

**EXPERTO UNIVERSITARIO**  
**“INTERVENCIÓN EN CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES”**

**Propuesta de intervención dirigida a los residentes del centro gerontológico Berra con sintomatología depresiva o depresión diagnosticada.**

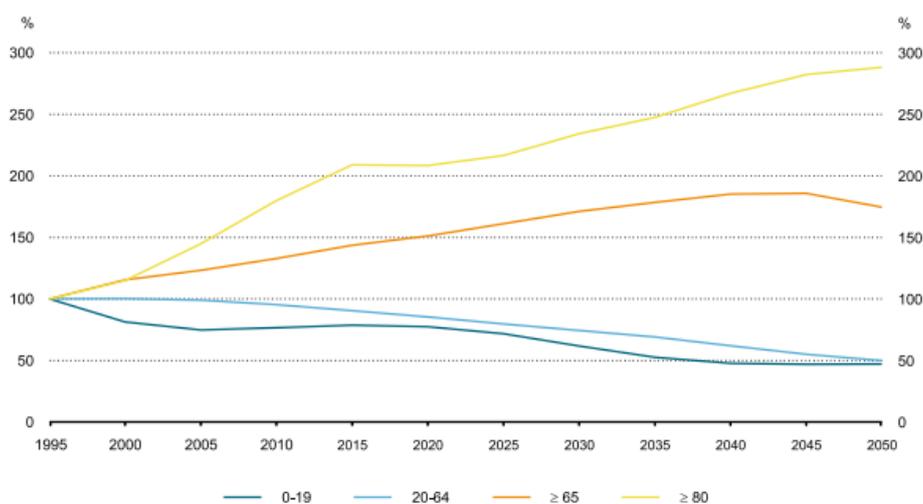
## INDICE

1. INTRODUCCION .....	3
2. FUNDAMENTACION TEORICA .....	5
3. ANALISIS DE LA REALIDAD .....	11
4. PLANIFICACIÓN.....	15
5. EJECUCION.....	19
6. EVALUACIÓN (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS) .....	26
7. CONCLUSIONES .....	26
8. BIBLIOGRAFIA .....	28
9. ANEXOS .....	33

## 1. INTRODUCCION

Las mejoras en las prestaciones sanitarias, así como en las socioeconómicas han permitido que las expectativas de vida de las personas cada vez sean mayores. Este progresivo envejecimiento de la población junto con la baja proporción de nacimientos son las causas principales de este cambio demográfico sin precedentes en la historia y España no es ajena a ello. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero del 2018, el porcentaje total de personas mayores de 65 años era de un 19,1%. Asimismo, la proporción de octogenarios ya representaba un 6,1% del total de la población y seguirán ganando peso entre la población mayor, en un proceso de envejecimiento de las ya personas mayores. La proyección del INE sugiere que en el 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, esto es, un 29,4% del total de la población serán personas mayores. (Mella, González, D' Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004; Barrio y Abellán, 2009; IMSERSO, 2011; Abellán y Pujol, 2013; INE, 2019).

En el País Vasco, el colectivo de personas mayores de 65 años, a 1 de enero del 2020 era de 499.428 del total de la población vasca (INE, 2020) siendo uno de los territorios más envejecidos del territorio español (Abellán, Aceituno, Pérez, Ramiro, Ayala y Pujol, 2019). Asimismo, se constata un sobrevejecimiento de la población anciana (personas de 80 y más años). Según las proyecciones del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), esta tendencia se mantendrá en las próximas décadas y se augura que para el año 2050, el grupo de mayores de 65 años doblará su tamaño en términos relativos, llegando a suponer el 38,8% de la población total vasca (EUSTAT, 2014).



Grafica 1. Evolución de la población de la C.A. de Euskadi según grupo de edad.

Aunque existe cada vez mayor heterogeneidad en la forma de vivir la vejez, existen ciertas enfermedades como la depresión que son muy frecuentes en esta etapa de la vida. (Conde & Jarne, 2006 citado en Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio, Chavarriaga, 2013; Ayuso et al., 2007; Godoy-Izquierdo, Martínez y Godoy, 2009 citado en Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015). La depresión es una enfermedad psiquiátrica que se asocia directamente con el sufrimiento y con el incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud (Zavala, Núñez, Chavarría, Ochoa, Suazo, Morales, et al., 2011 citado en Molés, Esteve, Lucas, Folch, 2019). Debido a ello, la depresión conduce a un detrimento del bienestar y de la calidad de vida; por lo que no es extraño que sea haya convertido en un importante problema de salud pública ya que los costes de asistencia sanitaria son cada vez mayores (Peña-Solano, Herazo-Dilson y Calvo-Gómez, 2009; OMS, 2017).

Aunque los datos de prevalencia por depresión varían y no se pueda dar una cifra exacta, lo que si ponen de manifiesto es que cada vez es más alta la prevalencia en la tercera edad. Estos datos son aún más altos en personas mayores institucionalizadas. El hecho de que la depresión no se diagnostique ni se trate como debiera pueden ser dos de los motivos por el que existe una mayor prevalencia en el adulto mayor. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan (OMS,2017).

Es por ello por lo que el avance en el conocimiento sobre el diagnóstico adecuado e intervención del estado de ánimo en la fase final de la vida reviste de gran importancia (García-Soriano y Barreto, 2008). El hecho de que la depresión tenga una causa bio-psico-social (Beers y Berkow, 2000) pone en evidencia la necesidad de diseñar acciones que tengan en cuenta las características de la propia persona y se centren en lograr un equilibrio bio-psico-social, de tal forma que se contribuya a curar o al menos, reducir la sintomatología depresiva y, por consiguiente, a mejorar su calidad de vida (Feal y Banda, 2006).

A continuación, se va a exponer una propuesta de intervención de carácter psicoafectivo y emocional para el centro gerontológico Berra, situado en el barrio de Altza de la ciudad de San Sebastián, en el cual, no se realiza ninguna intervención específica para tratar la sintomatología depresiva y/o la depresión. Para ello, se expondrá una breve fundamentación teórica, el análisis de la realidad, la planificación, la propuesta de ejecución, la evaluación y las conclusiones.

## 2. FUNDAMENTACION TEORICA

### 2.1. Envejecimiento y depresión

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años (Sotelo-Alonso I. y cols., 2012; INE, 2017), el cual se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial (Sotelo-Alonso I. y cols., 2012; Valladares, Dilla, y Sacristán, 2009 citado en Cardila, Martos, Barragán, Pérez-Fuentes, Molero y Gázquez, 2015). Tiene graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como en la calidad de vida de las personas mayores que la padecen (Alonso I. y cols., 2012).

Es preciso distinguir entre los sentimientos de tristeza ocasionales relacionados con alguna circunstancia vital y lo que denominamos depresión clínica cuyos síntomas son persistentes en el tiempo. Aunque no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas y la gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona. Cuando hablamos de depresión nos referimos a un estado en el que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaba, una disminución de la energía, llanto fácil, labilidad emocional, agitación e ideación suicida (Meléndez, Tomas, Navarro, 2007; Li et al., 2007 citado Gutiérrez y Gutiérrez, 2010), que suele ir acompañado de manifestaciones somáticas tales como la fatiga, insomnio, dolores de cabeza, alteraciones del apetito, problemas digestivos etc., manifestaciones cognitivas tales como la baja autoestima, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pobreza y lentitud en el pensamiento y lenguaje y manifestaciones psicóticas (Triado y Villar, 2006; Cepal, 2009). En los adultos mayores, los cuadros depresivos suelen ser más severos, crónicos y existe una mayor presencia de síntomas somáticos, irritabilidad y ansiedad.

En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, se clasifican los trastornos depresivos según los síntomas específicos (NIMH, 2016). A continuación, y considerando la frecuencia del trastorno depresivo mayor, se presentan los criterios diagnósticos del DSM-5 para dicho trastorno. Deben estar presentes cinco o más de los siguientes síntomas casi todos los días durante dos semanas (Taylor, 2014; Coryell, 2018):

<b>Síntomas principales (≥ 1 necesarios para el diagnóstico)</b>
Estado de ánimo deprimido durante casi todo el día.
Incapacidad de sentir placer o interés o placer notablemente disminuidos en casi todas las actividades.
<b>Otros síntomas</b>
Descenso de peso clínicamente significativo o aumento o disminución del apetito.
Insomnio o hipersomnia.
Agitación o retardo psicomotor.
Cansancio o pérdida de la energía.
Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada.
Disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse o indecisión.
Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

## 2.2. Datos epidemiológicos

Aun cuando la depresión es un problema de salud mental común en los adultos mayores, tanto en la población mayor en general como en pacientes con demencia, no resulta fácil dar cifras reales sobre la magnitud del problema.

Los datos de prevalencia que se tienen en relación a los trastornos afectivos en el colectivo mayor, oscila en cifras entre el 16% (García y Tobías, 2001 citado en Cardila, Martos, Barragán, Pérez-Fuentes, Molero y Gázquez, 2015), el 19.7% (Urbina, Flores, García, Torres, y Torrubias, 2007 citado en Cardila, Martos, Barragán, Pérez-Fuentes, Molero y Gázquez, 2015), el 26% (Loughlin, 2004 citado en Moysé, Gurrola y Balcázar, 2015), el 30.1% (Gázquez, Pérez, Lucas, y Yuste, 2008 citado en Cardila, Martos, Barragán, Pérez-Fuentes, Molero y Gázquez, 2015) o el 34.5% (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, y Rojas-Farreras, 2013), entre otras. En la encuesta Nacional de Salud ENSE realizada en el año 2017, se constató una prevalencia de depresión de un 35,73% en personas mayores de 65 años, siendo el grupo de edad de 75 a 84 años, el grupo con el porcentaje más alto de todos los grupos de edad.

Estos datos de prevalencia aumentan en los adultos mayores institucionalizados. Existen estudios que sitúan esta prevalencia de depresión del adulto mayor institucionalizado entre el 14% y el 70% (Damian, Pastor-Barriuso y Valderrama-Gama, 2010 citado en Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015; Pérez-Fuentes, Gázquez., Molero, Martínez, Barragán, Simón, 2016; Lykouras y Rossetos, 2008 citado en Calderón, 2018).

### 2.3. Etiología y factores de riesgo

No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores bioquímicos, genéticos y psicosociales (Calderón, 2018). Existen investigaciones que indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro han demostrado que el cerebro de las personas con depresión es diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen estar disminuidas (Ghasemi, Phillips, Fahimi, et al, 2017). Existen algunos tipos de depresión que pueden tener una relación genética. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con múltiples factores ambientales u otros. Además, diferentes enfermedades como las enfermedades de tipo cardiovascular y cerebrovascular, los desórdenes neuropsiquiátricos y la diabetes se han relacionado con la depresión. (Kraehenbühl, Preisig, Büla, Waebe, 2004; O’Neil, Williams, Stevenson, Oldenburg, Berek, y Sanderson, 2012; Schäfer, von Leitner, Schön, et al., 2016; Freitas, Deschênes, Au, Smith y Schmitz, 2016; Camus, citado en Calderón, 2018). Asimismo, la limitación o dependencia funcional en los adultos mayores (Moles, Esteve, Lucas y Folch, 2019) y el deterioro cognitivo y las demencias se han asociado con síntomas depresivos (Engedal, Laks y Selbaek, 2012; Barca, Weightman, Aire y Baune, 2014; Mirza, Wolters, Swanson, et al., 2016 citado en Calderón, 2018).

Otros factores como el insomnio (Lee, Jin Cho, Olmstead, Levin, Oxman y Irwin, 2013 citado en Calderón, 2018), ser mujer (Gutiérrez y Gutiérrez, 2010), los trastornos de ansiedad (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina & Velasco-Rodríguez, 2007; Ferras, González, Pérez, Pelier, Lamoru, 2012), el uso de medicamentos (Robledo, Ávila, Ortega, Cázares, Dávila y Pérez, 2010; Jausset, Bouyer, Ancelin, et al., 2011 citado en Calderón, 2018), el consumo de bebidas alcohólicas o drogas ( National Institute of mental health, NIMH, 2017), la pérdida del cónyuge o de un ser querido, (Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez, Pedraza, Gómez, Pardo, Ríos, 2015), el aislamiento social ( Hawton A, Green C, Dickens A, 2011 citado en Calderón, 2018), las preocupaciones y la autopercepción negativa en torno a la salud (OMS, 2017; Benítez, de Trocóniz, Montorio, Baltar, y González, 2003 citado Molés, Esteve, Lucas, Folch, 2019), la institucionalización (Nazemi, Skoong, Karlsson, et al., 2013 citado en Calderón, 2018), la personalidad previa ( Triado y Villar, 2006), la baja autoestima, la falta de red y apoyo social (Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez, Pedraza, Gómez, Pardo, Ríos,

2015) y una relación dificultosa u otra situación estresante (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008 citado en Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015) pueden aumentar el riesgo de la depresión.

Asimismo, personas con una baja escolaridad (Rodríguez, 2009 citado Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez, Pedraza, Gómez, Pardo, Ríos, 2015) y una baja condición socio económica muestran una mayor tendencia a padecer depresión que las personas que tienen estudios superiores y una condición económica media o alta (OMS, 2014).

#### **2.4. Suicidio y depresión**

La depresión se reconoce como la patología que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida (Baca y Aroca, 2014 citado en Cardila, Martos, Barragán, Pérez-Fuentes, Molero y Gázquez, 2015). En los adultos mayores, se ha demostrado un incremento de la tasa de mortalidad por la elevada prevalencia de suicidios con respecto a otros grupos etarios (Conwell, 2001 citado en Gutiérrez y Gutiérrez, 2010; Zamora, Hernández, Ehrenzeweig y Navarro, 2010 citado en Llanes, López, Vázquez, Hernández, 2015; Ribot, Alfonso, Ramos y Gonzalez, 2012). Este hecho puede deberse a que generalmente, comunican menos sus intenciones suicidas. El riesgo de suicidio es más elevado en los adultos mayores hombres que en las mujeres. El hecho de que los hombres mayores utilicen métodos más violentos a comparación de las mujeres puede ser una de las causas de las diferentes tasas entre ambos sexos (Guerra y San Martin, 2012; Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra-Escobar, 2016).

Se sabe que muchas de estas personas, sufrían de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte (Conwell, 2001 citado en Gutiérrez y Gutiérrez, 2010).

#### **2.5. Diagnóstico, evaluación y tratamientos**

El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos. Asimismo, el hecho de que las personas mayores constituyan un sector de población que se enfrenta a circunstancias vitales difíciles lleva a que muchas personas de su entorno atribuyan erróneamente los síntomas depresivos a algo propio del envejecimiento. Estos factores conducen a una ausencia de intervenciones apropiadas sobre las mismas (González y Padilla, 2006).

Si la depresión en los adultos mayores no es diagnosticada ni tratada como se debe, puede ocasionar un sufrimiento innecesario, ya que, la depresión es, hasta en los casos más

graves, un trastorno tratable. Para diagnosticar la depresión es fundamental la valoración médica del estado físico y de las posibles enfermedades o fármacos que puedan incidir en su estado depresivo. Asimismo, es importante conocer la historia clínica de la persona, las circunstancias de su trayectoria vital y evaluar tanto su estado cognitivo como su estado afectivo.

Existen muchos instrumentos para evaluar tanto el estado cognitivo como el afectivo en los adultos mayores. Para valorar las funciones cognitivas, una de las escalas más frecuentemente utilizada en España es el Mini-Examen Cognoscitivo, MEC (Lobo et al, 1979, 1999,2002). Se trata de una prueba de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Es un test que ha demostrado tener una alta fiabilidad, validez y poder discriminatorio (Garamendi, Delgado y Amaya, 2010). Por el contrario, para valorar el estado afectivo de la persona mayor, la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1983, adaptada al castellano por Martínez *et al.*, 2002) es uno de los instrumentos más utilizado para el tamizaje de la depresión. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada (Valderrama y Pérez del Molino, 2014).

Una vez realizado adecuadamente el diagnóstico, la persona con depresión puede ser tratada con diferentes tratamientos. Actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran su salud y su calidad de vida cuando reciben el tratamiento adecuado.

Los *antidepresivos* son medicamentos que pueden dar buenos resultados para el tratamiento de la depresión. Los antidepresivos se denominan “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina” y entre éstos se encuentran la fluoxetina (Prozac) y la sertralina (Zoloft). Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Efexor). Con cualquier clase de antidepresivo, las personas deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Se debe continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por el médico, aun si se siente una mejoría, para así evitar una recaída en la depresión. Si un medicamento no tiene los efectos deseados después de unas tres o cuatro semanas, el médico puede cambiar el medicamento hacia otra clase de antidepresivo. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente a fin de darle al organismo tiempo suficiente para ajustarse. Algunas personas, como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido, pero es más común que éstos sólo sean prescritos para un periodo determinado. Los

antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y temporales, pero no duraderos (Robledo, Ávila, Ortega, Cázares, Dávila y Pérez, 2010).

Asimismo, existen varios tipos de *psicoterapia o terapia de dialogo* que pueden ser tratamientos eficaces para la depresión. Concretamente, la terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser un tipo de psicoterapia particularmente útil para tratar la depresión en personas mayores y mejorar su calidad de vida. Esta terapia ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamientos, sentimientos y comportamiento, que pueden contribuir a la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual puede cambiar los sentimientos, los pensamientos y la conducta, y con ello mejorar el estado de ánimo. Este método se sustenta en la idea de que los tres componentes del estado de ánimo (pensamientos, sentimientos y conducta) están interrelacionados, y esa también es la dinámica de la depresión. Con esta terapia se puede cambiar los pensamientos, los sentimientos y las conductas negativas a positivas, en un lapso relativamente corto, aliviando así la depresión. La terapia cognitivo-conductual ha sido probada como una terapia más eficaz que las terapias analíticas o no-directivas (Krishna et al. 2011 citado en Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015). Aun así, para tratar las depresiones graves, la psicoterapia no es suficiente. Una combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser la opción más efectiva para tratar una depresión grave. (National Institute of mental health, NIMH, 2017).

La terapia de revisión de vida (ReViSEP) desarrollada por Serrano (2002), permite a la persona evocar recuerdos desde su infancia a su etapa adulta, en un proceso dinámico y continuo a través del tiempo. Intervenciones en personas mayores basadas en la recuperación de eventos específicos, sugieren que ésta puede ser un factor protector para la depresión, produciendo un incremento de la satisfacción con la vida y el bienestar emocional (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers y Smit, 2007; Raes, Williams y Hermans, 2009; Latorre et al., 2013 citado en Ortega, Ramirez y Chamorro, 2015).

Los tratamientos de estimulación cerebral pueden ser considerados apropiados en las personas mayores ya que con frecuencia la respuesta a los tratamientos farmacológicos no es la apropiada o simplemente no está indicada atendiendo a la situación de salud general de la persona. Uno de los tratamientos más antiguos en la psiquiatría, la terapia electroconvulsiva, también llamada terapia por electrochoque, se utiliza en los casos de depresión grave. Los avances en esta terapia la hacen segura y eficaz para la mayoría de las personas. Sin embargo, la necesidad de usar anestesia es un serio inconveniente en los casos de personas con ciertas patologías específicas. Asimismo, existe otro tipo de estimulación cerebral, el cual se conoce

como estimulación magnética transcraneal. Es un tratamiento menos potente que la terapia electroconvulsiva, pero cuando se realiza una serie de sesiones de estimulación magnética transcraneal casi a diario durante varias semanas, se ve un beneficio en al menos la mitad de las personas que se someten a la serie completa (NIHM, 2017).

### 3. ANALISIS DE LA REALIDAD

#### 3.1. Descripción y análisis de la realidad

La propuesta del proyecto ira dirigida a un centro gerontológico situado en el barrio de Altza/Alza, en la ciudad de San Sebastián (Guipúzcoa). Su población a 1 de enero del 2019 era de 181.652 habitantes, de los cuales 43.454 personas eran mayores de 65 años. El número de mujeres mayores de 65 años, concretamente, 26.034 supera al de los hombres, la cual se sitúa en 17.420.

Situado al este del término municipal, el barrio de Altza, unido a San Sebastián a lo largo de su historia, ha mantenido hasta 1.939, año de su anexión a Donostia, un municipio y una forma de administración especial. Este barrio siempre ha tenido una identidad muy marcada y hoy día, está formado por numerosos núcleos diferenciados: Arriberri, Arrizar, Buenabista, Casco, Eskalantegi, Roteta, Garbera, Jolastokieta, Larratxo, Los Boscos, Molinao, Santa Bárbara, Oleta, etc.



El impresionante crecimiento demográfico, hoy en día, viven 20.450 personas y el descontrolado desarrollo urbanístico producido en la década 60-70 han influido mucho en el aspecto y sociología de este barrio. En los últimos veinte años, se ha realizado un esfuerzo especial en lo que se refiere a equipamientos, mantenimiento y transporte público, pero aún se plantean problemas en materia urbanística. Hay que resaltar la importancia que tiene en esta zona el parque de Lau Haizeta, que con su desarrollo ofrece un espacio abierto, un verdadero pulmón para los vecinos de Altza.



La residencia Berra está situada en el tranquilo emplazamiento histórico del Alto de Altza. Destaca por tener una magnífica zona ajardinada de 1.300 metros cuadrados. Asimismo, dispone de grandes ambientes abiertos e iluminados. Esta residencia está especializada en la atención a personas con Alzheimer u otros tipos de demencias, así como en la convalecencia y rehabilitación. Asimismo, consta de una unidad de psicogeriatría. La residencia dispone tanto de plazas privadas como de plazas concertadas con la Diputación Foral de Guipúzcoa, concretamente, ofertan plazas residenciales, plazas de centro de día y plazas de apartamentos tutelados.



Los residentes están distribuidos según su nivel de deterioro cognitivo, aunque debido a la pandemia COVID-19, la distribución de los residentes ha variado. Hoy en día, en la planta 0 residen personas con un deterioro cognitivo leve asociado a la edad y usuarios que no tienen deterioro cognitivo, en la planta 1 residen personas con un deterioro cognitivo leve-moderado, en la planta 2 residen usuarios con un deterioro grave o muy grave y en la tercera planta, en la unidad de psicogeriatría, residen los usuarios con alteraciones cognitivo-conductuales graves. Al centro de día acuden 40 personas mayores a diario.

Debido a la pandemia, las actividades que realizaban con los residentes han variado para asegurar la seguridad de estos. El horario de las actividades se realiza en horario de mañana (10:30-12:00) y de tarde (17:00-18:00). A las mañanas, suelen realizar actividades tales como gimnasia donde se realiza ejercicio físico adaptado (planta 0,1 ,2 y 3), pintura (planta 0 y 1), laborterapia, donde se pretende potenciar el sentimiento de utilidad así como la creatividad creando objetos que sean útiles (planta 0 y 1), taller de lecto-escritura (planta 0), musicoterapia donde se estimula el movimiento conjuntamente con la música (planta 0,1,2, y 3), estimulación cognitiva y psicoestimulación sensorial (planta 0, 1, 2 y 3). Por las tardes, se realizan actividades tales como el bingo (planta 0 y 1) y entrenamiento en memoria (planta 0 y 1). Para la realización de las actividades de intervención psicosocial cuentan con un psicólogo y dos monitoras de animación sociocultural.

En cuanto a la valoración psicológica, el psicólogo del centro utiliza los siguientes cuestionarios:

- **Mini-Examen Cognoscitivo, MEC** (Lobo et al, 1979, 1999, 2002): es una prueba breve de cribado del deterioro cognitivo; consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones. (Anexo 1)
- **Escala Severe Mini-Mental State Examination, SMMSE** (Harrel, Marson, Chatterjee y Parrish, 2000): es un instrumento para un screening breve del estado cognitivo del paciente. Surgió ante la evidencia del efecto suelo que el MEC crea cuando se administra a pacientes con un deterioro moderado-grave. (Anexo 2)
- **Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)**: es la validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). Es un instrumento validado para la evaluación clínica de la sintomatología neuropsiquiátrica para las enfermedades que cursan con demencia. (Anexo 3)

- **La Escala Global de Deterioro, GDS (Reisberg et al,1982):** esta escala gradúa la intensidad de la enfermedad de Alzheimer, aunque también es extrapolable a otros tipos de demencia, en 7 estadios clínicos. (Anexo 4)
- **La Escala de Clasificación de la Demencia Clínica, CDR:** es un sistema de clasificación de la demencia. Se evalúan seis áreas de la persona con demencia: la memoria, la orientación, el juicio y la habilidad de resolver problemas, los eventos de la comunidad, el hogar y los pasatiempos/las aficiones, y el cuidado personal. (Anexo 5)
- **Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1983, adaptada al castellano por Martínez et al., 2002):** a través de esta escala se valora el estado anímico de los residentes y la probabilidad de depresión. (Anexo 6)

### 3.2. Destinatarios

Los destinatarios de este proyecto serán residentes del centro gerontológico Berra, los cuales hayan sido diagnosticados con algún tipo de trastorno depresivo o tengan probabilidad de padecerla. Asimismo, los residentes que podrán participar serán usuarios que hayan obtenido entre 24 y 30 puntos en el MEC (Lobo et al, 1979, 1999, 2002). Los usuarios deberán participar de manera voluntaria y no existirá ningún requisito en torno a la edad y el género de los mismos. Por lo tanto, los criterios de inclusión para participar en el proyecto serán; presentar un trastorno o sintomatología depresiva, presentar una adecuada capacidad cognitiva, residir en el centro y entregar el consentimiento informado.

### 3.3. Necesidades detectadas

Para realizar la detección de necesidades se aplicó la entrevista como instrumento, específicamente se contó con el testimonio del psicólogo del centro gerontológico (Anexo 7). A continuación, se exponen las necesidades detectadas:

- No se realiza ninguna intervención en torno al área psicoafectiva y emocional de los residentes.
- El horario de la intervención psicosocial es muy reducido.
- No se realiza ningún programa intergeneracional.
- Falta de personal en el centro.

En esta propuesta de intervención, nos centraremos específicamente, en proponer una intervención centrada en el área psicoafectiva. Intervenir en la dimensión psicoafectiva es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Esta dimensión es un factor coadyuvante para que otras dimensiones como la dimensión cognitiva o la funcional estén en equilibrio.

#### **4. PLANIFICACIÓN**

##### **4.1. Objetivos**

###### **Objetivos generales**

- Reducir los síntomas depresivos de los residentes del centro gerontológico Berra, los cuales hayan sido diagnosticados con depresión o tengan sintomatología depresiva.
- Mejorar la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción personal de los residentes del centro gerontológico Berra.

###### **Objetivos específicos**

- Ofrecer una atención psicológica individualizada (apoyo psicoafectivo individual).
- Facilitar el conocimiento de técnicas de relajación, respiración y mindfulness.
- Realizar una revisión de vida completa para que los residentes puedan reinterpretar, volver a integrar y asimilar el pasado vivido.
- Facilitar herramientas en habilidades sociales a los profesionales del centro, los cuales tengan una interacción más cercana con los residentes (Auxiliares de enfermería, enfermeros, etc.).

##### **4.2. Metodología**

La metodología desempeña un papel fundamental en el desarrollo de cualquier proyecto ya que los resultados finales casi siempre vienen condicionados por la metodología elegida. Aunque no se vaya a ejecutar este proyecto de intervención, se puede decir que la metodología a utilizar en este proyecto se define como, cualitativa, activa, didáctica, participativa, flexible, orientada al grupo y a la mejora de su realidad. Se establecerá un grupo de máximo 10 usuarios para que sea un grupo manejable, se favorezca el buen funcionamiento del grupo y se facilite la interacción interpersonal. Sería deseable que el nivel cognitivo de los usuarios participantes fuese similar para que todos pudieran avanzar al mismo ritmo y seguir las pautas.

Para llevar a cabo el proyecto, se deberán llevar a cabo los siguientes pasos:

- Se repasarán todas las historias clínicas y sociales de los residentes del centro gerontológico Berra.
- Se seleccionarán los posibles participantes del proyecto.
- Se realizará una valoración psicológica mediante la utilización de las siguientes escalas:  
**Mini-Examen Cognoscitivo, MEC** (Lobo et al, 1979, 1999, 2002): con ella se valoran las funciones cognitivas de los usuarios, principalmente las de orientación, concentración, cálculo, lenguaje y construcción.

**Escala de Depresión Geriátrica** (Yesavage et al., 1983, adaptada al castellano por Martínez *et al.*, 2002): dicha escala ayuda a detectar la depresión en la población de la tercera edad de forma rápida, sencilla y eficaz. Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas, cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en personas mayores.

**Escala de ansiedad y depresión, E.A.D.G.** (Goldberg y cols., 1998, versión española gzempp, 1993): es una escala utilizada para detectar la ansiedad y depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

- Se entregará un tríptico con información acerca del proyecto a los usuarios seleccionados tras la valoración realizada por parte del psicólogo.
- Se invitará a los usuarios seleccionados a una charla informativa para presentarles el proyecto, el inicio de este y los beneficios que puede proporcionarles participar en el proyecto.
- Se entregará un consentimiento informado para que los interesados en participar lo cumplimenten y lo entreguen en el centro.
- Se buscará el lugar más adecuado para la realización del proyecto. Al ser un proyecto que se ejecutara en un centro gerontológico, nos podremos beneficiar de alguna de las salas de terapia del mismo.
- Se realizará el listado y la compra del material necesario.
- Se coordinará todo el equipo que va a participar en la intervención del proyecto: parte del equipo técnico del centro (psicología y animación sociocultural) y alumnos de prácticas y/o voluntarios, los cuales participarán en las actividades que se llevarán a cabo, como apoyo para conseguir una intervención adecuada y de calidad.

- Se ofrecerán charlas dirigidas a los profesionales del centro.
- Se ofrecerán las sesiones a los participantes mayores.
- Registro diario de la participación en la acción y de la evolución de esta.
- Evaluación

Para lograr los objetivos se proponen las siguientes estrategias:

**Estimulación:** se intentará establecer una estimulación adecuada para las personas atendidas considerando sus características psicológicas que fomente la interacción, la orientación y confort. A nivel ambiental se realizará a través de la decoración, a través de plantas, música o radio y a través de la comunicación en el trato y en cada una de las relaciones de ayuda. Se procurará siempre que tengan una disposición activa y lo más autónoma posible según sus capacidades.

**Apoyo psicoafectivo:** a nivel individual, se ofrecerá una atención psicológica individualizada (API). El psicólogo trabajara desde la terapia cognitivo-conductual (TCC) proponiendo a los usuarios diferentes actividades. Asimismo, y de manera grupal, se realizará la terapia de revisión de vida (ReViSEP) permitiendo a los participantes recordar etapas de la vida de una manera dinámica y con total libertad.

**Promoción de la Autonomía física y salud:** se realizarán talleres de mindfulness, relajación y respiración presentando diferentes técnicas. El aprendizaje de diferentes técnicas les permitirá aprender a como regular y gestionar diferentes emociones mediante la aceptación y la importancia del aquí y ahora, además, de obtener herramientas que pueden ayudarles a calmarse y/o relajarse.

En el siguiente cronograma se representan los días y los meses en los que se desarrollaran todos los talleres. Se desarrollarán las sesiones los martes, miércoles y jueves. Asimismo, antes de comenzar con las sesiones, se realizarán 3 charlas dirigidas a los profesionales del centro. La duración del proyecto durara 5 meses. El primero de los meses, se utilizará para planificar toda la intervención además de seleccionar los posibles participantes. En el segundo mes, se realizará el tríptico con información del proyecto, la charla informativa dirigida a los usuarios y las 3 charlas dirigidas a los profesionales del centro. En el tercer, cuarto y quinto mes, se realizarán las 36 sesiones con los usuarios.

	1 SEMANA			2 SEMANA			3 SEMANA			4 SEMANA		
<b>1 MES</b>												
<b>2 MES</b>												
<b>3 MES</b>	M	M	J	M	M	J	M	M	J	M	M	J
<b>4 MES</b>	M	M	J	M	M	J	M	M	J	M	M	J
<b>5 MES</b>	M	M	J	M	M	J	M	M	J	M	M	J

**Martes:** Atención psicológica individualizada (API)

**Miércoles:** Terapia de revisión de vida (ReVISEP)

**Jueves:** Taller de mindfulness, relajación y respiración

#### Recursos humanos

Para la ejecución de este proyecto, se necesitará un psicólogo@ con especialización en psicogerontología o un psicólogo clínico. Asimismo, se necesitará un animador/a sociocultural o terapeuta ocupacional con conocimientos básicos en mindfulness, relajación y respiración.

#### Recursos materiales

Para la realización de las sesiones no necesitaremos más que un ordenador, impresora, altavoces, un proyector o televisión, folios, rotuladores, bolígrafos o lápices. Se utilizarán materiales adicionales como, por ejemplo, plantas decorativas.

#### Recursos financieros

Se utilizará el dinero del presupuesto que tiene el centro para la compra de los materiales.

## 5. EJECUCION

El proyecto será una propuesta de intervención, ya que no ha sido posible desarrollar el mismo. Aun así, gracias a la colaboración del psicólogo del centro, se ha podido recabar la información necesaria para poder realizar la propuesta de intervención.

Las actividades propuestas a continuación, pueden sufrir cambios, según las necesidades de los usuarios, circunstancias presentadas y ajuste de tiempo. A continuación, se presenta la posible ejecución de la misma:

En las 3 charlas que se ofrecerán a los profesionales del centro, se hablara de la escucha activa, asertividad y empatía. Cada charla durara una hora y se realizaran antes de comenzar las sesiones con los usuarios. Las charlas estarán dirigidas a profesionales del centro que quieran participar de manera voluntaria en el desarrollo del proyecto. Además de las charlas, se utilizarán diferentes dinámicas de grupos tales como:

- **Training group:** se favorecerá el intercambio de experiencias y comportamientos de los profesionales del centro. Se reflexionará sobre sus propios comportamientos para con los usuarios.
- **Lluvia de ideas (brainstorming):** se estimulará a los profesionales a que aporten ideas que puedan mejorar el trato y la comunicación hacia los usuarios.

A nivel individual, se ofrecerá Atención Psicológica Individualizada (API). El psicólogo estará con cada usuario al menos 20-30 minutos todos los martes que dure el proyecto. El psicólogo tratara de conocer las preocupaciones y miedos de los usuarios, además, de ayudarles a transformar los pensamientos y sentimientos negativos que puedan tener y que los mismos les repercuten en su día a día. Para ello, y mediante actividades, aprenderán nuevas estrategias para mejorar su estado de ánimo. En total, se realizarán 12 sesiones de API.

A nivel grupal, se realizará la terapia revisión de vida (ReViSEP). Una de las animadoras socioculturales estará con todo el grupo entre una hora u hora y media todos los miércoles que dure el proyecto. Se tratará de ofrecer un espacio de confianza y de escucha activa. Se fomentará la participación activa de los participantes y para ello, se realizarán pequeñas dinámicas grupales al inicio de cada sesión. Tras ello, se hablará de los diferentes períodos de vida de la persona. No es necesario comenzar las sesiones en orden cronológico desde el nacimiento hasta el momento presente, pero sí es fundamental explorar todas las fases del desarrollo y utilizar, por ejemplo, preguntas basadas en el modelo humano del desarrollo de Erikson (1950). Si no se utiliza una entrevista claramente estructurada por etapas, el animador podría pasar por alto ciertos períodos de vida que son molestos o dolorosos de recordar, pero, si se le ofrece la posibilidad,

la persona puede aprovechar la oportunidad para hablar de ello. El resumen de vida es muy importante porque es el momento en el que la integración personal de los diferentes períodos de vida tiene lugar. A lo largo de estas sesiones la persona tendrá tiempo de reinterpretar, volver a integrar y asimilar el pasado vivido. En total se realizarán 12 sesiones.

A continuación, se presentan las posibles preguntas que se les podría realizar a los usuarios:

#### **NIÑEZ, FAMILIA Y HOGAR**

- 1) ¿Cuál es el primer recuerdo que tienes de tu vida? Puedes volver tan atrás como quieras.
- 2) ¿Qué otras cosas recuerdas tú de cuando eras muy niñ@?
- 3) ¿Como era tu vida cuando eras niñ@?
- 4) ¿Como recuerdas a tus padres en aquella época? ¿Cuáles eran sus principales virtudes y defectos?
- 5) ¿Tenias hermanos o hermanas? ¿Como eran ellos para ti?
- 6) ¿Alguien cercano a ti murió en esta época cuando estabas creciendo?
- 7) ¿Te sentiste en algún momento abandonado por alguien importante para ti cuando eras joven?
- 8) ¿Recuerdas alguna vez en la que estuvieras muy enferm@? **¿Recuerdas sentir vergüenza por algo que te sucediera?**
- 9) ¿Recuerdas en esa época sufrir un accidente?
- 10) ¿Recuerdas estar en una situación peligrosa? **¿Recuerdas algún momento en el que te sentiste culpable por algo?**
- 11) ¿Qué fue lo más importante que recuerdes que perdiste o destruiste cuando eras niñ@?
- 12) ¿La iglesia era parte importante en tu vida?
- 13) ¿Tú disfrutaste siendo chic@? ¿Tuviste en esta época alguna vez una experiencia sexual desafortunada?
- 14) ¿Lo pasabas bien con tus aficiones (con tus juguetes)?
- 15) ¿Se marcharon tus padres alguna vez y te dejaron?
- 16) ¿Se marchó alguien que viviera en tu casa? **¿Te sentiste respaldado y apoyado cuando eras niñ@?**
- 17) ¿Cómo era el ambiente en tu casa? **¿Te sentiste siempre cuidado cuando eras niñ@?**
- 18) ¿Te reñían a menudo cuando eras niñ@? ¿Por qué? ¿Quién era la persona que más te reñía? ¿Quién mandaba realmente en tu casa?
- 19) ¿Cuándo tu querías conseguir algo de tus padres, que hacías para conseguirlo?

- 20) ¿Qué era lo que más te gustaba de tus padres? ¿Y lo que menos?
- 21) ¿Quién era la persona que estaba más cerca de ti en tu familia cuando eras niño?
- 22) ¿Quién era la persona de tu familia a la que más apreciabas? ¿Por qué?

## ADOLESCENCIA

- 1) ¿Piensa en ti cuando eras adolescente, que es lo primero que puedes recordar de esta época? **¿Te sentías bien contigo mism@?**
- 2) ¿Que otros recuerdos destacarías del comienzo de esta época, de la adolescencia?
- 3) ¿Que personas eran importantes para ti? Háblame sobre ello. Padres, hermanos, hermanas, amigos, profesores, estaban ellos especialmente cerca de ti, los admirabas, a los que admirabas, hubieras querido ser como ellos.
- 4) ¿Tú participabas en la iglesia con grupos de jóvenes? ¿Formabais una pandilla?
- 5) ¿Ibas a la escuela? ¿Qué significado tenía para ti? ¿Eras un buen estudiante?
- 6) ¿Tenías algún otro trabajo durante estos años? **¿Te sentías eficaz, válido para el trabajo?**
- 7) Cuéntame algo que tú experimentarás en esta época que fuera muy duro para ti.
- 8) ¿Recuerdas en esta época haber pasado hambre o necesidades, como adolescente?
- 9) ¿Recuerdas haberte quedado sol@, abandonad@, o no tener bastante cariño o cuidados cuando eras adolescente?
- 10) ¿Qué cosas eran las que más te gustaban en tu adolescencia?
- 11) ¿Qué era lo que más te desagradaba en la adolescencia?
- 12) Considerando todas estas cuestiones, ¿Qué dirías que fuiste feliz o infeliz durante tu adolescencia?
- 13) ¿Recuerdas cuando fue la primera vez que te sentiste atraído por otra persona? **¿Estableciste una relación sentimental con ella?**
- 14) ¿Cómo dirías que fue esa época en cuanto a las cuestiones de sexualidad y de relaciones sexuales?

## ADULTEZ

- 1) ¿Qué era lo que tú te habías propuesto hacer en tu vida?
- 2) ¿Qué papel jugó la religión en tu vida?
- 3) ¿Como recuerdas ahora tu vida de cuando eras adulto? Comienza a partir de tus 20 años hasta el día de hoy. Dime cuales han sido los acontecimientos más importantes de tu vida.
- 4) ¿Como fue tu vida desde los 20 a los 30 años?

- 5) ¿Cómo eras tú? ¿Como te divertías? **¿Pienzas que fuiste responsable?**
- 6) Háblame sobre tu trabajo. ¿Disfrutabas en tu trabajo? ¿Has conseguido una vida aceptable? ¿Tu trabajo fue duro durante todos estos años? ¿Te sentías apreciado en él?
- 7) ¿Tenías relaciones importantes con otras personas?
- 8) ¿Estabas casad@? (si) – ¿Como era tu mujer/marido? (no)- ¿Porque no? ¿Eres feliz con la elección que realizaste?
- 9) ¿Tú piensas que estar casado es mejor o peor a largo plazo? ¿Has estado casado más de una vez?
- 10) ¿Podrías decir que tu etapa de casad@ ha sido feliz o infeliz?
- 11) ¿Era la intimidad sexual importante para ti?
- 12) ¿Cuál era alguna de las principales dificultades encontradas por ti durante tu época adulta? a) ¿Alguien cercano a ti muere? ¿Se fue? b) ¿Estuviste alguna vez enferm@? ¿Tuviste un accidente? c) ¿Cambiaste muy a menudo de trabajo? d) ¿Nunca te sentiste sol@? ¿Abandonad@? e) ¿Nunca sentiste necesitar algo?
- 13) ¿Tú crees que tienes que ayudar a la próxima generación?

#### RESUMEN DE VIDA

- 1) ¿En general, que clase de vida crees que has tenido?
- 2) Si todo volviese a pasar de la misma manera, ¿te gustaría vivir tu vida de nuevo?
- 3) Si tú pudieses vivir tu vida de nuevo ¿qué cambiarías y que no cambiarías?
- 4) Nosotros hemos estado hablando sobre tu vida, durante algún tiempo. Vamos a discutir todos los sentimientos e ideas sobre tu vida. ¿Cuáles han sido las tres satisfacciones más importantes que has tenido en tu vida? **¿Por qué fueron estas las situaciones que más satisfacciones te produjeron?**
- 5) Todo el mundo tiene decepciones en su vida ¿Cuáles han sido las mayores decepciones en tu vida?
- 6) ¿Que es la cosa más dura a la que has tenido que enfrentarte en tu vida? Por favor descríbela.
- 7) ¿Cuál fue el periodo más feliz en tu vida? ¿Qué es lo que te hizo ser feliz en este periodo? ¿Por qué dirías que es tu vida menos feliz en este momento?
- 8) ¿Cuál fue el periodo más infeliz de tu vida? ¿Porque es tu vida más feliz ahora?
- 9) ¿Cuál fue el momento de mayor orgullo que viviste en tu vida?
- 10) ¿Si tu pudieras elegir una etapa de tu vida para quedarte siempre en ella, que etapa elegirías? ¿Por qué?

- 11) Háblame un poco sobre como tú te ves ahora. ¿Cuáles son las mejores cosas que tienes ahora con esta edad?
- 12) ¿Cuáles son las peores cosas que te pueden suceder en la edad que tienes ahora?
- 13) ¿Qué es lo más importante para ti, en tu vida hoy por hoy?
- 14) ¿Qué es lo que deseas que te suceda cuando seas más viej@?
- 15) ¿Que temas que pueda suceder en el futuro cuando seas más viej@?
- 16) ¿Has disfrutado participando en esta revisión de tu vida?

Revisión de Vida. (Haight, 1979. Traducción y adaptación realizada por Serrano, 2002). Las preguntas en negrita hacen referencia a las etapas de la vida del modelo de Erikson.

Asimismo, a nivel grupal, se realizarán talleres de mindfulness, relajación y respiración. Cada jueves, una de las animadoras socioculturales, presentará una técnica nueva, se pondrán en práctica y se destacarán los beneficios de cada una de ellas. En total se realizarán 12 sesiones.

<b>SESION 1</b>	<p>Se iniciará a los participantes en la práctica del mindfulness realizando ejercicios respiratorios basados en la meditación centrada en la respiración de Kabat Zinn. Se enseñará a los usuarios participantes técnicas de respiración diafragmática a través de diferentes ejercicios.</p> <p>Ejercicio 1: Sentados, con la columna pegada al respaldo de la silla, hombros relajados y ojos cerrados. Se fijará la atención en el estómago y se debe sentir como sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar. Los participantes deben mantenerse concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas. Cada vez que la mente se aleje de la respiración, se toma nota de qué es lo que le apartó y se redirige la atención al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.</p>
<b>SESION 2</b>	<p>Ejercicios 2: nuevamente se pedirá a los participantes que sintonicen su respiración con el estómago y se les indica que presten atención a sus pensamientos, sin juzgarlos, simplemente observándolos.</p>
<b>SESION 3</b>	<p>Ejercicio 3: se comenzará con la técnica del escáner corporal. Conlleva hacer un recorrido sistemático del cuerpo con la mente, llevando la atención con interés, afecto y apertura a todas sus partes. Durante unos minutos se prestará atención al cuerpo en su conjunto (las sensaciones de la piel que recubren los órganos, el contacto de la piel con el sillón, etc.). Posteriormente, se comenzará a sentir cada parte del cuerpo de forma individual empezando por los dedos del pie izquierdo hasta finalizar en la cabeza. Se debe permitir cualquier tipo de</p>

	sensación o ausencia de sensación, pudiendo dedicarles más tiempo a las zonas corporales en las que se experimenten sensaciones corporales diferentes.
<b>SESION 4</b>	Ejercicio 4: se continuará con la técnica del escaneo corporal. Se espera que, la realización de esta técnica ya no genere pensamientos negativos en sus participantes por lo que se extenderá la duración del escaneo. De esta forma, las sesiones quedarán divididas en diez minutos de respiración, veinte minutos de escaneo corporal. Los últimos treinta minutos de la sesión se debatirá con los participantes cómo se han sentido, qué cambios han experimentado en su cuerpo, si sus dolores han disminuido o no. Además, si las características de las personas lo permiten en lugar de realizar los ejercicios en sillones de descanso se realizarán tumbados en esterillas o colchonetas.
<b>SESION 5</b>	Ejercicio 5: estiramientos. Este tipo de práctica engloba la actividad mental y la actividad física por lo que el tipo de movimientos solicitados a los participantes deberá ir acorde con sus capacidades, respetando en todo momento su estado musculoesquelético y no forzando a realizar movimientos o posiciones que puedan generar un daño. A través de los estiramientos se intenta concienciar de la relación entre el cuerpo y la mente, identificando los alcances y limitaciones de los mismos. A través de los estiramientos experimentaran cómo cambian las sensaciones cuando el cuerpo está en movimiento haciendo a las personas que lo practican partícipes de sus limitaciones desde el entendimiento. De esta manera, la sesión quedará dividida de manera que se dedique diez minutos a la respiración, quince minutos al escáner corporal, quince minutos de estiramientos y veinte minutos de feedback final. Se seleccionarán estiramientos similares a los que se realizan en la mayoría de las tablas de gerontogimnasia. Otro aspecto a considerar a la hora de seleccionar los estiramientos es que los movimientos implicados estén relacionados con movimientos también implicados en las actividades de la vida diaria. Las limitaciones de movilidad en las personas mayores generan dependencia para las actividades cotidianas. De esta manera, el enfrentarse a ciertos movimientos a través de la aceptación les hará aún más consciente de sus capacidades y limitaciones de manera que, posteriormente puedan llegar a afrontar ciertas actividades sin que les genere sentimientos de ansiedad y frustración. Ejemplo de estiramiento: Sentados con la espalda apoyada en el respaldo y los hombros relajados (también podría hacerse tumbados en el

	suelo), se elevan los brazos cogiendo las manos por encima de la cabeza y se tira hacia arriba durante treinta segundos.
<b>SESION 6</b>	Ejercicio 6: ejercicios o posturas de yoga. Se han seguido las mismas pautas que para la elección de los ejercicios de estiramiento, siempre centrándose en las capacidades y características de la población a la que se dirige. La sesión se dividirá en cinco minutos para la respiración, diez minutos para realizar el escáner corporal, diez minutos de estiramientos, diez minutos de ejercicios de yoga y veinte cinco minutos finales para realizar feedback.
<b>SESION 7</b>	Ejercicio 7: se realizará la técnica muscular progresiva de Jacobson. La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprendan a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo. La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajándose todo el cuerpo.
<b>SESION 8</b>	Ejercicio 8: tai chi. Se realizarán movimientos lentos y suaves. Estos movimientos hacen hincapié en la concentración, la relajación y la circulación consciente de la energía vital por todo el cuerpo.
<b>SESION 9</b>	Ejercicio 9: técnica de visualización guiada. Se utilizará música relajante y los participantes deberán imaginar una escena en la que se sientan en paz. Esta técnica tiene como objetivo liberar toda la tensión y ansiedad que pueda tener la persona. En esta ocasión, se visualizará un paisaje.
<b>SESION 10</b>	Ejercicio 10: entrenamiento en imaginación. Con esta técnica los participantes deberán imaginar diferentes imágenes y objetos a través de los 5 sentidos.
<b>SESION 11</b>	Ejercicio 11: se realizará la técnica de la relajación autógena de Schultz. Los participantes deberán crear sensaciones físicas de calor, pesadez y relajación en diferentes partes del cuerpo. A través de esta técnica, los participantes podrán reducir su estrés, ansiedad, depresión leve y/ o trastornos del sueño.

<b>SESION 12</b>	Durante la última sesión se recordarán todas las técnicas realizadas a lo largo de las diferentes sesiones y se darán indicaciones sobre cómo llevar a cabo lo aprendido en el día a día. Además, los participantes podrán abordar las cuestiones que les inquieten.
------------------	--

## 6. EVALUACIÓN (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS)

Las técnicas que se utilizarán para la evaluación serán las siguientes:

- Evaluación inicial: será fundamental valorar a los usuarios para conocer los posibles participantes del proyecto. Para ello, se utilizarán diferentes escalas como el Mini-examen cognoscitivo de lobo, la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
- Evaluación continua: será fundamental para realizar el seguimiento del proyecto, la adecuación de las actividades y así poder mantener, modificar o introducir otras actividades. Para ello, se empleará una hoja de registro donde se anotarán los participantes, asistencia y las dificultades que puedan ocurrir en la ejecución del proyecto. Asimismo, a través de la observación, se conocerá en todo momento el progreso del proyecto y el progreso de los participantes.
- Evaluación final: se volverán a pasar las distintas escalas ya mencionadas, para comparar las puntuaciones y conocer si ha habido cambios después de haber participado en el proyecto. Asimismo, se valorará el cumplimiento de los objetivos, a través de una encuesta de satisfacción que lo deberán cumplimentar todos los participantes. En dicha encuesta deberán valorar las actividades, a los profesionales participantes, el aprendizaje, la diversión y el compañerismo dentro del grupo. Se realizará la encuesta de manera anónima para conseguir una valoración personal lo mas sincera posible. Asimismo, se realizará un debate final grupal para que los participantes puedan proponer mejoras en la ejecución del proyecto.

## 7. CONCLUSIONES

Así como en los últimos años se ha avanzado bastante en la intervención y rehabilitación cognitiva, otros problemas de carácter psicoafectivo y emocional como la depresión y la ansiedad en personas mayores han sido temas olvidados.

Como graduada en psicología, creo esencial tratar el área psicoafectiva de las personas mayores ya que existe una alta prevalencia en este grupo de edad y si no se interviene de manera adecuada, la depresión puede llevar a la persona mayor a vivir su última etapa de vida más como una tortura que como una oportunidad. La depresión en los mayores es una enfermedad tratable y por ello me parece fundamental aplicar diferentes técnicas y herramientas que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Nunca había realizado un proyecto de Intervención como tal, pues ni durante mi formación ni en mi experiencia profesional he trabajado con este tipo de proyectos sino con proyectos de investigación. De ahí que me haya resultado muy complicado desarrollar los diferentes pasos de este proyecto. Tuve, asimismo, ciertas dudas para elegir el tema del proyecto, aunque termine eligiendo el tema de la depresión ya que, debido a mi experiencia laboral con este colectivo, he observado que existen muchas personas mayores con depresión y/o sintomatología depresiva.

El principal problema fue fijar los objetivos. Pecar de ambicioso o quedarse corto. Lo mejor, a mi juicio, pecar de ambicioso. El problema es que no es nada fácil cambiar/modificar pensamientos, sentimientos y comportamientos y, menos aún, en personas mayores cuyas creencias, ciertas o no, son muy arraigadas. Para conseguir los objetivos planteados, se decidió implementar una metodología flexible y amoldable a las capacidades de los participantes. En lo que respecta a la ejecución, es complicado calcular los recursos materiales que se necesitaran sin saber con certeza el número de participantes. Aunque se optara por hacer una estimación y luego ir modificando sobre la marcha.

Por último, decir que la continuidad de los programas terapéuticos, son esenciales para ofrecer una atención integral y de calidad al usuario del centro. Además, de mejorar la calidad de vida, prevenir la sintomatología depresiva de los mayores es trascendental para que las personas mayores vivan su recta final de la vida con dignidad y autonomía. Sin olvidar que cada usuario es un individuo único y excepcional; se debe dar a cada usuario un trato individualizado y personal ya que cada vez son más las personas mayores que deciden terminar su etapa final en un centro gerontológico. Se debe subrayar, asimismo, la gran labor de los profesionales sanitarios y gerontólogos que trabajan constantemente en la búsqueda de nuevas herramientas, estrategias y programas con el fin de proporcionar una mejora completa en la calidad de vida de las personas mayores para que puedan vivir su última etapa de vida de la manera más satisfactoria, digna y autónoma posible.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Abellán García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos.

Abellán García, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos.

Ayuso T., Ederra M.J., Manubens J.M., Nuin M.A., Villar D. y Zubicoa J. (2007). Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación de Atención Primaria-Neurología. Navarra: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Barrio, E. y Abellán, A. (2009). Las personas mayores en España. Indicadores demográficos. Informe 2008. Madrid: CSIC, Fundación IGEMA.

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.

Cardila, F., Martínez, Á. M., Martín, A. B. B., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., y Linares, J. J. G. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.

Celis, A. L. G., y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.

Cepal, N. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.

Chimal, A. M., Peña, G. M. G., y Nava, P. B. (2015). Factores psicosociales asociados a enfermedades crónico-degenerativas. Ediciones Octaedro.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. y Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12, 81-94.

Feal, R. y Banda, C. (2006). Efectos de un programa de musicoterapia en la atención y conducta de un grupo de personas institucionalizadas. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2, 26-32.

Ferras-Rojas, L., González, M., Pérez, A., Pelier, E. y Lamorú, F. (2012). Depresión en gerontes institucionalizados. *Revista Médica de la Isla de la Juventud*, 13(2). Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/41>

García-soriano, G. y Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13 (2), 123-133.

Gutiérrez-Valencia, M., Herce, P. A., Lacalle-Fabo, E., Escámez, B. C., Cedeno-Veloz, B., & Martínez-Velilla, N. (2019). Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. *Medicina Clínica*, 153(4), 141-150.

Harrell, L. E., Marson, D., Chatterjee, A., & Parrish, J. A. (2000). The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 14(3), 168-175.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Instituto Nacional de Estadística (2017). España en cifras 2017. Madrid: INE

Instituto Nacional de Estadística (2019). España en cifras 2019. Madrid: INE

Instituto Nacional de la Salud Mental, NIMH (2017). Depresión: información básica. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Instituto Vasco de Estadística, EUSTAT (2019). Prevalencia bruta y estandarizada de síntomas de ansiedad y depresión en la C.A. de Euskadi por sexo y grupo socioeconómico. Gobierno Vasco. Departamento de Salud.

Llanes, H.M., Lopez, Y., Vazquez, J.L. y Hernandez, R. (2015) Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 21(1).

Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. y Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-201.

Mella, R., González, L., D'apollonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13, 79-89.

Moles, M.P., Esteve, A., Lucas, M.V. y Folch, A (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18, 58-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.

Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.

Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., Esquivel-Molina, C. G., y Velasco-Rodríguez, V. M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). World Population Prospects: Key findings & advance tables. Ginebra: World Health Organization. Disponible en: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortega, A. R., Ramírez, E., y Chamorro, A. (2015). European Journal of Investigation in Health. *Psychology and Education*, 1, 23-33.

Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M. D. M., Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., & Simón Márquez, M. D. M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECE-PM. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 11-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133248870004>

Peña-Solano, D. M., Herzo-Dilson, M. I., y Calvo-Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 347-355.

Ortega, Ramirez y chamorro. 2015 European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2015, Vol. 5, Nº 1 (Págs. 23-33)

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*.

Ribot, V.C., Alfonso, M., Ramos, M.E. y González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11, 699–708.

Robledo, L. M. G., Ávila, J. H. G., Ortega, M. L., Cázares, G. R., Dávila, H. E. L., y Pérez, L. S. L. (2010). INSTITUTO DE GERIATRÍA.

Salazar, A. M., Reyes, M. F., Plata, S. J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., ... y Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183.

Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.

Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., Rojas-Farreras, S., y Grupo de Estudio Octabaix. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 39(7), 354-360.

Serrano, J. P. (2002). Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos. [Tesis doctoral]. Albacete: Departamento de Psicología. Universidad de Castilla la Mancha.

Silva, M. W. B., Sousa-Muñoz, R. L., Frade, H. C., Fernandes, P. A., & Magalhães, A. D. O. (2017). Sundown syndrome and symptoms of anxiety and depression in hospitalized elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(2), 154-161.

Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J.E., Sánchez-Arenas, C. y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13.

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342-350.

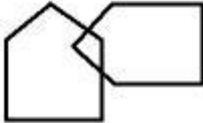
Triadó, C. y Villar, F. (2006). Capítulo 12: Trastornos mentales en la vejez. *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Valderrama E. y Pérez del Molino J. (2014). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32(5), 297-306.

Yesavage, J.A., Brink, T., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V.O. (1983).  
Development and validation of a geriatric depression scale: A preliminary report. *Journal of  
Psychiatric Research*, 17, 37-49.

9. ANEXOS

Anexo 1

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

## SEVERE MINI-MENTAL STAT EXAMINATION - SMMSE

Pregunta	Puntuació
<b>Nombre (1 punto si se aproxima; 3 si es exacto)</b>	
a. Nombre	0-1-3
b. Apellido	0-1-3
<b>Fecha de nacimiento (1 punto si hay algún elemento correcto; 2 si es totalmente exacto)</b>	
a. Nacimiento	0-1-2
<b>Repetir tres palabras (1 punto por cada palabra)</b>	
a. Pájaro	0-1
b. Casa	0-1
c. Paraguas	0-1
<b>Seguir instrucciones sencillas (1 punto por obedecer la orden; 2 puntos por seguir obedeciendo la orden [5 segundos] hasta que se le diga que pare)</b>	
a. Levante la mano	0-1-2
b. Cierre los ojos	0-1-2
<b>Nombrar objetos simples (1 punto por cada objeto)</b>	
a. Bolígrafo	0-1
b. Reloj	0-1
c. Zapato	0-1
<b>Escribir su nombre (1 punto si se acerca; 2 si es totalmente exacto)</b>	
a. Nombre	0-1-2
b. Apellido	0-1-2
<b>Dibujar un círculo a la orden (1 punto)</b>	
a. Círculo	0-1
<b>Dibujar un cuadrado (1 punto)</b>	
a. Cuadrado	0-1
<b>Nombrar animales (número de animales en 1 minuto)</b>	
• 1-2 animales: 1 punto	
• 3-4 animales: 2 puntos	0-1-2-3
• Más de 4 animales: 3 puntos	
<b>Deletrear SOL hacia delante (1 punto por cada letra en el orden correcto)</b>	
a. S	0-1
b. O	0-1
c. L	0-1
<b>PD TOTAL</b>	

### Anexo 3

#### **INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS- NPI**

**Trastornos neuropsiquiátricos: multiplicar frecuencia por gravedad**

(Máxima puntuación: 120)

Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Puntuación total				
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/distorsión		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	

**Frecuencia:** 0=Ausente; 1=Ocasionalmente (menos de una vez por semana); 2= A menudo (alrededor de una vez por semana); 3=Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario); 4=Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

**Gravedad:** 1=Leve (provoca poca molestias al paciente); 2=Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador); 3= Grave (muy molesto para el paciente y difícil de redirigir)

## Anexo 4

### ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>• Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>• tras la lectura retiene escaso material</li> <li>• olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>• escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</li> </ul> El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>• déficit en el recuerdo de su historia personal</li> <li>• dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7.</li> <li>• incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas</li> </ul> Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• orientación en tiempo y persona</li> <li>• reconocimiento de caras y personas familiares</li> <li>• capacidad de viajar a lugares conocidos</li> </ul> Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el asco ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Perdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

## Anexo 5

### Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes

#### **Sujetos sanos (CDR 0)**

**Memoria:** Sin pérdida de memoria. Olvidos de poca importancia.

**Orientación:** Completamente orientado.

**Juicio y resolución de problemas:** Resuelve bien problemas cotidianos; juicio bueno en relación al rendimiento pasado.

**Vida social:** Función independiente en nivel habitual de trabajo, compras, negocios y asuntos financieros, grupos sociales y voluntarios.

**El hogar y las aficiones:** Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien.

**Cuidado personal:** Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.

#### **Demencia cuestionable (CDR 0,5)**

**Memoria:** Olvidos consistentes leves: recuerdo parcial de acontecimientos. Olvidos "benignos".

**Orientación:** Completamente orientado

**Juicio y resolución de problemas:** Solo deterioro dudoso en la resolución de problemas. Similitudes/ diferencias

**Vida social:** Deterioro dudoso o leve si es que existe, en estas actividades.

**El hogar y las aficiones:** Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien, solo ligeramente deteriorados.

**Cuidado personal:** Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.

#### **Demencia leve (CDR 1)**

**Memoria:** Pérdida de memoria moderada, más marcada para acontecimientos recientes; el defecto interfiere con actividades diarias.

**Orientación:** Algunas dificultades con relaciones temporales; orientados por lugar y persona durante la prueba, pero puede haber desorientación geográfica.

**Juicio y resolución de problemas:** Dificultad moderada para manejar problemas complejos; juicio social suele mantenerse.

**Vida social:** Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades, aunque todavía puede realizar algunas; puede aparecer normal en contacto casual.

**El hogar y las aficiones:** Leve pero definitivo deterioro de función doméstica; se abandonan las tareas más difíciles; se abandonan aficiones e intereses más complejos.

**Cuidado personal:** Necesita estimulación ocasional.

**Demencia moderada (CDR 2)**

**Memoria:** Grave pérdida de memoria; retención exclusiva de material muy importante; pérdida rápida de material nuevo.

**Orientación:** Habitualmente desorientación temporal, a menudo de lugar.

**Juicio y resolución de problemas:** Manejo de problemas gravemente deteriorado. Similitudes/ diferencias; juicio social suele estar deteriorado.

**Vida social:** Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.

**El hogar y las aficiones:** Solo se conservan las tareas más sencillas; intereses muy limitados. Mantenimiento pobre.

**Cuidado personal:** Necesita asistencia para vestirse, lavarse y cuidar de sus efectos personales.

**Demencia grave (CDR 3)**

**Memoria:** Grave pérdida de memoria, solo quedan fragmentos.

**Orientación:** Orientación solo respecto a personas.

**Juicio y resolución de problemas:** Incapaz de intentar juicios o resolver problemas.

**Vida social:** Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.

**El hogar y las aficiones:** Ninguna función doméstica significativa fuera de la habitación propia.

**Cuidado personal:** Requiere mucha ayuda para el cuidado personal; a menudo incontinente.

Anexo 6

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

No Historia

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-**

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estúpido estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>		

## Anexo 7

### Entrevista

¿Crees que la intervención psicosocial que se ofrece en el centro es completa?

Considero que la intervención psicosocial realizada en el centro es buena pero no completa debido a la falta de medios, ratios, horarios, falta de personal.

¿Realizáis alguna intervención específica en el área psicoafectiva?

No se realiza ninguna intervención específica debido a la falta de tiempo y escasez de personal.

¿Crees que existen muchos residentes con depresión o sintomatología depresiva?

Si, y, además, han aumentado los usuarios con sintomatología depresiva debido a la pandemia.

¿Cómo consideras que es el trato y la comunicación de los profesionales del centro para con los residentes?

El trato es exquisito y se toma mucha en cuenta sus necesidades.

¿Crees que deberían implementar una intervención, específicamente, en el área psicoafectiva?

Si considero necesario y urgente alguna intervención psicoafectiva, en concreto, con el tema de la depresión.

¿Consideras que la pandemia que estamos viviendo está afectando de manera negativa el estado anímico a los residentes del centro?

Si que está afectando. Se encuentran más desorientados, más tristes, agobiados, quieren ver a sus familias y tienen ansiedad por ello. Hay algunos residentes en cambio, que lo están llevando bien.

¿Tu como psicólogo, crees que existen deficiencias en el área psicoafectivo? ¿Qué propondrías o ves que sería necesario para que mejorase los servicios que ofrece este centro?

Veo muchas deficiencias en el centro, todo ello debido a la falta de personal, medios, etc.