

# EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Dra Cruz Santaella  
Médico Especialista Geriatría  
Residencia de Mayores Benquerencia

---

---

# TRASTORNOS AFECTIVOS

## DEPRESIÓN:

- Depresión mayor.
- Depresión menor.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno adaptativo.
- Distimia.

## ANSIEDAD:

- Trastorno de angustia.
  - Fobias.
  - Trastorno obsesivo-compulsivo.
  - Trastorno de ansiedad generalizada.
  - Trastorno de estrés postraumático.
  - T. de ansiedad por enfermedad o sustancias
- 
-

# PREVALENCIA T. ANSIEDAD

- Población anciana: 10%.
  - Kessler et al (2008):
    - Mayores 60 años: 15.3%.
    - Trastorno de angustia 1%.
    - Fobias: 7.5%.
    - Trastorno obsesivo-compulsivo: 0.7%
    - Trastorno de ansiedad generalizada: 3.6%.
    - Trastorno de estrés postraumático: 2.5%.
- 
-

# PREVALENCIA T. DEPRESIVOS

- ENORME VARIABILIDAD:

- Comunidad: 5% - 20%.

- Estudio EURODEP(2004): 12.3%.

- Ancianos hospitalizados: 10% - 21%.

- **Institucionalización: 15% - 35%.**

- Depresión mayor: 8-14%

- Depresión menor: 14-16%

- Trastorno bipolar.

- TRASTORNO ADAPTATIVO.

- **SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: 30-40%**

---

---

# Comorbilidad Depresión - Ansiedad

- Infradiagnosticados.
  - Infratratados.
  - Comunalidad en factores de riesgo:
    - FRCV: HTA, **DM**.
    - Deterioro cognitivo.
    - Dependencia funcional.
    - F. sociales:
      - acontecimientos vitales, red social, **INSTITUCIONALIZACIÓN**.
  - Comorbilidad depresión-ansiedad: 40%.
- 
-

# FACTORES DE RIESGO

## •DEMOGRÁFICOS

## •BIOLÓGICOS:

- CAMBIO SISTEMAS NEUROTRANSMISIÓN.
- MAYOR DILATACIÓN VENTRICULAR.
- HIPOMETABOLISMO CÓRTEX PREFRONTAL.
- GENÉTICOS.

## •ENFERMEDADES ASOCIADAS:

- NEUROLÓGICAS: DEMENCIA – PK -ACV.
- CARDIOPATÍAS.
- CARCINOMAS.

## •FARMACOLÓGICOS:

- ANTI-HTA, BZD, NL, L-DOPA, DIGITAL, CORTICOIDES.
- 
-

# Factores de riesgo

## • PSICOSOCIALES:

- ACONTECIMIENTOS VITALES
  - **ACTIVIDAD FÍSICA DISMINUIDA.**
  - AISLAMIENTO SOCIAL.
  - AMBIENTE.
  - CAMBIO DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA
  - PERCEPCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO
  - DIFICULTADES ECONÓMICAS
  - ESTRÉS CRÓNICO
  - PERCEPCIÓN NEGATIVA DE SALUD
  - PÉRDIDA SERES QUERIDOS
  - REDUCCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN
- 
-

# Factores de riesgo de depresión en mayores de 85 años

(Stek ML, et al. *British Journal of Psychiatry*, 2006)

Characteristic	n (%)	Relative risk (95% CI) <sup>1</sup>	P
Female gender	209 (63)	1.1 (0.6–1.9)	NS
Low educational level	195 (58)	1.0 (0.6–1.7)	NS
Low income	53 (16)	1.6 (0.8–3.1)	NS
Not married <sup>2</sup>	204 (61)	0.8 (0.4–1.5)	NS
Living alone <sup>2</sup>	194 (58)	1.1 (0.7–2.0)	NS
Loss of a spouse <sup>2,5</sup>	56 (17)	0.9 (0.5–1.7)	NS
Presence of loneliness <sup>2</sup>	29 (9)	1.3 (0.5–3.3)	NS
Institutionalisation <sup>2</sup>	23 (7)	3.4 (1.5–7.5)	0.003
Poor daily functioning <sup>2,3</sup>	173 (52)	2.2 (1.3–3.8)	0.006
Presence of chronic diseases <sup>2,4</sup>	249 (75)	1.1 (0.6–2.1)	NS
MMSE score 19–23 points <sup>2</sup>	41 (12)	0.3 (0.04–2.1)	NS
Use of analgesics <sup>2</sup>	81 (24)	1.2 (0.7–2.2)	NS
Use of benzodiazepines <sup>2</sup>	56 (17)	1.1 (0.5–2.2)	NS
GDS–15 score at baseline (per point) <sup>2</sup>	–	1.9 (1.3–2.6)	<0.001

GDS–15, 15-item Geriatric Depression Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination.



# ***FACTORES PROTECTORES***

Revisión Trastornos afectivos en el anciano, Rev.  
Mult. Gerontología 2002:

- BUEN AFRONTAMIENTO DE LA VEJEZ
  - HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
  - ACTIVIDAD PSICOSOCIAL
  - RED APOYO SOCIAL FUNCIONAL
  
  - **ACTIVIDAD:** FÍSICA, OCIO, OCUPACIONAL
- 
-

# *IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO*

- AUMENTA LOS TRASTORNOS COGNITIVOS
  - EMPEORA Y COLABORA EN EL DETERIORO FÍSICO
  - CONTRIBUYE AL DETERIORO FUNCIONAL Y DEPENDENCIA EN AIVD Y ABVD.
  - INCREMENTA LA MORBILIDAD
  - SE ASOCIA AUMENTO LA MORTALIDAD
- 
-

# TRASTORNOS AFECTIVOS E INSTITUCIONALIZACIÓN



# *USUARIO DE INSTITUCIÓN*

- ENVEJECIDO
  - COMORBILIDAD
  - POLIMEDICADO
  - DEPENDENCIA FUNCIONAL
  - PERSONALIDAD PREMÓRBIDA
  - ACONTECIMIENTOS VITALES
  - ESTRÉS CRÓNICO
  - EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN
- 
-

# *INSTITUCIONALIZACIÓN*

- ABANDONO DEL DOMICILIO FAMILIAR.
  - INCORPORACIÓN AMBIENTE EXTRAÑO.
  - EL ANCIANO ES UN DESCONOCIDO.
  - NORMAS DE LA INSTITUCIÓN:
    - LIMITAN AUTONOMÍA E INTIMIDAD.
    - CAMBIO HÁBITOS DE VIDA.
  - ALEJAMIENTO DE RED SOCIOFAMILIAR HABITUAL.
- 
-

# *Institucionalización*

- SENTIMIENTOS DE ABANDONO.
  - CARGA NEGATIVA QUE ASOCIA, A NIVEL SOCIAL, LA INSTITUCIONALIZACIÓN.
  - FALTA DE OBJETIVOS VITALES.
  - AUMENTO AUTOPERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD.
  - ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.
  - *TRAUMA POR REUBICACIÓN*
- 
-

Buendía, J. Y Riquelme, A. (1998): “*La experiencia depresiva en residencias geriátricas*”.

Factores riesgo asociados a depresión en institución:

- **Voluntariedad ingreso.**
  - Dedicación actividades ocio.
  - Percepción de apoyo social.
  - Interacción con residentes/ personal: afecto y respeto.
  - Presencia de **problemas de salud.**
  - Estrés residencial: **soledad, falta afecto.**
  - Falta intimidad.
  - Nostalgia.
  - Las comidas.
  - **Falta de control.**
  - Grado de satisfacción en las visitas familiares.
- 
-

## SMALBRUGGE et al, 2006:

- Factores asociados con depresión al ingreso en una institución:
  - DOLOR
  - DÉFICIT VISUAL
  - EVENTO VASCULAR
  - **DETERIORO FUNCIONAL.**

## KARAKAYA et al, 2009:

Movilidad funcional e independencia en usuarios de residencia era mayor que en ancianos en domicilio, pero la presencia de **síntomas depresivos y percepción de peor calidad de vida** era mayor.

---

---



# EVALUACIÓN TRASTORNOS AFECTIVOS EN RESIDENCIAS



# ***DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS***

- Ausencia criterios diagnósticos.
  - Medidas empleadas: entrevistas y escalas.
  - Características clínicas propias del anciano con trastorno afectivo: síntomas somáticos.
  - Dificultad en reconocimiento de sintomatología afectiva por parte del anciano.
  - **COMORBILIDAD** con procesos somáticos, cognitivos, personalidad, otros.
  - **SINTOMATOLOGÍA SUBCLÍNICA**: no cumple criterios.
  - **AGEÍSMO**.
- 
-

# *DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN*

- Anamnesis:
    - Antecedentes personales.
    - Sintomatología depresiva.
    - Información familiares, cuidadores, profesionales.
  - Valoración geriátrica integral.
  - Exploración física.
  - Analítica (TSH, cortisol, hemograma, BUN).
  - Neuroimagen (TAC, RNM).
  - Evaluación de trastorno depresivo.
- 
-

# *EVALUACIÓN T. DEPRESIVO*

- Entrevistas.
  - ESCALAS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL:
    - Autoaplicadas.
    - Heteroaplicadas.
  - Autorregistros.
  - Observación conductual.
  - Manual de criterios diagnósticos (DSM-IV, CIE 10).
- 
-

# *ENTREVISTA*

Favorecer la **comunicación** y facilitar la relación terapéutica.

Reducir la carga de ansiedad.

**Respetar su ritmo.**

El terapeuta debe convertirse en reforzante.

Deben evaluarse las **expectativas** y la **experiencia** previa respecto al problema, así como la relación terapéutica.

Hablar con **claridad.**

---

---

# *Entrevista*

No **minimizar** la importancia del problema.

Controlar la actitud propia hacia la vejez, el problema y los trastornos afectivos.

Desarrollar **conductas de proximidad**, aumentando la confianza del paciente y reduciendo las posibles actitudes de precaución.

**Programar** intervención y tratamiento.

**Lograr un acuerdo terapéutico.**

Evaluar las condiciones para la terapia y prepararla bien, de acuerdo a las necesidades del sujeto.

---

---

## •Entrevistas estructuradas:

- CARE: creada para ancianos.
- SHORT-CARE: screening.
- OARS: depresión en comunidad, no en instituciones.

## •Entrevistas no estructuradas:

- SCAN: no recoge componentes específicos de depresión en ancianos.



# Escalas para la evaluación de la Depresión en el anciano (1)

<u>INSTRUMENTO</u>	<u>AÑO</u>	<u>TIPO</u>	<u>INDICACIÓN</u>	<u>TIEMPO</u>
<b>GDS Yesavage</b>	1983	autoinforme	Dep. ancianos.	5 - 10
<b>Hamilton DRS</b>	1960	semi-estruct.	Dep. adultos	20 - 30
Beck Dep. Inventory	1961	autoinforme	Dep. adultos	20
EVANS	1993	pacient/cuid.	Enferm. física	10 - 15
BASDEC	1992	auto. Assisitit	Anc. ingresados	2 - 8
SELFCARE (D)	1987	autoinforme	Dep. ancianos	15
CES-D	1986	autoinforme	Sreening	5
<b>Cornell Scale DD</b>	1988	observacional	<b>Demencia</b>	20 f.+10 p.



# Escalas para la evaluación de la Depresión en el anciano (2)

<u>INSTRUMENTO</u>	<u>AÑO</u>	<u>TIPO</u>	<u>INDICACIÓN</u>	<u>TIEMPO</u>
Depressive Signs S.	1985	E.pacient/fam.	<i>Demencia</i>	10
Carroll Rating Scale	1981	autoinforme	Screening.	15
Mood Scales-Elderly Emotionalism and	1988	autoinforme	Dep. ancianos.	25
Mood dis.after Stroke	1989	clínic/inf/cuid	Post-AVC	15
<b>Montorio (BDI)</b>	1990	autoinforme	Anc. INSTITUC.	19items
<b>Buz (Mini-GDS)</b>	1996	autoinforme	Anc. INSTITUC.	8Items
<b>GDS-15</b>		autoinforme	Anc. INSTITUC.	15items

# YESAVAGE (GDS)

- Específico ancianos SIN deterioro cognitivo.
- No contiene ítems somáticos.
- 30 ítems:
  - Pto corte 11: S 84% - E 95%.
  - Pto corte 14. S: 80% - E: 100%.
- 15 ítems: pto corte 5-6. S 85% – E 74%.
- 8 ítems: sensibilidad baja.
- Validez:
  - WATSON et al; 2009: **GDS 15 MÉTODO SCREENING EN RESIDENCIAS .**
  - KALLENBACH and RIGLER, 2006: MMSE>15.

ÍTEM	ELIJA SÍ O NO SEGÚN SE HAYA SENTIDO LAS ÚLTIMAS SEMANAS	SÍ	NO
1	¿Esta satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Le parece tener más problemas de memoria que los demás?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta mucho esfuerzo empezar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	1	0
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>		<b>15</b>	

*Interpretación:*

- Punto de corte: puntuación igual o mayor a 6.
- 0 a 5: Normal.
- 6 a 10: Depresión leve.
- > 10: Depresión severa.

**MINI-GDS 8 (BUZ, 1996)**

(Versión española para ancianos institucionalizados)

(Elija la respuesta SÍ o NO según se haya sentido las últimas semanas)

1	¿Está usted, en general, satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2	¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
3	¿Tiene miedo de que le vaya a ocurrir algo malo?	SÍ	NO
4	¿Está preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	SÍ	NO
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6	¿Se siente a menudo desanimado y triste?	SÍ	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8	¿Se encuentra alegre al levantarse por la mañana?	SÍ	NO

# CORNELL

- Depresión en ancianos con deterioro cognitivo.
  - Escala observacional: cuidador experto.
  - No tiene punto de corte.
  - SNOWDON, 2010:
    - T. ideación: difíciles de valorar en DC avanzado.
    - Puntuaciones >12: escasa modificación tras TTO.
    - Ítems somáticos: ¿validez en pluripatología, deterioro funcional y deterioro cognitivo?
    - Importancia implicación del equipo de trabajo
- 
-

Alexopoulos, G., Abrams, R., Young, R. y Shamoian, C. (1988)  
 Adaptación de González, J.I., Gutiérrez, J. y Alarcón, M.T. (1998)

Puntuación: A = no evaluado; 0 = ausente o no aparece; 1 = ligero o intermitente; 2 = severo o frecuente.

#### ALTERACIONES DEL HUMOR

1. Ansiedad	A	0	1	2
2. Tristeza	A	0	1	2
3. Pérdida de reactividad frente a acontecimientos alegres	A	0	1	2
4. Irritabilidad	A	0	1	2

#### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

5. Agitación	A	0	1	2
6. Retardo-lentitud	A	0	1	2
7. Múltiples quejas físicas	A	0	1	2
8. Pérdida de interés	A	0	1	2

#### SÍNTOMAS FÍSICOS

9. Pérdida de apetito	A	0	1	2
10. Pérdida de peso	A	0	1	2
11. Pérdida de energía	A	0	1	2

#### RITMOS CIRCADIANOS

12. Variación diurna de síntomas de ánimo	A	0	1	2
13. Dificultad para dormir	A	0	1	2
14. Despertar múltiple durante el sueño	A	0	1	2
15. Despertar precoz o de madrugada	A	0	1	2

#### RITMOS CIRCADIANOS

16. Ideas de suicidio	A	0	1	2
17. Baja autoestima	A	0	1	2
18. Pesimismo	A	0	1	2
19. Delirios congruentes con el ánimo: pobreza, enfermedad, pérdida	A	0	1	2

Corrección: Según la versión de González et al., no hay punto de corte; A mayor número de ítems/puntuación, mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo.



# *VENTAJAS DE LAS ESCALAS*

Facilitan la **valoración a profesionales no expertos**.

Aportan objetividad en el estudio de pacientes.

Sistema de **apoyo a la investigación**.

¿Permiten conocer grado de mejoría y efecto de los tratamientos?.

Cuantifican la sintomatología e intensidad de la depresión.



# ***INCONVENIENTES***

No valoran la interacción con variables personales.

Ausencia de criterios específicos de depresión en ancianos.

Escalas poco validadas en ancianos.

Dificultades en la validez de constructo de las escalas: síntomas somáticos.

Dificultad en terminología para el anciano.

Dificultad por la complejidad para el anciano.

No colaboración del paciente en ciertos ítems.

---

---

# *DEPRESIÓN EN EL ANCIANO*

## *DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL*

Demencia

Síndrome confusional agudo

Hipocondriasis

Trastornos del sueño

Duelo normal

Depresión inducida por sustancias

Depresión debida a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad.

Trastornos psicóticos y paranoides

---

---



Evaluar y clasificar los trastornos del paciente es necesario, pero debemos ser conscientes que nuestra capacidad de aprehender la realidad de éste es difícil, que la posibilidad de transmitir esa información es limitada o simbólica y que las clasificaciones no deben impedir poder captar la individualidad del paciente.

---

---

# PREVENCIÓN TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO



## • PREVENCIÓN PRIMARIA:

- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.
- EPIDEMIOLOGÍA.

## • PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN INDIVIDUOS DE RIESGO.
- SCREENING.
- TRATAMIENTO.

## • PREVENCIÓN TERCIARIA:

- PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS.
  - TRATAMIENTO.
- 
-

¿PREVENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN?



# ***PREVENCIÓN PRIMARIA***

- PROMOVER FACTORES PROTECTORES.
  - DETECTAR RESIDENTES CON FACTORES DE RIESGO.
  - VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA AL INGRESO.
  - VALORACIÓN ANTE SIGNOS DE ALARMA:
    - Tristeza, llanto fácil, descuido en arreglo personal, insomnio, molestias inespecíficas, cansancio, hiporexia, problemas de memoria, problemas de atención, enlentecimiento.
    - PACIENTES CON DEMENCIA.
- 
-

# *PREVENCIÓN SECUNDARIA*

- TEST SCREENING EN RESIDENTES CON FACTORES DE RIESGO:

- GDS 15.
- CORNELL.

- TRATAMIENTO INTEGRADO, PRECOZ Y COMPLETO:

- FARMACOLÓGICAS
- NO FARMACOLÓGICAS

- ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA ESPECIALIZADA.

---

---

# Medidas No Farmacológicas

- MEYERS BS, 2002:
    - ◆ La **terapia cognitivo-conductual** y la **psicoterapia** interpersonal en combinación con TTO antidepresivo prolongan la duración de la remisión después de un episodio agudo.
  - BARUCHA et al, 2006:
    - ◆ Las intervenciones psicoterapéuticas han sido **infraestudiadas e infrautilizadas**.
  - MEEKS et al, 2008:
    - ◆ **BE-ACTIV**: reduce barreras institucionales para participar en actividades de ocio, aumenta participación, mejora la sintomatología depresiva.
- 
-

# Medidas no farmacológicas

- KALLENBACH and RIGLER, 2006:
    - ◆ Deterioro cognitivo de larga evolución se han usado **otras estrategias**: musicoterapia, arteterapia, **ejercicio**, estimulación multisensorial, terapia con animales.
  - K.-J. CHIANG et al, 2010:
    - Efectos positivos a corto plazo de la terapia de **reminiscencia** en depresión, bienestar psicológico y aislamiento, entre varones ancianos institucionalizados.
- 
-



# Consenso Am.Ger.Soc 2003

**Table 7.** Recommendations for Treatment of Depression in Nursing Homes From the Consensus Statement on Improving Quality of Mental Health Care in US Nursing Homes From the American Geriatrics Society and the American Association for Geriatric Psychiatry<sup>3</sup>

1. Screen for depression 2 to 4 weeks after admission and again every 6 months. Screen whenever there is a new onset of, or worsening of, depressive symptoms. Evaluation should include psychological, situational, and medical factors.
2. Depression screening instruments should be used. Self-report scales should be used only for persons with no more than mild-moderate cognitive impairment. Observer-rated scales, such as the CSDD, should be used for those with moderate to severe dementia.
3. The Minimum Data Set alone may not be sufficient.
4. Make an immediate mental health referral for those with suicidal ideation.
5. Depression with psychotic features not responding to treatment should generally be referred to mental health professionals, although some primary providers may be qualified.
6. Use nonpharmacologic interventions in combination with antidepressant medications for major depression.
7. Minor depression treatment options include antidepressant medication, nonpharmacologic interventions, or watchful waiting. Treatment should be individualized based on severity, preferences, and prior history.
8. Psychotherapeutic modalities may be helpful for selected residents. Consider increased social activities and/or other meaningful activities such as volunteering, religious activities, etc.
9. First-line treatment for major depression includes antidepressant medication.
10. SSRIs are generally most appropriate for first-line treatment, although other classes of non-TCA antidepressants may also be appropriate for first-line treatment.
11. Avoid amitriptyline, doxepin, monoamine oxidase inhibitors, and clomipramine.

CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant.

# *PREVENCIÓN TERCIARIA*

- EVOLUCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL RESIDENTE POR PARTE DEL EQUIPO.
  - REHABILITACIÓN - RECUPERACIÓN.
  - PREVENIR COMPLICACIONES.
  - PROMOVER CALIDAD DE VIDA.
  - APOYO Y ASESORAMIENTO: profesionales, cuidadores y familiares.
- 
-

# EXPERIENCIAS ORIENTADORAS EN INSTITUCIONALIZACIÓN



- *Improving treatment for depression in the Nursing Home Population: Integrating the model of the Depression Care Manager. Harv. Rev. Psychiatry 2007; 15:128-132.*
  - Revisión.
  - Estudios PROSPECT e IMPACT.
  - Nursing home: modelo atención primaria con **ventajas**:
    - Paciente vive donde le cuidan
    - Supervisión tratamiento
    - **Profesionales** interactúan diariamente con el paciente
  - **CARE MANAGER**
  - **Psicoterapia**
  - Psicogeriatría
- 
-

# *Managing Depression. Provider. 2008 Septiembre.*

- Programa **preventivo** de manejo de la depresión.
  - Ambiente institucional
  - Nivel 1:
    - Plan **individualizado** de actividades ocio y **ejercicio físico** a individuo en riesgo. 6 semanas.
  - Nivel 2:
    - TS investiga causas del cuadro y orienta el caso según las necesidades detectadas.
  - Nivel 3:
    - Intervención Psicológica / Psiquiatría.
- 
-

*The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. Aging and Mental Health, March 2009, 288-299.*

- Actividades CBT:
  - Diario de sentimientos, situaciones de estrés, relación pensamientos-ánimo, técnicas modificar pensamientos, identificar y planificar actividades agradables, prevenir la tristeza/ melancolía.
- CBT es beneficiosa en depresión subsindrómica:
  - Alto nivel satisfacción con el grupo
  - Prevención sentimientos futuros de tristeza
  - GDS mejora y se mantiene a los 6 meses.
- Importancia de profesionales involucrados



# HACIA UNA NUEVA RESIDENCIA

- AMBIENTE FUNCIONAL Y DE APOYO, QUE PROMUEVA LA AUTONOMÍA, SEGURIDAD Y BIENESTAR.
  - ENTORNO FAMILIAR Y DOMÉSTICO
  - PROMOVER RELACIONES RESIDENTE - MUNDO EXTERIOR
  - PROMOVER, MANTENER Y RECUPERAR EL MAYOR NIVEL POSIBLE DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL
  - RESPETAR, CONSERVAR Y PROMOVER LA AUTONOMÍA PERSONAL EN LA TOMA DE DECISIONES
  - ALCANZAR EL MÁXIMO GRADO DE CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR PERCIBIDO Y SATISFACCIÓN
  - ATENCIÓN ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS
  - ENFERMEDAD TERMINAL: COMODIDAD, DIGNIDAD Y ATENCIÓN A LA FAMILIA.
  - ASISTENCIA EN EL MOMENTO DE LA MUERTE
- 
-

# *Hacia una nueva residencia*

- Residencias de puertas abiertas
  - Horarios flexibles
  - Distintas áreas de actividad
  - Atención multiprofesional
  - Trabajo en equipo interdisciplinar
  - Espacios de participación y toma decisiones
  - Apertura y re-integración en la comunidad
  - Apoyo y trabajo con familiares
  - Apoyo y formación a profesionales
- 
-



# ***AGRADECIMIENTOS***

Equipo interdisciplinario y multiprofesional de la  
Residencia de Mayores Benquerencia

Dr Raúl Cifuentes Cáceres

---

---

¡MUCHAS GRACIAS!



# *Residencia Mayores Benquerencia*

- Población muy compleja
  - Equipo interdisciplinar: médicos, enfermería, auxiliares, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, animadoras, logopeda, farmacéutica y psicogeriatra.
  - Trabajo en equipo y Continuidad de cuidados
  - Espacios de participación: comisión alimentación, com. Ocio, com. Familiares.
  - Programas de formación y apoyo a personal auxiliar.
- 
-

- Actividad física: psicomotricidad, gimnasio, actividad asistida, actividad autónoma dirigida.
  - Programas PSC: P. adaptación al ingreso, Terapia grupal, T. individual, P. duelo.
  - Comunidad: salidas semanales, voluntariado, participación en actividades comunitarias, biblioteca, ludoteca
  - Deterioro cognitivo avanzado: musicoterapia, salidas al exterior, Snoozelen
- 
-

# ***BIBLIOGRAFÍA***

Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S. Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *J Gerontol Soc Work*. 2009 Oct; 52(7):668-85.

Meeks S, Young CM, Looney SW. Activity participation and effect among nursing home residents: support for a behavioural model of depression. *Aging Ment Health*. 2007 Nov; 11(6): 751-60.

---

---