauman Z. Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
2. Bauman Z. Mundo Consumo. Barcelona: Paidós; 2010.

3. Beauvoir S. La vejez. Barcelona: Edhasa; 1982.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Llibre blanc de la gent gran activa. Biblioteca de Catalunya; 2002.
5. García JL. La sexualidad y la afectividad en la vejez [Internet]. Informes Portal Mayores 2005. Citado junio 2011. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf
6. Birren JE, Schie KW. Handbook of the psychology of aging. Nueva York: Academic Press; 2002.
7. Pérez Salanova M, Yanguas Lezaun J. Persones grans, vells, adults grans, sèniors, ancians: l'heterogeneïtat com a element distintiu. DCidob. 2002; 82 (Envelliment): 4-7.
8. Camps N, Mir A, Segarra M. La sexualidad en la edad avanzada: un estudio retrospectivo del abordaje asistencial de los trastornos sexuales en pacientes mayores de 65 años. Act Fund Puigvert. 2008; 27(4):131-139.
9. Yanguas JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio Imserso «Infanta Cristina» 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
10. Farré Ll. El proceso psicodiagnóstico de los trastornos de la sexualidad. En: Pomerol JM, Arrondo JL. Práctica Andrológica. Barcelona: Masson; 1994. p. 470-472.
11. Bellak L, Small L. Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax México; 1988.
12. Aguilar J, Oliva MV, Marzani C. L'entrevista psicoanalítica. Barcelona: Columna; 1998.
13. Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder; 1990.
14. Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós; 2000.
15. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental de Catalunya. La Psicoteràpia en la xarxa pública de Salut Mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut: Planificació Sanitària; 2004.
16. Camps N. La pareja en proceso de reproducción asistida. Aspectos psicoemocionales y éticos. En: Arrondo JL. Actualización en Andrología. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 1999. p.136-149.
17. Jarne A, Talarn A. Manual de Psicopatología clínica. Barcelona: Herder, 2011.
18. Cierpka M, editor. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) – Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona: Herder; 2008.

19. López F, Olazábal JC. Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide; 2005.
20. Harris M, Meltzer D. Familia y Comunidad. Buenos Aires: Spatia; 1990.
21. Meltzer D. Metapsicología ampliada. Buenos Aires: Spatia; 1998.

* Fuente: Programa Municipal per a la gent gran 2006-2010. Regidoria de Benestar Social. Ajuntament de Barcelona.

# 11
# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER

*Núria Gondón*

## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en Europa el 25% de la población tiene más de 70 años ya que, en la primera mitad del siglo XX, el número de personas de más de 65 años se multiplicó por cuatro.[1] En España, en el año 2000, la edad media de las mujeres era de 82,5 años y la de los hombres estaba en 75,3 años.[2] La edad máxima de esperanza de vida, entre los humanos, está entre los 100 y 110 años.[2]Todos estos datos revelan que estamos ante una población donde el envejecimiento es notable y donde hay una tendencia al alza. En esta población anciana, el cáncer es un importante problema de salud y una de las principales causas de enfermedad y mortalidad. Actualmente hay en España entre 200 y 400 nuevos casos de cáncer por 100.000 habitantes, con un predominio del sexo masculino adulto.[3] La incidencia y la prevalencia del cáncer ha aumentado en los últimos años a medida que lo ha hecho la esperanza de vida.

Es sabido que existe una relación entre el cáncer y la edad cronológica puesto que, a más edad, mayor es la incidencia y el cáncer coexistirá con otras enfermedades habituales en los pacientes ancianos. El cáncer más habitual en el envejecimiento es el cáncer de piel, seguido del cáncer de vesícula biliar, cáncer labial, de colon, de mama, de páncreas, cáncer de estómago, de próstata y el mieloma. La muerte en el anciano, en un 85% de los casos, está causada por siete tipos preferentes de enfermedad:[4] arteriosclerosis, diabetes, enfermedad de Alzheimer y demencias, hipertensión, obesidad, sistema inmune y cáncer (con un aumento del 17% en las últimas décadas).[3] El diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el anciano deben abordarse de manera multidisciplinar ya que estos pacientes están afectados por diferentes grupos histológicos y además las medidas terapéuticas necesarias para el control de la enfermedad son de tal agresividad que deben ser consideradas en el contexto del organismo anciano sobre el que se asientan. Suelen presentar una menor reserva funcional y una mayor cormobilidad, por lo que es frecuente que el tratamiento provoque la aparición de efectos secundarios de mayor frecuencia y gravedad que los que provoca un tratamiento terapéutico.

Según Kübler-Ross,[5] los ancianos, por lo general, afrontan la muerte con la experiencia de toda su vida y esto les lleva a aceptarla mejor que el joven o el adulto. Por otro lado, el hecho de que convivan con multipatologías reporta un alto grado de fragilidad. En nuestra

sociedad, el anciano tiene menos apoyo social y familiar que el adulto y suele ser menos consultado sobre las decisiones terapéuticas ante la aparición de un cáncer.

## 2. ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer es un grupo heterogéneo y numeroso de enfermedades malignas, caracterizadas por una proliferación anormal (anaplásica, autónoma, progresiva y destructiva) de células, de origen genético monodonal, que si no se le aplica un tratamiento conduce a la muerte precoz del individuo.[4] El rasgo biológico más característico del cáncer es la metástasis, que es la invasión de un foco canceroso inicial a un órgano distinto. Generalmente, la propagación se realiza a través de la vía sanguínea o linfática, que provoca que las células cancerígenas se desplacen a través de la circulación sanguínea para después crecer y desarrollarse en un nuevo foco en tejidos normales de otra parte del cuerpo. En las metástasis, las células tumorales pierden el control de su orden y forman conglomerados celulares desordenados.

Existen 98 localizaciones de tumores malignos y 39 cánceres *in situ*, esto es, que no se han desplazado del lugar original y no han invadido a otros tejidos que lo rodeaban, por lo que sus manifestaciones dependen de características biológicas propias y del lugar de su aparición.[4]Existen factores de riesgo para la aparición de un cáncer que pueden ser agentes físicos (como las radiaciones persistentes, el tabaco, el alcohol, o una dieta inadecuada), o factores ambientales. Para estos factores de riesgo existe una conducta preventiva a dos niveles:

- Prevención primaria. Implica prevenir la aparición del cáncer evitando los factores etiológicos o factores de riesgo.
- Prevención secundaria. Supone diagnosticar la enfermedad en la fase precoz a través de pruebas de diagnóstico precoz.

### 2.1. ETIOPATOGENIA DEL CÁNCER EN EL ANCIANO

Los estudios epidemiológicos identifican la edad del sujeto como un factor de riesgo de padecer cáncer. Por otro lado, diversas teorías[6] defienden la predisposición del anciano a sufrir una neoplasia, por varios motivos:

- Sufre una exposición prolongada a carcinógenos y carcinogénesis, ya que es una exposición sumatoria y acumulativa.

- Puede sufrir alteraciones metabólicas como la disminución de la función renal y, en menor grado, de la hepática, así como la atrofia de las mucosas digestivas, secreciones gástricas y tendencia al hipotiroidismo.
- Puede presentar alteraciones del sistema inmunitario, ya que con la edad hay un menor número de linfocitos T que son los responsables de coordinar la respuesta inmune celular, y una menor capacidad de eliminación de células tumorales.
- Puede aplicarse la la teoría de los Radicales Libres, que son grupos de átomos con un electrón no apareado, que reaccionan con numerosas moléculas y que pueden producir una lesión celular, roturas cromosómicas y mutaciones.

Es difícil realizar técnicas de cribado en la población anciana y esto dificulta el diagnóstico precoz del cáncer. Esto puede explicarse por la cormobilidad de otras enfermedades crónicas que enmascaran las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas, así como por el proceso de deterioro asociado al envejecimiento y los cambios conductuales que pueden asociarse a las primeras fases de otras lesiones también muy comunes en la vejez.

Las causas del cáncer son numerosas y se han realizado muchos estudios sobre ellas, por lo que solo se exponen a continuación las principales y reconocidas en su totalidad:[7]

1. Factores inmunitarios. Las células del sistema inmune, a través de los linfocitos T citotóxicos, los linfocitos b, los linfocitos *natural killer* (NK) y los macrófagos, reconocen y destruyen a las células anormales, pero pueden sufrir alteraciones e impedir su destrucción. Esto ocasiona, por el contrario, la proliferación de las células malignas. En las inmunodeficiencias adquiridas, el anciano corre mayor riesgo de padecer una enfermedad neoplásica en relación a la población adulta.
2. Factores infecciosos. En la oncogénesis se ven involucrados diferentes virus y parásitos y esto produce antígenos en la membrana y en el citoplasma de las células infectadas.
3. Factores físicos. Existen factores físicos, como los rayos solares, las inflamaciones por prótesis, los traumatismos o la ingesta de cáusticos, que pueden inducir a la proliferación de las células y que estas se transformen en neoplásicas.
4. Factores químicos. En ciertos procesos industriales existen carcinógenos orgánicos e inorgánicos que pueden afectar a ciertos grupos de profesionales que los manipulen o estén expuestos a ellos.
5. Factores hormonales. Algunos de ellos están relacionados directamente con diferentes tipos de cáncer. Así, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la

promiscuidad y un elevado número de embarazos se relacionan con la aparición de un cáncer de cerviz, del mismo modo que la menarquía precoz, la menopausia tardía y la edad tardía del último embarazo están relacionados con el cáncer de mama.

6. Factores familiares y étnicos. Las características genéticas familiares heredadas pueden contribuir a la aparición de un cáncer. Los principales que se conocen son:
    - Cáncer de mama. Producidos por la mutación del gen BRCA-1 Y BRCA-2,[4] comprenden entre el 5 y el 10% de todos los cánceres.
    - Síndromes de neoplasias endocrinas múltiples.
    - Cáncer colorrectal hereditario o Síndrome de Lynch. Comprende el 5% de los cánceres colorrectales.

La distribución por localizaciones cancerígenas varía entre sexos, exceptuando el cáncer de piel no melanoma, tal y como se expone en los gráficos del Dr. López-Lara Martín.[4]

### 2.2. TRATAMIENTOS BIOMÉDICOS NEOPLÁSICOS

Es preciso valorar si los pacientes ancianos se beneficiarán o no con los tratamientos estándar, o sea, si los riesgos son mayores que los beneficios. Para ello es necesario realizar una valoración multidisciplinar en el ámbito médico, social y psicológico. Al tomar una decisión deben considerarse distintas variables. Una de ellas es la esperanza de vida, que debe sopesarse en el anciano con cáncer: a los 85 años, la esperanza de vida media es de cinco o siete años más.[8] Es imprescindible evaluar la capacidad de independencia para llevar a cabo las actividades diarias, o la situación social del anciano, que puede hacer inviable tratamientos que exijan traslado diario al centro hospitalario o procedimientos quirúrgicos especiales. El paciente debe participar de la decisión sobre su terapéutica pero para ello es indispensable recibir información fidedigna.

La calidad de vida es una valoración subjetiva del paciente y es necesario saber los beneficios que un determinado tratamiento puede tener sobre esta, que incluye los siguientes aspectos: síntomas somáticos, capacidad funcional, bienestar familiar y emocional, espiritualidad, satisfacción con el tratamiento, orientación hacia el futuro, sexualidad, imagen corporal, función social y ocupacional.

#### *2.2.1. Cirugía*

La cirugía ha sido la única terapéutica oncológica hasta finales del siglo XIX, que es cuando comienza a utilizarse la radioterapia. A pesar de que la cirugía es el tratamiento que menos debilita al anciano, es una de las experiencias más temidas por el individuo, ya que supone

un mayor riesgo quirúrgico. La mayor mortalidad en relación al uso de este tratamiento depende fundamentalmente de la presencia o ausencia de estados de comorbilidad. La avanzada edad cronológica, por sí misma, no es una contraindicación formal para recibir un tratamiento quirúrgico. Sus objetivos son curar al enfermo, preservar la función del órgano afectado, procurar la paliación, reconstruir la estética del individuo cuando sea posible y rehabilitar al paciente.

La cirugía aporta al anciano enfermo de cáncer una sensación de alivio del dolor al poco tiempo de sufrir la operación y la seguridad de que, si el cáncer está localizado y ha sido extirpado, se elimina la enfermedad. Pero tanto el anciano como el adulto oncológico padecen un gran impacto psicológico al enfrentarse con una operación quirúrgica. La ansiedad aparece en mayor o menor grado en función de las experiencias negativas vividas con anterioridad con respecto a la gravedad de la enfermedad. Los ancianos temen perder el control y temen al daño corporal, y aparece así el miedo a la mutilación o a la muerte por no despertar después de la anestesia. Los resultados positivos o negativos de la cirugía repercuten directamente en el estadio anímico del enfermo. Si son positivos, puede presentar una pronta recuperación y si, por el contrario, los resultados de la operación quirúrgica no son los esperados, puede presentar un estado depresivo y proyectar su rabia e impotencia hacia los profesionales de la salud que le han atendido. Ante una situación quirúrgica es necesario escuchar las preocupaciones y los miedos del paciente y transmitirle información en un lenguaje adecuado, sencillo y comprensible sobre todo el proceso operatorio.

#### *2.2.2. Radioterapia (**RT**)*

Es la utilización de radiaciones ionizantes como rayos X, radioactividad, rayos gamma y partículas alfa, con el fin de eliminar las células tumorales malignas e impedir que crezcan y se multipliquen. No parece causar una mortalidad aguda significativa ni interferir negativamente en los problemas médicos del anciano. No existen muchos estudios que traten sobre la efectividad de la RT en el anciano pero la respuesta de los cánceres a esta terapéutica parece similar a la que se obtiene en la población adulta. Existen dos modalidades de RT:

1. La RT externa, que administra las radiaciones ionizantes desde una fuente externa a través de entradas cutáneas.
2. La braquiterapia, donde la fuente está en contacto con el tumor.

La RT provoca efectos secundarios de dos tipos:

- Efectos precoces. El paciente puede presentar inflamación aguda, disfagia (dificultad de deglución), disneas (dificultad respiratoria) o diarreas.
- Efectos tardíos. El enfermo puede manifestar sequedad de boca, lesiones cutáneas, obstrucción intestinal o cistitis (inflamación aguda de la vejiga urinaria).

Para el anciano, la RT supone una toxicidad corporal de entre el 10% y el 15%[4] superior a la de la población adulta. Además existe una variable importante de matiz social: los tratamientos de RT suelen ser diarios y, si el anciano presenta escasa movilidad, esto supone una dependencia familiar que puede devenir en un problema de falta de adhesión al tratamiento.

La falta de conocimiento del anciano sobre esta modalidad terapéutica puede producir ansiedad y temor ante lo desconocido y connotaciones sociales y personales negativas, sobre todo ante el miedo a la toxicidad del tratamiento y a las alteraciones físicas. La sintomatología psicológica más frecuente que presentan las personas tras recibir un tratamiento con RT consiste en ansiedad y depresión, alteraciones sexuales si han recibido tratamiento radioterapéutico en el área genital, y trastornos cognitivos si padecen tumores cerebrales. La RT puede provocar alteraciones en la calidad de vida de los enfermos oncológicos ancianos.

#### *2.2.3. Quimioterapia (**QT**)*

Consiste en la administración de fármacos denominados citostásicos, que impiden la reproducción de las células malignas. La efectividad y la respuesta a este tratamiento se relacionan directamente con los cambios biológicos propios del anciano afecto de cáncer, ya que con la edad se modifica la farmacocinética y la tolerancia de los tejidos a este tipo de productos citostásicos.[9] La QT puede provocar una disminución de la celularidad medular, de la concentración de células madre (*stem cells*) circulantes pluripotenciales. La médula ósea también presenta más sensibilidad a los tóxicos y una menor capacidad de recuperación. Los objetivos de la QT son, en general, la curación, el aumento de la supervivencia y la paliación de la enfermedad. La QT presenta los siguientes efectos secundarios:

- Toxicidad inmediata. El paciente presenta vómitos, fallo renal agudo.
- Toxicidad precoz. Presenta alopecia, mucositis (inflamación dolorosa de las membranas reproductoras del tracto gastrointestinal), o diarrea.
- Toxicidad retardada. Puede presentar una alteración degenerativa de los nervios periféricos, miocardiopatía o toxicidad de los órganos del oído.
- Toxicidad tardía. Puede manifestar esterilidad y carciogénesis.

Los pacientes que reciben QT suelen presentar alteraciones emocionales como ansiedad, estados depresivos, baja autoestima y trastornos adaptativos. Estos síntomas, a veces, repercuten en la dificultad de realizar adhesión al tratamiento, sobre todo si el enfermo presenta un débil estilo de afrontamiento ante las dificultades, y tiene a su alrededor unos estresores psicosociales. Desde un punto de vista psicológico, la QT predispone al anciano a desarrollar síntomas depresivos, de ansiedad, trastornos mentales orgánicos, disforia (alteración de las emociones en negativo), letargia, enlentecimiento psicomotor o alteraciones de la cognición. A su vez, puede presentar trastornos psicóticos y afectivos. La QT, al igual que la RT, puede afectar a la calidad de vida del anciano.

#### *2.2.4. Hormonoterapia*

Se trata de un tratamiento de matiz paliativo que se aplica en los tumores hormonodependientes como el cáncer de mama, de próstata, del endometrio, de tiroides y de riñón. Existen ciertos tipos de cáncer que se ven facilitados por las hormonas y la hormonoterapia contrarresta la acción de la testosterona, la progesterona y los estrógenos. Todas estas terapéuticas biomédicas, además de los efectos secundarios físicos que conllevan, presentan efectos secundarios psicológicos que suelen consistir en cambios en el estado anímico del paciente: miedo, angustia, ansiedad, síndrome depresivo, baja autoestima, bajada del sistema cognitivo de la atención y concentración.

## 3. PSICOONCOLOGÍA

Este concepto está formado por «psico», que proviene del griego «psique» y que significa actividad mental o alma, «onco», que proviene del griego «ónkos» y que es igual a tumor y «logía», también de procedencia griega, que significa tratado. *Psicooncología*[10]se define como la especialidad dentro de la psicología que atiende y trata a pacientes afectos de cáncer y a sus familias. Estudia las relaciones entre las variables psicosociales, el inicio y la progresión de la enfermedad cancerosa. El cáncer, por sus implicaciones, se considera una enfermedad de núcleo familiar, y es por esto que la psicooncología da atención al enfermo y a su familia más directa. La relación entre la psicología y el cáncer es muy antigua pero es en las últimas décadas, con la aparición de los efectos secundarios de los tratamientos biomédicos oncológicos, cuando se ha estrechado la relación entre las dos entidades.

Los pacientes suelen presentar ansiedad y depresión ante el conocimiento de un diagnóstico de cáncer y este hecho precisa la necesidad de un profesional de la psicología clínica en los servicios de oncología. Los principales objetivos de la psicooncología han ido

evolucionando con el paso del tiempo de las últimas décadas del anterior siglo y del actual[10] y se resumen a continuación.

- Década de 1950. Las aportaciones de la psicología en el campo oncológico se dieron a través del psicoanálisis y como consecuencia de la psicosomática, cuyo objetivo se relaciona con el simbolismo escondido de la localización de la enfermedad. También se trabajó, desde el punto de vista psicológico, la ansiedad ante la muerte y los métodos de superación del trance, ya que el cáncer se consideraba una enfermedad mortal e incurable.
- Década de 1960. El objetivo principal fue el enfermo terminal a quien se intentaba ayudar a tener una muerte digna. Tomó también relevancia la cuestión de informar o no al paciente. De hecho, aparecieron las primeras encuestas sobre si se debía proporcionar o no información al enfermo oncológico.
- Década de 1970. La quimioterapia fue sustituyendo a la radioterapia y, con ella, aparecieron los efectos secundarios. La medicina conductual tomó auge y aparecieron las primeras terapias psicológicas para el tratamiento de enfermos oncológicos, como la relajación, la desensibilización sistemática y la hipnoterapia, sobre todo para los tratamientos de náuseas y vómitos anticipatorios. Paralelamente, se realizaron estudios sobre el sistema inmunitario y la respuesta psicoendocrina ante las situaciones de terapia quirúrgica y duelo, así como sobre las variables psicosociales y conductuales que pueden influir en la iniciación, progresión, recurrencia y supervivencia del cáncer. Engel[11] propuso un nuevo modelo médico donde el enfermo y la enfermedad son considerados como un efecto biopsicosocial.
- Década de 1980. El objetivo fue interpretar el papel que jugaban las variables psicológicas en el inicio, la progresión y la recurrencia del cáncer. Los modelos de Greer, Levy, Temoshok y Eysenck[12] manifestaron la interrelación de las variables psicológicas de neuroticismo, extraversión, apoyo social y estrategias de afrontamiento con el sistema neuroendocrino e inmunológico, que pueden favorecer o retardar la evolución del cáncer.
- Década de 1990. El objetivo de la psicooncología fue la psiconeuroinmunología, que estudió cómo el sistema inmune puede ser modificado por condicionamiento ya que la depresión y la evitación cognitiva disminuyen la actividad de las células natural killer (NK). Se dedujo que se establecen una serie de conexiones entre los factores psicológicos, biológicos y sociales, y se estableció que el cáncer puede ser considerado como una enfermedad biopsicosocial.
- Década del 2000. El enfermo oncológico requiere una atención multidisciplinar que

conlleva un trabajo profesional en equipo. Trabajar diariamente con enfermos oncológicos puede generar estrés y ansiedad en los diferentes profesionales que los atienden, hasta el extremo de provocar en ellos un Síndrome de Burnout. Este fenómeno tiene sus causas en la interrelación del individuo con el tipo de organización en el que se desarrolla[13] y conlleva alteraciones físicas, mentales y sociales. El trabajo en equipo puede paliar el desgate profesional. La investigación tiene como objetivo relacionar los aspectos del comportamiento para la prevención del cáncer.

### 3.1. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA

Los tipos de instrumentos psicológicos que se usan en la evaluación psicológica en oncología van en función, por un lado, de los objetivos planteados. Los instrumentos desarrollados son el *coping*, que es el conjunto de estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad crónica. Por otro lado, van en función del soporte social. Se utilizan ambos aspectos para realizar un pronóstico de adaptación a la enfermedad oncológica o como proceso terapéutico.

Existen dificultades en la evaluación psicológica de la población envejecida, ya que las características propias de este grupo pueden confundirse con características del trastorno depresivo y dificultan el diagnóstico. Las principales características son de tipo somático, cognitivo, conductual, así como los sentimientos de abandono y de soledad. Para realizar una evaluación geriátrica con fiabilidad es necesario que esta contenga elementos de una evaluación mental, funcional y del sistema cognitivo.

En la evaluación mental, los dos síntomas principales que hay que identificar son la depresión y la ansiedad, puesto que aparecen asociados a diferentes dolencias y fases de la enfermedad oncológica y pueden interferir en la terapéutica de los síntomas fisiológicos.

En la evaluación funcional se incluyen las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las AVD incluyen:

- Tener movilidad.
- Controlar los esfínteres.
- Utilizar el baño.
- Vestirse y desnudarse.
- Comer.
- Atender al aseo personal.

Cuanto mayor es el deterioro de estas actividades, más avanzada está la enfermedad del cáncer a causa de efectos patofisiológicos y psicosociales.

Las AIVD incluyen:

- Utilizar el transporte público.
- Manejar dinero.
- Utilizar el teléfono fijo.
- Realizar compras.
- Tomar decisiones.
- Tener la capacidad de decisión de comprar comida.[9]

Siguiendo los estudios de Béjar y Beliera (2003)[9] sobre los instrumentos de medida utilizados en la valoración de ancianos con cáncer, se exponen en la tabla 1 las escalas utilizadas con más frecuencia:

Tabla 1. Escalas para la evaluación psicológica de ancianos con cáncer

| EVALUACIÓN MENTAL | EVALUACIÓN FUNCIONAL | EVALUACIÓN COGNITIVA |
|---|---|---|
| Escala Geriátrica de depresión de Yesavage | Índice de Barthel | Minimental State Examination |
| Escala de Hamilton | Escala Lawton | Índice de Katz |
| Inventario de Depresión de Beck BDI | Karnovsky Performance Status Scale | |

En la evaluación psicológica del anciano afectado con cáncer, debe existir una historia clínica psicooncológica que recoja las informaciones necesarias para una buena evaluación del paciente.

Los puntos que deben reflejar son los siguientes:[*]

1. Datos personales.
    - Nombre y apellidos.
    - Sexo.
    - Edad.
    - Diagnóstico médico.
2. Motivo de la consulta.
3. Historia médica.
4. Antecedentes de trastornos psiquiátricos y psicológicos del enfermo y de su familia.
5. Evaluación de su estado mental.

- Apariencia física.
- Comportamiento en general.
- Actitud ante el profesional.
- Orientación espacio-temporal.
- Sistema cognitivo lingüístico.
- Estado afectivo.
- Estado del pensamiento.
- Alteraciones de la percepción.
- Sistema cognitivo de la atención y la memoria, tanto diferida como actual.
- Alteraciones del sueño.
- Conductas alimentarias.
- Entrevista con los familiares que conviven con el enfermo o parientes de primer grado.
- Hipótesis de diagnóstico.
- Plan terapéutico.

### 3.2. LA INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

El cáncer es una enfermedad considerada socialmente un tabú y, por tanto, la comunicación del diagnóstico conlleva una gran problemática ya que tiene una fuerte repercusión social. No existe un único modelo de información sino que este varía según las raíces socioculturales de cada país. Así, en España y otros países, la información varía e incluye verdades parciales ya que a veces la información que se da corresponde a un diagnóstico alternativo, con términos sustitutivos de la palabra cáncer, como tumor e inflamación, ya que estos son bien aceptados por los enfermos. Los familiares tienen un papel importante en este momento y, de manera general, evitan la palabra cáncer.

Para mejorar la información que reciben la familia y sobre todo el paciente, es necesario que los oncólogos den el primer diagnóstico de una manera precisa al enfermo. El psicooncólogo debe evaluar al paciente antes de cualquier información, para que mejore la individualización de este momento. Si los oncólogos conocen las características psicológicas del paciente, pueden realizar una aproximación objetiva y científica a la información del diagnóstico. Existen enfermos que desean una información total de su enfermedad y de su desarrollo, y deben recibirla, pero también existen pacientes que niegan su enfermedad de forma parcial, y tienen igualmente derecho a ser respetados en su decisión.

El momento del diagnóstico de un cáncer es una etapa de sufrimiento emocional para el anciano y para su familia que, probablemente, provoque una sintomatología de ansiedad y

de estado depresivo. Comienzan así unas fases por las cuales ha de pasar el anciano hasta llegar a la adaptación de la enfermedad.[14]

En primer lugar, suele producirse la etapa de *negación*, como mecanismo defensivo frente al miedo, en la que el paciente manifiesta no aceptar la enfermedad y no querer saber nada de ella. Esta negación de la realidad también la presenta la familia, que puede llegar incluso a evitar el tema o a obviar los síntomas que presenta el anciano.

Después, suele aparecer la etapa de la *ira*, donde el enfermo se pregunta «¿por qué me ha pasado a mí?». Puesto que no existe una respuesta concreta, la ira o la rabia puede recaer sobre la familia o el personal sanitario cuidador.

El *aislamiento* aparece posteriormente. El enfermo intenta aislarse tanto de la familia como de su entorno social, evita la comunicación con los demás y no comparte las emociones y los sentimientos acerca de la enfermedad.

La situación de *depresión* surge cuando el anciano enfermo debe cambiar, a causa de la enfermedad, todos los roles habituales en su vida cotidiana, al igual que debe aceptar la incertidumbre del futuro de la evolución del cáncer. Es preciso destacar que se debe diferenciar entre un estado depresivo y una situación de bajo estado anímico, normal ante un diagnóstico de cáncer, ya que la depresión no siempre aparece tras el diagnóstico neoplásico. Son normales los síntomas de trastorno del sueño, la pérdida del apetito, la ansiedad, el miedo y la confusión en un inicio y tienden a desaparecer con la aceptación del diagnóstico y la adhesión al tratamiento.

El anciano, cuando se le comunica el diagnóstico de cáncer, presenta lo que la autora J. Holland[15] describe como las seis D:

- Death (miedo a la muerte). Se desconoce la sensación que produce el tránsito y esto ocasiona mucha inseguridad y temor. Esta situación puede variar según la espiritualidad y las creencias religiosas del anciano.
- Dependency (miedo a ser dependiente). Existe un temor a no ser autónomo en sus necesidades funcionales y depender de situaciones familiares o profesionales.
- Disfigurement (miedo al cambio corporal). Una de las principales terapéuticas del cáncer es la cirugía y se sabe que es amputante ya que elimina la parte corporal afectada. Según sea esta amputación, la imagen corporal puede quedar muy dañada. Por ejemplo: en el caso de un cáncer de colon donde se ha aplicado una colostomía, que es el procedimiento quirúrgico por el que se saca el extremo del intestino grueso a través de la pared del abdomen, las heces en tránsito se vacían en una bolsa adherida al abdomen.
- Disability (miedo a la incapacidad física y psíquica). Todo el mundo tiene miedo a

perder sus facultades psíquicas y físicas y depender del entorno.

- Disruption of interpersonal relationship (corresponde al miedo a la alteración de las relaciones interpersonales). El anciano tiene miedo de ser abandonado emocionalmente por su círculo familiar y social y vivir en un aislamiento.
- Discomfort (miedo al dolor físico y al sufrimiento). Todas las personas tienen miedo a padecer y el dolor es uno de los principales síntomas de las enfermedades crónicas. El cáncer es una de ellas.

### 3.3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE CÁNCER Y SU FAMILIA

El cáncer es una enfermedad que padece tanto el anciano enfermo como su núcleo familiar. Ante un diagnóstico oncológico, en el seno de la familia se producen cambios de roles, problemas de comunicación interna y alteraciones en el sistema familiar. Deben encontrarse mecanismos para fortalecer la adaptación del paciente a la enfermedad y la familia debe ser un colaborador activo en el apoyo, el tratamiento y el cuidado del enfermo. Según Averil Stedeford,[16] la falta de comunicación entre el paciente y su familia puede causar un mayor sufrimiento que cualquier problema inherente a la enfermedad, excepto el dolor oncológico no controlado.

La comunicación implica ser escuchado y escuchar y no solo en la comunicación verbal o escrita sino también en la infraverbal, que es la que se usa a través de los gestos, la postura corporal, el tono de voz y el silencio, en algunos momentos. Hay ciertas situaciones que impiden la comunicación entre el enfermo y la familia, ya que esta puede tener un nivel de información sobre la enfermedad diferente al que posee el paciente. La familia y el enfermo pueden presentar una percepción diferente de la realidad y, como resultado, una negación de esta. Por otra parte, la familia manifiesta en ocasiones una dificultad para la aceptación de la posible muerte del ser querido. En el seno familiar pueden reprimirse sentimientos tales como el miedo, la tristeza o el dolor y esto puede conllevar un cansancio psicológico que se suma al cansancio físico del cuidador. En la familia se produce, a veces, lo que se conoce con el término de *conspiración del silencio*, que consiste en un *feedback* negativo en la comunicación entre el anciano enfermo y su familia. El núcleo familiar no permite que el enfermo hable sobre su enfermedad, sus miedos, y a la vez, el enfermo suele negar su conocimiento sobre su estado médico para así no preocupar a sus familiares. Se produce una situación de mutuo engaño, que es un intento de protección contraproducente ya que el enfermo puede quedar excluido de la toma de decisiones familiares y sobre su propia enfermedad. Se debe transmitir tanto al enfermo como a su familia que es positivo y enriquecedor hablar de la enfermedad del cáncer, de los miedos, temores y desesperanzas que

conlleva, y de la posible proximidad a la muerte.

Una buena comunicación entre el enfermo, su familia y el profesional de la salud es un elemento muy importante en el desarrollo relacional y de la calidad de vida del anciano.

### 3.4. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como el grado de satisfacción que un individuo expresa o experimenta con respecto a su situación física, mental o social.[4]Para evaluar la calidad de vida del enfermo, existen pruebas que miden el estado del paciente al inicio, durante y después del tratamiento neoplásico, como son los índices de Karnofsky[17] o la escala FACT-G (*Functional Assessment Cancer Therapy Scale*),[18]que miden aspectos como la toxicidad debida al tratamiento, los elementos espirituales y culturales o las escalas analógicas visuales. Aunque los primeros datan de la década de 1940, aún hoy en día siguen utilizándose como una escala para la medida de la calidad de vida en oncología.

En 1991, Aaronson *et al.*, a través de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC) y del grupo de trabajo *Quality of life Study Group*, marcan los ítems que debe medir cualquier instrumento que evalúe la calidad de vida del enfermo oncológico: síntomas físicos, síntomas secundarios al tratamiento neoplásico, aspectos funcionales, psicológicos, sociales y familiares.[19]

Toda terapéutica incide en la calidad de vida del anciano enfermo de cáncer, ya que esta puede disminuir mientras se le administra el tratamiento, y a veces, quedan secuelas crónicas como efectos secundarios. No obstante, en algunos casos puede mejorar su calidad de vida. Es necesario buscar el equilibrio entre el beneficio y el perjuicio que pueda causar.

### 3.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS

Los ancianos enfermos de cáncer presentan alteraciones desde un punto de vista somático como conductas anoréxicas, trastornos del sueño y alteraciones gástricas, alteraciones cognitivas con respecto a la pérdida de memoria y la falta de atención y de centración, alteraciones conductuales de disminución de autoestima o sintomatología de estado depresivo junto con sentimientos de abandono y soledad. Al ver cerca la posibilidad de su muerte, se plantean cuestiones metafísicas y espirituales, reflejan cierto pesimismo ante la posibilidad de curación y no realizan la adecuada adhesión al tratamiento. Pueden asimismo presentar reacciones de ira e irritabilidad ante la enfermedad. Su función sexual, a partir del diagnóstico, solo se ve alterada en la fase de impulso sexual.

Muchos son los autores que han descrito la morbilidad psiquiátrica en pacientes

oncológicos y todos ellos coinciden en que los trastornos psiquiátricos más frecuentes son la ansiedad y la depresión. Degoratis *et al.*[20] elaboraron, en 1983, una relación de prevalencia del trastorno psiquiátrico en pacientes oncológicos, en una muestra de 215 pacientes, siguiendo los criterios del DSM-III.

La *ansiedad* es un síntoma muy habitual en el paciente oncológico anciano y puede manifestarse a través de una mezcla compleja de síntomas físicos como agitación motriz, palpitaciones, disnea, disfagia, diarrea, cefalea, etc. y de síntomas psicológicos como miedo, aprensión, continua preocupación, etc. La ansiedad en el proceso oncológico puede desarrollarse con distintas tipologías:

- Reactiva. Está relacionada con situaciones de espera en la fase del diagnóstico, cambios en el tratamiento neoplásico, ingresos hospitalarios, la situación económica o familiar.
- Farmacológica. Se manifiesta por la administración de los fármacos en el tratamiento, como pueden ser las benzodiacepinas y los opioides.
- Orgánica. Consiste en dolor persistente y severo, alteraciones del sueño, debilidad física o tumor cerebral.
- Psiquiátrica. Se presenta como crisis de pánico, delirium o depresión.
- Espiritual. Se produce cuando el anciano reflexiona sobre el pasado y el futuro.

La *depresión* es otro trastorno muy frecuente y corresponde a un trastorno de la afectividad que puede ser consecuencia del cáncer o un trastorno que ya existía antes del cáncer y ahora preexiste con él. Hay muchos factores desencadenantes de la depresión: el impacto del diagnóstico oncológico, la toma de fármacos como el AINE, los citostásicos, las benzodiacepinas, etc., el tratamiento de cirugía mutilante, los antecedentes personales y familiares de estados depresivos o problemas psicosociales. Para realizar un diagnóstico de estado depresivo en el anciano es necesario tener en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

- Bajo estado anímico durante la mayor parte del día.
- Desánimo generalizado.
- Incapacidad de sobreponerse al bajo estado anímico.
- Alteraciones del sueño.
- Pérdida de peso y conductas anoréxicas.
- Disminución del sistema cognitivo de la concentración y atención.
- Dificultad en la toma de decisiones.

- Desesperanza.
- Irritabilidad.
- Anhedonia (incapacidad de sentir placer).
- Apatía.
- Dificultad progresiva para las actividades diarias.

Un cuadro característico del anciano enfermo de cáncer es el *síndrome confusional agudo* o *delirium*, que se caracteriza por la disminución de la atención y por un pensamiento desorganizado, y produce malestar tanto en los enfermos como en la familia. La causa del delirium es multifactorial.

La sintomatología que presenta es:

- Alteración de la atención.
- Alteración de la percepción con trastornos como alucinaciones visuales e ideas delirantes.
- Alteración del pensamiento junto con la desorientación espacio temporal.
- Deterioro de la memoria inmediata.
- Oscilación entre la hiper e hipoactividad.
- Alteración emocional: depresión, ansiedad, euforia, miedos, etc.
- Alteraciones del sueño: somnolencia excesiva e insomnio.

### 3.6. LA FAMILIA DEL ANCIANO ENFERMO DE CÁNCER

Para un buen manejo de la enfermedad es necesario que el cuidador principal, que suele ser un familiar de primer grado, sea efectivo y capaz de coordinar todos los elementos de la enfermedad. Para ello es imprescindible darle toda la información sobre la dolencia y sobre cómo cuidar al anciano, a la vez que escucharlo cuando refiere las dificultades que se encuentra en el día a día y todas las cargas emocionales que suponen la atención al enfermo.

El cáncer implica alteraciones físicas, psicológicas y sociales en el anciano, la familia y su entorno. La familia debe poder satisfacer las necesidades físicas y emocionales del anciano y tratar de mantener los roles de la manera más adecuada posible.

Es habitual que la familia, sobre todo la pareja, se vea afectada ante un diagnóstico de cáncer debido a los cambios de roles forzosos a los que se ve abocado, y esto repercute en la afectividad y en la sexualidad. Los síntomas psicológicos reactivos al diagnóstico de enfermedad de cáncer pueden dificultar la expresión de afectividad entre el enfermo y su pareja. A esto hay que añadir la imposibilidad de realizar un acto sexual como alcanzar el

orgasmo o la disminución de la libido. Mantener la afectividad mutua cuando surgen estos problemas requiere un alto grado de madurez personal, un respeto mutuo y una comprensión recíproca. En la sexualidad se implican diversos factores, biológicos, psicológicos y conductuales, y es difícil predecir hasta qué punto el cáncer puede influir en esta. Por ello, es muy importante la comunicación entre la pareja: el enfermo debe comunicar a su compañero/a si siente menor interés sexual debido a la enfermedad y así la pareja podrá comprender mejor la situación y no se sentirá ni rechazado ni con culpabilidad. De todos modos existen algunos aspectos que afectan directamente la actividad sexual del enfermo:

1. Síntomas de la enfermedad:
    - Trastornos de la alimentación.
    - Anemia.
    - Cansancio.
2. Tratamientos médicos:
    - Cirugía.
    - Radioterapia.
    - Quimioterapia.
3. Factores psicológicos, sociales y culturales:
    - Mitos y tabús sobre el cáncer.
    - Impacto emocional de la enfermedad.
    - Motivaciones.
    - Afrontamiento (coping).

Es habitual que, debido a la cirugía mutilante o al tratamiento, aparezcan alteraciones de la conducta sexual como la disminución de la libido o la disminución eréctil. No obstante, estos cambios no tienen por qué ser permanentes: una vez finalizado el tratamiento, la pareja puede volver a su actividad sexual con la frecuencia inicial en función de su relación y de su edad.[21]

### 3.7. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica varía según las distintas etapas que presenta la enfermedad. Cada fase presenta unas características psicológicas distintas:

1. Fase de diagnóstico. Las características principales de esta fase son la confusión, la

ansiedad, la ira y la dificultad de concentración. El enfermo quiere tener respuesta a la pregunta: «¿por qué a mí?».
2. Fase del tratamiento. Junto a sus efectos secundarios, existe la duda del futuro. Ante cualquier sintomatología de dolor, se desencadena un sentimiento de pánico provocado por la idea de una posible reaparición del cáncer.
3. Fase de recidiva. Se produce una situación similar a la de la fase de diagnóstico, pero con síntomas de ansiedad y de depresión más intensos. La ira puede enmascarar la depresión.
4. Fase terminal. El anciano pierde la capacidad de autonomía personal aunque sea de manera progresiva, y necesita del apoyo familiar y social.

Los objetivos de cualquier terapia psicológica en enfermos oncológicos geriátricos son:

1. Mejorar la calidad de vida del paciente anciano mediante la reducción de la ansiedad, de la depresión y del estrés psicológico.
2. Mejorar el ajuste mental al cáncer promoviendo un espíritu de lucha positivo.
3. Inducir un sentido de control personal sobre las propias vidas de los afectados.
4. Enseñar al anciano estrategias de afrontamiento eficaces para tratar con los problemas relacionados con el cáncer.
5. Facilitar la comunicación entre el paciente y su familia.

La intervención psicológica se realiza individualmente aunque, si se considera oportuno, puede incluirse miembros de la familia para que comuniquen abiertamente sus pensamientos y sentimientos con el objetivo de lograr una mayor comprensión de sus necesidades y conseguir el apoyo emocional mutuo necesario. La terapia cognitivo-conductual es una de las más utilizadas en psicooncología, en donde se pretende que el paciente identifique sus pensamientos negativos que se asocian a la ansiedad y la depresión y que lleve a cabo la planificación de actividades que le proporcionen un sentimiento de logro y le resulten agradables. Existen unas pautas generales de intervención psicológica que todo profesional debe tener en cuenta en el momento de la aplicación terapéutica. En primer lugar, debe resaltarse el papel del cuidador profesional o familiar, ya que son figuras esenciales en el proceso y de su colaboración depende el éxito de la intervención.

Asimismo, se debe ajustar las expectativas físicas y emocionales durante el mayor tiempo posible, promover las consistencias en el cuidado y las rutinas, procurar reducir el exceso de incapacidad del enfermo anciano ya que los pacientes muestran más incapacidad de la que el propio cáncer pueda explicar por sí mismo, evitar las frustraciones a través de objetivos

sencillos que sean fácilmente alcanzables y, por último, mantener las habilidades de comunicación.

El uso de técnicas conductuales para el control de síntomas en el ámbito sanitario ha aumentado su presencia desde los últimos 30 años,[22] debido a la psiconeuroinmunología que ha demostrado, a través de muchos estudios, que las variables psicológicas pueden alterar el funcionamiento biológico del individuo.

La terapia cognitivo-conductual en oncología reduce el distrés emocional y facilita el control de los síntomas en los enfermos. El paciente debe identificar y corregir las distorsiones cognitivas, emocionales y conductuales que contribuyen al desarrollo y a la permanencia de la sintomatología.

El cáncer genera un intenso impacto emocional en función de los recursos personales, sociales y de salud de los que disponga el enfermo. La intervención psicológica cognitivo-conductual potencia los factores de protección del anciano y disminuye los factores de riesgo y, al mismo tiempo, interviene con una reestructuración de los pensamientos asociados a la amenaza de la enfermedad.

Ante un enfermo oncológico anciano, lo primero que debe conseguirse es que detecte los síntomas fisiológicos de la tensión que siente, para posteriormente corregir el pensamiento que genera la ansiedad que padece. En última instancia, el enfermo debe verbalizar los pensamientos, confrontarlos y discutir su utilidad. Debe intentarse reorientar el proceso de pensamiento en el presente con el fin de obtener el control sobre el estado de ánimo.

Dentro de la terapia cognitivo-conductual existen varias técnicas efectivas terapéuticamente, que pueden aplicarse en función del paciente y de la problemática que presente:

- Control atencional. El objetivo es orientar la atención y aprender a focalizarla. Se utiliza para el control del dolor físico.
  - Técnicas de relajación.
  - La relajación muscular progresiva de Jacobson.[23]
  - Visualización.
  - Entrenamiento autógeno de Schultz.[24]
  - Meditación basada en técnicas orientales.
  - Aserción cubierta de Miechenbaum.[25]
  - Entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla y Goldfreid.[26]
  - Asertividad.

Por último, es importante ser consciente de que para los enfermos de cáncer, ya sean

ancianos o no, existe un uso común que es la medicina alternativa, que se convierte en una esperanza para los pacientes oncológicos, donde la terapia biomédica y psicológica es tan compleja.

También puede optarse por la toma de psicofármacos, con el fin de paliar la sintomatología de depresión, de ansiedad y delirium, utilizando antidepresivos tricíclicos, antidepresivos de segunda generación, psicoestimulantes, benzodiacepinas, neurolépticos y otros ansiolíticos. Sus efectos secundarios más habituales son la sedación, la somnolencia, la sequedad de mucosas, el enlentecimiento del tránsito intestinal, la disfunción sexual, la sudoración o las náuseas.

## Referencias bibliográficas


1. Proyecciones de la población española 1980-2010. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1986.
2. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
3. Plan Director de Oncología a Cataluña 2001-2004. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
4. López-Lara F, González C, Santos JA, Sanz Á. Manual de Oncología Clínica. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1999.
5. Kübler-Ross E. La rueda de la vida. Barcelona: Ediciones B; 2006.
6. Castilla L, Fernández C, Jiménez D. Manual de Neurogeriatría. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica; 2008.
7. Die A, Die J. El cáncer y su tratamiento. En: Die M. Psico-oncología. Madrid: Ades; 2003.
8. González M, Feliu J, González JI. Cáncer en el anciano. Barcelona: Masson; 2001.
9. Béjar E, Beliera A. El paciente geriátrico con cáncer. En: Die M. Psico-oncología. Madrid: Ades; 2003.
10. Bárez M, Espasa R, Estapé T, Gondón N, Martín C. El perfil del psicooncólogo. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya; 2002.
11. Engel G.L. Theneedfor a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196:1129-1136.
12. Janeway CA, Staff W. Inmunobiología: el sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad. México: Elsevier; 2003.
13. Gil, F. Manual de Psico-Oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000.
14. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo; 2010.

15. Holland JC, editor. Psycho-oncology. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
16. Stedeford, A. Facing Death. Londres: Heinemann Medical Books; 1984.
17. Karnosfsky DA, Buchenal JH. Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: Macleod CM. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Nueva York: Columbia Press; 1949.
18. Sánchez R, Ballesteros M, Ortiz N. Análisis de la validez de contenido de la escala FACT-G mediante técnicas de escalamiento multidimensional. Rev Colomb Cancerol. 2010; 14(4)225-233.
19. Juan E. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico. En: Gutiérrez T, Raich RM, Sánchez D, Deus J. Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Madrid: Alianza; 2003.
20. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psychological Medicine. 1983; 13:595-605.
21. De Cáceres ML. Adaptándonos a la situación: aspectos psicológicos. En: De Cáceres ML, Ruiz F, Germà JR, Busques CC. Manual para el paciente oncológico y su familia. Madrid: Pfizer Oncología; 2007.
22. Cancio H. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales. En: Die M, López E. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades; 2000.
23. Jacobson E. Entrenamiento en relajación progresiva. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora; 1961.
24. Schultz JH. El entrenamiento Autógeno. Barcelona: Científico-Médica; 1969.
25. Meichenbaum D. Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1997.
26. Caro I. Manual de terapias cognitivas. Barcelona: Paidós; 2006.

* Fuente: adaptación del modelo de la Unidad de Psicooncología del Hospital Universitario Gregorio Marañon (Madrid), 1998.

12
# INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

*Montserrat Fortuny y Pere Narbona*

## 1. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria y la incontinencia fecal constituyen un verdadero problema de salud, pueden presentarse de forma aislada o conjunta, ya sea como una entidad propia o como un síntoma asociado a diversas patologías.

La incontinencia, ya sea urinaria o fecal, no siempre es percibida por el paciente que acude a una consulta como un problema sanitario. Son muchos los que piensan que la incontinencia aislada no es un problema sino el producto del envejecimiento, del mismo modo que puede serlo la pérdida de audición o la aparición de cataratas. Es por ello que debe ser buscada de forma activa en todas las consultas, sobre todo en las fases iniciales, cuando todavía el disimulo es posible. En general, los pacientes consultan por otras múltiples causas y tan solo se preocupan por su incontinencia cuando esta se agrava.

Por su gran repercusión sobre la calidad de vida y la autoestima de quien la padece, debe ser un objetivo primordial en todas las consultas, ya sean de atención primaria o especializada. Además, la detección precoz mejora el pronóstico.[1] Debemos sensibilizarnos por este trastorno y abordarlo dentro de la normalidad cuando se realiza una historia clínica, del mismo modo que debe llevarse a cabo una educación sanitaria necesaria para su prevención.

Diversos estudios han demostrado que un diagnóstico y un tratamiento precoz de cualquier tipo de incontinencia, que cuente con la implicación de todo el personal sanitario, resulta muy eficaz y mejora la patología.

En este capítulo se aborda la incontinencia urinaria y fecal como un síntoma aislado que no forma parte de una enfermedad compleja.

Se definen a continuación ambos tipos de incontinencia:

- La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivable y en cantidad suficiente como para constituir un problema higiénico o social, según la International Continence Society.[2]
- La incontinencia fecal (IF) es el paso de heces por el conducto anal, ya sea en forma sólida, líquida o gaseosa, que constituye un problema social o de higiene.[3]

Juntas o aisladas, ambas son síntomas o una patología clínica con un denominador

común: la alteración del suelo pélvico. La gravedad de cuadro depende de la frecuencia de aparición de los síntomas. Evidentemente adquiere más gravedad cuando aparecen conjuntamente y de manera repetida.

## 2. Clasificación de las incontinencias urinaria y fecal

### 2.1. Incontinencia urinaria

La clasificación clínica de la incontinencia urinaria[4] puede hacerse de diversas maneras, según la duración, las características con las que se manifiesta o el volumen y la frecuencia de las pérdidas. Es importante, ante cualquier tipo de incontinencia urinaria, saber la frecuencia de los episodios, puesto que no es lo mismo que ocurra de manera diaria u ocasionalmente, así como la cantidad de cada pérdida. A continuación se mencionan diferentes clasificaciones.

Atendiendo solo al tiempo desde su inicio:

- Transitoria. Aparece durante un tiempo limitado y suele ser consecuencia secundaria de infecciones, efectos adversos de fármacos o estreñimiento. Suele controlarse con tratamiento y en la mayoría de los casos se soluciona al desaparecer la causa.
- Establecida o persistente. Es aquella que se mantiene a las cuatro semanas, aunque se haya actuado sobre las posibles causas.

En función de la clínica:

- IU de esfuerzo. Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al realizar cualquier actividad física (levantar pesos, toser, estornudar, correr). La presión dentro del abdomen supera la presión dentro de la uretra y permite el libre paso de la orina, de manera que se produce un escape en general de pequeño volumen. Tiene poca relación con la actividad del músculo detrusor de la vejiga urinaria. Es frecuente en mujeres obesas o multíparas, y suele estar causada por alteraciones en el ámbito del suelo pélvico o por una disfunción del esfínter vesical.
- IU de urgencia. También llamada vejiga inestable, presenta una pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo miccional (micción imperiosa), por lo que generalmente el individuo tiene conciencia previa de que va a ocurrir. Suele asociarse a síntomas en la fase de llenado de la vejiga y cursa con una micción frecuente, superior a ocho veces por día, nicturia y en algunas ocasiones incontrolada. La urgencia sin incontinencia se denomina vejiga hiperactiva.

- IU mixta. Presenta características de los dos tipos anteriores a un mismo tiempo: urgencia y esfuerzo.
- IU por rebosamiento. Es la pérdida de orina asociada a una vejiga distendida cuando la presión intravesical supera la máxima presión uretral, pero sin actividad del músculo detrusor. La incontinencia se produce por goteo, gota a gota o en chorro fino sin fuerza. Puede ser de causa neurógena (accidente vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple inicial, traumatismos neurológicos, diabetes), obstructiva (prostatismo) o secundaria a la toma de fármacos.
- IU funcional. Aparecen pérdidas de orina por incapacidad física o mental para acceder al baño.

Atendiendo al grado y al volumen de las pérdidas:

- IU permanente o total. Las pérdidas son de todo el volumen urinario sin ningún tipo de control. Se da en pacientes neurológicos o geriátricos con demencia o falta de movilidad.
- IU ocasional o parcial. Las pérdidas son en general más pequeñas y se dan en personas con actividad física conservada y con independencia personal.

En el anciano, el tipo de incontinencia urinaria más frecuente es la urgencia miccional con escapes, seguida de la incontinencia por rebosamiento.

### 2.2. INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal es la pérdida de material fecal por el ano sin control del que la padece. El grado de incontinencia depende directamente de la consistencia de las pérdidas, que pueden ser a sólidas, líquidas o gaseosas. Al igual que en el caso de la incontinencia urinaria, puede clasificarse de diferentes formas:

- En función del tiempo de aparición, según la frecuencia, las características del material que ocasiona las pérdidas y de la clínica.
- En función de tiempo de aparición, puede ser transitoria o permanente.
- En función de la frecuencia, puede ser ocasional o persistente.

La clasificación clínica de incontinencia fecal la divide en:

- Pérdida de urgencia. La incontinencia fecal de urgencia es la pérdida a pesar de querer

parar la defecación. Indica lesión en el esfínter externo.

- Incontinencia sin percepción de la pérdida o ensuciamiento o soiling. Es la pérdida sin conciencia debida a una lesión del esfínter externo. En ocasiones aparece tras la defecación y es debida a un vaciamiento incompleto de la ampolla rectal cuando esta presenta problemas anatómicos como hemorroides o prolapso rectal.

## 3. Prevalencia

La incontinencia no es exclusiva del anciano, puede darse en cualquier momento, aunque es cierto que la prevalencia aumenta con la edad y puede aparecer como un síntoma de muchas de las enfermedades que sufre el anciano.

Las incontinencias urinaria o fecal presentan especiales connotaciones: en general, es percibida por el que la padece como un hecho vergonzante que es necesario esconder e influye directamente sobre la autoestima y la calidad de vida. Esta es una de las razones por las que las cifras de los distintos estudios de prevalencia dan resultados dispares.

La OMS considera la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece, al igual que la *International Continence Society*. Sin embargo, otros autores[5,6] consideran la IU como la pérdida de orina que ha ocurrido solo alguna vez sin tener en cuenta el impacto. Algo parecido sucede en la IF respecto a la incontinencia ocasional de gases: su consideración varía según los autores. La revisión sobre esta prevalencia hecha por Mohide[7] da cifras tan dispares como las siguientes: solo sufrirían incontinencia e1 1% si se considera tan solo la registrada en la historia clínica, y hasta un 50% si se considera cualquier episodio de incontinencia.

En España la prevalencia de IU está alrededor de un 15%.[8] No obstante, las cifras varían considerablemente según las regiones geográficas, ya que oscilan desde un 14% a un 35%,[9,10] en mayores de 65 años, siendo más frecuente en mujeres que en varones (16,1% en mujeres y 14,5% en varones).

Si tenemos en cuenta solo a personas institucionalizadas, la prevalencia de IU podría cifrarse en un 60%.[11]

Entre los varones, el estudio UREPIK[12] que incluyó a 4979 hombres a los que se les administró un cuestionario para valorar síntomas de IU encontró prevalencias de hasta un 26%, en hombres de entre 40 y 79 años. Este porcentaje es mucho mayor que el de los otros estudios mencionados . Por debajo de esta edad, la incontinencia en varones es muy infrecuente.

Según el tipo de IU, la prevalencia también varía. Así, el más frecuente es la incontinencia de esfuerzo, que puede llegar a un 50% entre las mujeres de menos de 65 años[13] y, a partir de esa edad, la forma más frecuente de presentación es la urgencia miccional.

Entre un 15% y un 23% de las mujeres padecen algún episodio de incontinencia urinaria inmediatamente después del parto, pero solo mantiene el problema después de seis meses aproximadamente el 3%.[14]

Se desconoce la prevalencia de IF aislada o asociada a IU en España, aunque sí se conoce que la prevalencia de IF en mujeres incontinentes alcanza el 8,7%.[15]

## 4. Anatomía

### 4.1. Anatomía y fisiología del suelo pélvico

La pelvis ósea constituye el marco resistente que brinda inserción a un conjunto de músculos encargados de cerrar parcialmente el espacio inferior entre dicho marco, y que forman el llamado *suelo pélvico*.[16]

El suelo pélvico tiene la función de soportar el peso de las vísceras pelvianas, e indirectamente de las abdominales, y de permitir el paso de las porciones más caudales de los aparatos urinario, digestivo y, en la mujer, también el aparato genital.

En el suelo pélvico, desde la profundidad a la superficie, pueden distinguirse los siguientes músculos: elevador del ano, esfínter externo de la uretra, esfínter externo del ano, isquiocavernoso y bulbocavernoso. En la mujer, se encuentra además, en la parte más superficial, el músculo constrictor de la vagina.[17] El músculo más importante en la constitución del suelo pelviano y en el sostén de las vísceras suprayacentes es el llamado *elevador del ano*, constituido por dos bandas que van desde la sínfisis del pubis hasta el coxis.

En la mujer, el músculo elevador del ano desempeña un papel muy importante, ya que ayuda a mantener el contenido abdominal en su sitio y mantiene la continencia cuando se presenta un aumento brusco de presión intraabdominal (como toser, hacer ejercicio, etc.). En el hombre, el suelo pélvico se encuentra situado por debajo de la próstata y la uretra membranosa, y su importancia es menor en el mecanismo de contención de orina.[18]

### 4.2. Anatomía y fisiología del aparato urinario

Para que exista una correcta micción urinaria es preciso que todo el sistema anatómico esté bien conservado.

La vejiga urinaria está compuesta por el músculo detrusor y el trígono, la uretra presenta un esfínter interno con fibras musculares lisas y un esfínter externo con fibras estriadas y el suelo pélvico es la estructura muscular encargada del soporte del contenido abdominal y de las vísceras pélvicas, que contribuye al cierre uretral durante el esfuerzo. El suelo pélvico es diferente en el hombre y la mujer. Las estructuras anatómicas están inervadas por el sistema simpático (trígono y uretra), parasimpático (detrusor) y somático (esfínter uretral y el suelo de la pelvis).

### 4.3. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO BAJO

Para una correcta defecación, es necesario mantener las estructuras anatómicas intactas además de una correcta formación del bolo fecal a lo largo de todo el tubo digestivo.

En el área de la región anorectal se sitúa el esfínter interno del ano con inervación del sistema parasimpático (involuntaria). Cuando el contenido intestinal cruza este paso se sitúa en el área del esfínter externo con inervación voluntaria que, junto con la región muscular del elevador del ano, mantiene el ano cerrado y se evidencia el deseo de defecar.

## 5. CAMBIOS EN EL ANCIANO

El paciente anciano presenta ciertos aspectos relevantes que lo hacen distinto de los demás grupos de edad: suele presentar un alto grado de comorbilidad, sufre por lo general patologías crónicas con tendencia a producir incapacidad, suele estar polimedicado y esto a veces da lugar a interferencias medicamentosas, sufren asimismo de manera frecuente patologías mentales (cognitivas o afectivas) y, en ocasiones, se encuentra inmerso en una situación familiar o social complicada. Todo ello constituye el síndrome geriátrico.

Los requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria o fecal son el almacenamiento adecuado del tracto urinario, con vaciamiento correcto, una integridad anatómica de la región anal con una correcta formación del bolo fecal, una motivación apropiada para ser continente, una capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional y fecal e interpretarlo como tal, y la movilidad y la destreza necesarias para llegar al WC, sin la existencia de barreras arquitectónicas que impidan llegar en el momento adecuado.

Existen cambios ligados a la edad que influyen negativamente en la continencia urinaria. El envejecimiento genera cambios en distintas estructuras del organismo como el tracto urinario inferior, la próstata, la vagina, la región anorectal, el suelo pélvico y el sistema nervioso. Estos cambios, que hacen que el anciano sea más vulnerable para desarrollar una incontinencia urinaria o fecal, tienen lugar en distintas zonas:

- Vejiga. Se dan cambios anatómicos (disminución de nervios autónomos, aumento de la trabeculación y desarrollo de divertículos) y funcionales (disminución de la capacidad, acomodación y capacidad de diferir la micción, junto a un aumento de las contracciones involuntarias y un aumento del residuo postmiccional).
- Uretra. Se producen alteraciones anatómicas (disminución del número de células y sustitución por tejido fibroso) y funcionales con disminución de la acomodación y presión de cierre.
- Próstata. Tiende a crecer.
- Vagina. Los cambios pueden resumirse en una disminución de la celularidad y una atrofia epitelial.
- Suelo pelviano. Tiene lugar un aumento de colágeno, de la fibrosis y de la debilidad muscular.
- La disminución de la concentración estrogénica que se produce al llegar a la menopausia también origina cambios en estas estructuras, aumentando la probabilidad de los cambios.
- Recto. Se producen alteraciones en la elasticidad y adaptabilidad muscular al volumen fecal con cambios en la inervación.
- Se producen lesiones anatómicas frecuentes en la ampolla rectal como hemorroides o fisuras que condicionan el vaciado rectal y que favorecen las pérdidas desapercibidas.

### 5.1. FISIOPATOLOGÍA

La incontinencia urinaria puede producirse por alteraciones en dos ámbitos: en el almacenamiento o en la evacuación de la orina.

1. Alteraciones en el almacenamiento.
    - La hiperactividad del detrusor se caracteriza por unas contracciones involuntarias del músculo que pueden ocurrir de forma espontánea o ser provocadas por el llenado rápido o alteraciones de la postura. El músculo, como está hiperactivo, tiene poca capacidad, lo que le hace comportarse como si estuviera lleno de pequeñas dosis de orina en su interior. Este cuadro constituye la urgencia miccional ya sea idiopático o consecuencia de enfermedades neurológicas que liberan los centros parasimpáticos hipotalámicos, protuberancial o medular sacro de la micción, del control inhibitorio de los centros superiores, como los traumatismos craneoencefálicos o la esclerosis múltiple en sus estadios iniciales, los accidentes vasculares encefálicos, la enfermedad de Parkinson, las lesiones

destructivas u ocupantes del encéfalo o la lesión medular por encima del segmento sacro. También puede ser consecuencia de otras enfermedades urinarias que irritan el músculo vesical, como la cistitis o el cáncer de vejiga, los cálculos vesicales o las obstrucciones del tracto vesical de salida que inducen una respuesta exagerada del músculo detrusor tratando de vencer el obstáculo. La hiperactividad idiopática del detrusor suele darse en personas que tienen la costumbre de ir a orinar en largos períodos de tiempo. En estas circunstancias, el detrusor trabaja a altas presiones hasta el agotamiento de la musculatura. Cuando esto ocurre, pequeñas cantidades de orina dan la sensación de vejiga llena y, por lo tanto, de ganas de orinar. Este tipo de incontinencia urinaria puede llegar hasta el 50% en personas ancianas, y es la más frecuente en la gente mayor.

- En la hipoactividad del esfínter hay una incapacidad de la vejiga para retener bien la orina porque el cuello o la uretra proximal están abiertos durante la fase de llenado, en lugar de estar cerrados. La actividad contráctil del detrusor es normal. Al mínimo aumento de presión intravesical se produce un escape de orina. Este es el mecanismo observado en la incontinencia urinaria de esfuerzo por la falta de tono en el periné. Cuando existe hipoactividad del detrusor no se produce su contracción, de tal forma que la orina se acumula en una vejiga fláccida y se orina cuando la presión intravesical supera a la de la uretra. Es una micción por rebosamiento. Se orina gota a gota o en poca cantidad y queda un residuo miccional que es patológico. Este mecanismo se ve igualmente en la incontinencia urinaria por hipertrofia prostática, en enfermedades neurológicas por lesiones de la médula sacra que anulan los estímulos parasimpáticos para las contracciones del músculo liso, en lesiones radiculares y de los nervios periféricos, y también como consecuencia de la toma de algunos fármacos, como los antidepresivos y los bloqueantes de los canales del calcio.

2. Alteraciones en el vaciado.
    - Con respecto al esfínter, la hiperactividad se comporta como la hipoactividad del detrusor y se orina por rebosamiento.
    - La alteración en el vaciado puede asimismo deberse a una obstrucción orgánica o funcional en el cuello de la vejiga o en la uretra o a una obstrucción funcional producida por una asinergia entre la contracción del detrusor y la relajación de los esfínteres durante la micción, lo cual provoca una retención urinaria que suele aparecer cuando existen lesiones nerviosas a nivel medular lumbar, dorsal o

cervical. La obstrucción orgánica del cuello vesical o de la uretra suele ser consecuencia de una hipertrofia o de un carcinoma de próstata.

La incontinencia fecal se manifiesta según la integridad del suelo pélvico. Con un suelo pélvico normal, es posible que una incontinencia fecal sea el síntoma guía de un cuadro neoplásico o una neuropatía, así como de una alteración en la formación de bolo fecal. Si el suelo pélvico está alterado puede encontrarse un cuadro de envejecimiento con denervación, que suele ocurrir en los casos de lesiones post parto, de estreñimiento crónico o de prolapso rectal. Todas estas alteraciones forman parte del Síndrome del periné descendido.[19]

En el anciano las causas de incontinencia urinaria también están directamente relacionadas con la integridad del suelo pélvico y de las estructuras nerviosas que influyen en el funcionalismo.

### 5.2. FÁRMACOS Y SUSTANCIAS QUE PUEDEN ALTERAR LA MICCIÓN[20]

A esta edad cabe destacar que, al ser un paciente en general polimedicado por la coincidencia de múltiples patologías, adquiere especial importancia la medicación prescrita. En la tabla 1 se resumen los principales efectos de los distintos grupos de tratamiento.

Tabla 1. Principales efectos de fármacos que pueden alterar la micción

| | |
|---|---|
| AINE | Retención de orina, IU por rebosamiento. |
| **Alfa antagonistas** | Retención de orina, IU por rebosamiento. |
| **Alfa bloqueantes** | Relajación uretral. |
| **Antagonistas del calcio** | Retención de orina, IU por rebosamiento. |
| **Anticolinérgicos** | Retención de orina, IU por rebosamiento. |
| **Antidepresivos** | Retención de orina, IU por rebosamiento Sedación. |
| **Antihistamínicos** | Retención de orina, IU por rebosamiento. |
| **Antipsicóticos** | Retención de orina. IU por rebosamiento. |
| **Antiespasmódicos** | Retención de orina. IU por rebosamiento, impactación fecal. |
| **Sedantes** | Sedación y retención orina. |
| B-agonistas | Retención orina. IU por rebosamiento. |
| **Diuréticos (también plantas medicinales como el pelo de mazorca, la ortiga blanca, etc.)** | Urgencia miccional aumento de volumen y frecuencia. |
| **Alcohol** | Sedación, poliuria, urgencia y delirio. |

| | |
|---|---|
| **Narcóticos** | Sedación y impactación fecal. |
| **Relajantes musculares** | Relajación uretral. |
| **Simpaticolíticos** | Relajación uretral. |

## 6. DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

El diagnóstico debe iniciarse siempre mediante una correcta *anamnesis* que nos proporciona información importante para la orientación clínica y para minimizar las exploraciones complementarias. La aplicación de un cuestionario validado mediante urodinámia permite el diagnóstico clínico de la tipificación de una incontinencia de orina. Sus ventajas son evidentes ya que con unas preguntas puede definirse de modo fiable, económico y cómodo el tipo de incontinencia.

Las preguntas se realizan en dos grupos.

1. Grupo A:
    - ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?
    - ¿Al subir o bajar escaleras, se le escapa la orina?
    - ¿Cuándo ríe se le escapa la orina?
    - ¿Si estornuda se le escapa la orina?
    - ¿Al toser se le escapa la orina?
2. Grupo B:
    - Si está en la calle y tiene ganas de orinar, ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?
    - Cuando abre la puerta de su casa, ¿tiene que correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?
    - Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y tiene que ir corriendo?
    - Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir deprisa al servicio porque se le escapa la orina?[21]

El resultado es significativamente más válido para mujeres Si las respuestas son afirmativas (al menos 4) en relación a las preguntas del grupo A, tendremos la sospecha clínica de una IU de esfuerzo; si lo son para el grupo B (al menos 3) se sospecha de una IU de urgencia. En consecuencia, las respuestas positivas en ambos grupos orientan hacia una IU mixta. En hombres se utilizan las mismas encuestas validadas para la valoración de la

disfunción eréctil.

Otras encuestas clínicas sencillas aportan mucha información sobre la incontinencia en mujeres, como el ICIQ-SF que, con solo tres preguntas, da una aproximación global al problema:[22]

- ¿Con qué frecuencia pierde orina?
- ¿Qué cantidad pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no)?
- Estos escapes que tiene, ¿cuánto afectan a su vida diaria? ¿Le preocupa?

El diagnóstico continúa con una *exploración física general* completa, con una valoración del estado cognitivo que determinará en muchas ocasiones la decisión de una pauta de tratamiento o el empleo de medidas paliativas para mejorar el confort del incontinente. La exploración general debe detenerse específicamente en el abdomen, en la exploración ginecológica en la mujer y prostática en el hombre, y después realizar una valoración del tono de los esfínteres.

Para la valoración del tono muscular vaginal se realiza un *testing*, manual o instrumentado.

La valoración rectal se hace en decúbito lateral con las piernas flexionadas hacia el abdomen. Se descartan así malformaciones, fístulas, hemorroides o alteraciones en la piel. Con un sencillo tacto rectal puede valorarse el tono, la resistencia y la capacidad de contracción así como la fatiga muscular y la presencia de restos de material fecal. La exploración neurológica del periné descarta lesiones neurológicas.

Por último, las *exploraciones complementarias* para el estudio de una incontinencia de orina o fecal son varias aunque, como ya se mencionó anteriormente, no deben realizarse todas. Son imprescindibles las mínimas para descartar patologías agudas intercurrentes y las necesarias para una decisión terapéutica. El estudio se inicia siempre por las más sencillas y menos agresivas para el paciente.

- Exploración en la sangre. Analítica general con especial atención a la glucemia, la diabetes, que puede en ocasiones dar lugar a incontinencia, la poliuria a la que da lugar y la función renal, para descartar una insuficiencia.
- Exploración en la orina. El sedimento y el urocultivo sirven para descartar una infección. Las infecciones urinarias dan clínica de urgencia miccional y a veces de incontinencia, el número de casos es elevado sobre todo en población anciana.
- Calendario miccional o diagramas de frecuencia / volumen. Son útiles para evaluar los patrones de vaciado a partir de la relación entre la ingesta de líquidos y la

producción de orina, así como para identificar los escapes y los períodos de tenesmo rectal. Para realizarlo se precisa un paciente sin deterioro cognitivo y colaborador. Se recomienda a la persona que anote durante un período fijo de tiempo las cantidades de líquido que bebe, la cantidad de orina que elimina, la frecuencia miccional y de la defecación y su consistencia, si ha habido episodios de incontinencia urinaria o fecal, de urgencia o de tenesmo rectal (véase figura 5). Puede hacerse el control de un solo día pero en general es más fiable si se dispone información de tres días consecutivos, si se trata de una incontinencia de orina, y de una semana si el estudio es de una incontinencia fecal. Los datos obtenidos nos dan una aproximación de la severidad de los síntomas en el momento del diagnóstico clínico y posteriormente también sirven para evaluar la eficacia del tratamiento si se realiza en los controles del tratamiento.

- Test del pañal. Sirve para confirmar la existencia de una incontinencia urinaria y cuantificar el grado de las pérdidas. Consiste en colocar una compresa, que se ha pesado previamente bajo la ropa interior del paciente, tras beber 50 ml de agua, y pedirle al paciente que durante una hora realice una serie de ejercicios como subir o bajar escaleras. Finalmente, se retira la compresa y se vuelve a pesar y, si se experimenta un incremento en el peso superior a un gramo, nos encontramos frente a una incontinencia de orina.
- Volumen residual. Informa del estado de la vejiga urinaria después de la micción. Puede medirse el volumen de dos formas, mediante sondado a los cinco minutos de haber orinado o realizando una ecografía postmiccional. Si el volumen es superior a 100 cc puede indicar una obstrucción al tracto de salida, una hiporeflexia vesical o una alteración contráctil del detrusor. Está indicada en cistitis de repetición o cuando hay dudas en el diagnóstico clínico.
- Citología seriada. Se utiliza para descartar un carcinoma in situ.
- Ecografía abdominal. En los varones se realiza una ecografía renovesicoprostática y en las mujeres una ecografía uroginecológica. Sirve para valorar las vías urinarias altas, las posibles litiasis y los tumores vesicales. Un 50% de los prolapsos presenta una incontinencia de orina escondida. La ecografía transrectal en los varones da información sobre el tamaño y la forma de la próstata o la transvaginal en las mujeres sobre la incontinencia de esfuerzo por defecto de la movilidad uretral. Existen diferencias significativas entre la vejiga normal y la incontinente cuando se realizan mediciones de las distancias entre la sínfisis púbica y la uretra en reposo, o entre la uretra y el cuello uterino en reposo. En la incontinencia por inestabilidad del detrusor,

la ecografía nos aporta la información del grosor de la pared y de las contracciones involuntarias. Un grosor de la pared superior 5 mm es significativo para poder diagnosticar una incontinencia de urgencia en mujeres.

- Uretrocistoscopia. Permite la visualización de la mucosa vesical y uretral, aunque no se considera una prueba necesaria para la evaluación de un paciente con incontinencia de orina. Su importancia estriba en la capacidad de diagnóstico de otras lesiones como fístulas, tumores vesicales, cistitis intersticial, litiasis vesical, cuerpos extraños intravesicales.
- Estudios electrofisiológicos. El objetivo fundamental es descartar las denervaciones como causa de disfunción del suelo pélvico. Están indicadas siempre que se sospeche una neuropatía o una disfunción del vaciado vesical.
- Flujometría. Es una prueba más especializada y debe realizarse en segunda opción, ya que es una técnica urodinámica. Puede realizarse de dos formas: flujometría libre o con estudio de la curva de presión/flujo. La flujometría libre es una técnica relativamente simple y no invasiva que consiste en la medición del volumen de orina espontánea por unidad de tiempo (se expresa en ml/seg.). No es invasiva pero requiere entrenamiento. Aporta información sobre el proceso miccional en toda su extensión de forma rápida y sin producir molestias al paciente.
- Curva de presión / flujo valora el flujo máximo y el tiempo de micción total. Aunque tiene sus limitaciones, su valor radica en la detección de las disfunciones del vaciado vesical. El flujo máximo (Q máx.) en condiciones normales es de aproximadamente 15 ml/seg. El resultado se expresa como una curva distinta en cada uno de los grandes tipos de incontinencia de orina. En la incontinencia de esfuerzo es una curva corta y de campana alta, en la incontinencia de urgencia aparece aplanada y de base ancha. En la incontinencia secundaria a una obstrucción y en las disfunciones de vaciado por falta de contracción voluntaria del detrusor aparece dentada y con flujos muy bajos.
- Estudio urodinámico. Es la prueba diagnóstica más fiable para establecer el diagnóstico de los distintos tipos de incontinencia y a la vez descartar otras alteraciones asociadas, como las disfunciones. Se inicia con una flujometría y se realiza después una cistomanometría en dos fases (llenado y vaciado).
- Cistomanometría. Revela el comportamiento del detrusor, su actividad y su sensibilidad, el deseo miccional y la acomodación vesical.
- Urodinamia. Es la prueba más fiable para el diagnóstico diferencial entre la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia.
- Medida de la función uretral. El mecanismo de cierre uretral es competente cuando en

todo momento es capaz de mantenerse superior a la presión intravesical, de manera que se eviten así las fugas de orina, y es incompetente si las presiones de cierre pueden ser superadas y aparecen escapes involuntarios.

- Endoscopia rectosigmoidal. Sirve para descartar la presencia de procesos neoplásicos o inflamatorios.
- Electromiografía. Se utiliza para evaluar la actividad bioeléctrica de la musculatura del suelo pélvico y de los esfínteres.
- Las mediciones mediante el perinómetro anal. Aportan información sobre el tono del esfínter anal externo.
- Manometría anorrectal. Registra los cambios de presión en toda la región anatómica, y se realiza mediante la introducción de tres balones de látex: uno situado en ampolla rectal, otro en el esfínter anal interno y el tercero en el esfínter anal externo.
- Test de continencia a líquidos. Se introducen cantidades fijas de suero salino hiposódico, y se valora la capacidad de retención voluntaria del material líquido por el esfínter rectal.

## 7. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

Existen diversas formas de tratamiento, y se escogerá una u otra en función del tipo de incontinencia y del estado cognitivo del paciente. Para facilitar un esquema terapéutico se agrupa en cuatro tipos: conservador, farmacológico, quirúrgico y paliativo.

### 7.1. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Está indicado en la hipotonía del suelo pélvico manifiesta en la incontinencia urinaria de esfuerzo y en ciertos tipos de incontinencia fecal. Se realiza mediante: ejercicios del suelo pélvico (ejercicios de Kegel), *biofeedback*, reentrenamiento, dispositivos mecánicos y estimulación eléctrica.

#### *7.1.1. Ejercicios de refuerzo del suelo pélvico*

Fueron propuestos por Arnold H. Kegel,[23] ginecólogo norteamericano, a mediados de los años 50. Dadas las diferencias anatómicas entre el hombre y la mujer, los ejercicios de rehabilitación son diferentes en ambos sexos, aunque se persigue el mismo objetivo. Mediante los ejercicios de Kegel puede trabajarse la velocidad de contracción muscular y la fuerza de esta contracción según sea de duración corta o larga. El músculo elevador del ano forma parte del suelo pélvico y se contrae voluntariamente, como un bloque, ya que tiene

una única inervación. Sujeto a esta acción voluntaria, contribuye al cierre consciente de esfínteres y por tanto evita escapes. Mediante su relajación muscular, facilita el acto de la micción o la defecación. Es importante mantener las piernas separadas unos 15 cm durante el ejercicio.

Se puede realizar un programa pautado de refuerzo y entrenamiento voluntario del músculo elevador del ano, siempre que el paciente incontinente sea capaz de contraer los músculos del suelo pélvico e interrumpir el chorro miccional y tenga capacidad para poder realizar contracciones del suelo pélvico. Siempre mejora la respuesta al ejercicio si el diafragma acompaña a la respiración y facilita una correcta presión intraabdominal. El diafragma asciende al espirar, y con ello disminuye la presión en el interior de la cavidad abdominal y la capacidad de contracción del suelo pélvico mejora. Se ha de enseñar al paciente no solo a contraer el periné de forma activa sino también a relajar los músculos antagonistas al mismo tiempo. Algunos estudios[24] demuestran que los ejercicios son tan efectivos como la estimulación eléctrica.

Una pauta de ejercicios de rehabilitación no conlleva complicaciones, no es invasivo y tiene un relativo bajo coste. Se pueden realizar en distintas posturas. La más fácil y eficaz es en decúbito supino, con ambas rodillas flexionadas y ligeramente separadas y con las plantas de los pies apoyadas en el suelo, como en la posición de descarga (véase figura 6). Se inicia una inspiración lenta por la nariz, hinchando la barriga (respiración abdominal), seguida de una espiración lenta por la boca y, al mismo tiempo de la espiración, una contracción de cierre hacia arriba del ano. Una vez terminada la espiración, se deja un momento para la relajación y se empieza nuevamente el ejercicio hasta completar las repeticiones propuestas.

El número de repeticiones de un ejercicio ha de ser creciente y gradual, para evitar la fatiga muscular que comporta la utilización de un músculo hipotónico. Lo ideal es realizar 30 repeticiones repartidas en tres bloques de 10, intercalando en cada el doble del tiempo necesario para la realización del ejercicio. Durante todos los ejercicios hasta ahora explicados se estimulan fibras motoras con contracción lenta y mantenida.[25]

#### *7.1.2. Biofeedback*

Cuando existe una dificultad para la compresión y la realización de los ejercicios del suelo pélvico, puede uno ayudarse de las técnicas de *biofeedback*. Estas consisten en colocar una sonda vaginal con un electrodo que, al contactar con las paredes de la vagina, permite la visualización gráfica, luminosa o sonora, de la intensidad de la contractura muscular.[26] La misma técnica es utilizada en la rehabilitación fecal mediante un perinómetro fecal.

Estas técnicas pueden ser utilizadas tanto para el diagnóstico, como para el inicio de un

tratamiento, ya que sirven de ayuda en la toma de conciencia de la localización de los músculos del suelo pélvico. Pueden también utilizarse como método de objetivación y control de los avances en la adquisición del tono muscular.

#### *7.1.3. El reentrenamiento vesical y fecal*

Es una técnica de rehabilitación que hace condicionar de nuevo la micción de forma programada en el tiempo, independientemente del deseo de llevarlo a cabo. Es muy útil en las situaciones que condicionan patología urgente.

#### *7.1.4. Dispositivos mecánicos*

Sirven para mejorar el tono muscular del suelo de la pelvis. Los más conocidos son los conos vaginales.[27] Se introduce el pequeño cono en la vagina y los músculos se contraen para evitar que resbale y caiga. En esta contracción muscular selectiva no intervienen otros músculos antagonistas del suelo. De forma análoga, puede realizarse en el esfínter anal. Se aconseja al paciente que realice actividades normales en su casa, en las que deba adoptar varias posiciones, pero evitando estar sentado. Puede realizarse este ejercicio durante 15 minutos, dos veces al día. Posteriormente se puede pasar al siguiente cono vaginal, que será algo más pesado, en la medida que el suelo de la pelvis aumente su tono muscular. No se recomienda prolongar su uso por un tiempo indeterminado. Están comercializados en un paquete de cinco conos de distinto peso, de 5 cm de largo por 2 de diámetro. El más pequeño pesa 20 g y su peso aumenta en progresión de 20 g cada uno.

Este método no se podrá utilizar en el caso de los pacientes que sufran un estrechamiento del orificio vaginal o en casos muy severos de falta de tono muscular. Los conos vaginales están contraindicados en mujeres con un gran rectocele y no se usarán durante las pérdidas menstruales, ni después de relaciones sexuales.[28,29]

También pueden utilizarse balones vaginales, que tienen resultados terapéuticos parecidos a los conos. De forma análoga puede colocarse en el esfínter anal. El fundamento sobre el que se basan es el mismo que el de los ejercicios de Kegel, pero de forma instrumentalizada.

#### *7.1.5. Estimulación eléctrica*

Puede estar indicada siempre que el arco sacro en su reflejo esté conservado, aunque sea deficitario. Debe realizarse siempre en un centro especializado y por personal entrenado. Se utiliza un electroestimulador con sondas vaginales o rectales con potenciales de baja intensidad durante períodos largos, mediante corrientes rectangulares bifásicas compensadas.[30] En casos de intolerancia a los electrodos vaginales o anales puede hacerse

con electrodos externos. Las distintas acciones de las fibras musculares y el objetivo terapéutico condicionan la pauta de electroestimulación. En la musculatura del suelo pélvico encontramos fibras musculares de dos tipos:

- Tipo I (70%) de contracción lenta y de función tónica, que responden a frecuencias bajas de electroestimulación.
- Tipo II (30%) de contracción rápida, que responden a frecuencias más elevadas.

Para reforzar el músculo se emplean frecuencias entre 35 y 50 Hz. Para la inhibición de la inestabilidad vesical utilizaremos de 5 a 25 Hz. La amplitud es de 0,5 milisegundos, el tiempo de trabajo es de tres segundos y el de descanso seis segundos. La duración de cada sesión de tratamiento es de aproximadamente 15 minutos. La frecuencia idónea de las sesiones es de dos a tres por semana. No obstante, la intensidad depende de la tolerancia de la paciente.

### 7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Depende de cada situación patológica y de si se trata de un hombre o una mujer. En general puede afirmarse que existe una buena respuesta a todos los grupos de fármacos con muy escasas reacciones adversas. Los fármacos utilizados con más frecuencia por su probada eficacia son:

- Los anticolinérgicos. Son el tratamiento de la urgencia miccional en la mujer, puesto que relajan el detrusor, disminuyen la presión intravesical, reducen la frecuencia de las contracciones y aumentan la capacidad vesical para retener la orina.
- Fármacos de tipo alfa-bloqueante. La clínica irritativa en el hombre que da orina por rebosamiento por hipertrofia prostática se tratan con fármacos de este tipo, que actúan sobre los receptores a-1 adrenérgicos de la musculatura lisa prostática aunque no logran reducir su tamaño.

En el tratamiento de la incontinencia fecal se modifica la consistencia de las heces, para evitar flatulencias y así minimizar la incontinencia de líquidos y gases.

### 7.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Este tipo de tratamiento, propio de especialistas, ha experimentado grandes cambios positivos en los últimos años, mejorando los resultados ya sea de forma inmediata o

prolongada en el tiempo.

## 7.4. TRATAMIENTO PALIATIVO

Existen en el mercado diferentes tipos de medidas paliativas, de las que las más conocidas son los absorbentes de material celulósico.

Cuando el estado cognitivo del incontinente no permite otro tipo de tratamiento o cuando este no sea efectivo, el único recurso para mejorar el confort y la calidad de vida son los pañales.

Los absorbentes o pañales son protectores de un solo uso, y su función es almacenar la orina o las heces emitidas de forma involuntaria, por impregnación, para intentar mantener a la persona incontinente seca, proteger su piel y evitar humedecer la ropa y la cama.

Es útil usar el pañal adecuado para cada tipo de pérdida, para que resulte más eficaz con el mínimo coste. Cuando se prescribe un absorbente debe tenerse en cuenta no solo el tipo de pérdidas sino también la valoración biopsicosocial del individuo, tanto desde un punto de vista cognitivo, como de su movilidad y del apoyo familiar con el que cuenta.

Existen en el mercado tres tipos de absorbentes: rectangulares, anatómicos y elásticos. Los absorbentes rectangulares son poco adaptables y discretos, son útiles en pérdidas medianas y para ser utilizados durante el día. Los absorbentes anatómicos son los más adaptables y discretos y los más útiles para la mayoría de los pacientes. Los absorbentes elásticos deberían reservarse para pacientes encamados, en silla de ruedas, con poca movilidad o en pacientes con incontinencia fecal por heces líquidas.

Cabe destacar que, aunque tengan que utilizar estas medidas paliativas, es fundamental potenciar al máximo el hábito de vaciar la vejiga urinaria cada tres horas, junto con el resto de recomendaciones para la prevención de la incontinencia urinaria.

La experiencia demuestra que el aumento de la autonomía en relación a la continencia urinaria y fecal incrementa la autoestima del que la padece, además de suponer un ahorro en el consumo de celulosa, que tiene un efecto directo sobre la conservación del medio ambiente.

### *7.4.1. Consejos para los pacientes para el uso de pañales en las incontinencias*

Son útiles unas normas generales de obligado cumplimento, para evitar especialmente posibles infecciones sobreañadidas en la zona de roce de un pañal, por la colocación de un pañal ya sea por parte del propio incontinente o del cuidador.

Debe intentar mantenerse el autocuidado para evitar la dependencia, como medida fundamental para conservar la autoestima y la calidad de vida y evitar procesos depresivos

intercurrentes.

Las normas que permiten una correcta higiene son básicas para evitar la aparición de infecciones y de lesiones de la piel y deben realizarse en todos los cambios. Estas son:

- Lavarse las manos antes y después del cambio.
- Retirar siempre los absorbentes por la parte posterior del cuerpo.
- Limpiar la piel correctamente y vigilar que quede bien seca.
- Colocar el pañal por la parte anterior del cuerpo.
- Si la persona incontinente tiene dificultad para movilizarse pero puede mantenerse en pie, asegurar que tenga siempre un punto de apoyo y vigilar que no resbale (una forma podría ser poner el pie de quien pone el pañal ante los pies del incontinente).
- Si la persona incontinente está sentada o en silla de ruedas, acercar la silla a la pared o frenarla para evitar que se desplace.
- Escoger el absorbente adecuado al grado de incontinencia que padece.
- Doblar el absorbente longitudinalmente y ajustarlo a las ingles para facilitar su colocación. Los pañales anatómicos contienen una malla slip para sujeción externa, son discretos y adaptables al cuerpo. Deben colocarse con la parte más ancha delante en el hombre y detrás en la mujer.

## 8. Prevención de la incontinencia urinaria y fecal

A pesar de la importancia de la incontinencia de orina y su gran influencia en la vida diaria, escasean los estudios controlados sobre su prevención y menos aún sobre la prevención de la incontinencia fecal.

Son necesarios estudios sobre la prevención primaria y secundaria de la incontinencia para profundizar más sobre los mecanismos de actuación de los distintos factores de riesgo.

La prevención de las incontinencias urinaria y fecal en el adulto, así como todas las medidas adoptadas para atenuarlas, actúan no solo sobre el síntoma objetivo (pérdidas de orina y de heces) sino que contribuyen de forma global a evitar un deterioro en la calidad de vida y la autoestima personal. Pueden aplicarse a toda la población en general pero con especial cuidado en el anciano.

La detección de las *situaciones de riesgo* de padecer algún tipo de incontinencia es fundamental. A continuación, se mencionan algunas de estas situaciones en las que puede detectarse una incontinencia:

- Las actividades de la vida diaria como toser, estornudar, defecar, saltar, gritar,

vestirse; asiduidad con la que se toman bebidas estimulantes (té, café, colas, alcohol, etc.); actividades deportivas, sobre todo si se han realizado deportes de elite con potencial lesivo sobre el tono de suelo pélvico.

- Enfermedades como tos crónica (asma, EPOC, tabaquismo, etc.), obesidad, estreñimiento, diarrea, meteorismo, vómitos frecuentes, diabetes, enfermedades traumatológicas y neurológicas, malformaciones, hipertensión arterial en tratamiento con diuréticos, infecciones de orina de repetición, etc. Toda persona polimedicada en general, y los consumidores habituales de infusiones de hierbas medicinales con una acción diurética, laxante y depurativa en particular, deben valorar la posibilidad de aparición de una urgencia miccional y una diarrea con urgencia.
- Los antecedentes ginecológicos en el caso de la mujer: número de partos, episiotomías sistemáticas, antecedentes de partos complicados que han requerido gran manipulación y han ocasionado desgarros ya sean vaginales o rectales, prolapsos e intervenciones quirúrgicas. No hay pruebas suficientes para afirmar que la menopausia sea causa de incontinencia urinaria ni que el tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia cure la incontinencia.
- Los déficits funcionales en función de la edad: envejecimiento, disminución en la capacidad de movimiento y de la coordinación, alteraciones en los ejes de fuerza de la columna vertebral, marcha lenta.
- Las barreras arquitectónicas.

## 9. CONSEJOS GENERALES PARA PREVENIR UNA INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

- Mantener una higiene personal diaria, sobre todo después de cada micción o defecación, para evitar posibles infecciones y lesiones en la piel.
- Ir periódicamente al lavabo para orinar, con un intervalo no superior a las tres horas durante el día y una vez al día para defecar.
- Facilitar el acceso al WC en el caso de presentar problemas de movilidad.
- Vestir cómodamente y con ropas fáciles de sacar para evitar las posibles pérdidas por urgencia miccional o fecal.
- Evitar el estreñimiento y la diarrea.
- Consumir un volumen normal de líquidos ya que concentrar mucha orina puede actuar como irritante de la vejiga urinaria.
- Evitar a la hora de la cena alimentos muy acuosos como sopas o frutas muy jugosas, si existen pérdidas nocturnas.

- Evitar tomar sustancias estimulantes como té, café, bebidas con cola o chocolate.
- Evitar asimismo las bebidas alcohólicas, que dan urgencia miccional e impactación fecal.
- No tomar medicamentos diuréticos ni laxantes sin prescripción.
- Evitar tomar diuréticos después de las seis de la tarde si se trata de una incontinencia urinaria de predominio nocturno, salvo prescripción.
- Conocer las acciones de las hierbas medicinales si se toman habitualmente ya que algunas pueden actuar sobre el ritmo y el volumen de orina, así como sobre el ritmo y las características de las heces.

## 10. Mensajes clave en incontinencia urinaria y fecal

A modo de resumen, acerca de esta patología extremadamente frecuente y poco valorada, puede decirse:

- La edad no es una justificación para su aparición.
- Antes de iniciar cualquier tratamiento, es necesario un buen diagnóstico y el paciente debe tener consciencia de que se trata de una enfermedad y no de algo inevitable relacionado con la vejez.
- La educación sanitaria tiene un papel muy importante en la prevención, ya que ayuda a minimizar la disfunción y facilita la adaptación a la discapacidad.
- Las modificaciones del entorno contribuyen de manera muy positiva a la autonomía y seguridad del paciente.
- Las ayudas externas como tratamientos paliativos contribuyen a dar seguridad, autoestima y mejoría en la calidad de vida del incontinente y de su entorno.

## Referencias bibliográficas


1. Lagro-Jansen TLM, Smith AJ, Van Weel C. Women with urinary incontinence: self-perceived worries and general practioner' knowlegde of problem. Br J Gen Pract. 1990; 40:231-34.
2. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standartisation of terminology of lower tract function. The international continence society comittee on standardisation of terminology. Scabd J Urol Nephol. 1988; 114(suppl):5-19.
3. Fecal incontinence. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editores. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;

2010. cap. 17.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Llibre blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins de l'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2006.
5. Brockleurst JC. Urinary incontinece in the community –analysis of a MORI poll. BMJ. 1993; 306:832-4.
6. Diokno AC, Brock BM, Brow BM, Herzog A R. Prevalence of urinary incontinence and other urological symtoms in the noninstitutionalized elderly. J UROL. 1986; 136:1022-5.
7. Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinece. Clin Geriatr Med. 1986; 2:639-55.
8. Damian J, Martin-Moreno J, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo Márquez L, Martinez Agulló E. Prevalence of urinary incontinece among Spanush older people living home at home. Eur Urol. 1998; 34:333-338.
9. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, garcía de yebenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Pulme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. Atención primaria. 2003; 32:337-42.
10. Dios Diz JM, Rodríguez Lama M, Martínez Calvo JR, Rodríguez Pérez C, Melero-Brezo M, García-Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en pacientes de más de 64 años en Galicia. Gac Sanit. 2003; 17:409-11.
11. Gainza MC, Genua MI, Alustiza ML, Aguirre, Irrutia MT, Velasco JJ. Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico. Estudio de prevalencia en cinco hospitales. Revista A.E.F.H (Asociación española de farmacia hospitalaria). 1988; 12:267-78.
12. Boyle P, Roberston C, Mazzeta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, Kiemeney L, Lee C; UREpik study group. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. BJU Int. 2003; 92:943-7.
13. Elving LB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 woman age 30-59. Sscand J Urol Nepphrol. 1989; 125:37-43.
14. Hvidman L, Folspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. Acta Obstet Scand. 2003; 82:556-63.
15. Lacima G, Espuña M, Pera M, Puig-Clota M, Quinto L, Garcia-Valdecassas JC. Clinical, urodynamic and manometric findings in women with combined fecal and urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2002; 21:464-9.

16. Gosling JA. The structure of the female lower urinary tract and pelvic floor. Urol Clin North Am. 1985; 12:207.
17. Hvidman L, Folspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. Acta Obstet Scand. 2003; 82:556-63.
18. Borirakchanyavat S, et al. Continence mechanisme of the isolated female urethra: an anatomical study of the intrapelvic somatic nerves. J Urol. 1997; 158:822-826.
19. Del Rio C, et al. Incontinencia fecal. Valoración del paciente. Tratamientos clásicos. Cir Esp. 2005; 78(supl 3):34-40.
20. Bendahan G, Fortuny M, Garolera G, Gras R, Narbona P, Vila MA. Guías de práctica clínica. Recomendaciones para el uso de absorbentes. Dirección en atención primária. Barcelona: Instituto Catalán de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social; 2002.
21. Vila MA, Fernandez MJ, Dalfó A, Florensa E, Orejas V, Romea S. Atención Primària. 1997; 19121-126.
22. Espuña Pons M, et al. Med. Clin (Barc). 2004; 122(8):288-92.
23. Kegel AH. Progressive resístanse exercice in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obste Gynecol. 1948; 56:238-49.
24. Ishiko O, Hirai K, Sumi T, Tetsuta I, Ojita S. Hormone replacement therapy plus pelvic floor exercises for post-menopausal stress incontinence. A randomised controlled trial.
25. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised, controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ. 1999; 318:487-493.
26. Burgio K, Goode P, Locher J, Umlauf M, Roth D, Richter H, Varener RE, Lloyd LK. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women. A randomized controlled trial. Jama. 2002; 288:2293-2299.
27. Billington A. Estrategias para afrontar la incontinencia. En: Cardozo L, Staskin D, Kirby M, editores. Incontinencia urinaria en Atención Primaria. UK: Isis Medical Media; 2000. p. 65-68.
28. Grosse D, Sengler J. Re-education perineale. Barcelona: Masson; 1998.
29. Bouciers A. Le plancher pelvien. París: Vigot; 1991.
30. Vodusek DB. Therapeutic electrical stimulation in incontinence. Int J Proct per dis. 1997; 1:281-88.

13
# UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LA EDAD AVANZADA

*Albert Fetscher, Rosa Maria Gibert y Meritxell Boquet*

## 1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida en el mundo occidental está modificando la edad media de la población. En la actualidad, hay personas de más edad, que viven más tiempo y con más enfermedades. Este segmento de la población utiliza un gran número de medicamentos pero, al no haber estudios específicos sobre su seguridad y su efectividad, pueden encontrarse a menudo pautas de medicamentos infradosificadas.

En las distintas etapas de la vida se sufren cambios fisiológicos, pero los más relevantes se producen en el paso de la edad adulta a la vejez. Dichos cambios condicionan la pauta, el seguimiento y la posible modificación del tratamiento. No todos se producen al mismo tiempo, ni de la misma manera, por lo que el seguimiento de estos pacientes nunca debe generalizarse.

## 2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS: FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA

De manera muy simplificada, puede decirse que la farmacocinética estudia lo que el organismo hace sobre el fármaco, mientras que la farmacodinamia se centra en lo que el fármaco hace en el organismo.

### 2.1. FARMACOCINÉTICA

Esta rama de la farmacología explica el curso del fármaco y sus metabolitos en el organismo. Comienza con la absorción, a la que le siguen la distribución, el metabolismo y por último la excreción. Este conjunto de procesos se denomina ADME.[1,2]

Es importante conocer los cambios que se producen, para saber cómo quedan modificados los distintos procesos. Por ejemplo, la disminución de la producción de la acidez gástrica, de la motilidad y del vaciado gástrico modifica la *absorción oral* del fármaco. Tanto la motilidad como el tono muscular de la fibra muscular lisa gástrica están disminuidos en el anciano, y esto conlleva un retraso en el vaciado gástrico que da lugar a una mayor permanencia y un mayor contacto de los fármacos en el estómago. Este retraso en el vaciado puede incrementar el potencial ulcerogénico de fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), las interacciones con fármacos antiácidos debido a

una mayor oportunidad de unión, o la absorción de fármacos poco solubles. Los cambios en la masa corporal y el incremento del porcentaje de grasa pueden alterar la *distribución* de ciertos fármacos, provocando cambios en la respuesta farmacológica.

La disminución de las proteínas albúmina y la glicoproteína ácida alfa-1 (AAG) determina la acción farmacológica, ya que solamente el fármaco libre, es decir, el no unido a la proteína, llega al lugar de acción; por este motivo, la respuesta al fármaco depende de la concentración de la fracción libre y no de la concentración total de fármaco circulante en plasma. Los fármacos libres pueden ser:

- Fármacos con unión a proteínas plasmáticas disminuida (fracción libre aumentada): Acetazolamida, Naproxeno, Fenitoína, Furosemida, Cimetidina.
- Fármacos con unión a proteínas plasmáticas aumentada (fracción libre disminuida): Amitriptlina, Enalapril, Propranolol, etc.

La acción de estos fármacos se ve afectada en el inicio y durante su acción, tanto los que se unen altamente a tejidos (como la digoxina) como los fármacos hidrosolubles (como el alcohol, el litio o la morfina). Debido al incremento de grasa corporal, el volumen de distribución de los fármacos lipófilos se ve incrementado. Este es el caso de la mayoría de antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, benzodiazepinas, bloqueantes de canales de calcio, etc. Este aumento del volumen de distribución a lugar a un inicio de acción retardado y a una posible acumulación de fármaco en tejido adiposo, por lo que se prolonga la acción farmacológica, con una potencial toxicidad. Todos estos fármacos se consideran inapropiados en ancianos.

Los fármacos son eliminados del organismo, principalmente, por *metabolismo hepático, excreción renal* o la combinación de ambos procesos. Una disminución del aclaramiento corporal se traduce en una concentración y en una respuesta farmacológica elevadas, que pueden dar lugar a toxicidad. Algunos fármacos con importante metabolismo hepático (como por ejemplo la mayoría de beta-bloqueantes o analgésicos opioides) pueden causar toxicidad en pacientes de edad avanzada, por la disminución de su aclaramiento hepático. La edad afecta al aclaramiento hepático a través de cambios en la actividad de algunos enzimas. Estos afectan fundamentalmente a la fase I del metabolismo (oxidación, reducción e hidrólisis), mientras que la fase II (glucuronidación, acetilación) se ve menos afectada. Un grupo importante de fármacos que sufren metabolismo de Fase I y que se encuentran potencialmente afectados en ancianos son las benzodiazepinas de acción larga: diazepam, clordiazepóxido, clorazepato.

Los fármacos que sufren metabolismo enzimático de fase ii, como el lorazepam, no

parecen estar afectados por la edad, por lo que sí pueden utilizarse con pacientes ancianos.

El efecto de la edad en estos sistemas enzimáticos todavía está por determinar ya que, a diferencia de la función renal, no se dispone de tests de laboratorio que midan directamente la función hepática y que permitan realizar ajustes de dosis. La función renal se conoce a través del aclaramiento de creatinina y es muy útil para calcular cuándo el paciente debe usar fármacos de estrecho margen terapéutico como digoxina, litio, atenolol, cimetidina, aminoglucósidos, etc.

### 2.2. FARMACODINAMIA

Se ocupa de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos, así como de su mecanismo de acción. Estos efectos pueden llevar a una respuesta insuficiente del fármaco, a una reacción adversa o a un fracaso terapéutico. No se dispone de estudios sobre las modificaciones farmacodinámicas en el anciano pero algunos han demostrado que, en la vejez, pueden sufrir modificaciones tanto los receptores, en su número, en su sensibilidad y en la respuesta celular, como los sistemas central, periférico y autónomo. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son dos veces superiores en pacientes de más de 65 años. Las reacciones adversas significativas se observan con frecuencia en fármacos con estrecho margen terapéutico o metabolismo hepático saturable (como la fenitoína o la teofilina) o en aquellos con una única vía de eliminación.

## 3. MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN LA EDAD AVANZADA

Se calcula que más de una sexta parte de pacientes ancianos toma fármacos que no son adecuados para ellos y que podrían dar lugar a un deterioro mental o físico, o a efectos adversos potencialmente graves.

La prescripción inadecuada de fármacos es un problema frecuente en la edad avanzada, que conlleva un aumento del riesgo RAM. Para minimizar este problema se han ido desarrollando distintas herramientas, entre las que es necesario citar los *Criterios de Beers,* publicados en 1992 y posteriormente actualizados en 2002. Esta herramienta define unos criterios para el uso de fármacos en pacientes de edad avanzada, en función de sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas. Los *criterios de Beers* incluyen una serie de fármacos que se consideran de riesgo en ancianos: 41 fármacos o familias de fármacos que se consideran inadecuados en cualquier circunstancia y siete que se consideran inadecuados en determinadas circunstancias o dosis.

En el año 2007, Barry y sus colaboradores publicaron en la revista *Age and Ageing* el

START (*Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment*), un instrumento útil para alertar sobre la necesidad de prescripción de determinados fármacos.[3]Un año después, Gallager y sus colaboradores publicaron en la misma revista el STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*), un instrumento útil para detectar prescripciones inadecuadas en pacientes mayores.[4]

Posteriormente, se publicaron conjuntamente los criterios STOPP-START[5] que tienen en cuenta las comorbilidades más frecuentes en los pacientes de edad avanzada que, además de ser pacientes polimedicados, poseen un riesgo muy elevado de presentar reacciones adversas que deben tenerse en cuenta al prescribir una terapia farmacológica. Los principales factores que afectan al paciente geriátrico son:

- La existencia de un deterioro funcional.
- Las modificaciones en la respuesta de los órganos diana a nivel de receptores, que alteran la farmacodinamia a partir de cierta edad.
- Los cambios en la composición corporal.

Todos ellos lo hacen más vulnerable a sufrir una prescripción inadecuada por parte de los profesionales sanitarios. Con los criterios STOPP/START[6] se intenta evitar:

- La sobremedicación o polimedicación innecesaria.
- La infradosificación.
- El mal uso de los medicamentos.

Pueden citarse como ejemplo:

- El criterio STOPP en el SNC: fármacos anticolinérgicos en glaucoma, estreñimiento, etc.
- El criterio START en el SNC: fármacos antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados o severos con una duración mínima de tres meses.

Los criterios STOPP/START están basados en la evidencia clínica y fueron consensuados y validados en 2008 por un grupo de expertos compuesto por médicos especialistas en pacientes geriátricos, psiquiatras especialistas en la tercera edad, farmacólogos y farmacéuticos hospitalarios.[7]

## 4. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

4.1. DEPRESIÓN

Los fármacos antidepresivos están indicados en el tratamiento de la depresión moderada o severa del anciano.[8] Se dispone, actualmente, de varios tipos de fármacos antidepresivos, de eficacia similar pero con mecanismos de acción y perfil de efectos adversos diferentes[9](véase tabla 1 para observar resumidamente algunas dosificaciones).

Tabla 1. Dosificación de los antidepresivos en geriatría

| FÁRMACO | DOSIS INICIAL | DOSIS TERAPÉUTICA | PAUTA DE ADMINISTRACIÓN |
|---|---|---|---|
| Nortriptilina | 10 mg/día | 50-125 mg/día | 1 compr/d. (noche) |
| Fluvoxamina | 50 mg/día | 100-200 mg/día | 1-2 compr/día |
| Fluoxetina | 10 mg/día | 20 mg/día | 1 compr/día |
| Paroxetina | 10 mg/día | 20-40 mg/día | 1 compr/día |
| Sertralina | 25 mg/día | 50-150 mg/día | 1 compr/día |
| Citalopram | 10 mg/día | 20-30 mg/día | 1 compr/día |
| Escitalopram | 5 mg/día | 10-30 mg/día | 1 compr/día |
| Venlafaxina (retard) | 75 mg/día | 150-225 mg/día | 1 compr/día |
| Duloxetina | 30 mg/día | 60-90 mg/día | 1-2 compr/día |
| Mirtazapina | 15 mg/día | 30-45 mg/día | 1 compr/d (noche) |
| Bupropión | 150 mg/día | 150-300 mg/día | 1 compr/12 h |
| Reboxetina | 2mg /día | 4-6 mg/día | 1 compr/12 h |
| Trazodona | 50 mg/día | 100-300 mg/día | 1-3 compr/día |
| Agomelatina | 25 mg/día | 25-50 mg/día | 1 compr/día |

*4.1.1. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (**ISRS**)*

*Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram* son actualmente los fármacos que deben utilizarse preferentemente en el tratamiento de la depresión en ancianos. Los efectos secundarios más comunes son:

- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, anorexia, sequedad de boca.
- Sobre el SNC: cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, ansiedad, temblor, mareo.
- Disfunciones sexuales: impotencia, anorgasmia y eyaculación retardada.

- Hiponatremia. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).
- Pérdida de masa ósea y un mayor riesgo de fracturas y caídas.[10]

La sertralina, el citalopram y el escitalopram tienen un bajo perfil de interacciones farmacológicas, por lo que son los más recomendados en ancianos.

#### *4.1.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (**ISRSN**)*

La *venlafaxina* o la *duloxetina* son igual de eficaces que los ISRS y tienen escasas interacciones farmacológicas. La duloxetina es efectiva si, además, el dolor es neuropático.

Los efectos secundarios que pueden presentar son gastrointestinales, de agitación, de insomnio, disfunciones sexuales e hipertensión arterial con dosis altas de Venlafaxina (150-225 mg/día).

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

La *mirtazapina* produce sedación y un aumento del apetito y del peso. Tiene pocas interacciones farmacológicas y es útil en asociación en depresiones resistentes o con respuesta parcial.

#### *4.1.4. Antidepresivo no selectivo de la recaptación de serotonina*

La *trazodona* tiene un acusado perfil sedativo y una baja capacidad antidepresiva. Presenta menos efectos anticolinérgicos pero induce más hipotensión ortostática. Es útil en el insomnio de la depresión a dosis bajas y de la agitación en la enfermedad de Alzheimer.

#### *4.1.5. Antidepresivo noradrenérgico*

Destaca la *reboxetina.* Es importante evitar su asociación con Fluvoxamina, IMAO, antibióticos macrólidos y antifúngicos. Existen, actualmente, controversias en relación a su eficacia antidepresiva.[11]

#### *4.1.6. Antidepresivo inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina*

Con el *bupropión* hay poca experiencia en ancianos. Aumenta el riesgo de crisis comiciales, de insomnio, de nerviosismo y de anorexia. Es el antidepresivo que ocasiona menos disfunciones sexuales y es efectivo en la apatía.

#### *4.1.7. Antidepresivo agonista melatoninergico*

Con la *agomelatina* también hay poca experiencia de uso en ancianos. Tiene pocos efectos secundarios, no induce aumento de peso y tiende a mejorar el sueño en la demencia.[12] Se

han descrito aumentos de las enzimas hepáticas.

#### *4.1.8. Antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos,* ***IMAO***

Son eficaces, pero no son de primera elección debido a sus efectos anticolinérgicos (retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa y estreñimiento), sobre la conducción cardíaca (bloqueos aurículo-ventriculares) y alteraciones de la función cognitiva. Están contraindicados en el infarto agudo de miocardio reciente, en la hipotensión ortostática, en el bloqueo cardíaco, en la hipertrofia prostática, en el glaucoma de ángulo estrecho y en el deterioro cognitivo. La *nortriptilina* es el antidepresivo tricíclico con un perfil más favorable para ser utilizado en el anciano.

En la elección del antidepresivo debe tenerse en cuenta la comorbilidad, la historia depresiva previa, el riesgo de suicidio, la eficacia clínica del fármaco, la seguridad en sobredosis y las posibles interacciones farmacológicas, así como la posología y el precio.

Se recomienda iniciar el tratamiento antidepresivo con un ISRS a dosis bajas, para reducir los posibles efectos secundarios iniciales, que son generalmente náuseas y vómitos y que suelen desaparecer en una o dos semanas, y progresivamente ir aumentándolas hasta llegar a la misma dosis terapéutica que en el adulto no anciano. Es necesario esperar unas cuatro o seis semanas para valorar los efectos terapéuticos del antidepresivo y, una vez conseguida la remisión de todos los síntomas, debe mantenerse el tratamiento durante seis o 12 meses,[13] o incluso más, para evitar recaídas, ya que debido al carácter crónico o recurrente de la depresión geriátrica, es frecuente la necesidad de instaurar tratamiento de por vida.[14]

Si no se obtiene una respuesta favorable con la administración de la dosis terapéutica en las cuatro o seis semanas de inicio del tratamiento es necesario sustituir el antidepresivo,[15] asociar distintos antidepresivos de perfil diferente o utilizar psicoterapia,[16] que tiene una eficacia parecida a los antidepresivos. También pueden utilizarse potenciadores de los antidepresivos, como litio, lamotrigina, neurolépticos, metilfenidato y hormona tiroidea (T3).

En el caso de ser necesaria la retirada del tratamiento antidepresivo, esta se hará de forma paulatina, reduciendo la dosis durante varias semanas para evitar la aparición de efectos de discontinuación del tratamiento. Todos los antidepresivos ISRS, especialmente sertralina, citalopram y escitalopram, así como mirtazapina, trazodona, venlafaxina y duloxetina, son efectivos en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).[17]

La asociación de antidepresivos puede dar lugar al síndrome serotoninérgico, que se manifiesta con sudoración, temblor, inquietud, escalofríos, confusión, convulsiones y

muerte.

#### *4.1.9. Terapia electroconvulsiva (**TEC**)*

La terapia electroconvulsiva es otro tipo de tratamiento eficaz en la depresión del anciano. Sus indicaciones son: depresión resistente o intolerancia a la medicación antidepresiva, depresión grave psicótica, riesgo grave de suicidio, negativa persistente a la toma de alimentos y en la enfermedad de Parkinson.[18]

Los efectos adversos pueden ser la alteración de la memoria, el síndrome confusional agudo y el incremento del deterioro cognitivo previo, generalmente reversibles y presuntamente relacionados con la demencia previa al tratamiento y a la depresión. La frecuencia de utilización suele ser de dos veces a la semana.

### 4.2. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se manifiesta por la alternancia de episodios depresivos y episodios maníacos (trastorno bipolar tipo I) o hipomaníacos (trastorno bipolar tipo II), que continúan con períodos asintomáticos o de estabilidad emocional.[19] Los fármacos eutimizantes o estabilizadores del ánimo[20] que se utilizan en el tratamiento del trastorno bipolar son:

- Litio.
- Antiepilépticos: valproato, carbamazepina.
- Antipsicóticos atípicos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol (se describen en el apartado de trastornos psicóticos y delirium).
- Nuevos antiepilépticos / eutimizantes: lamotrigina, gabapentina, topiramato, pregabalina y oxcarbazepina.
- Benzodiacepinas: clonazepam y lorazepam.

#### *4.2.1. Litio*

Es el fármaco de primera elección para el tratamiento del trastorno bipolar en el anciano.[21,22]Es especialmente importante considerar la pluripatología y la polimedicación que suelen presentar los ancianos antes de utilizar litio, ya que pueden ocasionar importantes reacciones adversas, así como alterar los estrechos márgenes terapéuticos en plasma.

Por todo ello, antes de iniciar el tratamiento con litio debe efectuarse: una anamnesis y una exploración física; un análisis con hemograma completo y una valoración de la función

hepática, renal y tiroidea; un electrocardiograma; y una valoración de la función cognitiva, ya que parece tener menos eficacia en los afectos de deterioro cognitivo y puede provocar déficits de memoria, de atención y desorientación. En tratamientos prolongados tiene un efecto neuroprotector y provoca una menor evolución a demencia.

Se inicia el tratamiento con dosis bajas, 400 mg al día, para ir aumentando de 100 a 200 mg/día cada 4-6 días. Deben controlarse los niveles plasmáticos dos semanas después de cada modificación de la dosis y, una vez conseguida la dosis eficaz, cada dos o tres meses. La litemia mínima eficaz en ancianos es de 0,4 mmol/l, y el nivel óptimo es el situado entre 0,4 y 0,8 mmol/l, hasta un máximo de 1 mmol/l. Los niveles de hasta 1,5 mmol/l ya pueden producir toxicidad. Es preferible fraccionar la dosis total diaria en tres o cuatro tomas, para reducir la aparición de reacciones adversas (temblor, diarrea).

En los controles analíticos periódicos (dos o tres meses), debe valorarse el ionograma, la función tiroidea (TSH y T4 libre) y la función renal (filtrado glomerular y aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas), ya que un 5% de los tratados con litio puede presentar hipotiroidismo y los filtrados glomerulares inferiores a 30 ml/min. incrementan la toxicidad de forma acusada.

Puede aumentar la litemia y, por tanto, incrementar el riesgo de intoxicación las situaciones que pueden dar lugar a deshidratación (vómitos repetitivos, síndrome diarreico agudo, cuadros febriles, etc.), y la utilización de dietas hiposódicas, diuréticos tiazídicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), hipotensores (inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina IECA), beta bloqueantes, metronidazol, tetraciclinas y analgésicos. La teofilina, los corticoides, la acetazolamida y los antiácidos reducen el nivel de litio en sangre. El tratamiento conjunto con betabloqueantes o digoxina puede dar lugar a bradicardia sintomática.

En los casos resistentes de cicladores rápidos o en los casos en los que se presentan efectos secundarios del tratamiento, la combinación con otros eutimizantes puede reducir o mejorar estas situaciones. La mejor asociación es con valproato, pues aumenta la eficacia y la tolerancia al tratamiento con litio. En segundo lugar está la utilización de carbamazepina que, aunque es eficaz, es menos tolerada. También es efectiva la combinación con los nuevos antiepilépticos (lamotrigina, gabapentina, oxcarbazepina, topiramato y pregabalina), pues son bien tolerados pero tienen menor experiencia de uso en ancianos.

#### *4.2.2. Antiepilépticos*

##### 4.2.2.1. Valproato

El valproato ha demostrado ser también eficaz en el tratamiento del trastorno bipolar, en

estados mixtos y en cicladores rápidos.[23] Al presentar menos reacciones secundarias, puede ser utilizado en lugar del litio o en combinación con este, para aumentar la eficacia y utilizar menor dosis.

Antes de iniciar el tratamiento debe practicarse una anamnesis, una exploración física, un análisis en sangre con hemograma completo, un ionograma, un análisis de la función hepática, renal y tiroidea, unas pruebas de coagulación y un proteinograma, ya que se une a las proteínas plasmáticas en un 90%. Puede provocar reacciones adversas como anorexia, náuseas, vómitos, trombocitopenia, sedación, ataxia, temblor, aumento de enzimas hepáticas y aumento de peso. También puede dar lugar a un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). La dosis eficaz se establece entre los 800 y 1200 mg/día.

#### 4.2.2.2. Carbamazepina

Es menos utilizada en ancianos por sus numerosos efectos secundarios:[24] sedación, ataxia, leucopenia, trombocitopenia, hiponatremia, visión borrosa, vértigo, dermatitis, bloqueo a-v, hipotiroidismo y aumento de las transaminasas. Presenta frecuentes interacciones farmacológicas.

Antes de iniciar el tratamiento, se recomienda realizar un hemograma completo, un ionograma, una exploración de hormonas tiroideas y un perfil hepático. La dosis de inicio es de 100-200 mg/día, con aumentos de 200 mg cada cinco o siete días, hasta alcanzar la dosis de mantenimiento (400-1200 mg/día). Los niveles plasmáticos terapéuticos son entre 4-6 mg/ml y se deben efectuar monitorizaciones cada dos o tres meses.

### *4.2.3. Nuevos antiepilépticos / eutimizantes*

Otras sustancias antiepilépticas[25] como la lamotrigina, el topiramato, la gabapentina, la oxcarbazepina y la pregabalina, están empezando a utilizarse en ancianos y se están obteniendo buenos resultados, en los casos de resistencia a los eutimizantes «clásicos», en estados mixtos y en cicladores rápidos. Son fármacos más seguros y mejor tolerados, pero falta experiencia para la indicación de su uso en el tratamiento del trastorno bipolar.

#### 4.2.3.1. Oxcarbazepina

Tiene un perfil similar al de Carbamazepina, pero con menos efectos secundarios e interacciones. Puede dar lugar a hiponatremia, somnolencia, mareo, náuseas, vómitos y alteración cognitiva. La dosis de inicio es de 300 mg/día hasta alcanzar, si es necesario, los 1200 mg/día.

#### 4.2.3.2. Lamotrigina

Es eficaz en el tratamiento y prevención de las fases depresivas del trastorno bipolar tipo II, y no tiene indicación en las fases maníacas.[26] El efecto secundario más importante, aunque poco frecuente, es un síndrome de Stevens-Johnson. También puede ocasionar somnolencia y cefalea. La dosis inicial es de 25 mg/día con aumentos cada dos semanas hasta los 200 mg/día.

#### 4.2.3.3. Topiramato

Faltan datos que confirmen su eficacia en el tratamiento del trastorno bipolar en ancianos.[27] Produce disminución de la impulsividad y pérdida de peso, así como ataxia, temblor, alteraciones visuales, alteraciones cognitivas y osteoporosis. La dosis inicial es de 25 mg/día con aumentos semanales hasta los 100-200 mg/día.

#### 4.2.3.4. Gabapentina

No ha demostrado su eficacia en el trastorno bipolar,[28] pero sí produce mejoría de los síntomas de ansiedad que lo acompañan. Es bien tolerada y tiene un bajo perfil de interacciones. Puede dar lugar a somnolencia, ataxia, mareos, fatiga, nistagmus y ciclación rápida. La dosis de inicio es de 300 mg/día con aumentos semanales de 300 mg/día, hasta un máximo de 1800-2400 mg/día.

#### 4.2.3.5. Pregabalina

Es poco efectiva en el tratamiento del trastorno bipolar, pero sí lo es en el dolor, la epilepsia y la ansiedad. La dosis inicial es de 25 mg/día por la noche, con aumentos cada 2 semanas hasta los 150 mg/día.

### *4.2.4. Fármacos coadyuvantes*

#### 4.2.4.1. Antidepresivos

Su uso es controvertido debido al riesgo de acelerar los ciclos y de inducir virajes (*switch*) hacia la manía o la hipomanía. Si se prescriben, deben ir siempre asociados a un eutimizante para reducir los riesgos. Los antidepresivos ISRS y el bupropión son los que se utilizan con más frecuencia por el menor riesgo de viraje, aunque no están recomendados para la profilaxis o para el mantenimiento a largo plazo.

#### 4.2.4.2. Benzodiacepinas

Se utilizan para tratar la ansiedad y, sobre todo, el insomnio que podría provocar un

episodio maníaco en pacientes predispuestos. Se utilizan lorazepam y clonazepam.

#### 4.2.4.3. Antipsicóticos

La gran mayoría de los antipsicóticos atípicos tienen la indicación para la manía aguda.[29] *Asenapina* es un antipsicótico de segunda generación,[30] de reciente comercialización en EE.UU. y pronto en Europa, con indicación para el tratamiento de la manía aguda moderada o grave. Presenta una baja incidencia de efectos secundarios, una buena tolerancia y protege la función cognitiva a la vez que mejora el deterioro funcional que acompaña a esta enfermedad crónica. La dosis recomendada es de 5-10 mg/12 horas por vía sublingual. Falta, no obstante, experiencia de uso en ancianos.

## 5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### 5.1. ANSIOLÍTICOS

#### *5.1.1. Benzodiazepinas*

La gran mayoría de los medicamentos usados para el tratamiento farmacológico de la ansiedad y el insomnio son las benzodiazepinas[31,32] (BZD) y sus análogos (medicamentos que actúan farmacológicamente como ellas). Todas las BZD tienen las mismas acciones farmacológicas: ansiolítica/sedante, relajante muscular y anticonvulsivante, mientras que la acción ansiolítica e hipnótica varía en función de la dosis administrada.

Clasificaremos las BZD en función del tiempo de acción:

- BZD de acción larga. La semivida plasmática eficaz es superior a 12 horas. Algunas de ellas son: diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepato dipotasico, halazepam , flunitrazepam (véase tabla 2).

Tabla 2. Benzodiazepinas de acción larga

| PRINCIPIO ACTIVO | SEMIVIDA PLASMÁTICA EFICAZ (HORAS) | VELOCIDAD DE ABSORCIÓN ORAL | DOSIS HABITUAL |
|---|---|---|---|
| **Bromazepam** | 8-19 | Muy rápida | 1,5-6 mg / 8 h |
| **Clorazepato dipotásico** | 40-60 | Rápida | 15-60 mg / día |
| **Díazepam** | 15-60 | Muy rápida | 4-40 mg /día |
| **Flunitrazepam*** | 15-24 | Muy rápida | 0,5-1 mg /día |
| **Flurazepam*** | 50-100 | Muy rápida | 15-30 mg /día |
| **Halazepam** | 15-35 | Lenta | 20-40 mg / día |

* Comercializados como hipnóticos

Tabla 3. Benzodiazepinas de acción corta

| PRINCIPIO ACTIVO | SEMIVIDA PLASMÁTICA EFICAZ (HORAS) | VELOCIDAD DE ABSORCIÓN ORAL | DOSIS HABITUAL |
|---|---|---|---|
| **Alprazolam** | 10-12 | Muy rápida | 0,25-0,5 mg / 8 horas |
| **Clotiazepam** | 5-6 | Muy rápida | 5-20 mg / día |
| **Lorazepam** | 9-20 | Lenta | 2-6 mg / día |
| **Lormetazepam*** | 9-15 | Muy rápida | 1-2 mg / día |
| **Triazolam*** | 2-5 | Muy rápida | 0,125-0,25 /día |
| **Zolpidem* **** | 2-5 | Muy rápida | 5-10 mg / día |
| **Zopiclona* **** | 5-6 | Muy rápida | 7,5 mg / día |

* Comercializados como hipnóticos ** Análogos benzodiacepínicos

- BZD de acción corta. La semivida plasmática eficaz es inferior a 12 horas. Entre ellas, se encuentras: alprazolam, lorazepam, lormetazepam, midazolam (véase tabla 3).

*5.1.2. Efectos adversos*

Todas laz BZD presentan un perfil de toxicidad muy similar y la gravedad de estos efectos depende de la dosis y de la vía de administración. Las reacciones adversas pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Digestivas: estreñimiento, nauseas, vómitos, sequedad de boca, sabor metálico.
- Genitourinarias: incontinencia, retención urinaria, disminución de la libido.
- Cutáneas: erupciones, fotosensibilidad, prurito.
- Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones.
- Neurológicas: astenia, somnolencia, incoordinación motora, reducción de la capacidad intelectual, dificultad de atención, hipotonía, ataxia, etc.
- Leucopenia, anemia púrpura, ginecomastia, anemia hemolítica, visión borrosa, fiebre, etc.

*5.1.3. Advertencias*

A continuación se mencionan las principales advertencias con respecto al uso de estos fármacos:

- En algún caso pueden aparecer reacciones paradójicas como agresividad, irritabilidad, ideas suicidas, ansiedad, excitación, etc., y la solución consiste en no administrar BZD e intentar usar neurolépticos para mitigar los síntomas.
- El tratamiento para la ansiedad debe seguirse de cerca en los pacientes ancianos debido al riesgo de acumulación y toxicidad del fármaco.
- Es frecuente encontrar más efectos adversos de estos medicamentos en el ámbito de la geriatría. Los más frecuentes son el exceso de sedación, las dificultades en la coordinación, la confusión, la somnolencia diurna y las alteraciones de memoria.
- Es recomendable que se utilicen dosis inferiores a las habituales, se aconseja usar la mitad de la dosis de un adulto joven.
- Las tomas de medicamento deben espaciarse para evitar la acumulación.
- Es preferible que estos pacientes no utilicen benzodiazepinas de semivida larga.

## 6. TRASTORNOS DEL SUEÑO: INSOMNIO

Muchos ancianos quieren dormir más horas de las que realmente necesitan. Debe diferenciarse ese malestar o sensación de lo que realmente es insomnio. En el insomnio se selecciona el tratamiento según sea el problema que refiere el paciente. La clasificación de los hipnóticos[33]depende del tipo de trastorno del sueño que manifieste el paciente.

### 6.1. INSOMNIO

#### *6.1.1. Insomnio de conciliación*

En el caso del zolpidem, la duración de la acción es demasiado corta. Es el fármaco que menos interacciona con otros medicamentos La dosis recomendada en geriatría es de 5 mg/día (administrados justo antes de irse a la cama). Se puede aumentar a 10 mg/día pero con esta dosis hay más efectos secundarios (vértigo, confusión, cefalea). Otros fármacos indicados son la zoplicona y el triazolam.

#### *6.1.2. Despertar precoz*

Con lormetazepam la velocidad de absorción es un poco más lenta y la duración es mayor. Es ampliamente usado debido a que muchos ancianos manifiestan despertarse «demasiado pronto».

#### *6.1.3. Despertares frecuentes*

Con flurazepam se sufre el riesgo de acumulación en tratamientos prolongados.

#### *6.1.4. Tratamiento simultáneo de insomnio y ansiedad*

El clorazepato dipotásico tiene una buena relación entre el efecto hipnótico y el efecto ansiolítico diurno.

### 6.2. EFECTOS ADVERSOS Y ADVERTENCIAS

Como efectos adversos, cabe destacar:

- Efecto residual al despertar, vértigos, cefalea, coordinación de movimientos reducida.
- Erupciones, palpitaciones, ansiedad.
- Pesadillas.

En cuanto a las advertencias, es importante tener presente que a la hora de seleccionar un ansiolítico para nuestro paciente anciano, deben repasarse las pautas anteriormente comentadas, y escoger el que mejor encaje para ese paciente. Por ejemplo:

- El alprazolam es una de las benzodiazepinas más prescritas debido a su buen perfil farmacocinético. Es de absorción rápida (interesante para los casos de ansiedad aguda), tiene una semivida plasmática alrededor de 12 horas (no se acumula) y no tiene metabolitos hepáticos (acción más uniforme en ancianos).
- El lorazepam también es una buena elección en ancianos pero es de absorción lenta, lo cual minimiza el efecto hipnótico y puede ser interesante para evitar somnolencias al principio del tratamiento.

Existen situaciones, enfermedades, patologías o tratamientos farmacológicos previos que aconsejan el uso de otro medicamento:

- Frente a un paciente que presenta un trastorno depresivo asociado se valorará iniciar el tratamiento con un antidepresivo sedante como la trazodona o la mirtazapina y se evitará aquellos más excitantes como la fluoxetina.
- Ante una persona que presenta ansiedad generalizada (de más de seis meses de duración), el tratamiento idóneo sería el de benzodiazepinas o buspirona.
- Para quien padece agarofobia o ataques de pánico (poco frecuente en ancianos) debe seleccionarse alprazolam y valorar el hecho de instaurar un tratamiento de base con

algún antidepresivo.

- Se recomienda Clomipramina o antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (Fluoxetina o Fluvoxamina) para pacientes con un cuadro obsesivo-compulsivo.
- Asimismo, se recomiendan los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, doxepina) para reducir los recuerdos y pesadillas traumáticas en pacientes con estrés post traumático.

## 7. Transtornos psicóticos y delirium

### 7.1. Neurolépticos

Los neurolépticos, también llamados fármacos antipsicóticos, son usados en pacientes de edad avanzada cuando presentan agitación, agresividad, delirios y psicosis, por su capacidad de actuar en los receptores dopaminérgicos de manera antagonista.

El término agitación es confuso desde un punto de vista médico, ya que no aporta demasiada información, por lo que se requiere una mayor descripción de la conducta y de los sentimientos del paciente, por parte de los cuidadores, para poder llegar a tratar los cuadros de agitación.

Las dos situaciones más comunes en las que un paciente sufre agitación son el cuadro confusional agudo y los síntomas psicóticos y de conducta de la demencia.

Durante muchos años los neurolépticos han sido los fármacos más utilizados para tratar estas conductas, por el bloqueo que se produce en los receptores dopaminérgicos, aunque tienen inconvenientes: la poca selectividad y el gran número de efectos adversos.

En la actualidad su uso ha sido sustituido por los antipsicóticos atípicos que, aunque algunos autores no encuentran diferencias de efectividad entre unos y otros, sí ha quedado demostrada la reducción de efectos adversos por su selectividad a los distintos receptores. Así pues, se usan unos u otros en función de los síntomas que presente el paciente. Es habitual dividir estos síntomas en positivos y negativos:

- Los síntomas positivos se asocian a una hiperactividad del sistema dopaminérgico, y suelen ser la agitación, las alucinaciones, el delirio, etc.
- Los síntomas negativos se asocian a una alteración neurodegenerativa. Suele tratarse de falta de reacciones emocionales, anhedonia (incapacidad de experimentar placer), retardo psicomotor, falta de energía, pobreza de lenguaje, desinterés, descuido personal.

En la práctica diaria se distinguen entre antipsicóticos clásicos y atípicos.

#### *7.1.1. Antipsicóticos clásicos*[34]

##### 7.1.1.1. Clorpromazina, levomepromazina, perfenazina

Son fármacos poco usados actualmente en geriatría. Actúan principalmente sobre los síntomas positivos del cuadro psicótico. El bloqueo dopaminérgico es responsable de los síntomas extrapiramidales o del aumento de prolactina. También tiene una acción sedante, anticolinérgica, bloqueante alfa-adrenérgica, antihistamínica y antiserotoninérgica.

##### 7.1.1.2. Haloperidol

Actúa también sobre los síntomas positivos del cuadro psicótico. El bloqueo dopaminérgico es responsable de efectos colaterales como los síntomas extrapiramidales, muy acusados, o el aumento de prolactina. Se trata del más potente antipsicótico clásico; carece casi por completo de efectos anticolinérgicos. Tiene un ligero efecto sedante e hipotensor.

##### 7.1.1.3. Efectos secundarios

Los efectos secundarios[35] más frecuentes son los mismos para todos estos fármacos ya que todos los presentan en menor o mayor grado. Pueden resumirse así:

- Síntomas anticolinérgicos: visión borrosa, sequedad de boca, retención urinaria, taquicardia, estreñimiento, con posibilidad de parálisis intestinal, empeoramiento del glaucoma de ángulo cerrado, etc.
- Síntomas extrapiramidales: síndromes parkinsonianos, discinesia tardía (movimientos involuntarios de la lengua y de la boca principalmente, aunque también pueden afectar al tronco y las extremidades). Estos aparecen con más frecuencia en tratamientos largos y cuando se usan neurolépticos de alta potencia.
- Síntomas cardiovasculares: los más frecuentes son la hipotensión ortostática, las arritmias y la «muerte súbita».
- Síndrome neuroléptico: es el más grave de las complicaciones que producen los neurolépticos y se caracteriza por rigidez muscular, hipertermia, acinesia, disminución desnivel de conciencia, sudoración, sialorrea, incontinencia urinaria, etc. La mortalidad en estos casos muy elevada.

##### 7.1.1.4. Precauciones

Las precauciones pueden resumirse de la siguiente manera:

- Debe evitarse el uso conjunto de los neurolépticos clásicos con antihistamínicos H1, anticolinérgicos, BZD, opioide ofenitoína, debido a la sumación de efectos adversos que se producen, entre los que destacan la sedación y la somnolencia.
- Debe evitarse la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Pueden aparecer efectos leucopénicos y trombocitopénicos, que producen un aumento en la incidencia de infección microbiana, retrasos en la cicatrización y encías sangrantes.
- Están contraindicados en pacientes con enfermedad de Parkinson, con depresión severa y debe valorarse la relación beneficio-riesgo en casos de alcoholismo activo, epilepsia, retención urinaria, glaucoma, alergias, hipertiroidismo, disfunción hepática o renal, etc.

#### *7.1.2. Antipsicóticos atípicos*[36]

Estos se diferencian de los clásicos en que actúan sobre los síntomas negativos y afectivos del trastorno psicótico y en que presentan un mejor perfil de efectos adversos dependiendo del fármaco. Hay menos posibilidad de aparición de síntomas extrapiramidales, menor riesgo de discinesia tardía y, consecuentemente, un mejor cumplimiento del tratamiento. A continuación, se mencionan los más usados en la práctica clínica.

##### 7.1.2.1. Clozapina

Es un antagonista de los receptores 5-HT2 de serotonina y D4 de dopamina y es un medicamento calificado de Especial Control Médico (ECM). La Circular 10/93 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios recoge la obligatoriedad de realizar recuentos leucocitarios, controlar su periodicidad y obligar a que el paciente lleve una cartilla de seguimiento donde anotar los resultados de estos recuentos.

##### 7.1.2.2. Olanzapina

Es un antagonista de los receptores 5-HT2 de serotonina y D2 de dopamina. Se diferencia de los antipsicóticos típicos en que actúa sobre los síntomas negativos y afectivos del cuadro psicótico y produce menos efectos extrapiramidales. Es necesaria la precaución y el control con pacientes diabéticos por la posible hiperglucemia y por el aumento de peso. Está contraindicado totalmente en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado. Se metaboliza por el citocromo, por lo que hay que vigilar las posibles interacciones por la administración simultánea con fármacos inductores o inhibidores.

##### 7.1.2.3. Risperidona

Es un antagonista selectivo de los receptores 5-HT2 de la serotonina y D2 de la dopamina. Se diferencia de los antipsicóticos típicos en que actúa sobre los síntomas negativos y afectivos del cuadro psicótico y en que es menor la incidencia de efectos extrapiramidales. También presenta una acción bloqueante alfa-adrenérgica y antihistamínica. No tiene afinidad por los receptores colinérgicos. Es un fármaco que se metaboliza por el citocromo así que deben vigilarse las posibles interacciones con fármacos inductores o inhibidores. Debe tenerse en cuenta en ancianos la hipotensión ortostática, que en ellos es muy acusada, y la administración de otros fármacos con los mismos efectos.

#### 7.1.2.4. Quetiapina

Es un antipsicótico atípico, antagonista de los receptores 5-HT2 de la serotonina y D1 y D2 de la dopamina. También presenta una acción bloqueante alfa-adrenérgica y antihistamínica H1. Actúa sobre los síntomas negativos del cuadro psicótico. Su afinidad es mínima por los receptores colinérgicos. La aparición de efectos extrapiramidales es casi nula. No hay problemas de hiperglucemia, por tanto, es posible utilizarlos con pacientes diabéticos. Tiene un efecto sedante a dosis bajas que es útil en muchas ocasiones. Debe tenerse en cuenta en ancianos la hipotensión ortostática, que en ellos es muy acusada, y la administración de otros fármacos con los mismos efectos. También se metaboliza por el citocromo, por lo que es necesario el ajuste de dosis cuando se usa simultáneamente con fármacos inductores o inhibidores.

#### 7.1.2.5. Ziprasidona

Es un antipsicótico atípico, antagonista de los receptores de serotonina y dopamina. Tiene un parecido relativo a la risperidona, aunque con una mayor afinidad sobre receptores 5HT1. También inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina (es el único antipsicótico) y tiene acción alfa-1 adrenérgica y antihistamínica H1 y escasa acción anticolinérgica. Actúa sobre los síntomas negativos del cuadro psicótico. Presenta un ligero efecto sedante y es muy baja la aparición de efectos extrapiramidales. Se recomienda su administración con la comida ya que la biodisponibilidad de la ziprasidona aumenta hasta un 100% en presencia de alimentos.

#### 7.1.2.6. Amisulprida

Es un antagonista de los receptores de dopamina D2 /D3 cerebrales. A diferencia del resto de antipsicóticos, no tiene afinidad por receptores de serotonina y tiene una débil acción bloqueante alfa-adrenérgica, antihistamínica y anticolinérgica. Presenta gran afinidad por los

receptores D2 /D3 dopaminérgico. Actúa sobre los síntomas negativos del cuadro psicótico cuando se usa en dosis bajas (menos de 300 mg/día). Las dosis superiores a 600 mg/día han resultado eficaces en los síntomas positivos del cuadro psicótico.

#### 7.1.2.7. Aripiprazol

Es un agonista parcial de los receptores D2 de dopamina y de los 5-HT de la serotonina. Actúa tanto en los síntomas positivos como en los negativos. Cuando los niveles de dopamina cerebral son elevados, se relaciona con los síntomas positivos, y actúa como antagonista dopaminérgico D2. Sin embargo, cuando los niveles de dopamina cerebral son bajos, actúa como agonista de estos receptores, lo cual ha sido relacionado con el control de los síntomas negativos y cognitivos, todo ello sin producir efectos extrapiramidales acusados. En la actualidad no está autorizado para el tratamiento de la psicosis relacionada con la demencia.

#### 7.1.2.8. Asenapina

Es un nuevo fármaco, no comercializado en España. Presenta más afinidad por los receptores 5-HT en relación con los receptores D2, y tiene muy pocos efectos extrapiramidales. Los efectos en la cognición, junto con el efecto antidepresivo, hacen que las expectativas sean muy buenas.

### *7.1.3. Efectos secundarios*

Los efectos secundarios más frecuentes son los mismos para todos estos fármacos ya que todos los presentan en menor o mayor grado. Pueden resumirse así:

- Síntomas extrapiramidales: síndromes parkinsonianos, discinesia tardía (movimientos involuntarios de la lengua y boca principalmente, pudiendo afectar al tronco y extremidades). Estos aparecen con más frecuencia en tratamientos largos y cuando se usan neurolépticos de alta potencia.
- Síntomas cardiovasculares: los más frecuentes son la hipotensión ortostática, las arritmias y la «muerte súbita». Debe tenerse precaución en pacientes con historia familiar de prolongación del intervalo QT.
- Disfagia, hiperglucemia, aumento de peso.
- Síndrome neuroléptico, que es la más grave de las complicaciones.

En el 2004 apareció una nota de seguridad sobre la olanzapina[37] por el incremento de accidentes cerebrovasculares con relación al placebo. Así, la Agencia Española de

Medicamentos, de acuerdo con la Agencia Europea, presentó un comunicado donde se dice: «Los medicamentos que contienen olanzapina no están autorizados para el tratamiento de psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia y por lo tanto no deben utilizarse en este grupo de pacientes».

También hay un incremento del riesgo cerebrovascular en relación con la risperidona,[38] pero como ha demostrado eficacia en el tratamiento de psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia, está autorizada para su uso en esta población de pacientes, siempre que se evalúe si los beneficios esperados superan los riesgos potenciales.

#### *7.1.4. Advertencias generales*

- Se han notificado casos de TEV, incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda. Deben identificarse los factores de riesgo antes y durante el tratamiento, para establecer las medidas preventivas necesarias.
- Puede prolongarse el intervalo QT con riesgo de comienzo de arritmias ventriculares. Deben excluirse posibles factores de riesgo, antes y durante la terapia.
- Los ancianos con psicosis asociada a la demencia tuvieron mayor riesgo de muerte, generalmente de origen cerebrovascular.
- Es importante evitar la administración concomitante de drogas que tengan este efecto como los antiarrítmicos, otros antipsicóticos, los antihistamínicos y algunos antibióticos. Existen preparaciones inyectables, de larga duración, pero no son útiles en ancianos.

Los antipsicóticos son agentes indispensables para el tratamiento de los pacientes ancianos. No puede recomendarse un antipsicótico de elección por encima de otro, la eficacia de todos es muy similar aunque su efectividad es muy variable. Las dosis deben individualizarse cuidadosamente y deben tenerse en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos para evitar la acumulación de fármaco, la aparición de efectos adversos graves y las interacciones con otros fármacos.

## 8. TRASTORNOS COGNITIVOS. DEMENCIA

El tratamiento farmacológico es solo una parte, y de modesta efectividad, del tratamiento global que debe utilizarse en los pacientes afectos de demencia.[39] No hay, actualmente, ningún fármaco que cure o detenga de forma definitiva los diferentes tipos de demencias y, al ser la enfermedad de Alzheimer (EA) la más frecuente, las pautas farmacológicas están orientadas para el tratamiento de dicha entidad.

Existen dos grupos de fármacos autorizados para el tratamiento de la demencia:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHE): donepezilo, galantamina y rivastigmina.
- Antagonista de los receptores N-metil-D-Aspartato (NMDA): memantina.

### 8.1. INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (IACHE)

En la demencia existe una disminución en la transmisión colinérgica, por lo que estos fármacos aumentan la acetilcolina al inhibir su metabolismo y permiten mantener, por más tiempo, su actividad en las sinapsis colinérgicas. Todo ello produce mejorías, según se desprende de los estudios, los ensayos clínicos y los metaanálisis efectuados,[40] del deterioro cognitivo, de las alteraciones de conducta asociadas y de las actividades de la vida diaria. No hay diferencias importantes, en cuanto a eficacia, entre los tres IACHE,[41] que están indicados en el tratamiento de la ea leve o moderada (GDS 3-5), con el objetivo de conseguir una cierta estabilización en el primer año y retrasar la evolución de la enfermedad a largo plazo. Algunos estudios señalan que también son útiles en el tratamiento de la demencia vascular.[42] Son fármacos de primera elección en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).[43] Debe iniciarse el tratamiento lo más pronto posible y mantenerlos a largo plazo, en dosis adecuadas, dependiendo de si la respuesta es favorable y de la aparición de efectos adversos. En el caso de que haya una escasa respuesta al tratamiento o se presenten efectos secundarios, puede cambiarse de IACHE en función de la situación del paciente.[44,45]

Por sus efectos colinérgicos, los IACHE deben ser utilizados con precaución en los trastornos de conducción cardíaca, en el asma, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en la úlcera gastroduodenal, así como en los casos en los que se han asociado a AINE, o en el tratamiento conjunto con digoxina o beta bloqueadores, debido a sus efectos bradicardizantes. En el seguimiento de los pacientes tratados con IACHE es conveniente efectuar un electrocardiograma de control.

#### *8.1.1. Donepezilo*

Este fármaco bloquea de forma específica, selectiva y reversible la acetilcolinesterasa. Puede administrarse en una sola toma al día por presentar una vida media prolongada (>70 horas), y su absorción no se ve alterada por la presencia de alimentos. Se metaboliza a nivel hepático a través del CYP 2D6 y 3A4. Es un fármaco bien tolerado[46] y los efectos secundarios que se presentan con más frecuencia son gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas y anorexia. También, aunque es menos frecuente, puede provocar insomnio y pesadillas que

se solventan al dar la dosis por la mañana, y calambres, debido al estímulo de los receptores nicotínicos musculares.

Donepezilo ha demostrado producir mejorías en los ámbitos cognitivo y conductual (ansiedad, depresión y apatía) y en la capacidad funcional global en la EA leve-moderada.[47] El tratamiento se inicia con 5mg/día al acostarse y, a las cuatro semanas, se aumenta a 10 mg/día, que es la dosis más eficaz.

*8.1.2. Rivastigmina*

Es un inhibidor pseudoirreversible, no competitivo de la acetilcolinesterasa y de la butirilcolinesterasa. Esta doble acción puede tener importancia en la etiopatogenia del deterioro cognitivo, ya que esta última se encuentra especialmente aumentada en la EA, pero no se ha demostrado ninguna respuesta clínica favorable. Se metaboliza por la acción de la colinesterasa, lo que hace que presente menos interacciones farmacológicas y que sea mejor tolerada cuando se administra con los alimentos. El tratamiento se inicia con 3 mg/día en dos tomas, que se aumentan cada cuatro semanas, según la tolerancia del paciente, a 6,9 y 12 mg/día. La dosis mínima eficaz es de 6 mg/día. La presentación en forma de parche transdérmico ha permitido una acusada mejoría en la tolerancia, así como en el cumplimiento, ya que puede darse una vez al día. Se administra, inicialmente, con un parche de 4,6 mg/día y se sube, al cabo de un mes, a un parche de 9,5 mg/día. Rivastigmina produce beneficios en el ámbito cognitivo, mejora la atención y la capacidad funcional en la EA leve o moderada,[48] y está también indicada en la demencia en la enfermedad de Parkinson[49] y en la demencia por cuerpos de Lewy.[50] Mejora los SPCD por lo que permite reducir el uso de psicofármacos.

*8.1.3. Galantamina*

Es un inhibidor selectivo, competitivo y específico de la acetilcolinesterasa. Se metaboliza a nivel hepático a través del CYP 2D6 y 3A4. Se inicia el tratamiento con dosis de 8 mg/día en dos tomas y se aumentan 8 mg/día cada cuatro semanas, según la tolerancia, hasta llegar a los 24 mg/día. Generalmente las dosis entre 16 y 24 mg/día suelen ser mal toleradas ya que provocan alteraciones digestivas. La presentación en forma de liberación retardada permite una dosis única diaria, con lo que se obtiene una mejor tolerancia y un mejor cumplimiento terapéutico.

Galantamina ha demostrado generar beneficios en el ámbito cognitivo[51] y mejorías en las actividades de la vida diaria, así como una reducción de los SPCD en la EA leve o moderada. También puede ser utilizada en la EA con componente vascular.

### 8.2. ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)

#### *8.2.1. Memantina*

Es un antagonista no competitivo de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) y actúa inhibiendo la toxicidad que produce la hiperactividad glutamatérgica, mejorando la función neuronal. Es un fármaco muy bien tolerado que provoca escasos efectos secundarios como cefalea, astenia, insomnio y, en ocasiones, un ligero incremento de la agitación psicomotriz, lo que obligaría a replantear el tratamiento. Se inicia el tratamiento con una dosis de 5 mg/día y se aumentan 5 mg/día en dos tomas, semanalmente, hasta llegar a 20 mg/día (un comprimido de 10 mg/12 horas o un comprimido monodosis de 20 mg/día). Memantina está indicada en el tratamiento de la EA moderada o severa (GDS 5-7), puesto que mejora la función cognitiva, la capacidad funcional global y la conducta.[52,53]También se ha utilizado en el tratamiento de la EA leve, consiguiendo una mejora discreta en la cognición, pero no en la conducta y en las capacidades funcionales. En combinación con los IACHE (donepezilo y rivastigmina),[54] ha mostrado beneficios como la disminución del deterioro de las capacidades funcionales, así como los SPCD, lo que permite una menor utilización de antipsicóticos. Memantina es útil en el tratamiento de la demencia vascular,[55] en la demencia en la enfermedad de Parkinson y en la demencia por cuerpos de Lewy.[56]

### 8.3. OTROS TRATAMIENTOS MODIFICADORES EN LAS DEMENCIAS

#### *8.3.1. Antioxidantes*

La presencia de lesiones cerebrales en la EA producidas por radicales libres sugiere la utilización de antioxidantes para su prevención. Se han utilizado vitamina E,[57] betacaroteno, ácido fólico, vitamina B 12[58] y selegilina,[59] pero no han demostrado ser eficaces.

#### *8.3.2. Antiinflamatorios no esteroideos (**AINE**)*

Los AINE podrían ser protectores frente a la demencia,[60] pero no hay evidencias suficientes para su utilización.

#### *8.3.3. Tratamiento hormonal*

Tanto los estrógenos como la progesterona no han demostrado tener eficacia en el deterioro cognitivo ni en su prevención.[61]

#### *8.3.4. Estatinas*

Son fármacos eficaces en la reducción del riesgo cardiovascular, pero no tienen efecto en la prevención de las demencias.[62]

*8.3.5. Fitoterapia*

Ni el ginkgo biloba y ni el ginseng[63] han demostrado beneficio clínico en el deterioro cognitivo. Huperzina a[54] parece mejorar la función cognitiva, la capacidad funcional y la conducta, pero faltan más estudios para ser recomendada.

*8.3.6. Ácidos grasos omega 3*

Tampoco han demostrado tener influencia en la evolución de la EA.[65]

*8.3.7. Inmunoterapia*

Un tratamiento inmunizante, iniciado en el 2001, tuvo que ser suspendido por sus graves efectos secundarios (meningoencefalitis), pero se demostró, en las necropsias, una gran eliminación del depósito de beta-amiloide cerebral. Se están haciendo ensayos con anticuerpos monoclonales contra la beta-amiloide.[66]

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Prous J, Acuña C, Fernández I. Principios generales de utilización de medicamentos en el anciano. En: Devi J, Deus J, editores. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: ISEP; 2004. p. 313-322.
2. Anónimo. Características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las personas mayores. The Pharmaceutical Letter. 2010; XI(1): 1-7.
3. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing. 2007; 36:632–638.
4. Gallagher P, O'Mahoney D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing. 2008; 37:673–679.
5. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008; 46:72–83.
6. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios

STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5):273-279.
7. Gallagher P, Ryan C. Byrne S, et al. STOP (Screening Tool of Older Person's prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008; 46:72-83.
8. Unützer J. Late-life depression. N Eng J Med. 2007; 357: 2269-79.
9. Reid S, Barbui C. Long term treatment of depression with selective serotonin reuptake inhibitors and newer antidepressants. BMJ. 2010; 340:752-56.
10. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. Arch Intern Med. 2007; 167(2);188-94.
11. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. BMJ. 2010; 341:816.
12. Dubovsky SL, Warren C. Agomelatine, a melatonin agonist with antidepressant properties. Expert Opin Investig Drugs. 2009; 18:1533-40.
13. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. N Engl J Med. 2006; 354:1130-8.
14. Beekman A, Geelings S, Deeg D, Smit J, Schoevers R, de Beurs E, et al. The natural history of late-life depression. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:605-11.
15. Kennedy GJ, Marcus P. Use antidepressants in older patients with comorbid medical conditions: guidance from studies of depression in somatic illness. Drug Aging. 2005; 22:273-87.
16. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Psycological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry. 2006; 21:1139-49.
17. Lyketsos C, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. Biol Psychiatry. 2002; 52:243-52.
18. Dombrovski AY, Mulsant BH. The evidence for electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of severe late-life depression: ECT: the preferred treatment for severe depression in late-life. Int Psychogeriatr. 2007; 19:10-4.
19. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry. 2002; 159(4):1-50.
20. Sánchez Pérez, M. Eutimizantes en psicogeriatria. En: Agüera L, Martin M, Cervilla J, editores. Psiquiatría geriátrica. Barcelona: Masson; 2006.p.784-94.
21. Jefferson JW. Lithium and effective disorder in the elderly. Compr Psychiatry. 1983;

24:166-178.
22. Young, RC. Use of lithium in bipolar disorder. En: Craig Nelson J, editor. Geriatric Psycopharmacology. Nueva York: Marcel Dekker; 1998. p. 259-272.
23. Lennkh C, Simhandl C. Current aspects of valproate in bipolar disorders. Int Clin Psychopharmacology. 2000; 15:1-11.
24. Cates M, Powers R. Concomitant rash and blood dyscrasias in geriatric psychiatry patients treated with carbamazepine. Ann Pharmacother 1998; 32(9):884-887.
25. Vieta E, Benabarre A, Sanchez-Moreno J. Antiepilépticos de última generación. En: Vieta E, editor. Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p.27-37.
26. Sajatovic M, Ramsay E, Nanry K, Thompson T. Lamotrigine therapy in elderly patients with epilepsy, bipolar disorder or dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2007; 22:945-50.
27. Mula M, Cavanna AE, Monaco F. Psycopharmacology of topiramate: from epilepsy to bipolar disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2006; 2:475-88.
28. Sethi MA, Mehta R, Devanaud DP. Gabapentin in geriatric mania. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2003; 16:117-20.
29. Perlis RH, Welge JA, Vornik LA, Hirschfeld RM, Keck PE Jr. Atypical antipsychotics in the treatment of mania. A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2006; 67(4):509-16.
30. Vieta E, Cruz N. Asenapina: un nuevo enfoque para el tratamiento de la manía. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2011; 4(2):101-108.
31. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de medicamentos 2011. Ansiolíticos; p. 2411-2455.
32. Azanza JR. Ansiolíticos. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: 1999. p.3-19.
33. Azanza JR. Hipnóticos. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: 1999. p.22-40.
34. Fisterra.com. Antipsicóticos en Atención Primaria en la Red [Internet]. Citado junio 2011. Disponible en: http://www.fisterra.com
35. Azanza JR. Antipsicóticos. Guia práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: 1999. p.93-119.
36. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de medicamentos 2011. Antipsicóticos; p.2362-2410.
37. Agencia Española de Medicamentos. Olanzapina: riesgo de episodios isquémicos

cerebrales en pacientes ancianos. Nota 3 [Internet]. Citado 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/alertas
38. Agencia Española de Medicamentos. Risperidona: riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia. Nota informativa [Internet]. Citado mayo 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/alertas
39. LLanero Luque M, Ruiz Sánchez de León JM. Evaluación clínica de las demencias. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones, 2009. Barcelona: Prous Science SAU, grupo Thomson Reuters; 2009. p.311-18.
40. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2008; 148:379-97.
41. Hansen RA, Gartlehner G, Webb AP, et al. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging. 2008; 3(2):211-25.
42. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD004395.
43. López-Pousa S, Jiménez Caballero PE, Bueno Perdomo HJ. Tratamiento farmacológico de los síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: concepto, criterios y recomendaciones, 2009. Barcelona: Prous Science; 2009. p.417-49.
44. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, Mckeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur J Neurol. 2007; 14(1):1-26.
45. Mayeux R. Clinical practice. Early Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2010; 362(23):2194-201.
46. Jackson S, Ham RJ, Wilkinson D. The safety and tolerability of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Br J Clin Pharmacol. 2004; 58(S1):1-8.
47. Birks J, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006(1):CD001190.
48. Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V, Tsolaki M, Holt FE. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009(2):CD001191.
49. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Bryne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, et al.

Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med. 2004; 351(24):2509-18.
50. Wild R, Pettit T, Burns A. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD003672.
51. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2006(1):CD001747.
52. Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S, Mobius HJ. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2003; 348(14):1333-41.
53. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD003154.
54. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Mementine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291(3):317-24.
55. Orgogozo JM, Rigaud AS, Stoffler A, Mobius HJ, Forette F. Efficacy and safety of memantine in patients with mild to moderate vascular dementia: a randomized, placebo-controlled trial (MMM300). Stroke. 2002; 33(7):1834-9.
56. Aarsland D, Ballard C, Walker Z, Bostrom F, Alves G, Kossakowski K, et al. Memantine in patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: a double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet Neurol. 2009; 8(7):613-8.
57. Isaac MG, Quinn R, Tabet N. Vitamin E for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD002854.
58. Malouf R, Grimley Evans J. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD004514.
59. Birks J, Flicker L. Selegiline for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2003(1):CD000442.
60. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001; 56(9):1154-66.
61. Hogervorst E, Yaffe K, Richards M, Huppert FA. Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009(1):CD003799.
62. McGuiness B, O'Hare J, Craig D, Bullock R, Malouf R, Passmore P. Statins for the

treatment of dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(8):CD007514.
63. Birks J, Grimley Evans J. Gingko biloba for cognitive impairment and dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD003120.
64. Li J, Wu HM, Zhou RL, Liu GJ, Dong BR. Huperzine A for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD005592.
65. Freund-Levi Y, Eriksdotter-Jonhagen M, Cederholm T, Basun H, Faxen-Irving G, Garlind A, et al. Omega-3 fatty acid treatment in 174 patients with mild to moderate Alzheimer disease: omegAD study: a randomized double-blind trial. Arch Neurol. 2006; 63(10):1402-8.
66. Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2004; 351(1):56-57.

JOSEP DEVÍ BASTIDA, psicólogo clínico y neuropsicólogo, trabaja en la Residencia y Centro de Día Sant Cugat (ICASS-Sanitas) y es Profesor Asociado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y expresidente de la Societat Catalano Balear de Psicologia de la ACMSCB (2004-2011).

## SÍNTESIS

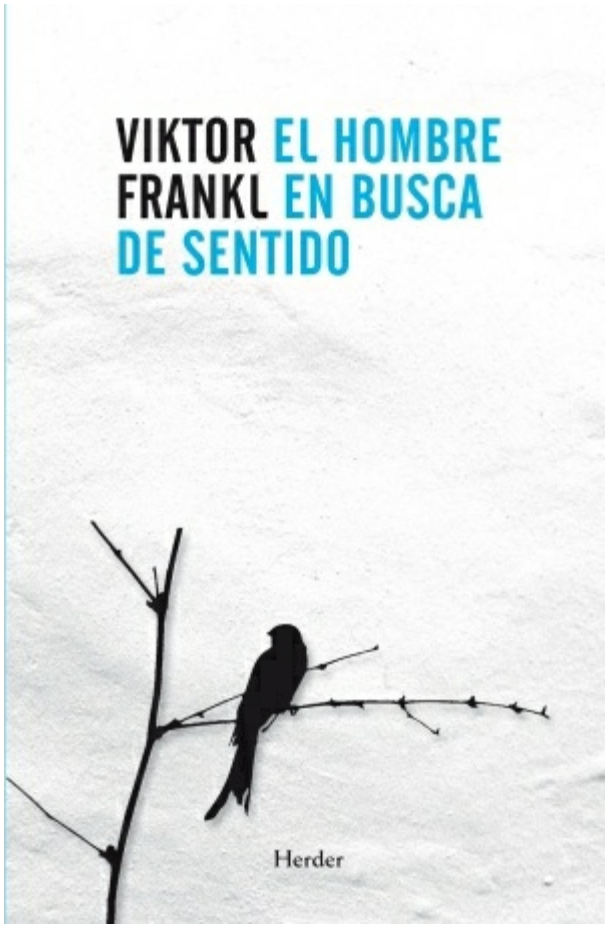
La presente obra contribuye a cubrir el vacío editorial existente en el campo de la intervención y el tratamiento de los problemas cognitivos y psicopatológicos más frecuentes en la vejez. Elaborada en su mayor parte por psicólogos, cuenta además con la participación de profesionales de los campos de la medicina, la terapia ocupacional, la farmacia y la enfermería, con el fin de incorporar la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, así como el enfoque biopsicosocial, en el abordaje de la intervención de los pacientes de esta franja de edad.

*Manual de Intervención Clínica en Psicogerontología* está dirigido tanto al ámbito sanitario de la atención primaria y especializada como a las disciplinas universitarias relacionadas con las ciencias de la salud y, en menor medida, las ciencias sociales.

FICHA DEL LIBRO
FICHA DEL AUTOR

## OTROS TÍTULOS

*Psicología de la senectud,* Ursula Lehr y Hans Thomae
*Gerontología social,* Ricardo Moragas Moragas
*La jubilación,* Ricardo Moragas Moragas
*El reto de la dependencia al envejecer,* Ricardo Moragas Moragas (ed.)
*El coste de la dependencia al envejecer,* Ricardo Moragas Moragas, Ramón Cristòfol Allué y G.I.E.
*Cómo y por qué envejecemos,* Leonard Hayflick


VIKTOR FRANKL
EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO
Herder

# El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor
9788425432033
168 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

* Nueva traducción*

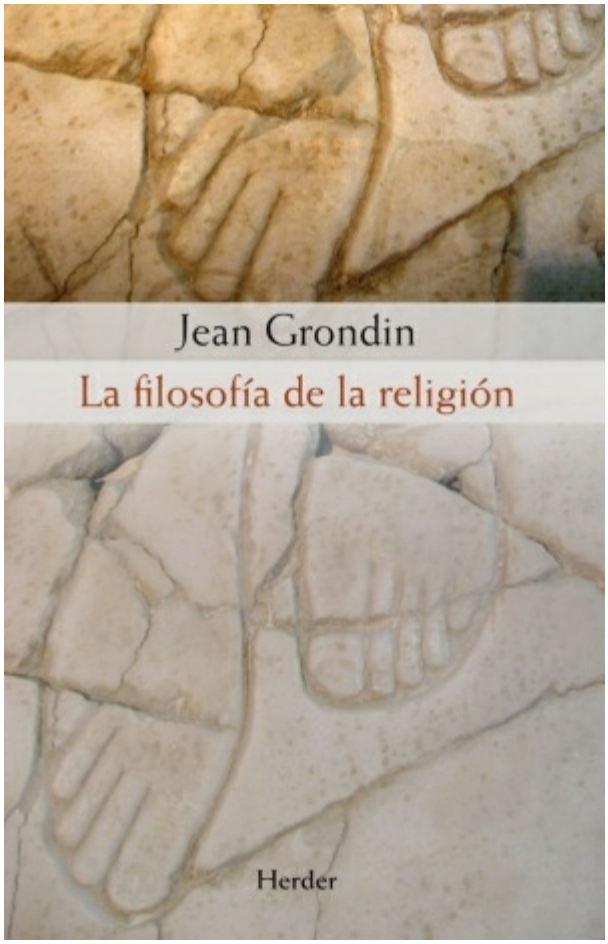
El hombre en busca de sentido es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración.

Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas.

La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio Frankl, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros?

El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la Library of Congress de Washington, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

Cómpralo y empieza a leer


Jean Grondin
La filosofía de la religión
Herder

# La filosofía de la religión

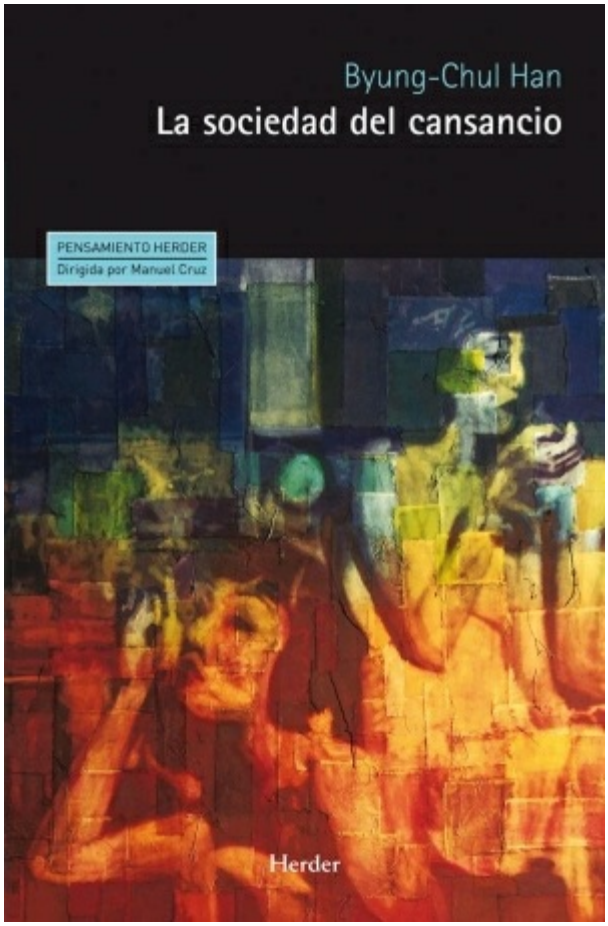
Grondin, Jean
9788425433511
168 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

¿Para qué vivimos? La filosofía nace precisamente de este enigma y no ignora que la religión intenta darle respuesta. La tarea de la filosofía de la religión es meditar sobre el sentido de esta respuesta y el lugar que puede ocupar en la existencia humana, individual o colectiva.

La filosofía de la religión se configura así como una reflexión sobre la esencia olvidada de la religión y de sus razones, y hasta de sus sinrazones. ¿A qué se debe, en efecto, esa fuerza de lo religioso que la actualidad, lejos de desmentir, confirma?

Cómpralo y empieza a leer


Byung-Chul Han
La sociedad del cansancio
PENSAMIENTO HERDER
Dirigida por Manuel Cruz
Herder

# La sociedad del cansancio

Han, Byung-Chul
9788425429101
80 Páginas

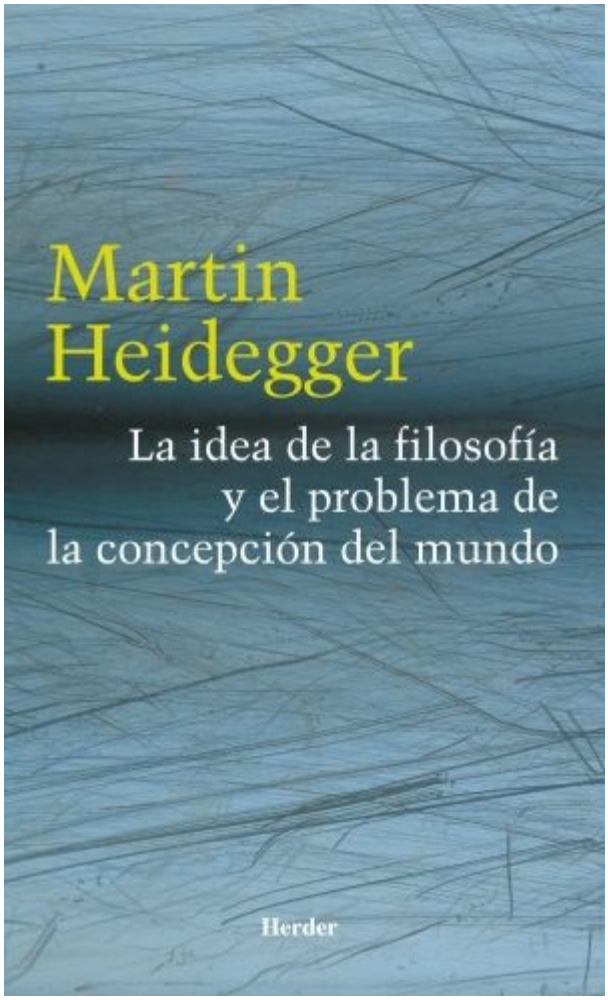
Cómpralo y empieza a leer

Byung-Chul Han, una de las voces filosóficas más innovadoras que ha surgido en Alemania recientemente, afirma en este inesperado best seller, cuya primera tirada se agotó en unas semanas, que la sociedad occidental está sufriendo un silencioso cambio de paradigma: el exceso de positividad está conduciendo a una sociedad del cansancio. Así como la sociedad disciplinaria foucaultiana producía criminales y locos, la sociedad que ha acuñado el eslogan Yes We Can produce individuos agotados, fracasados y depresivos.

Según el autor, la resistencia solo es posible en relación con la coacción externa. La explotación a la que uno mismo se somete es mucho peor que la externa, ya que se ayuda del sentimiento de libertad. Esta forma de explotación resulta, asimismo, mucho más eficiente y productiva debido a que el individuo decide voluntariamente explotarse a sí mismo hasta la extenuación. Hoy en día carecemos de un tirano o de un rey al que oponernos diciendo No. En este sentido, obras como Indignaos, de Stéphane Hessel, no son de gran ayuda, ya que el propio sistema hace desaparecer aquello a lo que uno podría enfrentarse. Resulta muy difícil rebelarse cuando víctima y verdugo, explotador y explotado, son la misma persona.

Han señala que la filosofía debería relajarse y convertirse en un juego productivo, lo que daría lugar a resultados completamente nuevos, que los occidentales deberíamos abandonar conceptos como originalidad, genialidad y creación de la nada y buscar una mayor flexibilidad en el pensamiento: "todos nosotros deberíamos jugar más y trabajar menos, entonces produciríamos más".

Cómpralo y empieza a leer


Martin
Heidegger
La idea de la filosofía
y el problema de
la concepción del mundo
Herder

# La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo

Heidegger, Martin
9788425429880
165 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

¿Cuál es la tarea de la filosofía?, se pregunta el joven Heidegger cuando todavía retumba el eco de los morteros de la I Guerra Mundial. ¿Qué novedades aporta en su diálogo con filósofos de la talla de Dilthey, Rickert, Natorp o Husserl? En otras palabras, ¿qué actitud adopta frente a la hermeneútica, al psicologismo, al neokantismo o a la fenomenología? He ahí algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en estas primeras lecciones de Heidegger, mientras éste inicia su prometedora carrera académica en la Universidad de Friburgo (1919- 923) como asistente de Husserl.

Cómpralo y empieza a leer


JESPER JUUL
NO
Decir no, por amor
Padres que hablan claro:
niños seguros de sí mismos
Herder

# Decir no, por amor

Juul, Jesper
9788425428845
88 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

El presente texto nace del profundo respeto hacia una generación de padres que trata de desarrollar su rol paterno de dentro hacia fuera, partiendo de sus propios pensamientos, sentimientos y valores, porque ya no hay ningún consenso cultural y objetivamente fundado al que recurrir; una generación que al mismo tiempo ha de crear una relación paritaria de pareja que tenga en cuenta tanto las necesidades de cada uno como las exigencias de la vida en común.

Jesper Juul nos muestra que, en beneficio de todos, debemos definirnos y delimitarnos a nosotros mismos, y nos indica cómo hacerlo sin ofender o herir a los demás, ya que debemos aprender a hacer todo esto con tranquilidad, sabiendo que así ofrecemos a nuestros hijos modelos válidos de comportamiento. La obra no trata de la necesidad de imponer límites a los hijos, sino que se propone explicar cuán importante es poder decir no, porque debemos decirnos sí a nosotros mismos.

Cómpralo y empieza a leer

# Índice


Portada 2
Créditos 3
Dedicatoria 4
Índice 5
Autores y autoras 10
1. PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DE LA PSICOMOTRICIDAD 13
1. Introducción 13
2. Beneficios de la actividad física para ralentizar los cambios físicos, mentales y emocionales 14
2.1. Beneficios físicos 14
2.2. Beneficios mentales 16
2.3. Beneficios emocionales 16
2.4. Beneficios inmunitarios 17
3. La capacidad funcional de una persona mayor inactiva 17
4. Actividad física en el adulto: objetivos e indicaciones del tipo de ejercicio físico en la vejez 18
5. Programa de ejercicios 19
5.1. Programación de la actividad física 19
5.2. Clase general de ejercicio físico en la vejez 20
6. Conclusiones sobre la actividad física 21
7. La psicomotricidad 21
7.1. Introducción 21
7.2. Metodología de trabajo 23
7.3. Descripción de los espacios 24
7.4. Evaluación de la sesión de trabajo 26
7.5. Actitud del psicomotricista 26
7.6. Propuestas de intervención para la práctica 27
>8. Conclusiones 28
Referencias bibliográficas 29
2. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA MEMORIA Y EN OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS EN EL DETERIORO 33

COGNITIVO LEVE Y EN LA DEMENCIA
1. Introducción 33
2. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer 34
3. Caracterización neuropsicológica del deterioro cognitivo en el deterioro cognitivo leve y en la enfermedad de Alzheimer incipiente 37
4. Evaluación de la intervención cognitiva 39
5. Orientaciones y estrategias fundamentales en la intervención de los procesos cognitivos 41
6. Intervención cognitiva en el deterioro cognitivo leve 43
6.1. Entrenamiento específico de la memoria: los talleres de memoria 45
7. Intervención cognitiva de la demencia 48
7.1. Programas de estimulación cognitiva 49
8. Implicación de la familia en el proceso de intervención 53
Referencias bibliográficas 54
3. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN 59
1. Introducción 59
2. Características y adaptaciones de la intervención psicológica dirigida al colectivo de personas mayores 60
3. Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión 62
3.1. La Terapia de Conducta 62
3.2. La Terapia Cognitiva 66
3.3. Tercera generación de terapias de conducta 70
3.4. Breve síntesis de la situación actual 75
4. Muestra de una intervención preventiva en el entorno residencial 76
4.1. Establecer una buena relación terapéutica con el residente 77
4.2. Conseguir una adecuada aceptación del ingreso 77
4.3. Apoyo afectivo en el centro 79
4.4. Apoyo familiar adecuado 79
Referencias bibliográficas 80
4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD 85
1. Introducción 85
2. Los trastornos de ansiedad en la edad avanzada 85

2.1. Características clínicas 86
2.2. Comorbilidad psiquiátrica 88
2.3. Causas orgánicas de la ansiedad 89
2.4. Factores de riesgo 90
3. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 93
4. Evaluación 95
4.1. Evaluación de la ansiedad: prevención y detección temprana 97
4.2. Evaluación de la ansiedad: detección y diagnóstico 100
5. Tratamiento cognitivo conductual 102
6. Conclusiones 104
Referencias bibliográficas 105
5. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA 111
1. Introducción: generalidades 111
2. Factores clínicos: epidemiología de la sintomatología psiquiátrica y conductual en la demencia 113
3. Aproximación etiopatogénica 116
4. La evaluación de los spcd: entrevista clínica e instrumentos complementarios 117
5. Tratamiento de los spcd: intervención psicológica cognitivo-conductual de los grandes problemas del día a día 119
5.1. Modificación de la conducta 121
5.2. Aprendizaje y demencia: condicionamiento clásico 124
5.3. Aplicación de la Teoría del aprendizaje social en las demencias 125
5.4. Problemas del lenguaje y la comunicación 132
6. Conclusiones 133
Referencias bibliográficas 134
6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS 140
1. Introducción 140
2. Uso, abuso y dependencia de sustancias 140
3. Importancia del problema 142
4. Efectos del alcohol y tabaco sobre la salud 143
5. Tratamiento psicológico para dejar de fumar 145
5.1. Evaluación de la conducta de fumar 146
5.2. Fases del tratamiento multicomponente 147

6. Tratamiento psicológico en alcoholismo 148
6.1. Evaluación del problema 150
6.2. Tratamientos psicológicos más eficaces 153
7. Intervención breve ante consumo de riesgo 153
7.1. La entrevista Motivacional 154
7.2. Aproximación de reforzamiento comunitario (CRA) 155
7.3. Prevención de recaídas 155
Referencias bibliográficas 155
Anexo 1 158
Anexo 2 159
7. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS DEL SUEÑO 162
1. El sueño normal 162
1.1. Características generales del sueño 162
1.2. Los estadios del sueño 163
1.3. Diagnóstico y pruebas complementarias 163
2. El sueño en personas mayores 164
2.1. Cambios en el patrón de sueño a lo largo de la vida 164
2.2. Características polisomnográficas del sueño en ancianos 165
2.3. Modificaciones físicas que se producen con la edad y que alteran el sueño 166
2.4. Trastornos de sueño más comunes asociados a la vejez 166
3. Alteraciones de sueño en las demencias 171
4. Alteraciones de sueño y enfermedad de Parkinson 173
5. Técnicas psicológicas para el abordaje de los trastornos de sueño: el insomnio 173
5.1. Introducción 174
5.2. Estrategias de tratamiento 175
5.3. Medidas psicoeducativas 176
5.4. Técnicas de relajación 177
5.5. Técnica de control de estímulos 179
5.6. Restricción de tiempo en cama 180
5.7. Reestructuración cognitiva 182
5.8. Medidas de higiene del sueño 184
Referencias bibliográficas 186
Glosario de términos relacionados con el sueño 187

8. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO 190
1. Introducción: concepto y generalidades 190
2. Dolor crónico: el modelo multidimensional integrador de la «teoría de la puerta de entrada» de Melzack y Wall 192
3. Síndromes geriátricos 194
3.1. Trastornos somatomorfos en el anciano con y sin demencia 194
4. Epidemiología del dolor crónico en geriatría 194
5. Aspectos psicológicos del dolor en el anciano 195
5.1. Experiencia aversiva frente a función adaptativa del dolor 196
6. Valoración geriátrica integral 197
7. Evaluación del dolor crónico en geriatría 198
7.1. La entrevista y la historia clínica 198
7.2. Los autorregistros 199
7.3. Los autoinformes 199
7.4. Escalas de observación del dolor 200
7.5. Escalas de valoración funcional de AVD 200
8. Tratamiento del dolor en el anciano 200
8.1. Tratamiento farmacológico y quirúrgico del dolor 200
8.2. Tratamiento del dolor en el anciano mediante otras alternativas no farmacológicas 201
8.3. Tratamiento psicológico del dolor en el anciano 203
Referencias bibliográficas 214
9. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LOS ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES (AVC) 221
1. Generalidades de los accidentes vasculares cerebrales 221
2. Consecuencias neuropsicológicas de la patología vascular 223
2.1. Alteraciones cognitivas de la Arteria cerebral anterior (ACA) 223
2.2. Alteraciones cognitivas de la Arteria cerebral media (ACM) 224
2.3. Alteraciones neurocognitivas de la Arteria cerebral posterior (ACP) 225
2.4. Alteraciones cognitivas en territorios frontera 225
3. Neurorrehabilitación de los AVC 225
3.1. Rehabilitación neuropsicológica 227
3.2. Rehabilitación de las afasias 230
Referencias bibliográficas 239
10. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LAS DISFUNCIONES

SEXUALES
1. Introducción 242
2. Consideraciones clínicas 243
2.1. Proceso de envejecimiento 243
2.2. Consulta por disfunción sexual 246
3. Abordaje asistencial de las disfunciones sexuales 247
3.1. Estrategias terapéuticas 248
3.2. Evaluación psicodiagnóstica e indicación psicoterapéutica 250
3.3. Modalidades de intervención y recursos psicoterapéuticos 253
4. Material clínico 256
4.1. Intervención psicoterapéutica breve: «reactivar la sexualidad» 256
4.2. Psicoterapia de apoyo o clarificación: «vengo por ella, porque yo no lo necesito» 259
4.3. Intervención psicoterapéutica de información: «a mí no me pasa nada» 262
5. Conclusiones 264
Referencias bibliográficas 264
11. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER 267
1. Introducción 267
2. ¿Qué es el cáncer? 268
2.1. Etiopatogenia del cáncer en el anciano 268
2.2. Tratamientos biomédicos neoplásicos 270
3. Psicooncología 273
3.1. Evaluación psicológica en oncología 275
3.2. La información del diagnóstico oncológico 277
3.3. Comunicación con el enfermo de cáncer y su familia 279
3.4. Calidad de vida 280
3.5. Aspectos psicológicos de los enfermos oncológicos geriátricos 280
3.6. La familia del anciano enfermo de cáncer 282
3.7. Intervención psicológica 283
Referencias bibliográficas 286
12. INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL 288
1. Introducción 288
2. Clasificación de las incontinencias urinaria y fecal 289
2.1. Incontinencia urinaria 289

2.1. Incontinencia urinaria 289
2.2. Incontinencia fecal 290
3. Prevalencia 291
4. Anatomía 292
4.1. Anatomía y fisiología del suelo pélvico 292
4.2. Anatomía y fisiología del aparato urinario 292
4.3. Anatomía y fisiología del aparato digestivo bajo 293
5. Cambios en el anciano 293
5.1. Fisiopatología 294
5.2. Fármacos y sustancias que pueden alterar la micción 296
6. Diagnóstico de la incontinencia urinaria y fecal 297
7. Tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal 301
7.1. Tratamiento conservador 301
7.2. Tratamiento farmacológico 304
7.3. Tratamiento quirúrgico 304
7.4. Tratamiento paliativo 305
8. Prevención de la incontinencia urinaria y fecal 306
9. Consejos generales para prevenir una incontinencia urinaria y fecal 307
10. Mensajes clave en incontinencia urinaria y fecal 308
Referencias bibliográficas 308
13. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LA EDAD AVANZADA 312
1. Introducción 312
2. Cambios fisiológicos: farmacocinética y farmacodinamia 312
2.1. Farmacocinética 312
2.2. Farmacodinamia 314
3. Medicamentos inapropiados en la edad avanzada 314
4. Trastornos del estado de ánimo 315
4.1. Depresión 316
4.2. Trastorno bipolar 319
5. Trastornos de ansiedad 323
5.1. Ansiolíticos 323
6. Trastornos del sueño: insomnio 325
6.1. Insomnio 325
6.2. Efectos adversos y advertencias 326
7. Transtornos psicóticos y delirium 327

8. Trastornos cognitivos. Demencia 332
8.1. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHE) 333
8.2. Antagonista de los receptores N-metil-D-Aspartato (NMDA) 335
8.3. Otros tratamientos modificadores en las demencias 335
Referencias bibliográficas 336
Información adicional 342