

## **Título: DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL ANCIANO**

### **Autores:**

Lic. Jenett Goenaga Morejón

Licenciada en Psicología

Lic. Mayela Marrero Aliño

Licenciada en Psicología

MsC. Geydi Rodríguez López

Licenciada en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Máster en Psicología Clínica, Profesora Auxiliar

MsC Wilfredo Pérez Rodríguez

Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Máster en Bioética, Profesor Auxiliar

Departamento Psicología

[psico@hha.sld.cu](mailto:psico@hha.sld.cu)

### **Introducción**

El aumento de la esperanza de vida al nacer en nuestro país , condiciona a su vez el aumento progresivo de la población envejecida y por tanto se hace necesario generar desde lo social programas de atención integral al anciano para mejorar su calidad de vida y poder responder a sus necesidades sociales, físicas y emocionales , es por eso que dichos programas necesariamente prevén la participación de psicólogos y la realización por estas de acciones diagnósticas, terapéuticas, preventivas y educativas, una guía metodología que regularice tales acciones y procedimientos es lo que proponemos a continuación

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

El apoyo que reciben de familiares allegados, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estos pacientes. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa en ese sentido, además de contribuir a la economía de recursos del MINSAP en la atención geriátrica, y evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios.

En el orden social la mencionada educación es muy ventajosa, como lo demuestra la ya conocida interrelación existente entre la salud del individuo y los factores sociales.

El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria el imprescindible y vital apoyo.

La memoria como proceso mental complejo es una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes. Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo simular una demencia.

## **Objetivos**

1. Evaluar al paciente adulto mayor hospitalizado y de consulta externa desde el punto de vista psicológico.
2. Explorar factores de riesgo biopsicosociales en los pacientes adultos mayores hospitalizados y de consulta externa.
3. Identificar alteraciones y trastornos psicológicos y neuropsicológicos en adultos mayores hospitalizados y de consulta externa.
4. Realizar un informe psicológico y neuropsicológico de los resultados obtenidos.
5. Retroalimentar al equipo médico, familiares y pacientes de los resultados obtenidos
6. Orientar a pacientes, familiares y equipo médico hacia un manejo adecuado de las alteraciones / trastornos encontrados.
7. Elaborar plan de acción terapéutico, neurocognitivo y psicológico para los paciente adultos mayores con alteraciones y/o trastornos encontrados como parte del seguimiento al alta.

## **Desarrollo**

### **ESTRUCTURA ASISTENCIAL**

#### **Recursos humanos:**

- Licenciado en Psicología.
- Técnica en Psicometría.

**Recursos materiales:**

- Pruebas psicológicas.
- Metodías pato psicológicas y baterías neuropsicológicas.
- Abastecimiento regular de hojas y lápices.
- Local que reúna condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y temperatura.
- Computadora o acceso a ella para el manejo de las bases de datos y documentos, con posibilidad de incorporar Diagnóstico Psicológico por Computadora.

**Definición de la participación y roles profesionales**

Licenciada/o en Psicología

- Debe tener entrenamiento de las funciones cognitivas superiores, conocimiento especializado en Neuropsicología y Rehabilitación Cognitiva y utilizar otros conocimientos y habilidades en su práctica clínica.
- Atenderá integralmente a la familia para facilitar la comunicación y una mejor atención al anciano.

Actividades generales:

1. Participación en las entregas de guardia.
2. Participación en los pases de visita.
3. Participación en las discusiones de casos colectivas.

#### Actividades específicas:

1. Atender, evaluar y dar seguimiento a los pacientes en estudio por los miembros del equipo médico.
2. Aplicar las pruebas psicológicas, evaluarlas y elaborar informe
3. Evaluar, preparar y dar seguimiento asistencial a todos los pacientes tributarios de trasplante.
4. Acercamiento diagnóstico y terapéutico a los grupos familiares y a los acompañantes de los pacientes de trasplante.
5. Atención e intervención en la dinámica del funcionamiento del equipo asistencial ante dilemas grupales o personales.

#### Técnico en Psicometría

- Ejecutará la administración, calificación e interpretación de pruebas psicométricas, métodos pato psicológicas y baterías neuropsicológicas orientadas por el psicólogo.
- Apoyará el trabajo con la familia.
- Brindará apoyo emocional al paciente anciano.
- Los casos se discutirán en colectivo una vez por semana, donde se seleccionaran los pacientes a atender por el psicólogo.

Criterios de admisibilidad: Se atenderán a pacientes clasificados como ancianos frágiles hospitalizados para su atención continuada por especialistas en Geriátrica en los diferentes servicios priorizados por esta especialidad que son Ortopedia, Urología y Oftalmología, a los cuales se les realizara una

evaluación integral que protocolizamos seguidamente, y se atenderán por la modalidad de ínter consulta el resto de los pacientes a los cuales se les solicite.

Pacientes hospitalizados:

- Pacientes remitidos por los geriatras a partir de la evaluación médica inicial en el momento del ingreso.
- Pacientes con evidencia clínica de estados emocionales negativos.
- Pacientes con sub-rendimiento cognitivo (puede ser referencia del familiar o equipo médico por evolución en el tiempo del paciente).
- Pacientes con alteraciones/trastorno del sueño o de la conducta del sueño.
- Pacientes con conflictos en el área familiar. así como con impresión de violencia intrafamiliar por acción u omisión.
- Pacientes con trastornos emocionales asociados a la hospitalización.

Pacientes de consulta externa

1. Pacientes que sean remitido a consulta externa de psicología/neuropsicología por criterio del Protocolo de asistencia del servicio de Geriátría del Hospital.
2. Pacientes en tratamiento de seguimiento al alta hospitalaria.

## **PROCEDERES A REALIZAR**

Propuesta de evaluación psicológica para el diagnóstico psicológico integral del paciente adulto mayor:

## **Paciente hospitalizado y de consulta externa**

### **1. Entrevista inicial**

Atendiendo a la presencia de déficit sensoriales (auditivo y visual), la entrevista se realizara con participación del familiar o individualmente y se adecuara a las posibilidades físicas del paciente. En todos los casos que sean posibles se entrevistará también al familiar o cuidador encargado del paciente.

#### **➤ Anamnesis**

- ✧ Antecedentes patológicos personales.
- ✧ Antecedentes patológicos familiares.
- ✧ Áreas de conflicto actuales.
- ✧ Causas de estrés emocional.
- ✧ Convivencia y economía, atención por seguridad social, pensionados.

#### **➤ Exploración Psicológica**

- **Esfera cognitiva**

Utilizar entrevista clínica neuropsicológica que incluye:

- ✧ Orientación, lenguaje, funciones de integración y síntesis
- ✧ Memoria, atención y pensamiento, nivel subcultural y cultural.
- ✧ Habilidades para el cálculo matemático, interpretación de la estructura lógico gramatical y refranes.
- ✧ Orientación espacial y coordinación viso-motora.
- ✧ Nombrar y reconocer objetos.
- ✧ Deterioro cognitivo y capacidades residuales.

Diagnóstico: acacia, apraxia, agnosias (teniendo en cuenta el nivel intelectual básico)

- **Esfera emocional**

- ✧ Descontar la depresión de base orgánica.
- ✧ Cualificar la depresión emocional del anciano, sentimientos de soledad y su comprensión.

- **Esfera conativa**

- ✧ Evaluar características del sueño, hábitos y necesidades con el familiar, caracterizar la dinámica familiar en cuanto al cumplimiento de roles y clima emocional prevalente.
- ✧ Diferenciar y diagnosticar la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

## 2. Métodos y técnicas posibles a emplear

### a) Para la evaluación de la esfera familiar

- Test de percepción del funcionamiento familiar FFSIL

### b) Para la evaluación de estados emocionales

- Cuestionario de autovaloración para la ansiedad rasgo/estado Idare.
- Cuestionario de depresión Yesavage.

### c) Para la evaluación de estado cognitivo

- Cuestionario de evaluación del grado de validismo del adulto mayor: Barthel (ABVD) – Pfeiffer (AIVD).
- Test de Cribado cognitivo MoCA.
- Escala de Delirium.



Los pacientes evaluados que muestren resultados de subrendimiento en los test/pruebas aplicadas que nos indiquen: trastorno específico de dominio cognitivo, posible síndrome demencial, trastorno del estado de ánimo serán evaluados en una segunda fase en la que se profundizará según resultados:

En los casos de pacientes con sub-rendimiento en los procesos atención y memoria así como del estado de ánimo y/o del sueño se les aplicará:

- Test Breve de Atención: TBA
- Test de alternancia y flexibilidad cognitiva: Trail Making
- Test dígito/ símbolo para la evaluación de la atención: SDMT
- Aprendizaje de 10 palabras de Luria
- Escala de Demencia de Blessed
- Test del Informador
- Función Motora compleja y Praxis
- Escala de Depresión de Montgomery
- Test de Sorteo de Cartas de Wisconsin (hasta los 86 años de edad)

**Plan terapéutico psicológico/neuropsicológico:**

Se propone un plan psicológico fundamentalmente de orientación psicológica para pacientes y familiares con encuadre terapéutico determinación del problema a tratar, etc. para aquellos pacientes con determinadas alteraciones funcionales que no se diagnostiquen como trastornos propiamente dichos y conflictos intrafamiliares, así como del manejo familiar del paciente adulto

mayor con deterioro cognitivo en progresión y/o demencia. Así también se propone escoger técnicas de la corriente cognitivo/conductual para aquellos pacientes adultos mayores con diagnóstico de Trastornos del Estado de Ánimo y de Sueño.

Los pacientes adultos mayores que tengan un diagnóstico de deterioro cognitivo leve en cualquiera de sus manifestaciones así como un síndrome demencial establecido se tratará de elaborar un plan de acción de rehabilitación en el hogar previo entrenamiento del cuidador y paciente que estará sujeto al déficit presente y procesos competentes.

Se le indicará en cualquiera de los casos algunas tareas generales como son:

1. Ejercicios de aritmética de suma y resta.
2. Lectura en voz alta.
3. Escribir a mano.
4. Visualizar habitaciones de la casa y describirlas.
5. Repetición de series de números directos e inversos.
6. Ejercicios de respiración matutinos, vespertinos y nocturnos.
7. Tabla de tareas diarias identificadas por colores y marcarla al realizarlas simultáneamente, puestas en una ubicación del hogar de obligatorio acceso y fácil visualización.
8. Realizar tareas domésticas sin riesgo de accidentes y supervisadas.
9. Realizar una acción a la vez.
10. Realización de crucigramas, construcción de rompecabezas y organización de las gavetas de la casa.

## **11. Proceso de devolución de los resultados:**

Se realizará la evaluación de los resultados de las pruebas y luego de realizar un análisis triangulado entre: el rendimiento de los pacientes en cada test/prueba, complementarios realizados y datos cualitativos de evidencia clínica y/o obtenidos en la entrevista estructurada; se confeccionará un informe psicológico y/o neuropsicológico y se le entregará a: equipo médico y/o familiares, incluyendo en el proceso un encuentro de orientación general y recomendaciones.

Información al paciente y sus familiares

Solo para pacientes que conservan funciones cognitivas.

- Explicar planes terapéuticos así como los principales resultados del diagnóstico psicológico.
- Educar en la necesidad del cumplimiento de indicaciones y adherencia terapéutica.

Toda la intervención psicológica se reflejara en la historia clínica y se comunicara al médico encargado.

### **Seguimiento, evolución y alta**

La dosificación, duración y número de sesiones terapéuticas se decidirá de forma personalizada según los objetivos terapéuticos propuestos y su cumplimiento, se tomara como criterio para el alta los resultados de la evaluación psicométrica evolutiva y el auto reporte del paciente, en cuanto a la disminución de los síntomas.

## Indicadores

INDICADORES DE ESTRUCTURA		Estándar
Recursos humanos	% de psicólogos que componen el grupo de trabajo asistencial con entrenamiento en el tema	95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de los test y pruebas psicológicas según el PA	≥ 70 %
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones (pruebas psicológicas y cuestionarios específicos)	≥ 70 %
Recursos organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100 %
	% de base de datos electrónica	100 %
INDICADORES DE PROCESOS		Estándar
% de pacientes y familiares para ser evaluados según los remitidos por equipo		100 %
% de pacientes para ser re-evaluados evolutivamente, con alteraciones cognitivas funcionales demostradas.		≥ 80 %
% de familiares orientados hacia un manejo adecuado de las alteraciones y/o trastornos encontrados.		≥ 80 %
% de entrenamiento previo del cuidador y paciente del plan de acción de rehabilitación elaborados para el hogar		≥ 60 %
INDICADORES DE RESULTADOS		Estándar
% de pacientes con mejoras de alguno de los componentes del perfil alterados, por apreciación clínica y opinión del paciente o familiar, luego de 6 meses.		≥ 60 %
% de pacientes con adecuación de estados de ánimo y expectativas posterior al tratamiento psicológico		≥ 80 %
% de familias con adecuación lograda de los estados de ánimo, expectativas y modos de afrontamiento		≥ 80 %
% de pacientes con alteraciones funcionales que muestran bienestar con los resultados obtenidos.		≥ 80 %

## Bibliografía

Abizanda P (1998) Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol; 33 (NM 4):219-25

Alarcón T, González Montalvo JI. (1997) Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino [editorial]. Rev Esp Geriatr Gerontol; 32 (NM1):1-2.

Alvarez Sintés R. (2001) Temas de Medicina General Integral. T1. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

Anuario Estadístico (2005) [serie en Internet]. [citada 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cg>

Batzán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. (1997) Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol; 32:26-34.

Castanedo JF, Vicente N. (2000) Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Electrónica Geriatria ; 2:1-8.

Carpeta Metodológica. Adultos mayores frágiles [serie en Internet]. [citada 2005]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/carpeta.html>

Castelblanque E, Albert Cuñat V. (2002) ¿Quiénes son los ancianos frágiles –ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General; 45:443-680.

Colectivo de autores (2005) Adultos mayores funcionales un nuevo concepto en salud.htm Ciencia y enfermería XI (2): 17-21

Colectivo de autores. (2002) Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente.htm Rev Cubana Enfermer v.18 n.1 Ciudad de La Habana.

Colectivo de autores (2005) El deterioro cognitivo una mirada previsor.htm. Revista Cubana de Medicina General Integral. v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana.

Colectivo de autores (2007) Envejecimiento poblacional fragilidad en el adulto mayor.htm Revista Cubana de Salud Pública.v.33 n.1 Ciudad de La Habana.

Composortega Cruz S. (1995) Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México DF: CIRSS, OPS, OMS.

Espinosa JM. (2000) El anciano en atención primaria. Aten Primaria.; 26:515-6.

De Alba C, Gorroñogotía A, Litago C, Martín I, Luque A. (2001) Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria; 2 (Suppl 2):161-80.

De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. (2001) En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica p.15-55.

González-Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez-Mañas L, Salgado A, Guillén F. (1991) Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). Med Clin (Barc); 96:183-8.

González JI, Salgado A. (1992) Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas Guía. Aten Primaria; 9:219-26

Kalache A. (2000) Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2003]. Disponible en: [www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm)

Kessel H. (1998) La edad como criterio. Med Clin (Barc); 110:736-9.

Mañas R. (2001) Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol; 36 (NM 3):24-35.

Martín E, Fontanals MD. (1994) Puntualizaciones sobre la atención sociosanitaria. Med Clin (Barc); 102:519.

Mussoll J. (2002) Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol; 37 (NM 5):249-53.

Perdomo Victoria I, Torres Páez ML, Astraín Rodríguez ME.(1999) Morbilidad y mortalidad de los ancianos en el municipio Habana Vieja (1994-1996). Rev Cubana Salud Pública; 25(2):143-53.

Prieto O, Vega E. (1996) La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Programa de Atención Integral al Adulto Mayor [serie en Internet]. [citada 2005]. Disponible:<http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html>

Ribera JM. (1995) Servicios de geriatría hospitalarios: ¿valen para algo? Med Func Hosp; 1:191-7.

Rocabruno JC. (1999) Tratado de Gerontología y Geriátría Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Rodríguez Mañas L. (2000) Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Gerontología Social. Madrid: Pirámide;.p. 153-65.

Selva A, San José A, Solans A, Villardell M. (1999) Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. Medicine (Madr); 124:5789-96.