

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA
DEPRESIÓN EN PERSONAS CON
DETERIORO COGNITIVO LEVE**

Ariana Bermejo Gurbindo

Director/a: Pablo Medrano

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Resumen:

El presente trabajo consiste en una propuesta de intervención para adultos de la tercera edad que cursen tanto con depresión como con deterioro cognitivo. Para ello se ha realizado previamente una investigación científica sobre los conceptos de depresión y deterioro cognitivo en la tercera edad, en la que se incluyen los distintos tipos de relaciones que pueden ocurrir entre ambos trastornos, así como la posible influencia mutua.

La propuesta de intervención está basada en el tratamiento cognitivo-conductual, más centrado al tratamiento de la depresión, y en la estimulación cognitiva para intentar minimizar y enlentecer el deterioro cognitivo del paciente.

Palabras clave: deterioro cognitivo, depresión, estimulación cognitiva

Abstract:

The present paper consists of an intervention proposal for elderly adults who are suffering from both depression and cognitive impairment. For this, a scientific investigation has been previously carried out on the concepts of depression and cognitive deterioration in the elderly, which includes the different types of relationships that can occur between both disorders, as well as the possible mutual influence.

The intervention proposal is based on cognitive-behavioral treatment, more focused on the treatment of depression, and on cognitive stimulation to try to minimize and slow down the patient's cognitive decline.

Key words: cognitive impairment, depression, cognitive stimulation

ÍNDICE

1. Introducción y justificación.....	4
2. Objetivos	5
3. Marco teórico	6
3.1. La depresión en la tercera edad.....	6
3.2. El deterioro cognitivo leve y la demencia.....	8
3.2.1. El deterioro cognitivo leve o moderado	8
3.2.2. La demencia	8
3.3. La relación entre la depresión y demencias o deterioro cognitivo	9
3.3.1. La depresión como factor de riesgo en demencias y deterioro cognitivo	10
3.3.2. Diferenciación entre depresión y demencia	11
3.4. El tratamiento psicológico y estimulación neuropsicológica en demencia y deterioro cognitivo	12
3.4.1. Tratamiento psicológico.....	12
3.4.2. Estimulación cognitiva/ neuropsicológica.....	13
4. Propuesta de intervención	14
4.1. Presentación de la propuesta	14
4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta	14
4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	15
4.4. Metodología, recursos, etc.	17
4.4.1. Instrumentos de evaluación	17
4.4.2. Diseño del programa	19
4.4.3. Recursos del programa	20
4.5. Sesiones.....	21
4.6. Cronograma de aplicación.....	41
4.7. Evaluación de la propuesta.....	43
5. Conclusiones	44
6. Referencias	47
7. Anexos	52
7.1. Anexo 1: Ideas Irracionales adaptadas a la Tercera Edad	52
7.2. Anexo 2: Distorsiones Cognitivas adaptadas a la Tercera Edad	54
7.3. Anexo 3: Actividad para debate “El Periódico”	55
7.4. Anexo 4: Texto Sesión 8 del Programa de Intervención.....	57
7.5. Anexo 5: Técnicas entrenamiento autocontrol	58
7.6. Anexo 6: Ejemplo de Ficha de trabajo de Funciones Ejecutivas	60

Programa de tratamiento de la depresión en
personas con deterioro cognitivo leve

1. Introducción y justificación

Los síntomas depresivos y de ansiedad son bastante comunes en personas que padecen demencia o algún tipo de deterioro cognitivo leve (DLC) o moderado (Ortega, Qazi, Spector y Orrell, 2014). Específicamente, el 48,5 % de los pacientes de más de 65 años hospitalizados manifiestan síntomas depresivos, según Guallar-Castillón et al. (2006).

Según el estudio de Urbina et al. (2007), los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años tienen una prevalencia del 19,7 %, mientras que el 5% padece depresión clínica diagnosticada (Urbina et al., 2007). Según este estudio los síntomas aumentaban con la edad y existía comorbilidad con el deterioro cognitivo y la discapacidad física. Otros datos de prevalencia de la depresión indican que un 60% de los pacientes institucionalizados de 90 años o más padecen este trastorno (Gómez, 2007), no obstante, en este estudio la mayoría de pacientes presentaban patologías mixtas de demencias, deterioro cognitivo o enfermedad de Alzheimer.

En los últimos años han surgido bastantes estudios que buscan investigar esta relación, lo cual probablemente esté relacionado con el aumento de la esperanza de vida (Miñana, Serra, Pérez, Delás y Gregori, 2011). Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y los avances científico-médicos, las enfermedades propias de la vejez son más frecuentes. Por ejemplo, la demencia y el deterioro cognitivo son un añadido bastante frecuente en una población envejecida, con mayor prevalencia que en el pasado (Formiga, Robles y Fort, 2009).

Todos estos factores justifican el diseño de programas adaptados a las necesidades de la vejez de hoy en día. Además, en el caso concreto de la depresión, se observa una dificultad añadida cuando la persona presenta deterioro cognitivo. La necesidad de adaptar los programas que se enfocan en el tratamiento de los síntomas depresivos y/o ansiosos, en personas de la tercera edad y con deterioro cognitivo, a un mundo en el que la población cada vez vive más es creciente.

Esto no solo ocurre por la cantidad de personas que cursan con ambas patologías, si no por el hecho de que las personas con deterioro pueden ser excluidas rápidamente como candidatas a una terapia clínica que trate los síntomas depresivos. Esto puede ocurrir por el mero hecho de que la persona tenga deterioro cognitivo, ya que se piensa

que no se beneficiarán tanto (Orgeta et al., 2014), lo cual debe ser remediado a través de un programa concreto en el que se puedan combinar ambos objetivos de tratamiento.

Existe evidencia empírica de que los casos de DCL y demencia leve-moderada se pueden beneficiar hasta en el 75% de los casos de terapias tanto farmacológicas como psicológicas, tratando y paliando los síntomas en beneficio del paciente y sus familiares (Tárraga, 1991).

Debido a lo aquí descrito se considera necesario para el presente trabajo revisar la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo. Se revisarán las diferencias entre ambas patologías en adultos mayores, además de, cómo puede ocurrir que una sea factor riesgo de la otra. También se revisará el proceso y el curso que pueden seguir estas patologías cuando ambas están presentes en el paciente.

Finalmente, se realizará una propuesta de intervención enfocada a ambas patologías, en la que se tengan en cuenta las limitaciones que implica un deterioro cognitivo para una terapia cognitivo-conductual que trate la depresión, y se busque estimular cognitivamente al paciente de diversas maneras.

2. Objetivos

Los objetivos que se persiguen en el presente trabajo y a través de la propuesta de intervención que se plantea, basados en la investigación actual, son los siguientes:

Objetivos generales:

- Profundizar e investigar para lograr una mayor comprensión de la depresión y el deterioro cognitivo, de los aspectos propios de cada uno y de la manera en que se relacionan entre sí.
- Diseño de un programa de intervención en adultos mayores que cursen con sentimientos depresivos y/o ansiedad y deterioro cognitivo leve o moderado.

Objetivos específicos:

- La elaboración de actividades específicas del programa aquí diseñado.
- La planificación de las sesiones de evaluación e intervención del programa.

- La utilización de herramientas necesarias para la recogida de información científica necesaria para elaborar el programa, así como el análisis de dicha información.
- La realización de una evaluación inicial antes de comenzar el programa, así como otra tras la finalización, y otra en el seguimiento.

3. Marco teórico

Para realizar una introducción teórica que justifique y argumente la propuesta de intervención descrita posteriormente en este trabajo, se ha utilizado el siguiente método de búsqueda de información:

- Descriptores: programa de estimulación cognitiva, depresión en la tercera edad, relación depresión y deterioro cognitivo.
- Fuentes empleadas: se han utilizado fuentes como Psycodoc, PubMed, Google Scholar, Dialnet y PsycInfo, además de haberse revisado las referencias más relevantes de varios artículos dentro de estas fuentes para continuar con la búsqueda de información.
- Operadores booleanos: AND, OR y NOT.
- Criterios de inclusión y exclusión de publicaciones: se han incluido artículos pertinentes a los temas tratados en esta investigación, con fecha datada a partir de 1985, no obstante el criterio de preferencia es hacia los artículos más recientes y novedosos con un sólido respaldo científico.

Se excluyen todos los artículos, programas o libros anteriores a 1985 por posibilidad de desfase en el tiempo, además de los que no utilicen un método científico de investigación. A su vez quedan excluidos aquellos artículos que no se encontraran en inglés o en español.

3.1. La depresión en la tercera edad

La depresión es considerada como la patología más frecuente en la tercera edad, siendo esta de las más probables en incrementar su severidad. Entre los principales factores que pueden agravar la depresión se encuentran diversos factores psicosociales, como las relaciones familiares y el sentimiento de abandono por parte de estos, la

autopercepción de indefensión o incompetencia, los duelos, el deterioro de la salud física y los problemas económicos, entre otros (Gómez, Jiménez y Aranda, 2014).

Este trastorno también se encuentra entre los más complejos en cuanto al diagnóstico y tratamiento dentro de la tercera edad. Esto es debido sobre todo a la alta comorbilidad con otros procesos frecuentes en la vejez, como el deterioro cognitivo, las posibles situaciones difíciles vitales (pérdida de familiares, cónyuges, amigos o soledad), y enfermedades o dolencias físicas (Sable, Dunn y Zisook, 2002).

Todo lo expuesto anteriormente se relaciona con que el curso y el tratamiento de la depresión en la tercera edad difiera de la depresión en adultos (Kennedy, 1995). Es frecuente que los síntomas depresivos en la tercera edad se manifiesten en personas enfermas o con algún tipo de discapacidad, lo que hace que la dificultad de tratar una depresión en la vejez pueda sea mayor que en los adultos sanos, en quienes es frecuente que la depresión sea la única causa de disfuncionalidad (Kennedy, 1995). No obstante, una enfermedad crónica o discapacidad actúan como factores de riesgo para la depresión en adultos (Wolff, Alvarado y Wolff, 2010).

Por otra parte, Kennedy (1995) también afirma que las personas tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos durante la vejez ante una pérdida que cuando son adultos más jóvenes, aunque lo que mantiene esos síntomas suele ser el estado de salud pobre o la discapacidad que sufra el anciano.

Todos estos factores hacen que el diagnóstico de un trastorno depresivo pueda quedar encubierto o pasar desapercibido, como por ejemplo suele ocurrir con la confusión con diferentes quejas de manifestaciones somáticas, lo cual lleva a que la depresión en tercera edad quede subestimada (Alcalá, Camacho y Giner, 2007). Por ejemplo, en el caso de las enfermedades cardiovasculares, dada la posible confusión con quejas por las dificultades físicas o cognitivas, (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

En cuanto a los síntomas de la depresión, tanto los adultos jóvenes como los mayores cursan con la disminución de la afectividad positiva, así como el aumento de la negativa. No obstante, hay diferencias en la intensidad de esta última, siendo la afectividad negativa menor en la tercera edad. Las emociones de culpa, miedo y hostilidad son más frecuentes en la tercera edad, mientras que no se encuentran diferencias en la tristeza (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

3.2. El deterioro cognitivo leve y la demencia

3.2.1. El deterioro cognitivo leve o moderado

Este tipo de deterioro es definido como un estado sintomático de pre-demencia, localizado dentro del continuo del declive cognitivo, y pese a estar clasificado como una disfunción objetiva en la cognición, no debe ser suficientemente grave como para que la persona necesite de ayuda en las tareas de la vida diaria (Langa, y Levine, 2014). No obstante, aún no se ha alcanzado un consenso universal de criterios diagnósticos estandarizados y validados para el DCL, lo cual se relaciona con una predicción menos fiable en el desarrollo de la demencia (Morris et al., 2001).

Actualmente los criterios más utilizados y aceptados son los elaborados por Petersen et al. (2018) que incluyen aspectos como la pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador fiable, una cognición general normal, y ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

En los últimos años el estudio del DCL ha ido en aumento principalmente debido a su asociación con el riesgo del desarrollo de la demencia, además de que ha sido propuesto por el comité de normas de calidad de la Academia Americana de Neurología como concepto utilizado para definir a individuos con riesgo de padecer demencia (Petersen et al., 2001).

Algunos estudios longitudinales sobre pacientes con DCL hablan de una evolución bastante alta del DCL hacia la demencia, variando desde el 10% al 30% por año (Petersen et al., 1999), cifra que sigue aumentando a los 5 años variando entre un 48% y un 61% (Morris et al., 2001). No obstante, estos datos pueden estar sesgados por los diferentes criterios con los que se diagnostica el DCL en los distintos estudios (Farias, Mundas y Jagust, 2005).

3.2.2. La demencia

La demencia hace referencia a una pérdida o debilitamiento en las funciones cognitivas, causada debido a enfermedades neurodegenerativas, las cuales son cada vez más frecuentes dentro de la tercera edad.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) se sitúa entre el 2 y el 4% de la población mayor de 65 años, según el DSM-IV. También se sitúa la demencia vascular (DV) como otra de las principales demencias que aumentan con la edad. Según Izquierdo-Munuera y cols. (2003), la prevalencia de ambos tipos de demencia aumenta a partir de los 75 años, alcanzando cifras del 20% por encima de los 85 años. Otros autores dan cifras aproximadas más altas, como un 30% o un 48% a los 85 años (Aguera Ortiz, 1998; Yesavage, 1993). La EA parece ser la forma más común a partir de esa edad, cubriendo entre un 60 y 70% de las demencias, seguida de la DV (Izquierdo-Munuera, Fernández, Sitjas, Elias, y Chesa, 2003). Esto se relaciona directamente con que sean las formas de demencia más estudiadas.

Examinado las distintas fases de la demencia, en la etapa inicial se observa ansiedad y posibles síntomas depresivos, así como un aumento de la fatiga y leves problemas de memoria, mayor pérdida de concentración y de la noción del tiempo, y más situaciones en las que se pierden en lugares conocidos. En etapas posteriores se observan deficiencias neuropsicológicas como la dispraxia, agnosia o disfasia, además de un deterioro progresivo en la memoria que afecta a todos los ámbitos, como perderse en su propia casa, problemas en la comunicación por falta de memoria, etc. (World Health Organization, 2019).

3.3. La relación entre la depresión y demencias o deterioro cognitivo

Diferentes autores proponen una estrecha relación entre la demencia y la depresión, puesto que hasta un 50% de los pacientes con demencia informan de síntomas depresivos irregulares (Reifler, Larson, Teri y Poulsen, 1986). En esta relación se excluyen los casos en los que tras la aplicación de antidepresivos hay una mejora del déficit cognitivo (Reifler, Larson, Teri y Poulsen, 1986).

Algunos autores utilizan el término pseudodemencia cuando la depresión aparenta ser una demencia, donde el DCL es rápido y de breve duración, pues los síntomas desaparecen tras el episodio depresivo. En estos casos las quejas son más evidentes, mientras que las personas con demencia intentan disimular síntomas como el deterioro de la memoria (Garín, 2016). No obstante, otros autores inciden en que este término puede dar lugar a confusiones (Poon, 1992). Garín (2016) también afirma que es posible que el deterioro cognitivo sea antecedente de una demencia, y al ser multifactorial se ha

relacionado con factores asociados a trastornos afectivos, así como al estrés crónico. Todo esto recalca la complicada relación entre ambas patologías (donde se incluye también la ansiedad).

La revisión sistemática realizada por Bastidas-Bilbao (2014) revela una gran comorbilidad de depresión en mayores. A su vez se observaba una sintomatología similar en mayores con enfermedades cerebrovasculares, primeras fases de la EA y otras demencias, donde el deterioro provocado por ellas llevaba a la sintomatología depresiva. Este estudio clarificó que estas enfermedades pueden preceder a la depresión sin un lazo anatómico-funcional directo, debido a las implicaciones psicosociales de estas enfermedades (Bastidas-Bilbao, 2014)

3.3.1. La depresión como factor de riesgo en demencias y deterioro cognitivo

La depresión está considerada como uno de los trastornos con mayor comorbilidad con los trastornos neurodegenerativos, como también lo están la ansiedad, agresividad, insomnio y agitación psicomotriz, entre otras (Burgio y Fisher, 2000).

Por ejemplo, es común que la depresión aparezca como un síntoma temprano del Alzheimer, y aunque la relación entre ambas enfermedades es compleja, algunos autores consideran la primera un factor de riesgo significativo del Alzheimer (Bastida, Pomés, Font, y Eickhoff, 2016). Esto es debido a datos como haber encontrado un padecimiento de depresión de más de diez años antes del diagnóstico de Alzheimer en pacientes (Jorm et al., 1991). Otros autores también encuentran que el 10% de personas con EA tenían una historia previa de depresión (Burns, Jacoby, Levy, 1990); no obstante, ninguna de estas relaciones se puede interpretar como causalidad directa.

Los factores asociados a las enfermedades neurodegenerativas se pueden dividir en: sociales, genéticos, y los biológicos ambientales (Jorm et al., 1991). Los considerados como factores de riesgo confirmados (edad avanzada, historia familiar de demencia...) no incluyen a la depresión, que suele ser categorizada como factor de riesgo probable (Bastida, Pomés, Font, y Eickhoff, 2016), así como el bajo nivel de estudios o traumatismos cráneo-encefálicos.

La mayoría de los estudios científicos incluyen a la depresión como factor de riesgo muy probable para el desarrollo de una demencia, además de puntualizar que la

depresión en la vejez temprana acompañada de un leve deterioro cognitivo, tiene un riesgo muy alto de convertirse en demencia (Izquierdo Munuera et al., 2003).

3.3.2. Diferenciación entre depresión y demencia

Según aumenta la edad de la persona también aumentan las probabilidades de un diagnóstico de un trastorno depresivo o de la manifestación de una enfermedad neurodegenerativa. A su vez aumenta la posible confusión entre estos diagnósticos, que afecta en especial a personas con un nivel bajo de estudios (Latorre y Montañés, 1997).

Tanto la depresión como las enfermedades neurodegenerativas se pueden manifestar de manera independiente en un espacio de tiempo cercano, o encontrarse relacionados entre sí. Izquierdo Munuera et al. (2003) concluyen que hay tres principales hipótesis acerca de la relación entre demencia y depresión: 1) puede haber una depresión en la demencia (comorbilidad o ambas al mismo tiempo); 2) una demencia inducida por la depresión (en este caso lo más importante sería realizar el diagnóstico diferencial), y; 3) una depresión que progresa hacia una demencia.

La depresión puede cursar con sintomatología cognitiva subjetiva y objetiva, mientras que en la población geriátrica es frecuente la presencia de quejas subjetivas de deterioro cognitivo, lo que suele ser causante de la confusión entre ambos, y de ahí la necesidad de evaluaciones neuropsicológicas (Izquierdo Munuera et al., 2003). Esta confusión es el motivo por el que también Latorre y Montañés (1997) recomiendan realizar pruebas neuropsicológicas para el estudio de la depresión en ancianos, sobre todo de memoria lógica y metamemoria, recuerdo demorado y fluidez verbal. Además, dentro del ámbito neuropsicológico, el patrón subcortical es el que más se relaciona con el deterioro cognitivo en la depresión, con problemas atencionales y amnésicos, ralentización mental y apatía (Bulbena y Cervilla, 1994), lo cual ayudará en la distinción de ambos trastornos.

Por último, para clarificar el diagnóstico es común que el profesional observe la evolución del trastorno, pues en ocasiones los síntomas de déficit cognitivo desaparecen tras el tratamiento con medicación antidepresiva (Izquierdo Munuera et al, 2003).

3.4. El tratamiento psicológico y estimulación neuropsicológica en demencia y deterioro cognitivo

3.4.1. Tratamiento psicológico

Dada la gran cantidad de pacientes que cursan tanto con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa o DCL, y ansiedad y/o depresión al mismo tiempo, las intervenciones psicológicas han sido utilizadas como tratamiento posible dentro de esta población, aún con ciertas limitaciones expuestas anteriormente. No obstante, no por ello deberían estas personas quedar descartadas para los tratamientos psicológicos, puesto que sí hay evidencia empírica de una mejora en el bienestar de la persona, así como la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa (Orgeta et al., 2014).

La mayoría de las terapias psicológicas analizadas ponen el énfasis en las creencias disfuncionales que hacen daño a la persona. Esto es frecuente en las terapias cognitivo-conductuales, que tratan de disminuir los pensamientos automáticos negativos e ideas irracionales que mantienen la sintomatología depresiva, para lo cual se usan estrategias como la identificación y posterior cambio de pensamientos y comportamientos que contribuyen a la problemática (Orgeta et al., 2014).

La terapia cognitivo-conductual en mayores incluye técnicas como entrenamiento en relajación, especialmente dirigida al tratamiento de la ansiedad, el entrenamiento en resolución de problemas, ejercicios de exposición, terapia cognitiva (reestructuración), la exposición, y el entrenamiento en higiene del sueño (Stanley, Diefenbach, y Hopko, 2004). Todo esto debe ser adaptado a las capacidades cognitivas del paciente en cuestión, así como al nivel de educación recibido. Dentro de la adaptación a personas con deterioro cognitivo es fundamental el enlentecimiento del programa para conseguir los objetivos con respecto a una terapia con personas sin deterioro. También lo es la simplificación de la terapia, utilizando una conversación sencilla de entender para el paciente, monitorizando la comprensión del paciente de manera continua, así como un formato muy estructurado de terapia (Robie, 1999).

En el caso de los pacientes con DCL o en los primeros estadios de una enfermedad neurodegenerativa, este tipo de terapia se puede centrar más en las estrategias cognitivas, mientras que es más recomendable un cambio a estrategias más conductuales si el deterioro aumenta. Esto implica la reducción de la carga cognitiva a través del aumento

de la repetición de contenido de la terapia y el uso de ejemplos muy concretos (Gellis, McClive-Reed, y Brown, 2009).

3.4.2. Estimulación cognitiva/ neuropsicológica

La estimulación cognitiva integral consiste en un conjunto de técnicas neuropsicológicas variadas y multidisciplinarias, cuyo principal objetivo es fomentar la neuroplasticidad de los pacientes con deterioro cognitivo, consiguiendo enlentecer el curso del deterioro, así como preservar la actividad cognitiva de la persona (García y Carro, 2011).

El tratamiento neuropsicológico se puede basar en dos principales modelos: el primero de ellos basado en la compensación neuronal, que establece que los procesos que han sido perdidos o dañados pueden beneficiarse de una intervención terapéutica, trabajando las estructuras adyacentes con capacidad para asimilar las funciones dañadas o perdidas (Barroso, 1997). El segundo de estos modelos está centrado en el proceso de retrogénesis. En este modelo se considera que el paciente con las funciones neuropsicológicas dañadas está sufriendo un proceso involutivo contrario al desarrollo mental del niño (Reisberg et al., 1999). Por otro lado, la intervención cognitiva integral podrá facilitar la interrupción de este proceso involutivo, facilitando el mantenimiento neurocognitivo (Reisberg et al., 1999).

La mayor parte de los programas de intervención focalizan la atención en déficits específicos (entrenamiento en atención, memoria, etc.), tratando de mejorarlos (García y Carro, 2011). Estos programas pueden ser específicos en el sentido de que abarcan campos muy concretos de tratamiento, lo cual podría ser un enfoque adecuado en procesos neuropsicológicos variables en su daño, como pueden ser algunas apraxias y afasias, además de otras consecuencias de ictus focalizados. También se ha probado su eficacia en personas con deterioro cognitivo leve, por ejemplo, en los casos de memoria asociados a DCL (Montejo et al., 1999). No obstante, este enfoque de tratamiento carece de respaldo científico en el caso de demencias globales como la EA (García y Carro, 2011).

Pese a ser la estimulación cognitiva la medida terapéutica más seleccionada en estos casos, cabe destacar otras medidas psicológicas que pueden ser menos específicas y más lúdicas, como escribir o leer, participar en actividades de debate, juegos de mesa,

realizar puzles, crucigramas, tocar instrumentos, etc., también tienen un papel en la reducción del riesgo de demencia y en la ralentización del desarrollo de la patología (Verguese, 2003).

También hay una evidencia leve de la función del ejercicio físico en la prevención del deterioro y preservación de las funciones cognitivas (Brodziak et al., 2015).

4. Propuesta de intervención

4.1. Presentación de la propuesta

El presente trabajo de Fin de Master tiene como objetivo principal realizar una propuesta de intervención para un programa de tratamiento de la depresión en personas con síntomas de deterioro cognitivo o demencia leves.

El programa se aplicará en personas de la tercera edad, desde los 65 años en adelante mientras cognitivamente se pueda beneficiar de ello, lo cual quedará constatado por una evaluación neuropsicológica previa.

Se realizará tanto en centros de día como en residencias, y contará con una evaluación pre y post tratamiento del rendimiento cognitivo del paciente. El objetivo de la evaluación pre será doble: por una parte, se busca discriminar el deterioro debido al envejecimiento normal o a un posible DCL que pueda padecer el sujeto, determinando así si se cumplen o no los criterios de inclusión; y por otra parte determinar los niveles de depresión y/o ansiedad pre y post tratamiento, así como el nivel cognitivo. Este último objetivo se basa en tener una media pre-post de la intervención para comprobar su eficacia.

La propuesta diseñada se basa en la necesidad de aunar los esfuerzos dirigidos a mejorar el estado de salud mental del adulto mayor en su conjunto. Dada la alta comorbilidad entre el DCL y la sintomatología depresiva y/o ansiosa, como se ha descrito anteriormente, es importante la realización de un programa que trate ambos aspectos, asumiendo la influencia del uno en el otro, las diferencias, y los puntos en común.

4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

Teniendo en cuenta la revisión previa realizada se proponen los siguientes objetivos para la intervención:

Objetivos generales:

- Mejorar la calidad de vida del paciente en todos los ámbitos posibles.
- Promover un envejecimiento positivo, que cuente con actividad social y bienestar psíquico.
- El control y/o la disminución de los síntomas del paciente para prevenir las dificultades de una conducta problemática en el adulto mayor.

Con respecto a la sintomatología depresiva:

- La mejora de los síntomas depresivos y de ansiedad en personas de la tercera edad, reduciendo su impacto y buscando una mejor adaptación a su situación personal.
- La eliminación de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas.
- La disminución de las quejas subjetivas.
- El aumento de actividades gratificantes que realiza el paciente dentro de sus capacidades personales.
- Disminuir los sentimientos de enfado, culpa, vergüenza o ansiedad.
- Disminuir la pasividad y aumentar la percepción de autoeficacia del paciente dentro de lo posible.

Con respecto al deterioro cognitivo:

- La reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo, adquiriendo estrategias para retardar y/o minimizar estos síntomas.
- Disminuir los problemas de memoria y concentración, y/o hacer que su impacto sobre la vida del paciente quede reducido.
- Utilizar las habilidades cognitivas mantenidas para ayudar a restaurar o compensar las dañadas o caídas en desuso.
- La mejora de la realización de las actividades de la vida diaria

4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La presente propuesta está pensada para ser aplicada en personas de ambos sexos, en grupos de entre 3 y 6 personas, con edades a partir de los 65 años. No habrá un límite

de edad para participar en el programa mientras el evaluador considere que el paciente se puede beneficiar del programa.

Los lugares de realización del programa podrán ser centros de día o residencias de la tercera edad. Debe haber un/a psicólogo clínico y/o neuropsicólogo a cargo del programa en todas sus fases, evaluación, sesiones y seguimiento.

El programa está destinado para las personas que se puedan beneficiar de un tratamiento que incluya un ámbito de estimulación cognitiva además de una terapia psicológica cognitivo-conductual. Para determinar las personas más adecuadas para entrar al programa se proponen los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Inclusión:

- Las edades de los pacientes deben ser de 65 años en adelante.
- Los participantes deben presentar sintomatología depresiva:
 - o Una puntuación igual o mayor a 10 en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Sheikh y Yesavage (1986).
- Los participantes deben tener algún grado leve de deterioro cognitivo:
 - o Una puntuación igual o menor que 3 en la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg.

En caso de observarse una depresión severa, queda a juicio del psicólogo evaluador decidir si la persona es apta o no para el grupo, puesto que puede ser más beneficioso una atención individual previa en casos graves de depresión.

Exclusión:

- Personas con problemas físicos que les impidan la comunicación total con los miembros del grupo, como pueden ser la sordera o la incapacidad total para hablar.
- Personas que hagan un uso crónico de medicación hipnótica.
- Personas iletradas.
- Personas con casos graves de demencias o enfermedades neurodegenerativas que se hallen en fases avanzadas:
 - o Según la Escala de Deterioro Global de Reisberg et al. (1982), quedarán excluidos los pacientes con una puntuación de 4 en adelante en la escala.

- Personas con una puntuación igual o menor a 61 en el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965)
- Personas que obtengan 7 o más errores en el Test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975).

El screening de exclusión se sitúa en base a un deterioro más grave del moderado-leve, y los tests para realizar este screening se explican posteriormente con más detalle.

En casos de sujetos con graves problemas físicos que impidan la comunicación, se recomienda que los pacientes sean derivados a un especialista previamente a la inclusión en el grupo. A su vez se recomienda la derivación a un tratamiento psicológico personalizado e individual en caso de que exista una ideación suicida estructurada en el anciano.

4.4. Metodología, recursos, etc.

4.4.1. Instrumentos de evaluación

En un primer momento, antes del comienzo del programa, se realizará la evaluación de los síntomas tanto depresivos como cognitivos del sujeto a través de instrumentos sensibles, adaptados y baremados, lo cual nos servirá para evaluar el estado cognitivo-afectivo del adulto mayor además de para determinar la inclusión o exclusión en el programa.

En la evaluación previa al programa se revisará el historial clínico y se aplicarán las evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas, además de la entrevista semi-estructurada.

A continuación, se resumen las escalas y tests a incluir en la evaluación inicial y en el seguimiento durante la intervención:

- Índice de Barthel: se utiliza para valorar la posible existencia de dependencia física y repercusión de las actividades básicas de la vida diaria. Una puntuación entre 61 y 90 indica una dependencia moderada, mientras que entre 91 y 99 indica una dependencia escasa.

- Mini-examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo et al. (1980): se trata de un test muy utilizado entre profesionales de la salud en España, que evalúa un amplio rango de aspectos cognitivos. Este es un test de screening para detectar alteraciones cognitivas, con duración de 10 minutos, y sencillo de realizar. La puntuación máxima es de 35 puntos, considerándose que hay deterioro si la puntuación es menor a 23.
- Prueba de Exploración Cambridge Revisada (CAMCOG-R): se trata de una versión abreviada del CAMDEX-R (Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez), con puntuaciones directas de los ocho ámbitos que componen la batería: Orientación temporo-espacial, Lenguaje verbal y escrito, Memoria y recuerdo, Atención, Praxis, Pensamiento Abstracto, Percepción visual, y Funciones Ejecutivas. La puntuación máximo del test corresponde a 105 puntos, estableciendo un punto de corte para sujetos normales en 79/80 puntos (Mas, Robles y Barrachina, 2017).

Se incluyen en el CAMCOG ítems correspondientes al MMSE de Folstein et al. (1975), al test de Información-Memoria-Concentración de Roth y Hopkins (1953), al Test del dibujo del Reloj (Freedman et al., 1994), y al test de Fluencia Verbal semántica (Mas, Robles y Barrachina, 2017).

- Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg: esta escala ampliamente establecida y utilizada es una medida global generalizable para la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia degenerativa primaria. A partir de 4 se considera que el deterioro es moderado, y es el punto de corte a partir del cual se excluirán pacientes para la presente intervención.
- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage: se utiliza para valorar de manera breve la depresión en población geriátrica. Una puntuación igual o mayor a 11 indica síntomas depresivos, pero se usará como punto de corte una puntuación de 10, a partir de la cual los individuos son aptos para el programa.

Todos estos instrumentos sirven para realizar una fase de evaluación doble, es decir, tanto como medida pre de evaluación, como para determinar la inclusión en el programa. Tras su aplicación, y decisión de inclusión o no en el programa, se procederá a realizar las actividades propias de la intervención.

4.4.2. Diseño del programa

El presente programa ha sido diseñado de acorde a la información recogida en el marco teórico, partiendo de la utilización de la terapia-cognitivo conductual para la disminución de los síntomas depresivos, así como de la estimulación cognitiva para mejorar y/o mantener el estado cognitivo de los pacientes con deterioro leve.

Por tanto, las actividades propuestas en este programa de intervención están centradas tanto en la estimulación cognitiva, como en el tratamiento de los síntomas depresivos y/o ansiosos que pueda presentar el paciente.

Estas actividades están estructuradas de manera que el paciente pueda llevar a cabo tareas orientadas a los objetivos particulares que se trabajarán en cada sesión. Estos objetivos en tareas de estimulación cognitiva pueden estar centrados en la utilización de las funciones ejecutivas (p.ej. planificación, inhibición, memoria de trabajo), en la estimulación de la atención, la memoria (semántica o episódica), y el lenguaje. Con respecto a los síntomas de depresión y/o ansiedad se utilizarán técnicas como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, y entrenamiento en control de impulsos. Además, se trabajará el control emocional, la asertividad y la detección de ideas irracionales y distorsiones cognitivas. Todo ello se realizará de manera sencilla y adaptada al nivel cognitivo de los pacientes, con gran cantidad de ejemplos.

Para lograr los diferentes objetivos que se proponen es importante la división de las sesiones en diferentes actividades, cada una enfocada a cada uno de los aspectos que trabaja el programa, con instrucciones claras y sencillas, adaptando la complejidad de las tareas a cada participante.

Además, se fomentará el uso de autoinstrucciones para completar las tareas, como puede ser “tranquilo/a, hazlo despacio y concéntrate”, además de la relajación al principio y final de cada sesión. El motivo de que se incluya la relajación en cada sesión es debido a su capacidad de reducir de ansiedad, focalizar la atención del paciente y por tanto mejorar la capacidad para la resolución de tareas (Montejo et al., 2013).

Los participantes se agruparán por niveles de deterioro cognitivo, se busca que los grupos sean lo más homogéneos posible en cuanto a nivel cognitivo. No ocurre así con los síntomas depresivos, donde se considera más apropiado que los pacientes más graves

estén entremezclados con los que menos síntomas depresivos presentan, debido al posible efecto de retroalimentación que puede ocurrir entre ellos.

El programa consta de una sesión de evaluación previa, 12 sesiones de terapia, y dos de evaluación posterior. La duración de las sesiones de evaluación, tanto la pre como las post tratamiento será de dos horas, mientras que la duración de todas las sesiones de tratamiento del programa será de hora y media. Las sesiones se realizarán 3 días por semana durante un mes, siendo los días elegidos los lunes, miércoles y viernes en horario de mañana. Las sesiones se realizarán en grupos de mínimo 2 y máximo 6 personas.

4.4.3. Recursos del programa

Humanos:

Para la realización del programa será necesaria la figura de un/a terapeuta neuropsicólogo/a, por grupo, capaz de realizar la fase de evaluación a través de los instrumentos de medición, así como de coordinar las sesiones del programa. Debe tener formación específica en el campo de la psicología clínica cognitivo-conductual, así como en estimulación cognitiva.

Materiales:

Dentro de los materiales necesarios para esta intervención se necesita en un primer lugar un espacio físico apropiado para el desarrollo de la actividad. Este se compondrá de un despacho para el terapeuta así como de las salas de grupos, equipadas con sillas, mesas, lápices, bolígrafos de varios colores y goma de borrar.

Para los instrumentos de evaluación se necesitan los tests en papel seleccionados previamente: Índice de Barthel, MEC, CAMCOG-R, GDS de Reisberg y la GDS de Yesavage.

También es necesario un material de entrenamiento que incluye las diferentes láminas, fichas y actividades (tabú, *story cubes*) para la estimulación cognitiva que se utilizarán en el programa. Finalmente, se necesita disponer de una televisión o pantalla con acceso a internet o que se pueda conectar a una Tablet para poder reproducir vídeos.

4.5. Sesiones

A continuación se describen las sesiones propuestas en esta intervención, así como se detallan las actividades a realizar en cada una de ellas:

Sesión 0:

SESIÓN 0
OBJETIVOS
Obtener información sobre el nivel de deterioro cognitivo de los sujetos, su funcionalidad en las ADV, y si padecen o no de síntomas depresivos y /o ansiosos, y en qué grado.
CONTENIDOS
Evaluación pre-intervención de los candidatos para participar en el programa.
ACTIVIDADES
Se pasan los instrumentos seleccionados para este estudio: <ul style="list-style-type: none">○ Índice de Barthel○ MEC○ CAMCOG-R○ GDS de Reisberg○ GDS de Yesavage
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de dos horas, realizándose un descanso de 15 minutos entre hora y hora.

MATERIALES
Los test físicos antes mencionados junto al material que incluye el propio test, además de lápiz, bolígrafo y borrador.

Sesión 1:

SESIÓN 1
OBJETIVOS
Introducir a los pacientes conceptos clave para la intervención así como familiarizarles con el funcionamiento de ésta.
CONTENIDOS
Realizar la bienvenida y presentación de los participantes al grupo. Explicación de los conceptos de ansiedad y deterioro cognitivo.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Presentación del grupo y de la terapia (15 minutos):<ul style="list-style-type: none">o Bienvenida y presentacioneso Explicación del propósito del grupo y sugerencias: se explica que el grupo es un espacio para ellos en el que compartir lo que sientan y/o piensen, un espacio libre y seguro para ellos en el que no se va a juzgar.o Explicación normas del grupo: todo lo que se hable en el grupo debe permanecer en el grupo, puesto que es un lugar de confianza y respeto mutuo. También se recuerda que se respetarán los turnos de palabra.o Descripción breve de cómo se llevarán a cabo las sesiones.- Aprender qué es la ansiedad (30 minutos): por qué nos sentimos nerviosos y las consecuencias. Relación sentimientos y pensamientos con el estado de ánimo- Aprender qué es el deterioro cognitivo (30 minutos).<ul style="list-style-type: none">o Relación con el estado de ánimo- Relajación guiada por respiración (15 minutos).

RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.

Sesión 2:

SESIÓN 2
OBJETIVOS
La reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo así como la mejora del estado de ánimo. También se busca aprender qué son la depresión y la ansiedad.
CONTENIDOS
Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Explicación concepto “depresión”.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común de su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos): se repasarán los eventos de los días anteriores para ver cómo han influido

<p>en su día a día, cómo se están sintiendo últimamente y se hablará de cualquier tema que quieran comentar. Posible reestructuración cognitiva según los temas que salgan.</p> <ul style="list-style-type: none">- Aprender qué es la depresión, sus síntomas y la relación con la ansiedad (25 minutos).- Ficha de trabajo de funciones ejecutivas y atención (15 minutos): tarea de inhibición incluida en Anexos (Anexo 6).- Relajación final y despedida (10 minutos).
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.- Ficha de trabajo de funciones ejecutivas.

Sesión 3:

SESIÓN 3
OBJETIVOS
La reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo así como la mejora del estado de ánimo. También se busca disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad.
CONTENIDOS
Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Presentación y Reestructuración de Ideas Irracionales.

ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común de su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (10 minutos).- Presentación y Reestructuración de Ideas Irracionales (II) (30 minutos): se realizará basándose en las Ideas Irracionales adaptadas a la Tercera Edad (Centro de Psicología Bertrand Russell, 2014).<ul style="list-style-type: none">o Se sugiere focalizar la atención en aquellas ideas sobre la falta de funcionalidad actual del anciano, trabajando la autopercepción de sí mismos.- Actividad de Estimulación Cognitiva (20 minutos): se jugará en grupo a Tabú, juego en el que hay que describir una palabra sin decir verbalmente ni la palabra, ni ciertas características de esta, y los otros jugadores deben adivinar la palabra.- Relajación final y despedida (5 minutos).
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.- Copia impresa para cada participante de las Ideas Irracionales adaptadas a la Tercera Edad.- Juego: Tabú

Sesión 4:

SESIÓN 4
OBJETIVOS
<p>La reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo a través de la estimulación cognitiva, así como la mejora del estado de ánimo. También se busca disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad trabajando con las II.</p>
CONTENIDOS
<p>Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Reestructuración de II.</p>
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común de su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).- Continuación Presentación y Reestructuración de Ideas Irracionales (20 minutos).- Ficha de trabajo de memoria semántica y fluidez verbal (10 minutos):<ul style="list-style-type: none">o "Escribe al menos 10 emociones que se te ocurran"o " Ahora nombra 10 animales salvajes".- Tarea de distracción (3 minutos): Contar cuantas veces se dice la palabra "flechas" en la canción "Las flechas del amor" de Karina.- Trabajo de memoria (7 minutos): "Recuerda al menos 5 emociones que habías escrito en la lista". "Recuerda al menos 5 animales salvajes que habías escrito en la lista".- Relajación final y despedida (10 minutos).
RESPONSABLES
<p>Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.</p>
TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES

- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.
- Ficha de trabajo de memoria semántica y fluidez verbal.
- TV/móvil/Ipad con acceso a internet (youtube) u otro dispositivo electrónico.

Sesión 5:

SESIÓN 5

OBJETIVOS

La mejora de la realización de las actividades de la vida diaria, concretamente a través de la disminución de olvidos en la vida del paciente, así como la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos y de deterioro cognitivo.

CONTENIDOS

Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo.
Se trabaja sobre los olvidos cotidianos de cada paciente.

ACTIVIDADES

- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).
- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).
- Breve relajación guiada (10 minutos).
- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).
- Trabajo de los olvidos cotidianos (30 minutos):
 - o De forma individual se apuntan los olvidos más frecuentes de cada paciente.
 - o Se discuten las posibles causas.

<ul style="list-style-type: none">○ Se proponen estrategias útiles para cada uno (libretas, calendarios, alarmas, agendas, etc.).○ Se realiza un ensayo con los pacientes a través del roleplaying para practicar las estrategias.- Ficha de atención sostenida y selectiva (10 minutos): sopa de letras.- Relajación final y despedida (10 minutos).
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.- Ficha de atención sostenida y selectiva (sopa de letras).

Sesión 6:

SESIÓN 6
OBJETIVOS
La disminución de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas con respecto a la tercera edad y a su situación personal, además de la mejora del estado de ánimo, y la disminución del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo.
CONTENIDOS
Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Reestructuración a partir de debate ‘El periódico’ de creencias que puedan hacer daño al paciente.

ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).- Actividad de debate ‘‘El periódico’’ (30 minutos): son titulares con noticias que dan pie a la reestructuración, con temática pertinente a su situación. Se pedirá la opinión de cada con respecto al titular, para ver si están de acuerdo, si no, y por qué. El terapeuta reestructurará y se intentará llegar a conclusiones comunes.- Ficha Praxias visoconstructivas (10 minutos): copiar las figuras de la izquierda en el lado derecho- Videoclip de la canción ‘‘Al partir un beso y una flor’’ (5 minutos): contar cuántas veces se dice la palabra ‘‘sonrisa’’.- Relajación final y despedida (5 minutos).
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">- . Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.- Actividad de debate ‘‘El periódico’’ (incluida en Anexos).- Ficha Praxias visoconstructivas- TV/móvil/Ipad con acceso a internet (youtube) u otro dispositivo electrónico.

Sesión 7:

SESIÓN 7
OBJETIVOS
<p>La disminución de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas con respecto a la tercera edad y a su situación personal, además de la mejora del estado de ánimo, y la disminución del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo.</p>
CONTENIDOS
<p>Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Reestructuración a partir de debate ‘El periódico’ de creencias que puedan hacer daño al paciente.</p>
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).- Continuación Actividad de debate ‘‘El periódico’’ (20 minutos).- Ficha de praxias visoconstructivas (10 minutos): asociación y categorización de figuras (triángulo, cuadrado, círculo, polígono, etc.).- Ficha Funciones ejecutivas: cálculo y razonamiento (10 minutos): a diferentes series de números se les va sumando:<ul style="list-style-type: none">o A la primera serie: +2o A la segunda serie: +3o A la tercera serie: +4- Relajación final y despedida (10 minutos).

RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de hora y media en total.
MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.- Actividad de debate ‘‘El periódico’’ (incluida en Anexos).- Ficha Praxias visoconstructivas- Ficha Funciones Ejecutivas.

Sesión 8:

SESIÓN 8
OBJETIVOS
La reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y de quejas subjetivas, así como la reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo a través de la estimulación cognitiva.
CONTENIDOS
Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Introducción a las distorsiones cognitivas (parte I).
ACTIVIDADES

- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).
- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).
- Breve relajación guiada (5 minutos).
- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (10 minutos).
- Introducción a las distorsiones cognitivas I (30 minutos):
 - o Explicación de qué son (adaptación a la tercera edad, incluida en Anexos). Se deben utilizar muchos ejemplos y explicar de manera sencilla.
 - o Ejemplos de adaptación: “blanco o negro” (magnificación o minimización, abstracción selectiva), “el corazón ciega la razón” (razonamiento emocional).
 - o Se incluye en Anexos la adaptación de las distorsiones cognitivas a la tercera edad.
- Ficha de memoria y razonamiento (10 minutos): texto corto y sencillo que se lee a los pacientes, incluido en Anexos. A continuación se exponen las preguntas sobre el texto que se acaba de leer.
- Ejercicio de distracción, memoria semántica y fluidez verbal (5 minutos): nombra 5 capitales europeas.
- Ejercicio de memoria (5 minutos): se vuelven a preguntar las preguntas sobre el texto leído anteriormente.
- Relajación final y despedida (10 minutos).

RESPONSABLES

Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.

TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES

- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.
- Adaptación de las distorsiones cognitivas a la tercera edad (incluido en Anexos).
- Ficha de memoria y razonamiento (texto incluido en Anexos).

Sesión 9:

SESIÓN 9
OBJETIVOS
La reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y de quejas subjetivas, así como la reducción del impacto de los síntomas del deterioro cognitivo a través de la estimulación cognitiva.
CONTENIDOS
Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo. Introducción a las distorsiones cognitivas II.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).- Breve relajación guiada (10 minutos).- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).- Introducción a las distorsiones cognitivas (parte II) (30 minutos): continuación del trabajo iniciado en la sesión anterior.- Juego Story Cubes (15 minutos): se va creando una historia entre todos, ya que uno por uno van tirando el dado y pensando en algo relacionado con lo que les haya salido para continuar la historia. La/el terapeuta puede empezar la historia o ayudarles en caso de necesitarlo.

- Relajación final y despedida (5 minutos).

RESPONSABLES

Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.

TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES

- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.
- Adaptación de las distorsiones cognitivas a la tercera edad (incluido en Anexos).
- Juego: Story Cubes.

Sesión 10:

SESIÓN 10

OBJETIVOS

Se busca la mejora del estado de ánimo y del control emocional, así como la disminución de sentimientos como la ira, culpa, enfado o ansiedad. También se busca disminuir el impacto de los síntomas del deterioro cognitivo.

CONTENIDOS

Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo.
Entrenamiento en control de impulsos/ control emocional I.

ACTIVIDADES

- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).
- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).
- Breve relajación guiada (10 minutos).
- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).
- Entrenamiento en control de impulsos/ control emocional (parte I) (30 minutos):
Mirar Anexo: Técnicas para la impulsividad y el autocontrol.
En este apartado se escogen las técnicas que encajen mejor con la problemática de cada paciente de manera individual.
- Tareas de inhibición y atención (10 minutos): tipo go-no-go: Rodear el número 3 en azul dentro de una ficha con series de números 1, 2, 3 y 4 en orden aleatorio en colores azul, rojo y verde, también de manera aleatoria. Únicamente deben rodear los treses en azul, y no los que se encuentren en otros colores.
- Relajación final y despedida (10 minutos).

RESPONSABLES

Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.

TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES

- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.
- Anexo: técnicas para la impulsividad y el autocontrol.
- Ficha de inhibición y atención tipo go-no-go.

Sesión 11:

SESIÓN 11

OBJETIVOS

Se busca la mejora del estado de ánimo y del control emocional, así como la disminución de sentimientos como la ira, culpa, enfado o ansiedad. También se busca disminuir el impacto de los síntomas del deterioro cognitivo, disminuyendo los problemas de memoria y concentración.

CONTENIDOS

Repaso de la última sesión y puesta en común del estado de ánimo.
Entrenamiento en control de impulsos/ control emocional (parte II).

ACTIVIDADES

- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).
- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).
- Breve relajación guiada (10 minutos).
- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).
- Entrenamiento en control de impulsos II (30 minutos): Mirar Anexo técnicas para la impulsividad y el autocontrol. Continuación del trabajo de la sesión anterior.
- Trabajo de memoria, percepción y atención con vídeo (15 minutos):
 - o Se reproducirá en Youtube el cortometraje “Invisibles”, incluido en referencias.

El vídeo se debe ir parando para hacer preguntas en relación al mismo y explicar lo que se ha visto.

En el minuto 2:00 el terapeuta parará el video y pedirá un resumen de lo ocurrido hasta ese punto, y preguntará “¿Cuántas personas de la tercera edad han aparecido de momento”?

El vídeo se volverá a parar en el min 3:35 y se realizarán las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se llama el autor de la novela?
- ¿En qué piso del bloque vive el protagonista?

A continuación se volverá a parar el vídeo en el min 4:45, y se realizarán las siguientes preguntas:

- ¿En qué piso del bloque vive la señora mayor a la que ayuda el joven?
- ¿Cuál es el nombre del bar que aparece en el video?

Finalmente se comentará entre todos qué les ha parecido el vídeo y si alguna vez se han sentido identificados.

- Relajación final y despedida (5 minutos).

RESPONSABLES

Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.

TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES

- Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.
- Anexo: técnicas para la impulsividad y el autocontrol.
- TV o dispositivo electrónico de pantalla grande con acceso a internet (youtube).

Sesión 12:

SESIÓN 12

OBJETIVOS

La solidificación y recapitulación de conceptos aprendidos durante el programa, así como la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión, y deterioro cognitivo.

También se busca aumentar la percepción de autoeficacia del paciente.

CONTENIDOS

Repaso de lo que se ha visto y aprendido en el programa
Espacio para hablar de sentimientos, pensamientos, que puedan tener con relación al programa.

Despedida.

ACTIVIDADES

- Saludo y repaso de lo que se habló en la sesión anterior (10 minutos).
- Orientación temporal: día de la semana, mes y año (5 minutos).
- Breve relajación guiada (5 minutos).
- Puesta en común sobre su estado de ánimo y trabajo de memoria episódica (15 minutos).
- Repaso del programa y feedback (30 minutos):
 - o Se va preguntando a los pacientes sobre los temas tratados durante el mes, y se hace un repaso colectivo de las diferentes actividades realizadas en el programa.
 - o Feedback sobre el programa: se pregunta a los usuarios sobre sus sensaciones al respecto, qué les ha gustado más y qué menos y su estado de satisfacción global con el programa.
- Lista de agradecimiento (15 minutos): cada participante del grupo escribe en un folio mínimo 10 cosas por las que se siente agradecido/a actualmente en su vida, y se llevan el folio a casa.
- Relajación final y despedida (10 minutos).

RESPONSABLES

Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.

TEMPORALIZACIÓN

La sesión tendrá una duración de hora y media en total.

MATERIALES
Folios en blanco, lápiz, bolígrafo y borrador.

Posteriormente se realizan las siguientes sesiones, de duración de dos horas, con un descanso entre ellas, en las que se pasarán los mismos tests que en la sesión pre de evaluación:

Sesión 13:

SESIÓN 13
OBJETIVOS
Comprobar si ha habido cambios en el nivel de deterioro cognitivo de los sujetos, su funcionalidad en las ADV, en los síntomas depresivos y /o ansiosos, y en qué grado. Se realiza con el objetivo de medir el cambio entre los resultados de la sesión 0 y los que se den al terminar el programa.
CONTENIDOS
Evaluación post-intervención de los participantes del programa.
ACTIVIDADES
Se pasan los instrumentos seleccionados para este estudio: <ul style="list-style-type: none">○ Índice de Barthel○ MEC○ CAMCOG-R○ GDS de Reisberg○ GDS de Yesavage

RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de dos horas con descanso de 15 minutos entre hora y hora. Se realizará la semana siguiente al fin del programa.
MATERIALES
Los test físicos antes mencionados junto al material que incluye el propio test, además de lápiz, bolígrafo y borrador.

Sesión 14:

SESIÓN 14
OBJETIVOS
Comprobar si se han mantenido los cambios, tras la finalización del programa, en el nivel de deterioro cognitivo de los sujetos, su funcionalidad en las ADV, en los síntomas depresivos y /o ansiosos, y en qué grado.
CONTENIDOS
Evaluación post-intervención a los dos meses de los participantes del programa.
ACTIVIDADES
Se pasan los instrumentos seleccionados para este estudio: <ul style="list-style-type: none">○ Índice de Barthel

<ul style="list-style-type: none">○ MEC○ CAMCOG-R○ GDS de Reisberg○ GDS de Yesavage
RESPONSABLES
Psicólogo o neuropsicólogo participante en el programa.
TEMPORALIZACIÓN
La sesión tendrá una duración de dos horas con descanso de 15 minutos entre hora y hora. Se realizará seis meses después de la finalización del programa.
MATERIALES
Los test físicos antes mencionados junto al material que incluye el propio test, además de lápiz, bolígrafo y borrador.

4.6. Cronograma de aplicación

Tabla 1. *Cronograma de la aplicación de la intervención y sus contenidos.*

Programa de tratamiento de la depresión en
personas con deterioro cognitivo leve

SEPTIEMBRE				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	1	2	3	4 <u>Sesión 0:</u> Evaluación previa
7 <u>Sesión 1:</u> Presentaciones, normas de grupo, resolución de dudas	8	9 <u>Sesión 2:</u> Concepto “depresión”. Ficha de inhibición y razonamiento	10	11 <u>Sesión 3:</u> Reestructuración de II. Juego de EC: Tabú
14 <u>Sesión 4:</u> Reestructuración II. Fichas memoria semántica y atención	15	16 <u>Sesión 5:</u> Roleplaying de estrategias para olvidos cotidianos. Ficha sopa de letras.	17	18 <u>Sesión 6:</u> Debate ‘El periódico’. Ficha praxias visoconstructivas.
21 <u>Sesión 7:</u> Debate ‘El periódico’ Fichas praxias y funciones ejecutivas.	22	23 <u>Sesión 8:</u> Distorsiones cognitivas I. Ficha de memoria y razonamiento.	24	25 <u>Sesión 9</u> Distorsiones cognitivas II. Story Cubes.
28 <u>Sesión 10:</u> Control de impulsos/ control emocional I. Ficha funciones ejecutivas.	29	30 <u>Sesión 11:</u> Control de impulsos/ control emocional II. Video y preguntas.		2 <u>Sesión 12:</u> Repaso, despedida y lista de agradecimiento.

La sesión número 13 de evaluación post-intervención se realizará durante la semana siguiente al fin del programa, y finalmente, la sesión 14 de evaluación post intervención se realizará 6 meses después de la finalización del programa.

4.7. Evaluación de la propuesta

La propuesta de intervención presentada en este trabajo se evaluará a través de los mismos tests propuestos para la fase pre-tratamiento. Esto se realizará con el objetivo de observar si ha habido cambios y en qué medida en el estado de ánimo de los pacientes, así como en el funcionamiento global cognitivo.

Para la medición de estas variables se utilizan los cuestionarios y escalas:

- Índice de Barthel (Mahoney y Bartthel, 1965)
- MEC (Lobo et al., 1980)
- CAMCOG-R (Roth et al., 2015)
- GDS de Reisberg et al. (1982)
- GDS de Sheikh y Yesavage (1986).

Las sesiones dedicadas a esta fase del tratamiento son las sesiones 13 y 14, de una duración de 2 horas cada una. La sesión 13 de post-evaluación está pensada para realizarse la semana posterior al fin del programa, con el objetivo de medir lo antes posible los cambios ocurridos tras la aplicación de éste. La sesión 14 se realizará a los 6 meses tras haber realizado la post-evaluación de la sesión 13, con el objetivo de comprobar si los resultados obtenidos se han mantenido y en qué medida, o en caso de que no hubiera habido un cambio significativo entre el pre y el primer post, observar si ha habido algún tipo de cambio o mejora a los 2 meses tras la finalización del tratamiento.

También se evaluará el progreso de los pacientes a través del input de los familiares, así como de los propios pacientes, por lo que se les pedirá a ambos una reflexión sobre su estado actual basada principalmente en la observación. Además, se tendrá en cuenta la observación del propio terapeuta del estado de los pacientes, siendo importantes las opiniones subjetivas de éste o ésta sobre la mejoría de los pacientes.

A su vez se revisará la mejoría o no mejoría encontrada por los instrumentos objetivos de evaluación, según las puntuaciones encontradas y la diferencia entre estas en la comparación pre-test y post-test del programa.

5. Conclusiones

En el presente trabajo de fin de master se ha diseñado un programa de intervención para personas de la tercera edad que cursen tanto con depresión como con un leve deterioro cognitivo, unificando dos problemas comunes en esta población y dándoles la atención necesaria a cada uno de ellos. Se explica a los participantes lo que es cada cosa en detalle, así como la relación que puede haber entre ambas, para lograr un entendimiento y motivación mayores de la persona en cuanto a su involucración en el programa.

Puesto que el programa de intervención no se ha llevado a cabo sino que se presenta como una propuesta, no es posible concluir unos resultados objetivos sobre la posible mejora producida por éste. No obstante, según la evidencia disponible hasta la actualidad en las áreas tratadas en el programa, se pronostica un mantenimiento de las habilidades cognitivas del paciente tratado, así como una disminución de los síntomas depresivos.

También es posible que se de algún grado de mejora en las funciones cognitivas ejercitadas, así como en otras funciones comprometidas indirectamente en el proceso. Por ejemplo, la socialización del paciente con otras personas en una situación parecida a la suya puede aumentar su estado de ánimo de manera indirecta. Esto puede ocurrir debido al bienestar que podría experimentar el paciente al sentirse comprendido al ver que hay más personas en una situación parecida a la suya.

A su vez, el entrenamiento cognitivo resulta beneficioso en su conjunto para los pacientes de la tercera edad, ya que influye positivamente en su estado de ánimo, y no solo en el funcionamiento cognitivo del anciano (Moreno-Carrillo y Lopera-Restrepo, 2010).

A través del programa aquí expuesto, que realiza una estimulación cognitiva así como un tratamiento psicológico, los pacientes podrían mejorar el estado de ánimo por dos vías. La primera de ellas cursa con la disminución de síntomas de deterioro en el aspecto cognitivo, lo cual les puede llevar a sentirse más aptos e independientes para las tareas de la vida. Esto puede repercutir en una mejora en la motivación y sentimiento de satisfacción consigo mismo por parte del paciente. La segunda vía implica un incremento

en el bienestar psicológico directo del paciente a través del tratamiento cognitivo-conductual que trabaja los síntomas depresivos directamente.

Esta intervención tiene una alta carga de trabajo cognitivo para el paciente, lo cual puede resultar en un gran esfuerzo por parte de estos, lo cual hará que estimulen sus capacidades cognitivas al máximo. No obstante, esto que podría considerarse una fortaleza, puede convertirse en una debilidad si el paciente se siente frustrado porque no consigue seguir el ritmo o llegar al nivel exigido, siendo este el motivo de que se haga hincapié en que las actividades deben ser adaptadas al nivel del grupo y en concreto al nivel de cada paciente. Una forma de hacer esto es dando pistas a los pacientes cuando les cueste sacar adelante la actividad, poniendo previamente ejemplos sencillos y ayudándoles en sus razonamientos.

El programa es intenso pero breve, por lo que, al tener una duración de un tan solo un mes, sería recomendable que el paciente siguiera realizando actividades similares a las aquí propuestas como tareas para casa, o acudiendo a algún tipo de actividades grupales en centros de día para no perder las mejoras adquiridas y seguir manteniendo un mejor estado de ánimo.

Dentro de las dificultades encontradas destaca el problema de no poder admitir a personas con un deterioro moderado o grave, dado que la intervención cognitiva para la depresión no sería demasiado efectiva en ellos, por lo que el alcance del programa es más limitado de lo que podría serlo en caso de eliminar esta parte cognitiva de tratamiento de la depresión.

No obstante, este programa es específico para aquellos casos que cursan con ambas patologías, el deterioro y los síntomas depresivos, ya que ambas se consideran una parte vital del deterioro del funcionamiento del adulto mayor, y en la bibliografía actual hay pocos casos en los que se trabajen y se tengan en cuenta ambos trastornos. Esto es lo que ha motivado a la creación de un programa específico, con la fortaleza de cubrir una necesidad importante en una gran parte de adultos mayores, pero con la debilidad de tener que excluir a los que se encuentren en estados más deteriorados cognitivamente.

Con respecto al apartado del marco teórico, en la elaboración de este proyecto se ha buscado documentación sobre un amplio rango de conceptos relacionados con la psicología clínica y con la neuropsicología, centrandó la atención en los conceptos de depresión y DCL, así como la relación entre ambas.

Se concluye que la depresión puede pasar desapercibida más fácilmente en la tercera edad que durante la edad adulta (Kennedy, 1995), por lo que se recomienda prestar una especial atención a este aspecto en pacientes mayores. También se concluye que en la tercera edad la depresión suele tener como síntomas más pronunciados la culpa, el miedo y la hostilidad (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

A su vez, es de gran relevancia vigilar los síntomas de DCL que pueda padecer el paciente, puesto que es posible una rápida evolución hacia una demencia. En especial se debe tener en cuenta esto en pacientes deprimidos, puesto que la bibliografía encuentra que la depresión puede ser factor de riesgo de la demencia (Bastida, Pomés, Font, y Eickhoff, 2016), además de concluir que la depresión en la vejez temprana conjunta a un DCL aumenta el riesgo de padecer demencia. También se plantea la opción de que el DCL sea el antecedente de la depresión debido a las implicaciones psicosociales del deterioro.

En una aplicación de un tratamiento con una persona que padezca ambas patologías se deben revisar todas las opciones posibles para encontrar la explicación que más se pueda acercar a su caso en concreto, con el fin de lograr el tratamiento más personalizado y eficaz para cada persona. Los tratamientos que se han investigado para este trabajo son la terapia cognitivo-conductual y la estimulación cognitiva, que son además las estrategias elegidas para elaborar el programa de intervención que aquí se incluye. La evidencia empírica aboga por una simplificación de la terapia clínica cognitivo-conductual, de manera que sea lo más estructurada posible, con ejemplos sencillos y claros, y enlentecida con respecto a la terapia con adultos (Robie, 1999).

6. Referencias

- Aguera-Ortiz, L. F. (1998). *Demencia: una aproximación práctica*. Masson.
- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Bastida, J. D., Pomés, N. P., Font, S. J., y Eickhoff, A. F. (2016). La depresión: un predictor de demencia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(2), 112-118.
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (Lima)*, 32(2), 191-218.
- Brodziak, A., Wolińska, A., Kołat, E., y Różyk-Myrta, A. (2015). Guidelines for prevention and treatment of cognitive impairment in the elderly. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 585.
- Bulbena, A., y Cervilla, J. (1994). Demencias. Vallejo. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat, 530-558.
- Burgio, L. D., y Fisher, S. E. (2000). Application of psychosocial interventions for treating behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 351-358.
- Burns, A., Jacoby, R., y Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. III: Disorders of mood. *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 81-86.
- Farias, S. T., Mungas, D., y Jagust, W. (2005). Degree of discrepancy between self and other-reported everyday functioning by cognitive status: Dementia, mild cognitive impairment, and healthy elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(9), 827-834.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Formiga, F., Robles, M. J., y Fort, I. (2009). Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 2-8.
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Shulman, K., y Delis, D. C. (1994). *Clock drawing: A neuropsychological analysis*. Oxford University Press, USA.
- Fundación Amigos de los Mayores [Grandes Amigos]. (2013, Octubre). Cortometraje-Invisibles [Archivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=P20pVlcb904>
- García, J. J., y Carro, J. (2011). Programa de actuación cognitiva integral en demencias (PACID): centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad

de Alzheimer y otras demencias. *Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*.

Garín, M.B. (2016). *Efectos de un programa de intervención para adultos mayores en situación de alta vulnerabilidad en Tuxtla Gutiérrez*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España), Chiapas, México.

Gellis, Z. D., McClive-Reed, K. P., y Brown, E. (2009). Treatments for depression in older persons with dementia. *The annals of long-term care: the official journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 29.

Gómez, M., Jiménez, S, y Aranda, A. (2014). Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Información Psicológica*, (106), 41-53

Gómez, P. S. (2007). Prevalencia de depresión en pacientes nonagenarios institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas: publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (188), 189-196.

Izquierdo Munuera, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M., y Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 31-52.

Jorm, A. F., Van Duijn, C. M., Chandra, V., Fratiglioni, L., Graves, A. B., Heyman, A., y Shalat, S. L. (1991). Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. *International journal of epidemiology*, 20(2), 43-47.

Kennedy, Gary J. "Of Late-Life Depression." *Psychiatric Services* 46.1 (1995): 43.

Langa, K. M., y Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *Jama*, 312(23), 2551-2561.

Latorre, J. M., y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicados y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 243-264.

Macedo, L. D., De Oliveira, T., Soares, F., Bento-Torres, J., Bento-Torres, N., Anthony, D. C., y Picanço-Diniz, C. (2015). Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation in institutionalized elderly: 12-months follow-up. *Clinical interventions in aging*, 10, 1351.

Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.

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

Mas Esquerdo, J. J., Robles Sánchez, J. I., y Barrachina Plaza, N. (2017). Puntuaciones normativas en la evaluación Cognitiva de Cambridge Revisada (CAMCOG-R) en una muestra clínica española mayor de 60 años de edad en población civil y militar. *Sanidad Militar*, 73(1), 16-23.

Miñana, A. L., Serra, C. M., Pérez, A., Delás, J., y Gregori, F. N. (2011). La ultravejez es normal. *El Ciervo*, 60(719), 18-21.

Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., De Andrés, M. E., y Claver, M. D. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 34(4), 199-208.

Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., De Andrés, M. E., y Claver, M. D. (2013). *El método UMAM de Entrenamiento de Memoria*. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/centros/monograficos/deterioro/UMAM.pdf>

Moreno-Carrillo, C., y Lopera-Restrepo, F. (2010). Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 146-152.

Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D. W., Price, J. L., Rubin, E. H., y Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 58(3), 397-405.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., y Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., y Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of neurology*, 58(12), 1985-1992.

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., y Sager, M. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126-135.

Poon, L. W. (1992). Toward an understanding of cognitive functioning in geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 4(4), 241-266.

Reding, M., Haycox, J., y Blass, J. (1985). Depression in patients referred to a dementia clinic: a three-year prospective study. *Archives of Neurology*, 42(9), 894-896.

Regan, B., y Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: a systematic review of psychological intervention studies. *International psychogeriatrics*, 25(12), 1963-1984.

Reifler, B. V., Larson, E., Teri, L., y Poulsen, M. (1986). Dementia of the Alzheimer's type and depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(12), 855-859.

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

Reisberg, B., Franssen, E. H., Hasan, S. M., Monteiro, I., Boksay, I., Souren, L. E. y Kluger, A. (1999). Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), S28-S36.

Robie, K. J. (1999). An exploration of psychologists' perceptions of the process of psychotherapy for the treatment of psychological concerns and mental disorders in elders who have concomitant dementia.

Roth, M., y Hopkins, B. (1953). Psychological test performance in patients over sixty. I. Senile psychosis and the affective disorders of old age. *Journal of Mental Science*, 99(416), 439-450.

Roth, M., Huppert, F. A., Mountjoy, C. Q., Tym, E., y López-Pousa, S. (2015). *CAMDEX-R: Prueba de Exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez*. Madrid: TEA Ediciones.

Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y 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.

Sheikh, J.I., y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontologist*, 5(1-2), 165-173.

Stanley, M. A., Diefenbach, G. J., y Hopko, D. R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification*, 28(1), 73-117.

Tárraga, L. (1991). Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Tratamientos de psicoestimulación. R. Fernández, J. Nicolás. (Eds.). *Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer*, 112-121.

Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L., y Torrubias, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., y Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508-2516.

Wenisch, E., Cantegreil-Kallen, I., De Rotrou, J., Garrigue, P., Moulin, F., Batouche, F., y Rigaud, A. S. (2007). Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging clinical and experimental research*, 19(4), 316-322.

Wolff, C., Alvarado, R., y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 27(1), 65-74.

World Health Organization [WHO] (2019). Dementia. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yesvage, J. (1993). Differential diagnosis between depression and dementia. *American Journal of Medicine*, 94 (5A), 23-28.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Ideas Irracionales adaptadas a la Tercera Edad

IDEAS IRRACIONALES	II DE ELLIS	TERCERA EDAD
II n°1	"Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad"	"Tienen que quererme mis hijos, mis nietos, toda mi familia y la gente que yo conozco si no me quieren yo no puedo ser feliz. Necesito su cariño y que no se enfaden nunca conmigo. No aguanto que la gente piense mal de mí"
II n°2	"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles"	"Todo hay que hacerlo muy bien. Siempre que hagas algo debes hacerlo de forma perfecta y si no lo consigues, no puedes ser feliz"
II n°3	"Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad"	"Hay gente muy mala por el mundo y hay que enfadarse con ella y castigarla"
II n°4	"Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen"	"Es horrible que las cosas no salgan como quiero que salgan"
II n°5	"La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones"	"Yo no puedo hacer nada cuando me siento mal porque las cosas me hacen mucho daño y no puedo hacer nada por cambiarlas"

Programa de tratamiento de la depresión en
personas con deterioro cognitivo leve

II n°6	"Si algo es o puede ser peligroso, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra"	"Si puede pasar algo malo (un accidente, dar un mal paso, tener problemas con la gente, etc.) uno tiene que darles vueltas y vueltas a la cabeza y estar pensando en lo malo continuamente"
II n°7	"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"	"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"
II n°8	"Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar"	"Siempre hay que depender de alguien que sea más fuerte que uno (un marido, un hijo, un familiar más fuerte que uno, etc.)"
II n°9	"La historia pasada de uno es un determinante de la conducta actual, y algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó, debe seguir afectándole indefinidamente"	"Las cosas que nos han pasado en la vida determinan mi comportamiento de ahora y lo malo que me ha ocurrido me afectará siempre"
II n°10	"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"	"Si puede pasar algo malo uno tiene que darle vueltas y vueltas a la cabeza y estar pensando en lo malo continuamente"
II n°11	"Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe"	"Solo hay una manera de hacer las cosas bien; hacerlo de otra manera es equivocarse"

7.2. Anexo 2: Distorsiones Cognitivas adaptadas a la Tercera Edad

ADULTOS JOVENES	TERCERA EDAD
Pensamiento dicotómico	Ser extremista
Sobregeneralización	Ser exagerado
Abstracción Selectiva	Sacar las cosas de quicio
Descalificación de experiencias positivas	Ser negativo
Inferencia Arbitraria: <ul style="list-style-type: none"> • Adivinación del pensamiento • Adivinación del futuro 	Pensar mal: <ul style="list-style-type: none"> • Pensar mal de los demás • Ser pesimista
Magnificación y minimización	Verse sólo lo malo y no verse lo bueno
Razonamiento emocional	Creerse los malos sentimientos
“Debería”	Obligarse exageradamente, exigirse mucho
Etiquetación	Ponerse etiquetas

7.3. Anexo 3: Actividad para debate ‘El Periódico’.

PERIÓDICO Junio 2018
LAS NOTICIAS DE ACTUALIDAD

Sección Nuestro Pueblo



Todos los ancianos de una Residencia de la Comunidad de Madrid, han dejado de salir de sus habitaciones por que según ellos: "no tenían ganas".

29.03.18 Nº 107 **DIARIO** La noticia que te inspira

Descubrimientos semanales, hoy:

A partir de los 65 años no se puede hacer nada nuevo.



El Confidencial 15 ABRIL 2018
El Periódico de confianza, el de toda la vida



Un Estudio afirma que: "el estado de animo influye en el dolor"

El Confidencial El Periódico de confianza, el de toda la vida



Un Estudio de finales del 2018 define a las personas mayores como: "gruñonas y cascarrabias"



7.4. Anexo 4: Texto Sesión 8 del Programa de Intervención

Este ejercicio consta de dos partes:

- a) Leer el texto en voz alta al menos dos veces
- b) Contestar a las preguntas

Enrique abrió la ventana y se entretuvo unos momentos en contemplar el exterior. Era una mañana luminosa del mes de Marzo y aunque hacía algo de fresco, en el ambiente se respiraba la cercana llegada de la primavera.

De improviso, la cafetera emitió un pitido agudo y prolongado que cortó los pensamientos de Enrique y le hizo darse la vuelta para acercarse rápidamente hasta el fogón y retirarla del fuego. El intenso olor del café recién hecho se extendió por toda la estancia. Enrique se sirvió una taza, puso la radio y sentándose en el viejo sillón de cuero, se dispuso a tomarse el primer café de la mañana.

¿Cuál es el nombre del protagonista de la historia?

.....
.....

¿A qué estación del año se hace referencia en el texto?

.....
.....

¿En qué momento del día se desarrolla la historia?

.....
.....

¿Qué electrodoméstico aparece en el texto?

.....
.....

¿Y qué mes del año?

.....

7.5. Anexo 5: Técnicas entrenamiento autocontrol

<p><i>Técnica de respiración profunda</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta cinco2. Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta cinco3. Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta diez4. Repite el proceso anterior una vez más o las que necesites para calmarte
<p><i>Técnica del volumen fijo</i></p>	<p>Es común en una discusión o momento tenso entre personas subir el volumen de la voz, lo que suele repercutir en que la otra persona suba el volumen de su voz a la vez, lo cual suele seguir aumentando hasta el punto de no estar ninguno escuchando al otro.</p> <p>En estos momentos debemos tomar conciencia de que estamos gritando, fijarnos en la presión que sentimos en la cabeza, la tensión en la garganta y escucharnos a nosotros mismos. Al tomar conciencia de que estamos gritando es cuando tenemos que decirnos a nosotros mismos “para, estás gritando” y recobrar un volumen normal, pese que la otra persona siga aumentando el volumen, tú mantienes tu volumen a un tono normal/bajo. Lo que suele ocurrir en estos momentos es que la otra persona inconscientemente comienza a bajar el volumen de la voz debido a que tú mantienes tu volumen estable, por lo que al final los dos tonos de voz se igualarán.</p> <p>Esto es una manifestación de la capacidad de autocontrol que se refleja en nuestro volumen de la voz, lo que ayudará a rebajar la tensión de la situación y dar paso a intentar hablar de una manera más calmada y escuchándonos realmente el uno al otro, o bien a otras medidas de autocontrol que nos ayuden a finalizar ahí la conversación y ya continuarla en otro momento cuando estemos más tranquilos.</p>

<p><i>Técnica de tiempo fuera</i></p>	<p>Esta técnica es bastante simple pero a la vez es muy útil en los momentos en los que se siente que va a perder el control y dejarse llevar por la impulsividad.</p> <p>La técnica es utilizada una vez que ya se ha llegado a un nivel de tensión muy alto, donde debes percibir la alteración en tu cuerpo (voz, brazos tensos), y centrarte en cómo te estás comportando, ya que estás a punto de verte a ti mismo/a perdiendo el control.</p> <p>En el momento en el que te des cuenta de esto te pararás, y saldrás un momento del lugar donde esté ocurriendo la situación tensa (si puedes, es mejor decir algo como ‘ahora vuelvo’’).</p> <p>En este breve tiempo que estés fuera deberás intentar calmarte y hacer que baje el nerviosismo, ya sea mediante la relajación (respiración profunda), pensando en las consecuencias que puede tener seguir con la conversación de esta manera, o cualquier método que te haya sido útil para encontrar el autocontrol en el pasado.</p> <p>Una vez ya se ha conseguido bajar el nivel de tensión ya se puede volver a intentar retomar la conversación de manera más tranquila.</p>
<p><i>Autoverbalizaciones</i></p>	<p>Para la siguiente técnica debemos fijarnos en los pensamientos negativos que pasan por nuestra cabeza cuando estamos dentro del proceso de perder el control. Es posible que sin darnos cuenta estemos manteniendo un diálogo interno que no nos esté ayudando a rebajar la tensión o las ganas de hacer algo, sino que por el contrario no nos ayude en absoluto.</p> <p>En estos momentos lo mejor es recurrir a las autoverbalizaciones, frases breves o palabras que te dices mentalmente a ti mismo/a con intención de ayudarte a lograr tu propósito de controlar algo.</p> <p>Ejemplos de autoverbalizaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tranquilizadoras: relájate, tranquilo/a, no te metas en un problema, tranquilízate y luego lo hablas que saldrá mejor, respira hondo, etc.- De control: yo soy capaz de manejar la situación y controlarme, no voy a dejar que esto me domine, voy a cumplir mi propósito, habla ordenadamente, no te dejes llevar, etc.

7.6. Anexo 6: Ejemplo de Ficha de trabajo de Funciones Ejecutivas

Atención y FE
Nombre:
Fecha:
Instrucciones: Indique si hay una figura que se repita dentro de la misma fila, y si la hay, rodeélas. Puede ser que haya una figura que se repita, o puede que no haya ninguna.

