Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Secretaría

PUCE

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **DAYANNA PAULINA SAMANIEGO MOSQUERA** con **CC. 172210123-3,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL TRASFONDO CLÍNICO EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEPRESIÓN". Estudio cualitativo realizado en profesionales implicados en la práctica clínica en salud mental durante el periodo de febrero a marzo del 2019,** previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2020

Dayanna P. Samaniego

DAYANNA PAULINA SAMANIEGO MOSQUERA
CC. 172210123-3

IHS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

EL TRASFONDO CLÍNICO EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEPRESIÓN

ESTUDIO CUALITATIVO REALIZADO EN PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MARZO DE 2019

AUTORA: DAYANNA PAULINA SAMANIEGO MOSQUERA

DIRECTOR: DR. CARLOS ALBERTO RAMOS GALARZA, PHD

QUITO, 2019

Quito, 14 de junio del 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

El Prof. Dr. Carlos Alberto Ramos Galarza, PhD. en su calidad de Guía de Tesis de la estudiante Dayanna Paulina Samaniego Mosquera con CI 1722101233, candidata al grado académico de Psicóloga Clínica, declara que la Disertación titulada "EL TRASFONDO CLÍNICO EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEPRESIÓN. ESTUDIO CUALITATIVO REALIZADO EN PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2019", cumple con todos los requisitos establecidos dentro del proceso de titulación. Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Cordialmente,

Dr. Carlos Ramos Galarza, PhD

Profesor Titular Principal

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mi madre, Paulina Mosquera, quien con su interés y apoyo me ha impulsado a avanzar en mis logros. También a mi padre, Fausto Samaniego, mi pilar fundamental que con su esfuerzo económico y sus consejos ha sabido apoyarme en esta etapa universitaria. A mis abuelos, Teresa Samaniego, con amor incondicional y Galo Esteban Mosquera, que a pesar de su enfermedad y reciente fallecimiento nunca ha dejado de estar. A mis hermanos, amigos y demás familiares por el apoyo que me brindaron en el proceso.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mis padres, que, a pesar de no estar juntos, cada uno ha brindado los valores y el apoyo necesarios para ser una gran profesional. Agradezco a mi tutor de tesis el Dr. Carlos Ramos Galarza, por su apoyo, conocimiento y motivación para culminar esta etapa. A los profesionales implicados en salud mental, que me brindaron un espacio de enseñanza durante este proceso. Finalmente, a todos aquellos pacientes con enfermedad de Alzheimer o depresión que han sido mal diagnosticados, y a sus familias, a ellos les debo mi interés por esta disertación.

Contenido

Introducción VII

1 DEMENCIA 1

1.1 Principales tipos de demencias 2

1.2 Enfermedad de Alzheimer 3

1.3 Epidemiología y factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer 4

1.4 Criterios diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer y observación clínica 7

1.4.1 Proceso de evaluación 13

1.5 Fases de la enfermedad de Alzheimer 15

1.6 Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer 18

2 DEPRESIÓN 22

2.1 Conceptualización histórica de la depresión 23

2.2 Depresión en el anciano 25

2.3 Epidemiología y etiología de la depresión en el adulto mayor 26

2.4 Criterios diagnósticos para la depresión 29

2.5 Observación clínica 36

2.6 Proceso de evaluación 38

2.7 Neuropsicología de la depresión 40

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 42

4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN 43

5 MÉTODO 44

5.1 Participantes 44

5.2 Diseño de investigación 45

5.3 Técnica de recolección de datos 45

5.4 Técnica de análisis de datos 45

5.5 Procedimiento 45

6 RESULTADOS 47

Seudodemencia 47

Grupos multidisciplinarios 47

Enfatización de síntomas y queja subjetiva 49

Trabajar con la familia del paciente 50
Enriquecimiento a través del diagnóstico diferencial 52
El valor de la psicoeducación en el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión 53
La diferencia entre el servicio de salud público y privado 54
Paradigma codificado 55
7 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 59
8 BIBLIOGRAFÍA 67

Resumen

Introducción. La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno de tipo degenerativo que ataca a los procesos mentales superiores, en los cuales se encuentra la memoria, el lenguaje, etc., y que podría llevar a un cuadro depresivo. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un mal funcionamiento en cuanto a la liberación de serotonina en el cerebro, generando así un estado de tristeza que podría variar según la intensidad del cuadro y que a su vez podría generar un cuadro demencial, es decir, existe una relación entre EA y depresión en cuanto que la una podría llevar hacia la otra o la aparición de ambos cuadros clínicos al mismo tiempo, por lo que el diagnóstico diferencial se dificulta en muchos de los casos. **Objetivo.** Identificar las construcciones subjetivas de los profesionales de la salud sobre el proceso de diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión. **Metodología.** A través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud implicados en práctica clínica, a través de la teoría crítico constructivista que generará reflexión a partir del problema planteado. **Resultados.** La investigación permitió dar cuenta de que no solo existen problemas a nivel de diagnóstico diferencial, sino que existe un trasfondo dentro del proceso diagnóstico. Se encontraron varias categorías a través del método de codificación abierta, tales como: seudodemencia, grupos multidisciplinarios, enfatización de síntomas y queja subjetiva, trabajo con la familia del paciente, enriquecimiento a través del diagnóstico diferencial, el valor de la psicoeducación y la diferencia entre el servicio de salud pública y privada. **Conclusión.** Los resultados mostraron que debe haber una práctica con mayor reflexión, ya que se podría perjudicar a seres humanos vulnerables.

Palabras clave: Alzheimer, depresión, diagnóstico diferencial, salud mental, adulto mayor.

Abstract

Introduction. Alzheimer's disease (AD) is a degenerative disorder that attacks the higher mental processes, in which there is memory, language, etc., and that could lead to a depressive condition. Depression is a mood disorder that is characterized by a malfunction in the release of serotonin in the brain, thus generating a state of sadness that could vary according to the intensity of the picture and which in turn could generate a picture dementia, that is, there is a relationship between AD and depression in that one could lead to the other or the appearance of both clinical conditions at the same time, so that the differential diagnosis is difficult in many cases. **Objective.** Identify the subjective constructions of health professionals about the differential diagnosis process between Alzheimer's disease and depression. **Methodology.** Through semi-structured interviews with health professionals involved in clinical practice, through the constructivist critical theory that will generate reflection from the problem posed. **Results** The investigation allowed us to realize that there are not only problems at the level of differential diagnosis, but that there is a background within the diagnostic process. Several categories were found through the open coding method, such as: pseudodementia, multidisciplinary groups, symptom emphasis and subjective complaint, work with the patient's family, enrichment through differential diagnosis, the value of psychoeducation and the difference between Public and private health service. **Conclusion.** The results showed that there should be a practice with greater reflection, as it could harm vulnerable human beings.

Keywords: Alzheimer, depression, differential diagnosis, mental health, elderly.

Introducción

La presente investigación abarca los conceptos de enfermedad de Alzheimer y depresión, junto con sus criterios diagnósticos correspondientes que ayudarán al lector a identificar la diferencia entre las mismas. En esta investigación se plantea abordar el trasfondo clínico a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud implicados en la práctica clínica en relación al diagnóstico diferencial de Alzheimer y depresión.

De la misma manera, a través de la experiencia clínica de los profesionales entrevistados se logrará llegar al trasfondo detrás del proceso diagnóstico entre dichos cuadros, ya que la identificación de estas enfermedades implica muchas veces una confusión, ya sea en su aparición o en sus síntomas de inicio.

Según la OMS: "en la mayoría de los países hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que da lugar a estigmatización y a obstáculos para acceder al diagnóstico y a la atención" (OMS, 10 datos sobre la demencia, 2017, pág. 1). Es decir, la demencia afecta de manera psicológica cuando el trastorno ha sido diagnosticado erróneamente por los profesionales de la salud, ocasionando que en círculo familiar y social del paciente existan factores adversos que impidan una estabilización adecuada. Por otro lado, la depresión también implica un problema de salud pública, ya que: "la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración" (OMS, Hablemos de depresión, 2017, pág. 2).

En la enfermedad de Alzheimer se presenta afecciones a nivel cognitivo como la memoria, el aprendizaje, etc., mientras que en la depresión se manifiestan afecciones a nivel efectivo. Por lo que existe una confusión entre las dos, ya que muchas de las veces la depresión se muestra con deficiencia en el plano intelectual, que confunde al especialista acerca de una verdadera demencia y dicha depresión (Clériga, 2014, pág. 1).

Por tanto, lo que se busca en la presente investigación es dejar en evidencia aquellas interrogantes que surgen durante el proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión y así poder prevenir un mal diagnóstico clínico, aportando así a un proceso diagnóstico ético frente al paciente y su familia.

En este contexto, la teoría crítico constructivista será la que ayudare al proceso investigativo, ya que pondrá en reflexión personal y crítica, por parte del investigador, el problema mencionado anteriormente para generar cambios ante el contexto social, tomando en cuenta que el conocimiento no es absoluto y que los fenómenos sociales se encuentran en constante cambio (Ramos, 2015).

La investigación está conformada por siete capítulos. En los dos primeros se encuentra una profundización de los conceptos de enfermedad de Alzheimer y depresión junto con sus criterios diagnósticos, epidemiología, proceso de evaluación, entre otras, que permitan al lector empaparse de información de dichos conceptos. En el tercer y cuarto capítulo se encuentra el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación. En el quinto capítulo se realizará una descripción del método a utilizarse, los participantes escogidos para la investigación, diseño, técnica de recolección de datos, la técnica de análisis y procedimiento. En el sexto capítulo se encuentran los resultados de la investigación ubicados en categorías permitentes para la misma. Por último, en el séptimo capítulo se encuentra la discusión de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

1 DEMENCIA

El Comité de Geriatría del Royal College of Physicians, en 1981, menciona que la demencia es una afección general de los procesos mentales superiores, que incluye la disminución de la memoria, problemas en la ejecución de actividades motoras, dificultad en la resolución de problemas y relaciones interpersonales (García & Criado, 2017, pág. 49).

Según Ardilla y Rosselli (2007, pág. 238), la demencia es un proceso de deterioro cognitivo, es decir, de aquellas funciones como la memoria, el lenguaje, razonamiento, etc., que producen un cambio no solo a nivel comportamental, sino también emocional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2019), se refiere a la demencia como un trastorno a nivel cerebral, donde su naturaleza generalmente es progresiva o se presenta de manera crónica, donde existe un deterioro de varios procesos mentales superiores como: la inteligencia, la memoria, raciocinio, lenguaje, etc.

Según García y Criado (2017, pág. 50), la demencia es el desarrollo de múltiples afecciones a nivel cognitivo que interfieren en la memoria y otras alteraciones como: agnosia, apraxia, etc., que incluyen cambios en las funciones ejecutivas. Dichos cambios son lo suficientemente significantes en la vida de la persona con demencia, ya que incurre en su vida tanto social como laboral, que denota una disminución de su cotidianidad.

1.1 Principales tipos de demencias

A continuación, se enumerarán los principales tipos de demencias, basándonos en cuatro categorías: demencias frontotemporales (DFT), demencias vasculares, demencias parkinsonianas y enfermedad de Alzheimer basado en la clasificación realizadas por García y Criado (2017, págs. 54-56):

- Demencia frontotemporal: Según la doctora E. Toribio, el comienzo de la DFT es entre los 45 y 65 años, una edad a la que ella llama presenil. Tiene una duración aproximada de 8 años, aunque puede oscilar entre los 3 a 17 años. Su evolución es progresiva. La DFT, como su nombre mismo lo dice, presenta falencias en la región prefrontal, adoptando una forma de "hoja de cuchillo", por lo que no se presenta una afección en la memoria sino hasta que la enfermedad ha progresado significativamente.
- Demencia vascular: su rango de edad oscila entre los 60 y 70 años, tiene un patrón del 15 al 30% en familiares de pacientes con demencia. Posee síntomas y signos como labilidad a nivel conductual.
- Demencia parkinsoniana: demencias de tipo motor, es decir del movimiento, donde las neuronas no producen suficiente dopamina que aumentan con la edad de la persona, que se caracterizan por presentar rigidez, temblor cuando la persona se encuentra en reposo, se reduce su expresión facial y enlentecimiento en brazos, es decir, menor balanceo, lo que genera que el centro de gravedad tiene menor rigidez dentro de la base de apoyo de la persona.
- Enfermedad de Alzheimer: su prevalencia en la población mundial va entre 44-46,8 millones de personas, por lo que dentro de la presente investigación se profundizará a la enfermedad de Alzheimer en el siguiente punto.

1.2 Enfermedad de Alzheimer

El término de la enfermedad "Alzheimer" (EA) hace referencia al médico bávaro Alois Alzheimer, que en base a su estudio con una paciente en un asilo mental, da cuenta de que dicha paciente presentaba durante el estudio un deterioro en sus funciones mentales superiores. Por otro lado, Alois fue evidenciando cambios no solo a nivel de lenguaje, memoria, desorientación, etc., sino también en cuanto a su personalidad y a nivel psicosocial (Deus, Deví, & Saínz, 2018, pág. 59). Las causas de la enfermedad de Alzheimer son aún desconocidas, aunque es considerada una enfermedad compleja y varios factores causales (Valls-Pedret, Molinuevo, & Rami, 2010, pág. 471).

La enfermedad de Alzheimer puede definirse como:

> Un síndrome neurodegenerativo que se caracteriza por un declive en el funcionamiento intelectual que abarca funciones como la memoria, el lenguaje, las praxias, las gnosias, así como las funciones ejecutivas y que con el paso del tiempo genera una pérdida o deterioro global en cada uno de los siguientes procesos cognitivos como: orientación, atención, memoria, lenguaje, praxias, percepción y funciones ejecutivas (Arango, Fernández, & Ardila, 2003, pág. 197).

Por otro lado, según el CIE-10, la enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia que se presenta a menudo en comparación a las otras clasificaciones y como punto principal de motivo de consulta es la pérdida de la memoria. De la misma manera, dicho manual menciona que el deterioro se presenta de manera lenta en comparación al periodo anterior en el que la persona se encontraba, comprometiendo así procesos mentales superiores como la capacidad de atención, praxias, el habla, inteligencia, relaciones sociales, etc., que se

presentan mediante la enfermedad avanza (Organización Mundial de la Salud (CIE-10), 1992).

1.3 Epidemiología y factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer

Actualmente, se aproxima que 900 millones de personas alcanzan la edad de 60 años o mayor a ésta. Se calcula que del 2015 al 2050 la senilidad en la población del adulto mayor tendrá un aumento significativo. Este dato toma prevalencia en relación a las demencias y sobre todo a la enfermedad de Alzheimer (Deus et al., 2018, pág. 67).

Se considera importante las cifras que lanzaron varios estudios realizados acerca de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, donde a pesar de que los criterios diagnósticos fueron los mismos, existieron variaciones en cuanto a la metodología. Por lo que:

> Se estima que su prevalencia en la población mundial es de un rango entre 44-46,8 millones de personas. Sin embargo, se especula que solo 11 millones habrían sido oficialmente diagnosticados. Se proyecta que dicho número se duplica cada veinte años, alcanzando la escalofriante cifra de 74,7 millones en 2030, y entre los 115,4-131,5 millones en 2050 (Deus et al., 2018, pág. 68).

Según Deus, Deví y Sáinz (2018, págs. 69-72), los factores de riesgo que se consideran dentro de la enfermedad de Alzheimer se dividen en dos:

Tabla 1

Modificables	No modificables
• Bajo nivel educacional y de estimulación cognitiva: presuntamente, la educación genera	• Edad: principal factor de riesgo para presentar la enfermedad de Alzheimer. Varios estudios no

en el cerebro una optimización de funciones neuronales para prevenir el padecimiento de una demencia.

- Hipertensión arterial: es usual que personas entre los 40 y 70 años de edad desarrollen una demencia o se incremente el riego de padecer a partir de una hipertensión arterial sostenida o por la presencia de una afección vascular.
- Obesidad: varios estudios han relacionado los índices de masa corporal por encima de 25 con el incremento de riesgo a padecer EA.
- Diabetes mellitus (DM): además de que se relaciona con el deterioro neuropsicológico en pacientes que no poseen demencia, la diabetes mellitus de tipo 2 incrementa el riesgo de EA.
- Enfermedad cerebrovascular: la afección cerebrovascular podría estar asociada al daño neuronal, lo que eleva el riesgo para EA; aunque los mecanismos no estén clarificados.
- Tabaquismo: es posible que el tabaquismo incremente el riesgo de padecimiento de EA, ya que está relacionado con la afección cerebral vascular.

concuerdan con la dependencia entre demencia y longevidad, por lo que se ha observado un incremento de la enfermedad de Alzheimer y demencia del 20-30% a los 85 años de la persona. Existe una prevalencia en mayores de 80 años de un 50-65% en demencia; pero se inicia años antes por el proceso neurodegenerativo.

- Genética: variaciones genéticas familiares incrementan el riesgo para el desarrollo de una demencia. Así es que, el riesgo genético se ve más relacionado con la enfermedad de Alzheimer heredada y esporádica, ésta última con una heredabilidad aproximada del 58 al 79%.

• Alcohol: según varios estudios, la ingesta de alcohol en grandes cantidades aumenta el riesgo de adquirir EA. • Estrés: ya que al estar bajo estrés el cuerpo libera cortisol y la continua liberación del mismo podría generar cambios en los procesos neurológicos, aumentando así el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. • Dieta: se evidencia que la dieta mediterránea aumenta el riesgo de generar EA, al igual que la ingesta de vino y poca cantidad de carne roja.	

Adaptado de Deus, Deví & Sáinz, 2018, pág. 69-72

1.4 Criterios diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer y observación clínica

Dentro de este punto, se considerarán varios criterios diagnósticos tomados de dos manuales de clasificación para las enfermedades mentales, dentro de los cuales se encuentran las enfermedades neurodegenerativas, lo que nos permitirá un mejor campo de visualización acerca de las consideraciones diagnósticas para un EA.

Según el DSM-V:

Tabla 2

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno neurocognitivo menor

A.	Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos: 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a una declive modesto de las funciones cognitivas. 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de una o dos variaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
B.	Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como medicación o manejo de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la dependencia.
C.	Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium*.
D.	Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. eje., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Adaptado de López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015, pág. 5.

Dentro del mismo manual se encuentra:

Tabla 3

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno neurocognitivo mayor.

A.	Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos: 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas. 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B.	Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).
C.	Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium*.
D.	Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. eje., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Adaptado de López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015, pág. 5.

Por otro lado, según el CIE-10:

Tabla 4

Criterios diagnósticos según el CIE-10.

A.	Presencia de un cuadro demencial, como el descrito más arriba.
B.	Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
C.	Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral ó sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).
D.	Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).

Adaptado de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 1992.

Dentro de los criterios de enfermedad de Alzheimer proporcionados por el CIE-10, también se encuentran varias consideraciones según el inicio de la enfermedad:

Tabla 5

Consideraciones según la fase de inicio del EA.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz,	El inicio es más precoz y el deterioro tiene una evolución más rápida, con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En la mayoría de los casos se presentan, en períodos relativamente precoces de la evolución, afasias, agrafía, alexia o apraxias. Pautas para el diagnóstico: Las mismas que para EA, pero teniendo en cuenta el comienzo más temprano que la forma senil, es decir, antes de los 65 años. El curso progresivo suele ser rápido. Incluye: Enfermedad de Alzheimer de tipo 2. Demencia presenil de tipo Alzheimer.
Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.	Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el comienzo clínico tiene lugar después de la edad de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 e incluso más tarde, cuyo curso progresa lentamente y en la que normalmente el rasgo más prominente es el deterioro de la memoria. Pautas para el diagnóstico: Las mismas que para EA, teniendo en cuenta además la presencia o ausencia de los rasgos que la diferencian de la forma de comienzo precoz. Incluye: Enfermedad de Alzheimer de tipo 1. Demencia senil de tipo Alzheimer.
Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.	Demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de EA y EA de inicio precoz y demencias mixtas, vascular y de Alzheimer.

Adaptado de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 1992.

El motivo de consulta más frecuente de una persona con Alzheimer es la pérdida de memoria, por lo que se realizará una serie de preguntas, ya sea a un familiar, cuidador, etc., o a la persona misma dependiendo del nivel de desorientación que se perciba. Por tanto, también se procede a la aplicación de instrumentos psicométricos para valorar la fase por la que atraviesa la enfermedad (Alberca & López-Pousa, 2010, pág. 50).

Según Agüera, Cervilla y Martín, (2006, pág. 161), en primera instancia, se realiza una entrevista con el paciente, y ésta dará pie a futuros encuentros que se den con la persona y ver, de la misma manera, el avance de la enfermedad. No solo se toma como un encuentro donde el profesional recoge datos importantes del paciente, sino también como un momento de primera intervención con el mismo. De la misma manera, dentro de esta entrevista no solo se tomará en cuenta datos a nivel físico, sino también la historia vital del paciente, aspectos psicológicos y sociales que lo envuelven.

Por otro lado, hay una serie de consideraciones a la hora de realizar la primera entrevista al paciente. Dentro de ellas se encuentra la diferencia de edad, tomando en cuenta que los pacientes que acuden a consulta tienen como primer síntoma la pérdida de memoria, son de la tercera edad y, a partir de esto, el profesional tendrá menor edad a la del paciente por lo que no tendrá la experiencia de haber vivido la vejez como tal, es decir, será netamente teórica, más no vivencial. Esto se toma como punto importante hacia el profesional para que no exista una contaminación de estereotipos ligados al anciano en la entrevista (Agüera et al, 2006, pág. 162).

Otras de las consideraciones para el primer encuentro con el paciente tienen que ver con todos aquellos aspectos que conlleva una entrevista, es decir, el lugar donde se atiende al paciente, sea en atención hospitalaria o en su domicilio y el trato profesional-paciente, que engloba el respeto, idioma y la ética (Agüera et al, 2006, págs. 161-168).

Dentro de la entrevista, también se considera la obtención de datos mediante los familiares, que suele ayudar a la precisión de la información del paciente, dependiendo del avance de la enfermedad. Se procurará abarcar tanto a familiares del círculo más cercano al

paciente, como también otros profesionales que lo estén atendiendo y cuidadores principales (Agüera et al, 2006, págs. 168-169).

Por último, como menciona Agüera, Cervilla y Martín (2006), se realizará un exploración exhaustiva o también llamada anamnesis, donde el profesional indagará aspectos de la vida del paciente más a profundidad mediante varias preguntas de manera abierta, sin contar con un orden en específico. Dentro de dichas preguntas se abarcarán temas como los antecedentes familiares, personales y biográficos que resultan importantes de recabar. Las condiciones de aparición de la enfermedad, es decir, si existen factores precipitantes para la aparición de la misma, los síntomas físicos que estén relacionados con la edad, como por ejemplo: la pérdida de peso, que el paciente solicite comida en forma de puré, etc.

Habría que distinguir entre si los cambios que se están presentando son producto de la edad o serían cambios producidos por la enfermedad de Alzheimer. Se tomará en cuenta la historia médica del paciente, es decir, todas aquellas enfermedades o síntomas presentados a lo largo de la vida de la persona, su expediente médico. Finalmente, la valoración neurológica es clave para corroborar el diagnóstico del paciente (Agüera et al, 2006, págs. 175-178).

La valoración neurológica del paciente es un paso fundamental dentro del proceso diagnóstico. Dicha exploración analiza varias áreas implicadas dentro del cuadro de enfermedad de Alzheimer como son: orientación, atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias, cálculo, capacidades ejecutivas y frontales, pensamiento, juicio y abstracción; donde se explica que (Agüera et al, 2006, págs. 181-185):

- Orientación temporal y espacial: más conocido como desorientación, es la confusión por lugares y fechas. Se presenta de manera precoz y es un indicador de deterioro. Para la valorización de ésta área, el profesional pide al paciente que mencione las habitaciones existentes en su domicilio, seguido de la fecha actual y la cuidad en la que se encuentra.
- Atención: se conoce como aprosexia, está relacionada con la concentración. Es importante realizar una exploración acerca de la atención, ya que suele presentarse también en el delirium. Mediante la observación y escucha del discurso del paciente, el profesional podrá dar cuenta de si existe un fallo o no en este proceso, aunque

podría utilizar como herramienta la prueba de “Aes”, donde el profesional menciona varias letras y el paciente debe indicar cuando se ha mencionado la letra A.

- Memoria: denominado amnesia, es el principal motivo de consulta para el paciente y seguramente el más llamativo para la familia. El profesional analiza dos tipos de memoria en esta área: memoria reciente y memoria a largo plazo. La primera corresponde a que el paciente repita una serie de palabras o frases, incluso el nombre del examinador, dentro de un periodo determinado durante la entrevista. La segunda, corresponde a que el paciente responda datos biográficos como: la fecha de su boda, nombre de yernos o nueras de sus hijos, fecha de nacimiento del cónyuge, etc.
- Lenguaje: denominado como afasia, se ve afectada tanto la compresión como la expresión en la persona. Se presenta tanto en el lenguaje oral como en el escrito. Dentro de la exploración se puede presentar prosodia, es decir, la fluidez de la persona al hablar y la entonación de las palabras. El profesional muestra al paciente varios objetos y se le pide que mencione su nombre, también se le pide operaciones complejas donde están en juego tanto la atención como la memoria. Por último se le pide que escriba una frase con sintaxis, seguido de su nombre.
- Praxias (actividades motoras): denominadas como apraxias, se caracteriza por la dificultad en la realización de movimientos finos y coordinado, es decir, movimientos en los dedos y ojos implicados en actividades como escribir, pintar, rasgar, etc., y de la misma manera, movimientos de marcha, y acciones que requieren trayectoria de movimiento. La exploración se basa en observar la repetición de movimientos que el profesional le pida al paciente, tales como: saludar como un militar, manipulación de objetos como cepillo de dientes, plancha, etc., también se le pide al paciente que realice dibujos clásicos como un círculo, triángulo, cuadrado, etc.
- Gnosias (reconocer información sensorial): denominado como agnosia, es la incapacidad de reconocer información que se presenta a través de los sentidos. Su exploración consiste en si el paciente reconoce ciertos objetos a través de la vista, el tacto, es decir, el reconocimiento de las partes de su cuerpo.
- Cálculo: denominado como acalculia, se presenta generalmente cuando la persona requiere realizar cálculos mentales que no requieren ayuda de un escrito.

- Capacidades ejecutivas y frontales: la persona presenta dificultad para seguir una secuencia o un proceso que requiere pasos ordenados y ejecución de pensamiento. La exploración de esta área consiste en pedirle al paciente que realice una actividad en la que el propósito sea la secuencia de pasos para llegar a un fin, como por ejemplo: pedirle que prepare un café.
- Pensamientos, juicio y abstracción: se caracteriza por la realización de actos insensatos, es decir, fuera de contexto. Su explicación consiste en que el profesional le pida la paciente semejanzas y diferencias entre algunos objetos, como manzana y pera, mencionarle una situación incoherente y preguntar si detecta algo inusual.

1.4.1 Proceso de evaluación

A continuación, se describirá brevemente los test más empleados que ayudan al profesional a corroborar la información brindada en la entrevista para el diagnóstico de una persona con enfermedad de Alzheimer:

- Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS): esta escala está compuesta por 21 ítems, posee un nivel alto de confiabilidad. Por otro lado, posee una subescala de 11 ítems de nivel cognitivo como: praxias, orientación, etc., y una de 10 referente al plano no cognitivo como: delirios, depresión, etc. Su aplicación es heteroaplicada, con una puntuación total de 120, 70 puntos correspondientes al plano cognitivo y 50 al no cognitivo. Su calificación dentro de la escala cognitiva es de: 0, que corresponde a "sin déficit" y 5, que corresponde a "déficit máximo". El tiempo aproximado de la prueba oscila entre 30 y 45 minutos (Deus et al, 2018, pág. 152).
- Mini-Mental State Examination (MMSE): es una de las pruebas más utilizadas en el plano tanto médico como psicológico para la valoración cognitiva del paciente. Este test evalúa orientación en tiempo y espacio, praxias, atención, memoria y lenguaje. Tiene una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente, cuenta con una puntuación máxima de 30. Las puntuaciones se vuelven preocupantes cuando están por debajo de 29 en personas menores a 50 años, menores a 28 de 50 a 79 años de edad y menor a 26 puntos en adultos mayores entre los 80 y 89 años (Budson & Solomon, 2016, pág. 20).

- Test del dibujo del reloj (TDR): esta prueba es rápida y fácil de aplicar (5 minutos aproximadamente). Se le pide al paciente el dibujo del contorno de un reloj y que coloque una hora en específico. Esta prueba resulta sensible ante el examinador, ya que da cuenta de la afectación de procesos mentales superiores. Se puntúa de 0 a 7, siendo 7 la puntuación más alta (Budson & Solomon, 2016, pág. 21).
- Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ): cuenta con 10 preguntas, con una valoración de 0 a 1, donde en su totalidad brinda un normal de 0-2 puntos; leve deterioro cognitivo de 3 a 4 puntos; moderado deterioro cognitivo de 5 a 7 puntos y severo deterioro cognitivo de 8 a 10 puntos (Pinto, Exeni, & Peñaloza, 2007, pág. 251).

1.5 Fases de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer atraviesa por tres fases (Romano, Nissen, Del Huerto, & Parquet, 2007, pág. 10):

- Inicial: en la que los síntomas son leves y el sujeto está en la capacidad de valerse por sí mismo. Por otro lado, necesitará la ayuda o supervisión de una persona o su cuidador principal para trabajos de alta complejidad.
- Intermedia: los síntomas en esta fase son de carácter moderado, de la misma manera para la realización de actividades cotidianas necesitará la ayuda de su cuidador para realizarlas.
- Avanzado: la persona es totalmente dependiente, es decir, deja de ser autónomo en esta etapa.

Es así que, dentro de la evolución de la EA se toma en cuenta otras tres fases que son sucesivas y que podrían estar relacionada con las tres mencionadas anteriormente: la queja subjetiva de pérdida de memoria (QSPM) mismo que se divide en amnésico (DCL-A) y no amnésico (DCL-NA); en el primero se ve afectada la memoria y al menos otra área cognitiva, mientras que en la última se ve afectada en un área distinta a la memoria de carácter cognitivo. Continuando con la sucesión de las fases, le sigue el deterioro cognitivo leve (DCL) y como último punto la demencia; tomando en cuenta su prolongación de 15 años o más (Alberca & López-Pousa, 2010, págs. 18-19).

Según Alberca y López-Pousa, (2010, págs. 195-196) , existen dos fases relacionadas con el DLC:

- Fase prodrómica: pacientes que han presentado DCL-A y DCL-NA llegan a una EA, por lo que se menciona que el DCL no es sino un síntoma inicial para una enfermedad de Alzheimer.
- Fase Demencial: el principal motivo de consulta para una EA es la pérdida de la memoria, pero en algunos casos va acompañado por pérdidas significativas de otras áreas como el lenguaje o cambios comportamentales que han ido generando malestar por algunos años, tomando en cuenta la edad de la persona que acude a consulta. Es indispensable que el paciente acuda con un familiar, ya que éste puede dar cuenta hace cuánto tiempo se han venido dando dichos cambios, ya que el paciente, por su deterioro cognitivo, no podría brindar una información precisa de lo que se le pide.

Por otro lado, se habla acerca de tres estadios de evolución de la enfermedad de Alzheimer:

Tabla 6

Características clínicas evolutivas de la enfermedad de Alzheimer

	Estadio I (1-3 años de evolución)	Estadio II (2-10 años de evolución)	Estadio III (8- 12 años de evolución)
Memoria	Déficit de aprendizaje, memoria implícita conservada, evocación remota +/- alterada.	Evocación reciente y remota muy comprometida	Deterioro grave, desorientación personal.
Habilidades Visuoespaciales	Atopognosia, dificultad en construcciones complejas.	Apraxia constructiva, desorientación espacial.	Deterioro grave.
Lenguaje	Anomia discreta, disminución de la	Afasia mixta, pérdida de compresión.	Ecolalia, palilalia, logoclonía, disartria, mutismo.

	fluidez, perseveraciones.		
Praxias	-	Apraxia ideomotora, pérdida de espacio especular.	Apraxia geométrica, asomatognosia.
Cognición	Pérdida de introspección.	Acalculia, déficit del pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio.	Deterioro grave
Personalidad	Indiferencia, falta de iniciativa, irritabilidad.	Indiferencia, irritabilidad.	Desintegración.
Síntomas psiquiátricos	Depresión, ansiedad, ideas delirantes.	Ideas delirantes, apatía, agresividad.	Vociferación.
Sistema Motor	-	Deambulación, inquietud, tendencia a hiperextensión o sedestación.	Hipertonía, conductas de imantación, reflejos primitivos (succión, presión), rigidez en las extremidades, postura en flexión.
EEG	-	Enlentecimiento del ritmo de fondo.	Enlentecimiento difuso.
TC/RM	-	Normal o signos de atrofia cortical.	Atrofia cortical marcada.
PET/SPECT	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral parietal posterior.	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral frontoparietal.	Hipometabolismo, hipoperfusión bilateral frontoparietal.

Adaptado de Agüera, Cervilla, y Martín, 2006, pág. 289.

1.6 Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer

Dentro de los biomarcadores, se encuentran los bioquímicos estudiados en el líquido cefalorraquídeo, como; la proteína β-amiloide (βA), un péptido de 36 a 43 aminoácidos, que se asocia con la enfermedad de Alzheimer, aunque no sea exclusiva de la misma (Deus et al, 2018, pág. 27).

Alois Alzheimer, hace referencia a dos tipos de placas seniles, que son el resultado de la aglomeración del péptido βA fuera de la célula. Las placas difusas, que se encuentran en personas de la tercera edad, sin que sus funciones cognitivas se encuentren alteradas. De la misma manera, existen las placas densas, que están asociadas a muerte neuronal, aumento en la curvatura y distrofia en dendritas y axones, pérdida de sinapsis y neuronal (Deus et al, 2018, pág. 28).

Por otro lado, existe la llamada proteína TAU, misma que se encarga de la estabilización de los microtúbulos axonales y de la regularización en el fluyo de células nerviosas, a lo cual se le asocian patologías neurodegenerativas (Deus et al, 2018, pág. 28).

A continuación, se presentará el cuadro de los posibles marcadores neuropsicológicos de predicción de la conversión del deterioro cognitivo leve a un proceso de neurodegenerativo tipo demencia:

Tabla 7 Funciones mnésicas y ejecutivas de un deterioro leve a un proceso neurodegenerativo de demencia:

Funciones mnèsicas
- Mayor alteración en la capacidad de codificación, almacenamiento y recuperación de la información aprendida. - Mayor alteración de la memoria declarativa episódica. - Mayor afectación de la memoria declarativa anterógrada o de aprendizaje. - Mayor afectación del recuerdo libre o espontáneo a corto y a largo plazo. - Mayor déficit en el recuerdo diferido de una lista de palabras aprendidas. - Mayor déficit de la capacidad de denominación por confrontación visual o de la memoria semántica.
Funciones ejecutivas
- Mayor alteración de la atención visual alterante. - Mayor afectación de la capacidad de secuenciación y planificación visual. - Menos flexibilidad cognitiva. - Afectación de la capacidad de razonamiento abstracto o pensamiento lógico. - Mayor alteración de la fluencia verbal con consigna semántica. - Alteración en la velocidad de procesamiento de la información.

Adaptado de Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer, Deus, Deví, & Saínz, 2018.

Por otro lado, se explicará las funciones cognitivas que se encuentran comprometidas en la enfermedad de Alzheimer y su correspondiente explicación (Deus et al, 2018, págs. 119-127):

- Memoria: se encuentra comprometida tanto la capacidad de evocar como en la recuperación de recuerdos consolidados, verbal y más asociada a la pérdida de volumen de sustancia gris, o visual y más asociada con la pérdida de sustancia blanca en el cerebro. El déficit de la memoria reciente es tan característico de la EA que se le ha denominado demencia amnésica, como indicador de la intensa y precoz afectación del lóbulo temporal medial. La mayoría de los pacientes presentan un claro

déficit en la capacidad de aprendizaje y de retención de nueva información. Dicho déficit mnésico parece correlacionarse con la atrofia cerebral, relacionado también así con el recuerdo inmediato con el volumen del polo temporal, de la circunvolución frontal media y del lóbulo parietal inferior. Finalmente, el recuerdo demorado, la recuperación espontánea de la información después de 20 o 30 minutos de su aprendizaje, se ha relacionado con el volumen del hipocampo y la capacidad de reconocimiento demorado con la corteza perirrinal y entorrinal del hipocampo.

- Lenguaje: es frecuente que el trastorno del lenguaje se presente de entrada como una pérdida de fluidez verbal o de contenidos. El déficit lingüístico muy precoz, aunque heterogéneo, siendo la anomia o incapacidad de encontrar nombres el signo neuropsicológico más evidente, relacionado con el déficit de memoria semántica. La afección en el componente semántico sugiere una alteración en la corteza temporal inferior de predominio izquierdo. La capacidad de articulación y la pronunciación se conservan hasta etapas avanzadas de la enfermedad. Debido a la evolución clínica, el lenguaje se vuelve elíptico, con abundantes paráfrasis o circunloquios y de paráfrasis semántica. La alexia y la agrafia, por afección de la circunvolución angular o área 39 de Brodmann y supramarginal o área 40 de Brodmann). La alteración del lenguaje numérico o matemático se encuentra relacionada con una disfunción del lóbulo parietal inferior y circunvolución temporal inferior izquierda y posteriormente se implica el lóbulo prefrontal dorsolateral en las funciones de razonamiento y cálculo mental.
- Las capacidades práxicas: la presencia de apraxias se ha relacionado con la reducción o pérdida del volumen de la sustancia gris de la corteza parietal derecha, para la apraxia constructiva y del vestirse; e izquierda, para la apraxia ideomotora e ideacional, la praxia de la marcha se relaciona con una afectación del área motora suplementaria bilateralmente.
- Las capacidades gnósicas: este conjunto de alteraciones gnósicas visuales se relaciona con las lesiones en la corteza visual asociativa ubicada en los lóbulos occipitales y en zonas corticales de los lóbulos parietales. Por afección frontoparietal, el paciente también puede mostrar una ignorancia o falta de conciencia del déficit o de insight,

esto le lleva a minimizar sus alteraciones cognitivas y sus quejas se reducen a pequeños problemas mnésicos.

- Funciones ejecutivas: el déficit de las capacidades ejecutivas se manifiesta en los trastornos de la memoria de trabajo, la búsqueda de semejanzas y diferencias entre un objeto u otro, la planificación y organización de tareas, capacidad de juicio racional fluidez, conciencia de enfermedad y apatía. Se presentan lesiones en el lóbulo frontal o en los circuitos frontocorticales y frontosubcorticales. El déficit del razonamiento conceptual se relaciona con la circunvolución frontal superior bilateral y la reducción de la fluidez verbal con consigna fonética con la circunvolución frontal inferior izquierda o áreas 9 y 49 de Brodmann.

Finalmente, se mostrará una RM de un paciente con enfermedad de Alzheimer, para la evidencia del daño ocurrido en las estructuras antes mencionadas:

Ilustración 1 *Resonancia magnética cerebral de paciente con Alzheimer*.

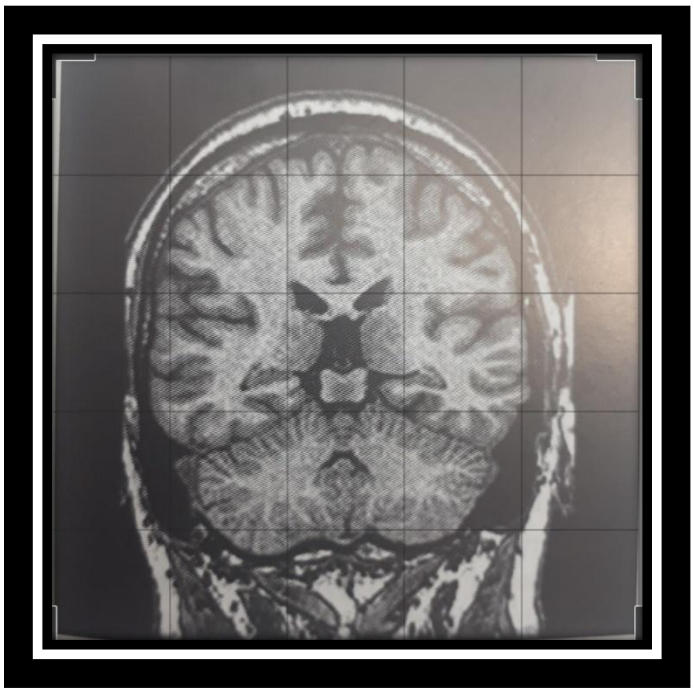


Ilustración 1. Se aprecia ligera atrofia cortical (aumento de surcos), que afecta fundamentalmente al hipocampo y al lóbulo temporal Estructuras antes mencionadas, implicadas en los procesos mentales superiores. Adaptado de: Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer, *García & Criado, 2017, pág. 73*. Copyright 2019.

2 DEPRESIÓN

En el presente capítulo se realizará un acercamiento histórico de la depresión con varios autores que la describen desde sus inicios, hasta la actualidad, que permitirá una conceptualización más amplia de lo que implica el concepto de lo que implica la depresión.

Por otro lado, dicho capítulo se enfocará en la depresión en el anciano, seguido de estadísticas que darán paso a la epidemiología y etiología de la depresión en el adulto mayor, donde estarán detallados aquellos factores que ponen en riesgo al anciano.

Por último, se presentarán los criterios diagnósticos de dos manuales de enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-V). La observación clínica, donde se considera los síntomas físicos, cognitivos, anímicos y de conducta que se presentan durante la primera entrevista realizada al paciente por el profesional. Finalmente, el proceso de evaluación para el diagnóstico de depresión se enfocará en algunas de las herramientas, algunas específicamente para población geriátrica, que permiten al profesional un mejor proceso diagnóstico.

2.1 Conceptualización histórica de la depresión

El primer acercamiento hacia el concepto de depresión, de manera general, lo realizó Hipócrates, donde desde una concepción nosológica, menciona tres clases de locura: la manía, la melancolía y la frenitis. Haciendo hincapié en la melancolía, menciona que se caracteriza por episodios de irritabilidad, somnolencia, cansancio y rechazo hacia la comida. Tomando en cuenta que Hipócrates señala dicha sintomatología de carácter somático. El término "melancolía", según Cicerón, proviene del griego "melas", que significa negro, seguido de "chole", que quiere decir bilis, designado así por los pacientes que al tener episodios de ansiedad e irritabilidad vomitaban bilis negra. Por otro lado, Caeluis Aurelianus en el siglo V, menciona que no existe una relación entre la depresión y la bilis negra, ya que la bilis negra no corresponde a la aparición de la depresión, junto con otros síntomas como rechazo, silencio, deseos de morir, aunque a veces deseos de vivir, hostilidad, llanto sin causa, etc (Polaino-Lorente, 1985, págs. 13-14).

Según Polaino-Lorente (1985, págs. 15-16), dentro de la edad medieval, el término melancolía hace referencia a la irritabilidad, donde se prolonga dicha conceptualización hasta el siglo XII, donde se la consideraba como un desenfreno capital; y en otro periodo dentro del siguiente siglo, donde con la contribución de Santo Tomás la melancolía entra dentro de los desequilibrios emocionales, tomando en cuenta que se sumerge en el ámbito moral, donde Santo Tomás la psicologiza y medicaliza. En un periodo inicial, la irritabilidad es catalogada como un "estado del alma, donde al parecer solo los religiosos podrían "acceder" a dicha patología. Luego, en la etapa tardía, la irritabilidad no era solo para religiosos, sino también para personas laicas; donde a su vez se la libera de la lista de pecados.

Por otro lado, se toma en cuenta el concepto de melancolía de Galeno, donde menciona algunos síntomas característicos de la enfermedad como: temor, cansancio, tristeza, etc., y de vez en cuando ideas trastornadas. En el trascurso de los siglos XV y XVI, la irritabilidad es sustituida por la melancolía, síntomas que antes correspondía a la irritabilidad son acreditados hacia la melancolía, donde queda por sentado dicho concepto sin asociación hacia la irritabilidad (Polaino-Lorente, 1985, págs. 16-17).

Robert Burton en 1621, y a consecuencia de la enfermedad que presentaba escribió "Anatomía de la melancolía", donde menciona todo aquel conocimientos en base a la historia, la medicina y la filosofía sobre la depresión, síntomas, causas, cura, etc (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2008, pág. 304).

El psiquiatra alemán Kraepelin, hizo una separación entre la enfermedad maniaco-depresiva de otro tipo de depresiones que no poseían causa neuropatológica, a las cuales llamó "depresiones neuróticas reactivas". Dentro de esta división, están las depresiones bioquímicas, donde entra la enfermedad maniaco-depresiva, psicótica, endógena, etc. Y las de las depresiones psicógenas, donde se encuentra la depresión exógena, reactiva y depresión neurótica (Toro, Yepez, & Palacio, 2010, pág. 168).

Dentro de otros aportes, Sigmund Freud menciona que existen depresiones de tipo psicógeno, asociadas al objeto perdido y otras de tipo biológico. También afirma que la melancolía es un estado de profunda tristeza, donde el interés por el mundo exterior se ve afectado, donde existe pérdida de algunas funciones y se ve involucrado el amor propio (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2008, pág. 304).

Según Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz & Uribe (2008, pág. 304), algunos autores como Adolf Meyer, cambian el concepto de melancolía a depresión, tomando en cuenta su raíz biológica, es decir, "pressed down, que quiere decir "presionado hacia abajo". En el siglo XXI, varios autores aportan conocimientos en cuanto a investigaciones de carácter biológico, psicosocial, psicoterapéutico, etc, alrededor del concepto de la depresión.

2.2 Depresión en el anciano

La depresión según d´Hyver & Gutiérrez, (2009, pág. 365) es:

(…) el problema de salud mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años de edad. En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los ancianos que la padecen.

La depresión en el anciano es bastante frecuente, cerca del 10 al 20% de la población geriátrica presentan episodios de tristeza o se llegan a sentir incómodos; alrededor del 5% refiere una depresión a nivel clínico (Kane, Ouslander, & Abrass, 1997, págs. 102-103).

Kane, Ouslander & Abrass (1997, pág. 103), mencionan que los ancianos que se encuentran dentro de un asilo u hospitalizados, presentan mayor prevalencia en el padecimiento de depresión. Alrededor del 12% de dichos ancianos muestran depresión de tipo mayor. El 15% de los adultos mayores hospitalizados presentan síntomas de depresión mayor. Por otro lado, los síntomas depresivos aumentan en la población geriátrica de varones, lo que genera un índice alto de suicidios en dicha población, considerándose tres o cuatro veces mayor al de la población en general.

Según la OMS, en (2017), menciona que la depresión en el adulto mayor representa el 7% de los ancianos en general y un 5.7% con discapacidad en adultos de 60 años y de mayor edad a ésta. Usualmente la depresión en adultos mayores y sus síntomas no se suelen tomar en cuenta, ya que suele coincidir con otros síntomas de trastornos propios de la edad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

La depresión en el anciano es aquel síndrome que se caracteriza por tener una afectación a nivel cognitivo, físico y afectivo, es decir, alteraciones a nivel comportamental, de pensamiento, emocionales y a nivel somático. En relación a los cambios emocionales, se suele presentar tristeza de carácter patológico, llanto, etc., muchas de las veces este tipo de síntomas pasan desapercibidos, pero pueden presentarse de manera física como dolor, cansancio, etc. Dentro de los cambios de pensamiento encontramos pesimismo, culpa, sentimiento de inutilidad y hasta pensamientos suicidas. Los cambios somáticos encontramos la disminución de peso corporal, relacionadas con la ingesta en el adulto mayor, alteraciones

en el sueño y disminución del deseo sexual. Por último, los cambios en el comportamiento se presentan en cuanto a confusión de pensamiento, poca capacidad de concentración y dificultad de aprendizaje (Millán, 2006, pág. 491).

2.3 Epidemiología y etiología de la depresión en el adulto mayor

La prevalencia de los síntomas de depresión va desde el 15 al 20%, y del 1 al 5% de trastorno depresivo de tipo mayor. En ambientes hospitalarios en cuidados agudos existe un incremento de los síntomas tanto de depresión de 20 al 30%, y en depresión mayor del 10 al 15%. Las cifras aumentan en ancianos con depresión del 30 al 40% y depresión mayor de 12 a 26%, esto en pacientes que han sido institucionalizados (d´Hyver & Gutiérrez, 2009, pág. 365).

Por otro lado, según José Millán (2006, pág. 492), estima que el 8% de la población de adultos mayores presentan síntomas de una depresión grave. Así mismo, menciona que en ancianos hospitalizados, por lo menos el 25% de todos ellos, padecen de afecciones de tipo afectivo, y del 40 al 50% de la misma población ingresan a hospitalización por motivos de depresión.

Según varios autores, existen algunas enfermedades asociadas a la depresión en el adulto mayor, como lo son: infarto del miocardio, con una prevalencia del 45%, diabetes, del 8 al 28%, hipotiroidismo, con una prevalencia del 50%, enfermedad cerebro-vascular, de 26 a 50% y la enfermedad de Alzheimer, con una prevalencia del 60% (Martínez, Martínez, Esquivel, & Velasco, 2007, pág. 22).

Aún se desconocen las causas de la depresión en el adulto mayor. Se han planteado tres factores que ayudan al esclarecimiento de la aparición de la depresión en el anciano, como: el factor psicológico, biológico y social (d´Hyver & Gutiérrez, 2009, pág. 366).

Como lo menciona Agüera, Cervilla y Martín (2006, págs. 413-420), y haciendo referencia a los factores antes mencionados:

- Factor psicológico: dentro de este factor encontramos la “seudodemencia depresiva”, que hace referencia a la afección de tipo cognitivo secundario, frente a una afección

primaria de tipo afectivo. Por otro lado, habría que considerar la confusión o la dificultad para determinar si es una depresión de tipo no degenerativo, o si está asociada a una demencia; ya que dentro del cuadro depresivo del anciano se encuentra la pérdida de funciones cognitivas como: memoria, lenguaje, atención, percepción, etc. Un estudio en 1990 demostró que el 70% de los ancianos con cuadro depresivo tenían afecciones a nivel de la memoria y también afección cognitiva. Dichos estudios han incentivado a varios autores a presumir que el cuadro de depresión está asociado a una alteración en las funciones ejecutivas, mnesicas y en las capacidades praxias y gnósicas.

- Factor Neurobiológico: este factor da cuenta de que existe un fallo tanto en la liberación de neurotransmisores, como en su recepción. Varios estudios hacen referencia a que el neurotransmisor denominado serotonina, está relacionado con la depresión; ya que su producción disminuye en la misma, por lo que, se menciona que la disminución del aminoácido llamado "triptófano", está relacionado con el estado de ánimo y el ciclo del sueño. Otros sistemas implicados son el noradrenérgico, sistema de dopamina y el sistema de neuropeptídicos; todos estos relacionados con la liberación de neurotransmisores que conllevan a un estado de depresión, ya sea por su aumento o disminución. Otra de las áreas implicadas en la depresión es el área frontal, en su zona subcortical, donde varios estudios hacen relación a la depresión con algunas enfermedades de degeneración neuronal. Otros estudios muestran relación en los cuadros depresivos de la zona frontal y también del área temporal del cerebro. Por otro lado, la resonancia magnética (RM) muestra en ancianos con depresión cambios en la sustancia gris a nivel subcortical y en sustancia blanca a nivel periventricular. Otro de los estudios realizados muestra en tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT), anomalías a nivel cerebral y sanguíneo cuando el paciente se ha encontrado en reposo. Por último, se observa una baja del ritmo alfa en el electroencefalograma (EEG) en personas ancianas, lo que denota en síntomas como la resta en el sueño, entre otros. Dentro del factor biológico, también habría de considerarse a la genética como un factor a agregar dentro de la familia en cuanto a trastornos de tipo afectivo.

- Factor Social: autores como Prince, en 1998, encontraron incidencias de depresión en adultos mayores que no poseen red de apoyo, así como otros autores han encontrado que la limitación al desarrollo de relaciones cercanas también posee un impacto en el cuadro depresivo. Por otro lado, se ha encontrado que adultos mayores que poseen un nivel bajo de estudios y salud son candidatos plenos para desarrollar depresión.

2.4 Criterios diagnósticos para la depresión

A continuación, se presentarán varios criterios diagnósticos tomados de dos manuales de clasificación de enfermedades mentales, dentro de las cuales se encuentran los trastornos depresivos, lo que nos permitirá un campo de visualización diagnóstica más amplio:

Según el DSM-V:

Tabla 8

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno de depresión mayor

A.	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

	7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C.	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D.	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E.	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 104-106.

Dentro de la investigación, se ha descartado: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y trastorno disfórico premenstrual, ya que no corresponden a características del adulto mayor. Sin embargo, se realizará una descripción de otras categorías de criterios diagnósticos para la depresión, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-V.

Tabla 9

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno depresivo persistente (distimia)

A	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
B	Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.
C	Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D	Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
F	La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
G	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo)
H	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy

	limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 108-109.

Tabla 10

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

A	Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2): 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C	El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 112-113.

Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 112-113.

Tabla 11

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para trastorno depresivo debido a otra afección médica

A	Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 116-117.

Tabla 12

Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no	1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses

cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando

la designación "otro especificado" son los siguientes:

consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno

	psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 117-118.

Por último, en otro trastorno no especificado, se caracteriza por la prevalencia de síntomas que causan malestar en ámbitos como el campo laboral, social, etc, donde el profesional categorizará dentro de esta clasificación a aquellos individuos que no obtengan criterios específicos o información clara que no le permita diagnosticar (Asociaciación Americana de Psiquiatría , 2013, págs. 118-119).

Dentro de los trastornos del humor, es decir, del estado de ánimo, el CIE-10 menciona varios, como lo son (Organización Mundial de la Salud CIE-10, págs. 320-323):

- Episodio depresivo: donde el paciente presenta descenso en su estado de ánimo, al igual que un enlentecimiento en su energía y actividad; ya sea leve, moderado o grave. Se presenta también falta de interés en acciones que cosas que antes eran de su agrado, reducción del apetito, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa, comúnmente se acompaña de somatización en el paciente. El episodio depresivo leve presenta de 2 a 3 de los síntomas antes mencionados, que le permitirá al paciente seguir con su vida cotidiana. Por otro lado, en el episodio depresivo moderado, el paciente presentará 4 o más síntomas mencionados anteriormente, lo que le generará dificultades para continuar con su vida diaria. El episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos), donde los síntomas son evidentes y generan angustia en el paciente. En este episodio, existen también ideas relacionada al suicidio, que podrían estar acompañadas con acciones. Las ideas de inutilidad y culpa prevalecen en este episodio. Finalmente, el episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos), se asemeja en síntomas al episodio grave sin síntomas psicóticos, con la diferencia de que en este episodio aparecen los delirios, alucinaciones, lo que podría generar conflictos en la cotidianidad del paciente.

- Trastorno depresivo recurrente: episodios depresivos repetitivos, sin antecedente de asensos de energía y ánimo; de carácter leve, moderado y grave. Tanto en episodio leve como moderado y grave (con y sin síntomas psicóticos), se asemejan a los episodios mencionados anteriormente, sin relación con manía.
- Trastornos del humor (afectivos) persistentes: trastornos que pueden durar años (toda la adultez del paciente), causando angustia y complicaciones, pero que no llegan a ser lo suficientemente graves. Dentro de estos trastornos encontramos: ciclotimia, donde se presentan episodios de depresión, comúnmente en familiares de personas que sufren algún tipo de trastorno afectivo, que podrían desarrollar un trastorno bipolar con el tiempo. Distimia, con una durabilidad de varios años, pero que su depresión crónica no entra dentro de la clasificación grave. Finalmente, en la clasificación de otros trastornos del humor, se considera su durabilidad y gravedad, que no justifica colocarlo dentro de otra clasificación.

2.5 Observación clínica

Para un correcto diagnóstico de depresión en el anciano, habría que tomar en cuenta tanto una entrevista con el paciente como con sus familiares, que incluya historia clínica, entrevista, lenguaje no verbal y factores que prevalezcan a la enfermedad. Así mismo, habrá que indagar en la historia vital del paciente para saber si dichos síntomas se están presentando en la edad adulta o ya era parte de la personalidad premorbida del anciano (d´Hyver & Gutiérrez, 2009, pág. 367).

Según Belloch, Sandín & Ramos (2011, págs. 240-242), mencionan que dentro de la observación clínica para el cuadro depresivo, se encuentran varios síntomas que ayudan al profesional a identificar dicha afección, tomando en cuenta que dichos síntomas pueden presentarse de manera episódica o de modo regular; dichos síntomas son:

- Síntomas anímicos: la tristeza es la queja principal dentro de un cuadro de depresión, aunque la irritabilidad se presenta como predominante en dicho cuadro. En la depresión y dentro de los síntomas anímicos, es común que la persona rechace la idea de que se encuentra triste. Por otro lado, también se denota ausencia de ideas

positivas, dicho síntoma no es específico del cuadro depresivo, pero se presenta con regularidad.

- Síntomas de la conducta y motivación: se presentan pensamientos apáticos y disminución de la motivación, acompañado de ideas negativas, mencionadas anteriormente. Comúnmente, las personas con cuadros depresivos pueden presentar abandono de actividades que en un pasado se le hacían satisfactorias, así mismo en ámbitos de trabajo, estudio, etc. Por último, puede presentarse un retardo a nivel motor, que implica enlentecimiento en el habla, gesticulación y en la motivación; en casos graves puede generar mutismo.
- Síntomas cognitivos: dichos síntomas implican una alteración en las funciones ejecutivas de la persona, como; memoria, concentración, atención, etc., que el impiden la realización de actividades de su cotidianidad. Del mismo modo, se presentan ideas recurrentes, baja autoestima e ideas de culpa se presentan en el cuadro depresivo.
- Síntomas físicos: la alteración del sueño es el principal motivo de consulta junto con los cambios físicos que presenta una persona con cuadro depresivo, representando así del 70 al 80% de los pacientes. Otros de los síntomas son la baja en la actividad física, disminución en la ingesta y el deseo sexual. Las personas deprimidas también presentan episodios de dolor en cabeza, espalda, vías urinarias, y sensación de vómito, etc. 1 de cada 5 personas sufre al menos un episodio de depresión en su vida, considerando que los síntomas físicos no se presentan de la misma manera en todos, pero el estado de ánimo es semejante entre las personas que acuden por ayuda y las que no lo hacen.
- Síntomas interpersonales: se considera que las personas con cuadros depresivos poseen relaciones interpersonales pobres. Se muestra que el 70% de estas personas han perdido el interés por dichas relaciones con el resto. Habría que tomar en cuenta este síntoma, ya que la falta de relaciones interpersonales en las personas incide en el crecimiento de depresión.

2.6 Proceso de evaluación

En cuanto al proceso de evaluación para medir la depresión, se encuentran varias baterías psicométricas y otras herramientas que ayudan al profesional a diagnosticar dicho cuadro. Tomando en cuenta que algunos de los test son específicamente para la población geriátrica:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage: instrumento para evaluación de la depresión en el adulto mayor. En su primera versión cuenta con 30 ítems de respuesta "si-no". Luego, se desarrolla una versión más corta que consta de 15 ítems, conservando así la parte efectiva de la primera versión y facilitando su aplicación. Se evalúa en un puntaje de 5 o más que muestran depresión, con una validez del 80 al 90% (Hoyl, Valenzuela, & Marín, 2000).

Otro instrumento de evaluación es el Inventario para la Depresión de Beck (BDI), mismo que es aplicado para la población en general. En su adaptación española, es el test más utilizado para evaluar cuadros depresivos en la práctica clínica. Cuenta con 21 ítems, donde se le da la instrucción al participante de que responda su estado de ánimo según las últimas dos semanas, incluyendo el día de la aplicación del test (Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003).

Hay que tomar en cuenta que, para el diagnóstico de depresión, es preciso descartar algún tipo de demencia presentada en el paciente mediantes la aplicación de instrumentos mencionados en el capítulo anterior, que le permitan al profesional un correcto diagnóstico diferencial entre algún tipo de deterioro cognitivo y depresión (Agüera, Cervilla, & Martín, 2006, págs. 428-429).

Por otro lado, existen otras evaluaciones de tipo médico que ayudan a descartar falla orgánica dentro del proceso diagnóstico de la depresión, analizando en primera instancia la historia médica el paciente, para luego acudir a pruebas de laboratorio (Belloch, Sandín, & Ramos, 2011, pág. 252). Ha de utilizarse instrumentos como la tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT), la resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (PET), que permiten la valoración de varios sistemas implicados en el cuadro depresivo, como se lo mencionó anteriormente, el sistema de dopamina, neuropeptídicos, etc. Finalmente, instrumentos como el electroencefalograma (EGG),

ayudan a la visualización del ritmo de ondas cerebrales, para medir el sueño y la vigilia del paciente (Agüera, Cervilla, & Martín, 2006, págs. 413-417).

2.7 Neuropsicología de la depresión

La principal causa de depresión en las personas se encuentra en un desequilibrio de los neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, los cuales están asociados a los niveles de felicidad (Agüera et al, 2006, pág. 413).

La serotonina es la encargada de regular el hipotálamo, estructura que forma parte del cerebro que a su vez regula los ciclos del sueño y hambre, así como la respuesta física de las emociones, es decir, la dilatación de las pupilas ante una situación de peligro, acelera el pulso, etc. Es por esto que la persona con depresión sufre de insomnio o hiperinsomnio, lo que quiere decir que duerme más de lo normal. Por otro lado, puede haber pérdida del apetito o tener sensaciones constantes de hambre (Agüera et al, 2006, pág. 413).

Según Agüera, Cervilla y Martín (2006), la depresión también afecta el hipocampo, encargado de la generación de nuevas neuronas, del aprendizaje y la memoria. El estrés continuado hace que el hipotálamo produzca mayores niveles de cortisol, la llamada "hormona del estrés" reduciendo la actividad del hipocampo. Es decir, una persona con depresión renueva menos su actividad neuronal. Esto hace más difícil para esa persona eliminar estímulos asociados al miedo.

Cuando se ralentiza la actividad del hipocampo, a la persona le cuesta superar el miedo a acciones cotidianas, como acudir al trabajo o entablar relaciones interpersonales. Además, comienza a sufrir problemas de memoria, ya que la parte encargada de almacenar los recuerdos no funciona de una manera adecuada (Agüera et al, 2006, págs. 414-415).

El estrés tiene efectos también en la amígdala, el centro de control de miedo del cerebro. La persona depresiva se vuelve más propenso a sentir como amenazantes situaciones que no lo son, lo que en ocasiones deriva en ataques de ansiedad. Además, se produce una desconexión entre la amígdala y las áreas del cerebro ligadas a las emociones, provocando una percepción negativa de la información externa (Agüera et al, 2006, pág. 416).

La acción continuada del cortisol inhibe también la producción de dopamina, que se encarga de la sensación de placer. Ante esta pérdida, la actividad en la corteza o córtex prefrontal del cerebro también se ve mermada. Esta zona del cerebro es responsable de gestionar la felicidad asociada a metas personales. En este punto, la persona depresiva deja de tener sueños y objetivos personales. Pierde el interés por ese viaje para el que lleva tiempo ahorrando o por ese puesto de trabajo que esperaba conseguir, entre otros ejemplos (Agüera et al, 2006, pág. 418).

A continuación, se presentará la diferenciación entre un cerebro de un paciente con depresión y un paciente sin depresión.

Ilustración 2. *Tomografía por emisión de positrones (TEP) de un paciente con depresión en comparación a un paciente sin depresión.*

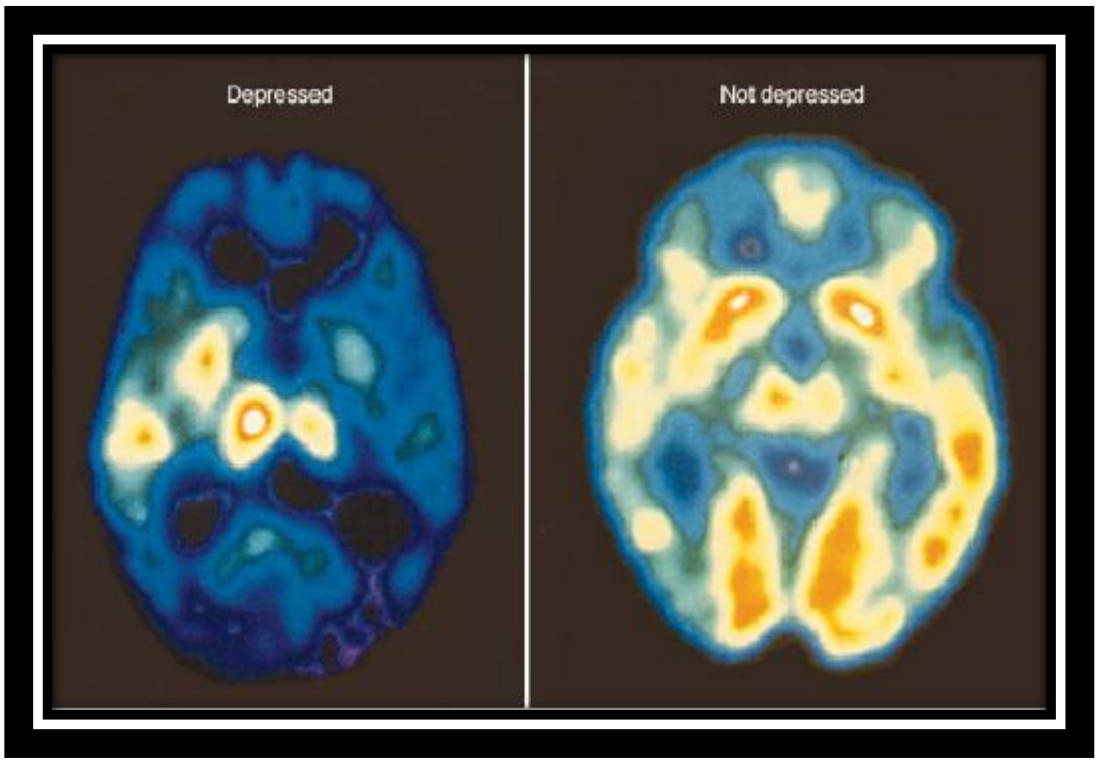


Ilustración 2. Una exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) puede comparar la actividad cerebral durante períodos de depresión (izquierda) con la actividad cerebral normal (derecha). El aumento de colores azules y verdes, junto con el descenso de áreas blancas y amarillas, indica una actividad cerebral reducida debido a la depresión. Adaptado de: Mayo Clinic, exploración por tomografía por emisión de positrones del cerebro para detectar la depresión, Copyright 2020.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Luego de mencionar los criterios diagnósticos de ambos manuales, se toma en cuenta que tanto el DMS-V como el CIE-10 no poseen criterios diagnósticos específicos para depresión en el adulto mayor.

Por otro lado, se ha encontrado que, durante el proceso de diagnóstico tanto de la depresión como de la enfermedad de Alzheimer, algunos profesionales suelen tratar solo a una de ellas sin considerar a la otra. Es decir, tanto la enfermedad de Alzheimer, dada su naturaleza, como la depresión, son causas de deterioro cognitivo, y por la frecuente aparición de Alzheimer u otras demencias en el adulto mayor, se suele trabajar con el tratamiento solo de EA, mientras que la depresión queda a un lado, sin considerar que el avance de la enfermedad remite a problemas no solo en el plano cognitivo, sino también en el plano emocional.

Tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la depresión existe pérdida de funciones en la persona que genera un malestar no solo a nivel del paciente sino también en su ambiente social y familiar. Dicho esto, se ha llegado a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el trasfondo clínico en el proceso de diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión?

Dichos trastornos antes mencionados, en su aparición pueden estar relacionados, o a su vez aparecer de manera independiente o al mismo tiempo, lo que genera dudas en su proceso diagnóstico (Izquierdo, Fernández, Sitjas, Elias, & Chesa, 2003).

Es aquí donde se podría evidenciar un problema para el paciente que lleve un mal diagnóstico, ya que, si la aparición, como se menciona en el párrafo anterior es al mismo tiempo, la persona tendría que recibir el tratamiento para ambos cuadros, mientras que, si aparece solo Enfermedad de Alzheimer, el profesional tendría que prevenir la aparición de depresión y viceversa.

4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

- **Objetivo General:**

Identificar las construcciones subjetivas de los profesionales de la salud sobre el proceso de diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión.

- **Objetivos Específicos:**
  - ✓ Realizar la investigación teórica sobre Enfermedad de Alzheimer y depresión para la diferenciación entre las mismas.
  - ✓ Entrevistar a profesionales de la salud sobre el proceso de diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión.
  - ✓ Analizar la narrativa de los profesionales en salud mental implicados en práctica clínica que diferencian el diagnóstico entre Enfermedad de Alzheimer y depresión.
  - ✓ Construir una teoría sustantiva sobre el proceso diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión, basado en la experiencia de los profesionales de la salud implicados en práctica clínica.

5 MÉTODO

En este capítulo se explica cada una de las etapas para lo que fue la recolección de datos para la presente investigación. De la misma manera, se habla acerca de cómo fueron escogidos los participantes, el diseño de investigación utilizado, las técnicas de recolección de datos, instrumentos que son empleados y el procedimiento a seguir.

5.1 Participantes

A continuación, se presenta un resumen de los participantes en la investigación, todos profesionales de la salud con diferentes especialidades y experiencia en práctica clínica:

Tabla 13 Participantes

Género	Edad	Profesión	Especialidad	Nacionalidad
Femenino	57 años	Médico	Psiquiatra	Cubana
Masculino	58 años	Médico	Psiquiatra	Ecuatoriano
Masculino	46 años	Ps. Clínico	Neuropsicólogo	Ecuatoriano
Masculino	37 años	Ps. Infantil	Psicorehabilitador	Ecuatoriano
Masculino	33 años	Ps. Clínico	Psicoinmunoneuroendocrinólogo, psicooncólogo y psicoterapia cognitiva.	Ecuatoriano
Femenino	57 años	Ps. Clínica	Psicoterapia de niños y adolescentes, terapista comunitaria integrativa.	Ecuatoriana
Femenino	39 años	Ps. Clínica	Psicoterapeuta integrativa	Ecuatoriana
Masculino	35 años	Ps. Clínico	Especialidad en Psicología Social y Psicopatología	Ecuatoriano

Existe la posibilidad de una saturación de categorías, es decir, que dentro de los participantes entrevistados existe una repetición de contenidos que han sido trabajados a profundidad, lo que justifica el número de participantes dentro de la investigación.

5.2 Diseño de investigación

La presente investigación se desarrolla a partir de la teoría crítico constructivista, lo que implica que el investigador genere una transformación durante el proceso. Por otro lado, se propone una reflexión dentro de una problemática y contexto social que ayuda al lector a entender mediante la pregunta de investigación el problema que se plantea.

5.3 Técnica de recolección de datos

La entrevista a profundidad es la técnica de recolección de datos de la presente investigación, ya que con preguntas abiertas los o las participantes pudieron explicar en base a su experiencia y subjetividad los temas planteados, lo que enriqueció dicha investigación. Por otro lado, se utilizó una grabadora de voz para las entrevistas, lo que funcionó como bitácora de campo, logrando así el análisis de datos que se consideren conveniente para la investigación.

5.4 Técnica de análisis de datos

La técnica de análisis de datos se realiza a través de una codificación abierta, aquellas categorías que surgieron durante la investigación se enlazaron con otra, dándole así una conexión lógica.

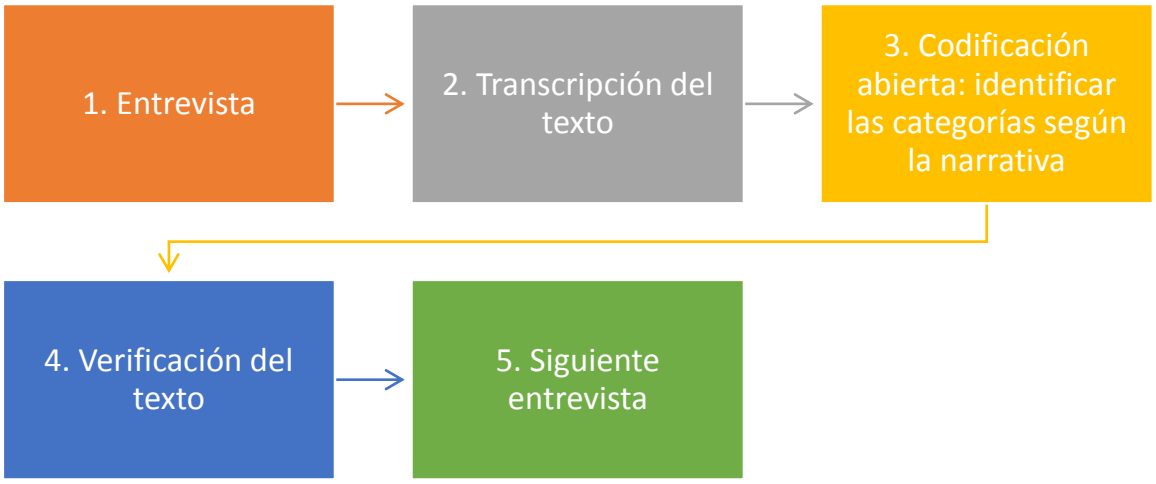
5.5 Procedimiento

Se inició con una breve introducción hacia los participantes acerca del tema escogido para la investigación, seguido de la firma del consentimiento informado, para luego proceder con la primera entrevista de preguntas abiertas, dentro de un ambiente adecuado que permita al entrevistado o entrevistada una mayor fluidez en sus respuestas. Luego, se procede a la transcripción del texto de la primera entrevista, que permite al investigador pasar al siguiente paso, que es la codificación abierta para identificar las categorías según la narrativa de los participantes, se verifica el texto y categorías pertinentes, pasando así a la siguiente entrevista, tomando en cuenta que si existe una saturación de información dentro de alguna

de las categorías, las preguntas frente al entrevistado cambiarán en cuanto a contenido y profundización.

A continuación, se mostrará el procedimiento realizado en las entrevistas:

Figura 2. *Procedimiento de la utilización del instrumento de recolección de información*



6 RESULTADOS

A continuación, se presentan aquellas categorías que surgieron dentro de la investigación a través de la realización de entrevistas a los profesionales de la salud mental implicados en la práctica clínica en el diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión. Cabe recalcar que, dentro de las mencionadas categorías, existen citas textuales de los participantes para darle un mayor entendimiento a los conceptos empleados.

Seudodemencia

La seudodemencia es un término utilizado por algunos especialistas dentro de la clínica. Es aquella depresión que se podría camuflar con una demencia, y que podría resultar en una confusión entre depresión y enfermedad de Alzheimer, ésta última en etapas avanzadas. De la misma manera, la seudodemencia no es un diagnóstico que esté dentro de los manuales de clasificación de enfermedades, es más bien un término que se ha ido naturalizando dentro de los profesionales de salud para saber que el paciente está entrando en un cuadro depresivo y descartar una enfermedad de Alzheimer o alguna otra demencia.

Por otro lado, uno de los profesionales entrevistados menciona que: "también puede ser el pródromos de una demencia" (Psiquiatra de género masculino, 58 años de edad), es decir, aquellos síntomas que se presentan inicialmente en la enfermedad.

Sin embargo, "cuando hablamos de seudodemencia, estamos hablando de una depresión encubierta o enmascarada, que parece ser una demencia, pero sin embargo no lo es, es una depresión" (Neuropsicólogo de género masculino, 46 años de edad), ya que dentro de las demencias existen otras alteraciones cognitivas, aparte de la memoria, que aseguran que se trate de una demencia o el inicio de una depresión.

Grupos multidisciplinarios

Dentro de la narrativa de los participantes entrevistados, se evidenciaron varios resultados interesantes. La entrevistada, psiquiatra, mujer de 57 años, menciona la importancia de un trabajo multidisciplinario, es decir, profesionales de la salud como: médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, etc., con varias herramientas en cada una de

sus áreas de trabajo, para un mejor proceso diagnóstico. Hace referencia a que en un grupo multidisciplinario es favorable, en cuanto a diferentes puntos de vista según la profesión, rama o experiencia de cada persona, y que a su vez esto enriquece el diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión. De la misma manera, la psiquiatra argumenta que, dentro de su experiencia ha visto resultados favorables en el paciente cuando no solo se ha trabajado con fármacos, sino también con recursos psicológicos y trabajo social.

Por otro lado, el psiquiatra, hombre de 58 años, menciona que en la medida de lo posible se intenta que el trabajo para dicho diagnóstico sea con colaboradores de otras áreas de la salud, pero que no está establecido que el trabajo deba ser de dicha manera, dadas las motivaciones individuales y la organización de las consultas, es decir, el tiempo que requiere el discutir acerca del diagnóstico diferencial.

El neuropsicólogo, hombre de 46 años, hace referencia a que los profesionales de otras áreas de salud como médicos, neurólogos, con los que ha trabajado, tienen una gran diferencia de pensamiento según su edad, es decir, antes, los médicos antiguos podían diagnosticar de manera individual a su paciente, sin la necesidad de acudir a otros especialistas, mientras que los médicos, por así decirlo, nuevos, toman al paciente como un ser integral, que requiere de otros profesionales de la salud para un tratamiento efectivo. Pero que, a pesar de eso, ha sido integrado por ambos profesionales de diferentes edades al grupo multidisciplinario.

Por último, menciona que algunos de sus colegas no han corrido con la misma suerte, ya que: “se han convertido prácticamente en el auxiliar del médico, en el auxiliar del psiquiatra, en el ayudante de hacer cosas triviales con los pacientes, de tal manera que existen las dos realidades” (Neuropsicólogo de género masculino, 46 años de edad).

Enfatización de síntomas y queja subjetiva

La psiquiatra de 57 años con experiencia en población geriátrica, menciona que, la persona con depresión enfatiza sus síntomas, de tal manera que tiene pensamientos acerca del no poder tal o cual acción que se le pide que haga, porque se siente incapaz de realizarla.

Mientras que, en una persona con Enfermedad de Alzheimer, sugiere que:

> (…) las personas con demencia, sobre todo si están transitando de una ligera para una moderada, en el Alzheimer específicamente, ellos quieren cooperar, ellos tratan de cooperar y no dan cuenta que lo están haciendo mal, hasta tienen una expectativa de que va a quedar muy bien, y en el otro entonces sienten una frustración porque dicen "yo no lo puedo hacer" (Psiquiatra de género femenino, 57 años de edad).

Entonces, según esta narrativa y la experiencia de la entrevistada, este sería un punto clave para la diferenciación entre estos dos cuadros antes mencionados. Por otro lado, y acotando al punto clave para la diferenciación, el psiquiatra de 58 años menciona que, dentro de su experiencia clínica: "el ver al paciente desde una perspectiva de su evolución longitudinal es lo que le lleva a uno a pensar que se trata de una depresión o de una enfermedad de Alzheimer" (Psiquiatra de género masculino, 58 años de edad), tomando en cuenta qué cuadro es el que aparece primero, los síntomas que prevalecen y el inicio de la enfermedad.

La entrevistada, psiquiatra, mujer de 57 años, recalca la importancia de la queja subjetiva, es decir, aquellos síntomas propios de la edad del paciente y, por otro lado, aquellos en los que hace énfasis y el efecto que tiene en su vida cotidiana.

Por otro lado, el psiquiatra, hombre de 58 años, argumenta que hay que tomar en cuenta el nivel de conciencia de la enfermedad del paciente, es decir, el paciente con Enfermedad de Alzheimer no ha de enfatizar sus síntomas por una falta de conciencia de la enfermedad, mientras que el paciente con depresión está totalmente consiente de la misma, por lo que sus síntomas han de hacerse más notorios.

El neuropsicólogo, hombre de 46 años, afirma que esta llamada "queja subjetiva" se presenta de manera diferente en ambos cuadros. El paciente con depresión no presenta

angustia o malestar frente a los olvidos, ya que son otros síntomas los que lo aquejan; mientras que, en la enfermedad de Alzheimer, el paciente minimiza dichos olvidos. Menciona también que, personas son deterioro cognitivo leve relacionado con la edad, son pacientes que están en plena conciencia de los episodios de olvido y enfatiza dichos episodios.

Trabajar con la familia del paciente

La psiquiatra mujer de 57 años, hace referencia a un trabajo con la familia del paciente, es decir, a través de su experiencia, cuenta que el trabajo con el paciente y la familia del mismo es primordial para un tratamiento efectivo frente a estos dos cuadros.

De la misma manera, otro de los entrevistados también argumenta que el trabajo con la familia es de suma importancia, ya que son los testigos clave para suponer el inicio o avance la enfermedad en ambos cuadros diagnósticos, por lo que: "la familia juega un papel muy importante porque dentro de los parámetros de evaluación que nos permite el diagnóstico diferencial está la participación de la familia, nos dice cómo apareció esta enfermedad" (Psiquiatra de género masculino, 58 años de edad).

Por otro lado, el trabajo con la familia conlleva a un plano más profundo, ya que, según el neuropsicólogo, hombre de 46 años, sostiene que muchas veces la familia opta solo por el tratamiento farmacológico. En palabras del profesional entrevistado:

> Lo que a la familia le interesa y eso es necesario cambiar, es que el paciente reciba tratamiento farmacológico, la parte psicológica, a pesar de que se recomienda, y en todos los informes que se emiten, siempre se recomienda recibir asesoramiento, orientación, psicoterapia, tanto al paciente como a la familia, la mayoría de los pacientes solo optan por el tratamiento médico (Neuropsicólogo de género masculino, 46 años de edad).

Es decir que, a pesar de los esfuerzos de los especialistas por brindar un mayor soporte dentro del proceso diagnóstico, tanto para el paciente como para su familia, la importancia que tiene el médico frente a los demás especialistas sigue teniendo mayor importancia. Se entendería de tal manera que, el rol del psicólogo dentro del proceso diagnóstico con la

familia no tiene mayor relevancia, ya que: “seguimos considerando en nuestra sociedad, que es la parte física antes que la psicológica” (Neuropsicólogo de género masculino, 46 años de edad).

El trabajo con la familia, entonces, pasa de un proceso terapéutico en conjunto con el paciente, a una psicoeducación, es decir, se brinda información acerca de la enfermedad y sus consecuencias, cuidados y posibles síntomas que vayan apareciendo con el tiempo para que la familia vaya asumiendo a futuro lo que podría pasar con el paciente.

Una de las dificultades del trabajo con la familia según uno de los profesionales entrevistados, es el tiempo, es decir:

> (…) de que ellos dispongan tiempo para acompañarle y en casa poder reforzarle las terapias que se le realiza aquí y que a ellos se les capacite, se les oriente también para que ellos sean como co-terapéutas en el proceso, ya que sin ese refuerzo en casa la terapia incluso va a demorar más (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad).

Es decir, que tanto el profesional como el familiar del paciente son esenciales dentro del proceso diagnóstico y también dentro del tratamiento del mismo, ya que sin estos dos pilares el paciente tendría dificultades al acceder a los turnos con los especialistas, tomando en cuenta que la mayoría de ellos accede al sistema de salud público.

Por último, uno de los entrevistados afirma que sería importante tomar en cuenta el ambiente donde se desenvuelve el paciente, es decir, que el trabajo no sea solo dentro de consulta en el hospital, ya que la terapia podría tornarse artificial, por lo que:

> (…) es mucho mejor la terapia en el contexto donde él está, donde yo realmente voy a observar cuáles son las dificultades que él tiene para adaptarse y en base a esas dificultades yo voy haciendo las observaciones, voy haciendo los cambios que requiera para que él pueda adaptarse y la familia, que sea un trabajo en conjunto (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad).

Enriquecimiento a través del diagnóstico diferencial

El proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión, conlleva a una serie de pruebas y estudios hacia el paciente que en su mayoría no son accesibles por su elevado costo. Varios de los entrevistados afirman estar en contra de dichos estudios que generan gastos innecesarios tanto para el paciente como para la familia, por lo que:

> Lamentablemente hay profesionales que no practican el código de ética como tal y lo único que pretenden, lo que buscan, es usufructuar de los pacientes (Neuropsicólogo de género masculino, 46 años de edad).

Así mismo, como lo menciona el psiquiatra, hombre de 58 años:

> Hay marcadores biológicos que no están generalizados en cuanto a su uso, pero que el costo es excesivamente alto, usar por ejemplo un marcador biológico, medir la proteína β-amiloide 42, para saber que es un Alzheimer y que no es una depresión, también ayuda, pero nosotros como cultura, como sociedad ecuatoriana no estamos al alcance cotidiano de ese tipo de exámenes (Psiquiatra de género masculino, 58 años de edad).

Es así que, algunos profesionales de la salud utilizan dichos exámenes costosos para lucrar a través del diagnóstico diferencial y por otro lado, para tratar de impresionar a la familia con dichos métodos, que solo acarrean gastos y en no beneficio del paciente y su familia.

El Psicorehabilitador, hombre de 37 años, menciona que el trabajo dentro del sistema de salud pública es diferente, ya que el servicio brindado por los profesionales en dichas instituciones es gratuito (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad), lo que nos lleva a pensar que el sistema de salud privado es más propenso a dicho enriquecimiento a través de los exámenes requeridos para el diagnóstico diferencial, ya que el proceso de turnos y exámenes es más eficiente a diferencia del sistema público.

El valor de la psicoeducación en el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión

Es importante que el profesional brinde, dentro del proceso diagnóstico, la información pertinente, tanto a la familia como al paciente, para que se vayan preparando para los cambios que podrían irse presentado durante el avance de la enfermedad. Por otro lado, dentro de este proceso de psicoeducación, se podría presentar que la familia, el paciente o ambos requieran de apoyo emocional dada la situación de la enfermedad o a su vez por el impacto de la información acerca de la misma.

De igual manera, dentro de este proceso se analiza la problemática familiar y se observan cambios estructurales, donde el profesional al brindar información sobre la enfermedad debe tomar en cuenta, ya que podrían presentarse conflictos a la hora de organizar los cuidados, citas médicas, etc.

El Psicorehabilitador, hombre de 37 años, menciona la importancia de trabajar la psicoeducación a través de la prevención en salud mental, es decir:

> Lograr que ellos entiendan que la salud mental no necesariamente es para las personas que están ya con algún trastorno de esa magnitud, que puedes ya empezar a trabajar con la salud mental a nivel preventivo, puedes empezar a trabajar la salud mental antes de que se convierta en algo más grave (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad).

Lo que significaría que el trabajo del profesional también acarrea la concientización del proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión y todos aquellos cambios que se irán dando según avance la enfermedad.

La diferencia entre el servicio de salud público y privado

Existe una gran diferencia entre el servicio de salud pública y privada, no solo en el trato hacia el paciente por parte del personal que brinda los servicios, sino también en cuanto a infraestructura, equipos médicos, toma de turnos y flexibilidad.

El Psicorehabilitador entrevistado, menciona que el servicio de salud pública ha decaído en cuanto al trato hacia el paciente y que el servicio es a veces descuidado por la demanda elevada de personas que acuden al mismo (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad). De la misma manera, una de las entrevistadas, argumenta que existe una influencia económica en cuanto al servicio privado, ya que cuenta con los recursos, profesionales y personal de asistencia para un manejo óptimo de los pacientes que acuden al servicio y sobre todo, la demanda alta de pacientes existentes (Psicóloga clínica de género femenino, 39 años de edad).

Por otro lado, uno de los entrevistados, especialista en el área social, afirma que dentro del sistema privado:

> Realmente lo que se quiere es negociar con la salud de la persona. Entonces, a veces se inventan síntomas, se complejizan las enfermedades, cirugías innecesarias (…) (Psicólogo clínico de género masculino, 35 años de edad).

Por lo que dentro del sistema de salud pública se pensaría que el trabajo del profesional está fuera del plano lucrativo a través del diagnóstico diferencial, ya que, si el paciente no requiere de exámenes o estudios especiales, el profesional no solicitaría dichos exámenes si no fueran estrictamente necesarios.

Por último, el Psicólogo Clínico con especialidad en psicopatología menciona que el problema dentro del diagnóstico diferencial se encuentra en que:

> Seguimos trabajando bajo en enfoque psiquiátrico del siglo XIX, y creo que es el problema de que muchos diagnósticos están mal dados, es decir, no se sigue las normativas psicopatológicas modernas de diagnóstico (Psicólogo clínico de género masculino, 35 años de edad).

Es por esto que, el enriquecimiento podría ocurrir en relación a la cantidad de exámenes innecesarios que el profesional podría requerir por la falta de información solicitada al paciente o a su familia.

Paradigma codificado

A continuación, se presenta el paradigma codificado en la presente investigación, donde se analizaron las narrativas de los participantes, profesionales en salud mental en práctica clínica. En la presente investigación se utilizó la metodología cualitativa, con el diseño de la teoría crítico constructivista.

- Seudodemencia (AlDe1)
- Grupos multidisciplinarios (AlDe2)
- Psicoeducación (AlDe7)
- Trabajo con la familia (AlDe3)
- Servicio de salud público (AlDe5)
- Servicio de salud privado (AlDe6)
- Enriquecimiento (AlDe4)
- Queja subjetiva (AlDe8)
- Práctica no ética (AlDe9)
- Conocimiento profesional sólido (AlDe10)

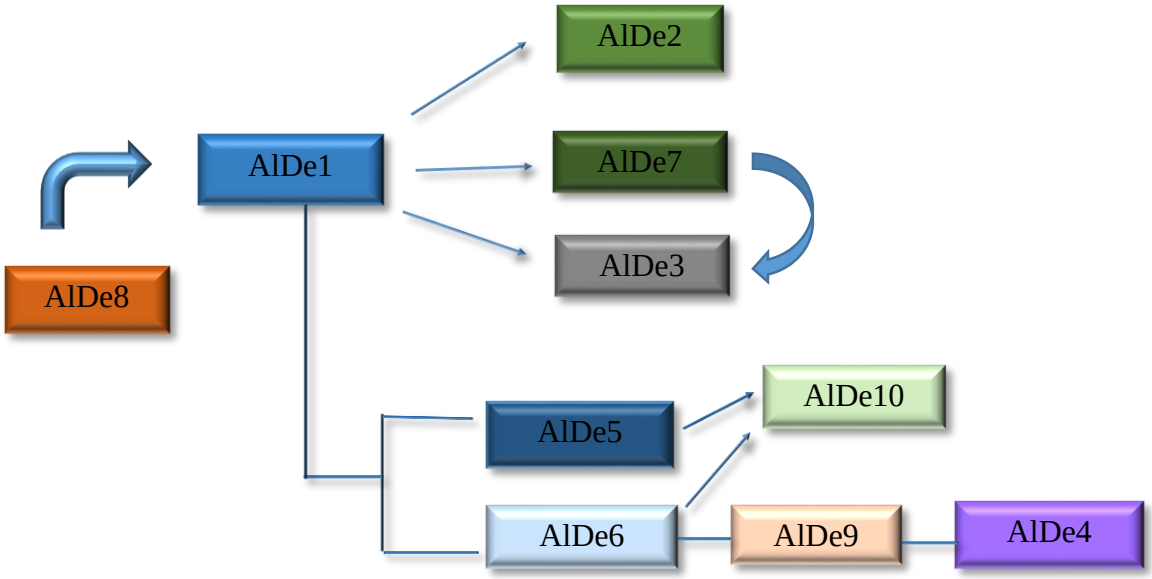


Figura 3. *El paradigma codificado*

Clave: AlDe1 SEUDODEMENCIA en relación al resto de variables, por ser el concepto que causa confusión en el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión. AlDe8 QUEJA SUBJETIVA Y ENFATIZACION DE SÍNTOMAS se encuentra directamente relacionada con la seudodemencia, ya que a partir de la sintomatología y narrativa del paciente se descarta si posee enfermedad de Alzheimer, depresión o los dos cuadros clínicos juntos. AlDe2 GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS el encuentro con otros profesionales de la salud para realizar el diagnóstico diferencial entre EA y depresión, un trabajo en equipo. AlDe7 PSICOEDUCACIÓN la información pertinente a la familia y al paciente frente a EA y depresión para los cambios que podrían presentarse en el proceso de las enfermedades. AlDe3 TRABAJO CON LA FAMILIA preparar a la familia a través de psicoeducación y el trabajo en casa con el paciente. AlDe5 SERVICIO DE SALUD PÚBLICO servicio y trato hacia el paciente. AlDe6 SERVICIO DE SALUD PRIVADA ventajas frente al servicio de salud pública, en cuanto al trato y servicios brindados. AlDe4 ENRIQUECIMIENTO relacionado directamente con el servicio de salud privada, por ser un servicio pagado. AlDe9 PRÁCTICA NO ÉTICA en relación al sistema de salud privado, si no existe una correcta práctica ética por parte del profesional. AlDe10 CONOCIMIENTO

PROFESIONAL SÓLIDO tanto en el sistema privado como en el público en cuanto al diagnóstico diferencial entre EA y depresión.

Para la realización del paradigma codificado se utilizó la codificación axial, es decir, dentro de las categorías trabajadas anteriormente, se evidenció que una de ellas era el fenómeno clave. Para el resto de categorías se utilizó la codificación selectiva, lo que quiere decir que los demás temas tratados en la presente investigación estarán girando en relación al fenómeno clave (Sampieri, 2010).

Lectura hermenéutica del paradigma codificado

La seudodemencia, como tema central, está en constante interacción con el resto categorías, a partir de que es el foco del problema dentro del diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión. Por un lado, se relaciona con la queja subjetiva y la enfatización de síntomas, ya que el paciente, dependiendo de la enfermedad que lo aqueje, ya sea EA o depresión, va a poner mayor enfatización en ciertos síntomas.

Ya cuando se ha diagnosticado a un paciente con Alzheimer, depresión o ambas, hay que tomar en cuenta que aparecen tres categorías a relacionarse, como los grupos multidisciplinarios, donde una serie de profesionales especialistas estarán tratando al paciente en conjunto con su familia, ya sea dentro del tratamiento y los diferentes especialistas que requiera el paciente, o del proceso de psicoeducación a seguir a través del profesional psicólogo.

Por otro lado, nuestro fenómeno clave se relaciona tanto con el sistema de salud pública como con el privado, ya que los pacientes podrían acudir a dichos servicios por un diagnóstico, dependiendo de sus recursos económicos. Dentro del sistema de salud privado encontramos que, la práctica poco ética de algunos profesionales podría llevar a un enriquecimiento a través del proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión.

Por último, un sólido conocimiento por parte del profesional, ya sea que se encuentre dentro del sistema público o privado, podría disminuir el riesgo de un mal diagnóstico o que

al menos no se considere la posibilidad de trabajar una patología, sabiendo que podría dar aparición a la otra y generar un proceso más complejo en cuanto a tratamiento y recursos económicos del paciente.

7 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Alzheimer es una enfermedad de tipo neurodegenerativo que ataca a las funciones cognitivas, es decir, interfiere en procesos como: la memoria, el lenguaje, la atención, percepción, entre otras (Arango et al., 2003), que generan un cambio no solo a nivel cognitivo, sino también en el comportamiento del individuo.

La depresión en el adulto mayor, es aquella patología en la que se ve implicado el estado ánimo, es decir, la presencia de síntomas como: el llanto, cansancio, sentimiento de inutilidad, etc., junto con cambios a nivel físico y cognitivo que muchas veces están asociados con la edad (Millán, 2006), pero que se podría complejizar si no son tratados a tiempo.

A continuación, se realiza la discusión acerca de los resultados obtenidos a través de las entrevistas a los profesionales implicados en salud mental en práctica clínica en el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión.

En primer lugar, se analizó la relación entre enfermedad de Alzheimer y depresión, por lo que, según Martínez et al., (2007), existen algunas enfermedades asociadas con la depresión, en las que se encuentra la diabetes, enfermedad cerebro-vascular y con una prevalencia del 60% se encuentra la enfermedad de Alzheimer.

Por otro lado, existen varios factores que asocian a la enfermedad de Alzheimer con la depresión, como: el factor psicológico, en el que se encuentra la ya mencionada seudodemencia, que no está asociada con una demencia, pero que posee una afección tanto en el plano cognitivo como en el estado de ánimo, confundiéndose así entre estos dos cuadros clínicos. También se encuentra el factor neurobiológico, que da cuenta de una falla en la liberación de neurotransmisores como la serotonina, que están asociados con la depresión y la enfermedad de Alzheimer (Agüera et al., 2006).

Dentro del diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión, existen varios factores que no se comprueban con anticipación al momento de dar un diagnóstico. Dichos factores intervienen en el adecuado tratamiento que los pacientes deben recibir, como por ejemplo, la no adecuada interpretación por parte de los profesionales al momento de detectar los síntomas, sin tomar en cuenta que cada paciente percibe el síntoma de diferente manera, es decir, se debe realizar un estudio del caso por caso y sobre todo la historia vital del paciente, anamnesis, etc., que permitirán una correcta recolección de información.

Entre enfermedad de Alzheimer y depresión se encuentra la aparición de los síntomas subjetivos, es decir, que el paciente pueda describir desde cuando han venido apareciendo dichos síntomas. Por otro lado, cabe mencionar que, dentro del trastorno de depresión, es la familia del paciente quien puede dar relevancia a los síntomas en cuanto a su aparición, mientras que en la enfermedad de Alzheimer es mucho más complejo, dado que tanto el paciente como la familia suponen que tales olvidos se deben al avance de la edad.

De la misma manera, se dificulta el diagnóstico diferencial cuando la enfermedad de Alzheimer se presenta en etapas iniciales, ya que se podría confundir con el deterioro cognitivo existente dentro del cuadro depresivo. Hay que tomar en cuenta que en etapas más avanzadas dentro de la enfermedad de Alzheimer se presentan ciertos síntomas específicos del cuadro clínico que pueden afirmar el diagnóstico.

Otra de las dificultades recurrentes dentro de los profesionales a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, es la aparición de seudodemencia, es decir, el paciente presenta deterioro cognitivo, pero sin que esté vinculada a una demencia. El profesional a primera vista podría confundirse entre una depresión o una enfermedad de Alzheimer, lo que podría generar un mal diagnóstico hacia el paciente; es por eso que la valoración psicológica es de suma importancia tanto con el paciente como con la familia, que determinará, como se lo mencionó anteriormente, la aparición de los síntomas y la intensidad de los mismos.

A partir de las entrevistas realizar a los profesionales, se puede entender que la familia es un soporte esencial en el tratamiento de paciente, tanto con Alzheimer como con depresión, ya que se evidenció que se preocupan más por la parte biológica y la toma de medicamentos, dejando de lado la parte psicológica, donde es importante la contención y la información que se brinde a las familias para un tratamiento integral, y de esta manera una mejor calidad de vida de dichos pacientes.

En la presente investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud en práctica clínica, los cuales aportaron, mediante su discurso y experiencia, para que se evidencien las dificultades a la hora de realizar el diagnóstico diferencial entre Alzheimer y depresión y las consecuencias que acarrea un mal diagnóstico dentro de la práctica clínica con los pacientes y sus familias. Es así que, mediante esta investigación, se pretende hacer un llamado a la reflexión para evitar una mala práctica clínica a través del diagnóstico diferencial.

Dentro de los resultados, en primer lugar, se analizaron los criterios diagnósticos de los manuales de enfermedades DSM-V y CIE-10 en relación a enfermedad de Alzheimer y depresión, dando como resultado que ambos manuales no poseen criterios diagnósticos específicos para la depresión en el adulto mayor, lo que conlleva a una dificultad diagnóstica para este grupo vulnerable, ya que tanto los síntomas como su aparición son diferentes en comparación a otras etapas.

Segundo, se tomó en cuenta que dentro del análisis teórico de enfermedad de Alzheimer y depresión existen varios componentes similares, es decir, el Alzheimer se produce por una descomposición y toxicidad de dos proteínas: TAU y β-amiloide, que podrían limitar su correcto funcionamiento, dificultando así la liberación de neurotransmisores de dopamina, serotonina, etc., que a su vez están relacionadas con el estado de ánimo. También puede ocurrir de manera inversa; en la depresión esta falla de neurotransmisores genera daño neuronal y estructuras cerebrales que dan aparición al Alzheimer (Hachinsk & Lopera, 2019).

Otro de los resultados obtenidos a través de las entrevistas a los profesionales y su experiencia en práctica clínica, fue que dentro del sistema de salud pública existen varias limitaciones, en cuanto al tiempo del profesional por el excedente de pacientes en dichas instituciones. Por otro lado, dentro del servicio privado, el costo tanto de consulta como los

exámenes para el diagnóstico son elevados, por lo que obligan a la población con limitaciones económicas a cursar por el sistema público (Psicorehabilitador de género masculino, 37 años de edad).

Entonces, se podría presumir que aquellas personas con limitaciones económicas están expuestas a un mal diagnóstico, frente a los pacientes que pueden acceder al servicio de salud privado. Por otro lado, también se presume que los pacientes con ventaja económica podrían estar expuestos a profesionales poco éticos que lucran a través del diagnóstico diferencial mediante exámenes de costo elevado.

Por último, dentro de las normas en las instituciones tanto públicas como privadas, no existe algún estatuto donde exija al profesional de la salud el trabajo multidisciplinario entre otros profesionales para el proceso diagnóstico y sobre todo para el tratamiento del paciente y el trabajo con su familia. Es decir, el paciente acude a consulta con especialistas, con diferentes tratamientos según el plan de trabajo de cada profesional, sin que exista una comunicación directa entre cada uno de ellos para un trabajo óptimo frente a la problemática del paciente y su familia.

La presencia de las categorías dentro de la presente investigación se dio a través de las entrevistas hacia los profesionales de la salud en práctica clínica que, mediante su experiencia y discurso lograron evidenciar el trasfondo clínico a través del proceso de diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión.

Dichas categorías surgieron a través de una codificación abierta, es decir, aquellos temas relevantes dentro del discurso de los profesionales entrevistados, se fueron profundizando a medida que avanzaba la entrevista, buscando así una conexión lógica entre una categoría y otra.

La primera categoría que se encontró es la llamada seudodemencia. Los profesionales mencionaron acerca de la dificultad de esta “demencia enmascarada” para el diagnóstico diferencial, ya que en su inicio posee síntomas como el deterioro cognitivo pero que no está asociado con una demencia sino con un cuadro depresivo.

En otra instancia, se encontró la problemática de los grupos multidisciplinarios. Varios de los profesionales entrevistados aseguran que un trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud brinda un progreso en el paciente mucho mayor al trabajo individual. Por cuestiones de tiempo y demanda de pacientes, se dificulta el trabajo entre varias disciplinas, junto con la normativa que no establece que el trabajo para este tiempo de diagnósticos complejos sea entre varias áreas de la salud en beneficio del paciente y su familia. Por otro lado, muchas de las veces, la familia y el paciente opta solo por el tratamiento farmacológico, lo que dificultad también el progreso del tratamiento y el trabajo en equipo.

La enfatización de síntomas y la queja subjetiva es otra de las categorías trabajadas dentro de la investigación, ya que varios de los profesionales mencionan que dichos síntomas se presentan de manera diferente dentro de cada diagnóstico. Por un lado, la persona con depresión está más consiente de los cambios que existen, tanto a nivel emocional como en su capacidad de retener información y procesarla, por lo que enfatiza sus síntomas a la hora de la entrevista con el profesional y no cooperan para las actividades dadas por el entrevistador por la frustración al sentir que lo van a hacer mal, ya que lo olvidos no son su principal queja. Mientras que el paciente con Alzheimer, dada su condición, coopera con las actividades al no estar tan consiente acerca de los síntomas y minimiza los olvidos. Entonces, hay que tomar en cuenta que tan consciente está el paciente de su enfermedad para poder avanzar tanto en el diagnóstico diferencial como en el tratamiento.

El trabajo con la familia del paciente es una de las categorías predominantes dentro de la investigación, ya que son quienes dan cuenta del inicio de los síntomas y el avance de la enfermedad. De la misma manera, la familia se convierte en co-terapéuta cuando el cuidado del paciente es en casa y reforzar la terapia del profesional, puesto que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o depresión optan por dicha opción de cuidado. Muchas de las veces, la familia se inclina solo por el tratamiento farmacológico, lo que dificulta el trabajo del psicólogo dentro del proceso diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, sería ideal que el profesional pueda acceder al ambiente en donde se desenvuelve el paciente, pues es allí donde podrá dar cuenta de las dificultades que tiene para adaptarse y sus limitaciones, teniendo así un mejor plan de tratamiento.

El enriquecimiento a través del diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión es una de las categorías más preocupantes, puesto que se requiere de una serie de estudios y pruebas psicométricas costosas que no están al alcance cotidiano de la mayoría de la población. Algunos de los profesionales entrevistados mencionan que este tipo de exámenes costosos son el medio para lucrar a través del diagnóstico diferencial e impresionar a la familia del paciente por los métodos utilizados. Se presume que dicho enriquecimiento es más propenso a darse en instituciones privadas, ya que dentro del sistema público el servicio es gratuito. De la misma manera, el sistema de salud público demora en cuanto a la obtención te turnos con los profesionales, y muchos de los exámenes solicitados para el diagnóstico diferencial son brindados por el sistema privado, lo que genera malestar económico en la clase baja por su limitación a este acceso.

Tomando en cuenta la preferencia de la familia por el profesional médico a la hora del tratamiento, es importante que dentro de este proceso diagnóstico el psicólogo brinde psicoeducación en relación a enfermedad de Alzheimer y depresión y los posibles cambios que se vayan dando según el avance de la enfermedad, para que tanto el paciente como la familia puedan tener la información necesaria y estar preparados para dichos cambios. Por otro lado, el apoyo emocional dentro de este proceso es fundamental, pues las complicaciones de la enfermedad y el impacto de la información recibida por la familia y el paciente podrían generar cambios en la estructura familiar.

Por último, existe evidencia en cuanto a biomarcadores en el cerebro de una persona con Alzheimer que muestran la presencia de la patología a través de una resonancia magnética, que logra captar una disminución en el hipocampo y en el lóbulo temporal, como se mostró anteriormente en la ilustración 1, página 21. En comparación al cerebro de una persona con depresión, donde a través de resonancia magnética no se logra evidenciar cambios en estructuras cerebrales, por lo que se realiza una tomografía por emisión de positrones, donde se logra evidenciar la actividad química del cerebro y en este caso el aumento de colores azules y verdes, junto con el descenso de áreas blancas y amarillas, lo que indica una actividad cerebral reducida debido a la depresión, como se mostró en la ilustración 2, página 41 anteriormente.

Las limitaciones que se han obtenido a lo largo de la investigación fueron: a) la probabilidad de encontrar sesgos en las respuestas de los entrevistados, debido a una sensibilidad al hablar de ciertos temas; b) la investigación fue realizada solo en la ciudad de Quito; c) las entrevistas fueron únicamente a profesionales de la salud en práctica clínica; d) no haber considerado entrevistas a familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o depresión, o ambas; e) la dificultad de diálogo con pacientes con enfermedad de Alzheimer

En cuanto a las limitaciones mencionadas anteriormente, se toma en cuenta futuras investigaciones, ya que existe la motivación y el deseo de prolongar la información presentada; entrevistar a los familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o depresión y tener otra versión del proceso. Por otro lado, y dentro de las posibilidades, realizar entrevistas a pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase inicial y poder obtener información del proceso de una visión más íntima y de primera mano.

RECOMENDACIONES

- Al considerar la dificultad en el proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión, tomar en cuenta el trabajo en equipo para el tratamiento del paciente, es decir, la posibilidad de una reunión de carácter multidisciplinario donde se discutan los casos de relevancia o de mayor complejidad.
- Se debe capacitar a la familia del paciente en cuanto a los cuidados y posibles complicaciones de la enfermedad para un mejor cuidado en el hogar. Por otro lado, también recomendar a la familia sesiones de psicoterapia para aquellos miembros que podrían generar quemamiento a través del cuidado del paciente.
- La psicoeducación como parte del plan de tratamiento del paciente y su familia, para la preparación en cuanto al espacio físico del paciente y los cambios a nivel comportamental, cuidados, etc., que podrían generar dificultad en la estructura familiar.

- El seguimiento de casos que el profesional considere que son de dificultad o que requieran de mayor atención en cuanto a su tratamiento o trabajo con la familia, donde el profesional pueda identificar los aspectos de relevancia dentro del proceso.
- La creación de grupos de apoyo hacia los familiares de los pacientes con diagnóstico de Alzheimer y depresión, para crear una red de apoyo que permita contención emocional durante el proceso de tratamiento.
- Tomar en cuenta el tratamiento del paciente en su contexto, para mejorar su calidad de vida y manejar sus limitaciones en el espacio de manera adecuada, dándole así un tratamiento más efectivo, ya que dentro del ambiente hospitalario el comportamiento del paciente podría variar.
- Programas de prevención en cuanto a la aparición de Alzheimer, depresión o de los dos cuadros clínicos juntos, para que la familia del paciente tome en cuenta la aparición de la enfermedad y realizar el proceso pertinente de diagnóstico y tratamiento,

8 BIBLIOGRAFÍA

Agüera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica* (2da Edición ed.). Barcelona: MASSON.

Alberca, R., & López-Pousa, S. (2010). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (4ta edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arango, J., Fernández, S., & Ardila, A. (2003). *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento.* México D.F.: El Manual Moderno.

Ardilla, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica.* México DF: Manual Moderno.

Asociaciación Americana de Psiquiatría . (2013). *DSM-V Manual diagnpostico y estadístico de trastornos mentales.*

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2011). *Manual de Psicopatología* (Vol. II). Madrid: McGraw-Hill.

Bermejo, F. (1993). *Demencias: conceptos actuales.* Recuperado el 27 de Junio de 2019, de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Z4R_kzM9rjUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=principales+tipos+de+demencias&ots=7C9XxDyvwJ&sig=caPmhTGLKWT6jRSiLlJXJQ0CRvU#v=onepage&q=principales%20tipos%20de%20demencias&f=false

Budson, A., & Solomon, P. (2016). *Pérdida de memoria, Alzheimer y demencia.* Barcelona: ELSEVIER.

Clériga, R. (25 de Febrero de 2014). *ProQuest.* Obtenido de https://search.proquest.com/docview/923386636/53BAFC776C7849ADPQ/3?accountid=13357

d´Hyver, C., & Gutiérrez, L. (2009). *Geriatría* (2da edición ed.). México D.F.: Manual Moderno.

Deus, J., Deví, J., & Saínz, M. (2018). *Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer.* Madrid: Editorial Sintesis.

García, J., & Criado, J. (2017). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas.* Barcelona: ELSEVIER.

Gómez, R., Hernández, B., Rojas, U., Santacruz, O., & Uribe, R. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnístico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Hachinsk & Lopera. (Noviembre de 2019). Alzheimer genético en Antioquia-Colombia. Una gran oportunidad para la prevención. Quito.

Hoyl, T., Valenzuela, E., & Marín, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Dperesión Geriátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *128*(11). doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003

Izquierdo, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M., & Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(87). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300003

Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (1997). *Geriatría Clínica* (3ra edición ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *REVISIÓN*, 3-14. Obtenido de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf

Martínez, J., Martínez, V., Esquivel, C., & Velasco, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *45*((1)), 21-28. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf

Millán, J. (2006). *Principios de Geriatría y Gorontología.* Madrir: McGraw- Hill Interamericana.

OMS, O. M. (Abril de 2017). *10 datos sobre la demencia.* Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/

OMS, O. M. (07 de Abril de 2017). *Hablemos de depresión.* Obtenido de https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/

Organización Mundial de la Salud (CIE-10). (1992). *CIE-10 para estadísticas de mortalidad y morbilidad.* Obtenido de CIE-10 para estadísticas de mortalidad y morbilidad: http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (12 de Diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Organización Mundial de la Salud (OMS). (14 de Mayo de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Organización Mundial de la Salud CIE-10. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión* (2003 ed., Vol. 1). Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

Pinto, B., Exeni, S., & Peñaloza, K. (2007). Factores biopsicosociales en la demencia de tipo Alzheimer. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, *5*(2), 244-282. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545472007.pdf

Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión.* Barcelona: Salud 2000.

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Av.psicol*, 9-17. Obtenido de file:///C:/Users/HOME/Downloads/Paradigmas%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20(1).pdf

Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N., & Parquet, D. C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *VIa Cátedra de Medicina*(175), 9-12. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37218372/3_175.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México D.F.: McGraw Hill. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Sanz, J., Perdigón, A., & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf

Toro, R., Yepez, L., & Palacio, C. (2010). *Psiquiatría* (5ta edición ed.). Medellín: Fundamentos de Medicina.

Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología, 51*(8), 471-480. Recuperado el 26 de Junio de 2019, de http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/diagnostico-temprano-alzheimer.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de consentimiento informado, dirigida a profesionales de salud en práctica clínica.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: EL TRASFONDO CLÍNICO EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEPRESIÓN. ESTUDIO CUALITATIVO REALIZADO EN PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2019.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Carlos Alberto Ramos Galarza, PhD y Dayanna Paulina Samaniego Mosquera.

INSTITUCIONES: entrevistas a profesionales implicados en la práctica clínica en salud mental.

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: Identificar las construcciones subjetivas de los profesionales de la salud sobre el proceso de diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y depresión.

PROCEDIMIENTOS: la herramienta utilizada para esta investigación será a través de una entrevista semiestructurada por parte del investigador hacia el o la profesional de salud mental.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con: Dr. Carlos Alberto Ramos Galarza, PhD, tel: 0998412108, correo: caramos@puce.edu.ec y Dayanna Paulina Samaniego Mosquera, tel: 0995408267, correo: dsamaniego93@live.com

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con la Dra. Paulina Barahona Cruz, Av. 12 de Octubre 1076 y Roca, tel: 2991-500 Ext. 1818, correo: pbarahona@puce.edu.ec en Quito, Ecuador.

Yo, _____confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada EL TRASFONDO CLÍNICO EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEPRESIÓN. ESTUDIO CUALITATIVO REALIZADO EN PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2019. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: _____

INVESTIGADOR/A: _____

Cc: _____

FECHA: _____

Anexo 2: primera entrevista

Mujer

57 años

Médico

Psiquiatra

¿Usted ha tenido alguna experiencia con población geriátrica?

- Llevo aquí 4 años, soy cubana, pero estuve unos 10 años participando en una investigación internacional, se llamaba "grupo 1066", sobre la Enfermedad de Alzheimer, junto con eso yo tenía una consulta en psicogeriatría, teníamos una consulta municipal de demencia, es un tema que me gusta mucho y me interesa mucho y la verdad que pienso que llevo un tiempo con el adulto mayor.

¿Y podría contarme usted tal vez alguna experiencia que le haya marcado en este proceso?

-Te voy a decir la verdad, al inicio, cuando empecé a participar en el proyecto, lógicamente ya me había hecho psiquiatra, ya tenía un tiempo de práctica profesional, pero estaba un poco más dirigida al tema de las adicciones, la cosa depresiva, el bipolar, en fin, y entonces empecé a estudia un poco más el tema del adulto mayor porque yo ya iba a participar en esta investigación, me vinculé más e hice estudios comunitarios, de base comunitaria. Nosotros entrevistamos a un grupo de prevalencia, 300 adultos mayores y 300 familiares.

Entonces el tema este de ver que el adulto mayor a veces está un poco deteriorado, mal conservado o que no tiene una vida social activa, me di cuenta que estaba muy bien, eran personas muy muy bien conservadas cognitivamente, con un estilo de vida bastante favorable y fue muy interesante. Claro, algunos no quisieron hablar conmigo, pero los demás cooperaron mucho. Los instrumentos eran muy largos, no lo podíamos aplicar en una sola sesión, y lo otro es que si muchos adultos mayores, digamos, ya cuando es clínica, muchos iban deprimidos, otros ansiosos, otros con trastornos adaptativos, el duelo, la separación de la familia, que es un factor importante en Cuba, la migración. Pero en general si se puede hacer mucho por ellos y uno se siente muy bien cuando logra ayudarlos, que mejoren, que la familia participe, es muy interesante y la verdad que es muy gratificante también.

¿Me podría relatar alguna experiencia diagnosticando ya en la clínica a un paciente con enfermedad de Alzheimer?

-Mira, nosotros teníamos una consulta, que era municipal, es como decir, un municipio Pichincha, allá era un municipio La Lisa, de la Habana. Entonces nosotros teníamos un policlínico en asistencia primaria, una consulta municipal de demencia, en realidad era de trastornos de memoria, entonces ahí la mayor parte de la población que asistía eran justamente personas adultas mayores. Entonces nosotros ahí tenemos un **protocolo de asistencia,** porque era un **grupo multidisciplinario,** estaba una clínico, estaba un enfermero, una trabajadora social y yo por psiquiatría. Entonces le hacemos un **diagnóstico inicial,**

hacemos la historia clínica, los test psicológicos, le hacemos el examen físico, le hacemos los complementarios, se reunía el equipo y debatía. Y a veces iban por otras muchas causas, que eran trastornos delirantes, pero si teníamos muchos trastornos de memoria, a veces eran demencias vasculares, Alzheimer, cuadros depresivos, y muchas veces nos pasaba eso, que tenía una depresión junto con un deterioro de memoria y ahí había que finar bien en el diagnóstico diferencial.

¿Cómo hacía usted para finar, como usted mismo menciona, esta diferenciación entre enfermedad de Alzheimer y depresión?

-Claro, mira lo primero y más interesante, por ejemplo el término que a veces se utiliza que es seudodemencia depresiva, tú no lo vas a encontrar en ninguna clasificación de las que existe actualmente como un diagnóstico independiente, si cumple características de depresión mayor, la mayoría de las veces, cuando tiene el deterioro cognitivo, algunos autores le han llamado "depresión enmascarada" que es un término que tampoco tiende a utilizarse, pero entonces tienes que ir mucho a ver, porque lo más frecuente es que confunda con Alzheimer, porque cuando es vascular tú tienes claramente un antecedente de una enfermedad vascular, si es por cuerpo de Lewis tú tienes claramente un síndrome ejecutivo con las manifestaciones neurológicas, pero de Alzheimer no las tienes, claro tiene apraxia, tiene afasia, pero en etapas más avanzadas. Pero si es una que está iniciando, no tiene todavía esas características, entonces tienes que tomar en cuenta muchos elementos, lo primero es, la edad es interesante, aunque la demencia puede aparecer en cualquier edad, el Alzheimer es más frecuente luego de los 65 y sobre todo en el sexo femenino, donde también son más frecuentes los cuadros depresivos. Pero tiene que ver también con los **antecedentes,** si una persona ha tenido antecedentes familiares de depresión y tiene cuadros previos de depresión que han transitado a lo largo de su vida, tu puedes sospechar qué es un nuevo episodio de su enfermedad, que en el adulto mayor la depresión de manifiesta de una manera diferente a como se manifiesta en le joven, que lo vemos típicamente, diciendo que se siente triste, llorando, en cambio **en el adulto mayor la depresión se manifiesta más con trastornos cognitivos y síntomas somáticos.** Todo eso son elementos importantes, los antecedentes personales y familiares.

El otro es el inicio del cuadro clínico, hay que ver qué empezó primero, la depresión o el deterioro de memoria, porque muchas veces el Alzheimer coexiste con la depresión y lo empeora, así que de cualquier manera hay que tratar la depresión. El tema es que, por ejemplo, cuando es en el inicio, hay que ver, cuando es **un Alzheimer es muy difícil que te puedan decir incluso los familiares desde cuando está así, porque es tan insidioso, y en los primeros momentos las personas no se dan cuenta por la intensidad de los síntomas que no son suficientes que le dificulta notablemente su adaptación al medio. Con la depresión es un poco mejor que el familiar te pueda decir que está así desde hace ya unos tres meses, le es más fácil identificar el momento de la enfermedad, porque tiene un comienzo agudo, mientras que el otro es un comienzo insidioso y a largo tiempo**; el otro es el curso, el curso del Alzheimer es lentamente progresivo, va al empeoramiento, esto no tiene un curso que se va empeorando, entonces sigue a la depresión, pero no generalmente de deterioro cognitivo.

Cuando tú ves a ese paciente, el paciente que es solamente una depresión con manifestaciones cognitivas y no una demencia con depresión, o cuando tú piensas que es **una depresión con**

manifestaciones cognitivas la persona enfatiza notablemente que está muy mal de la memoria, dice "Doctora a mí se me olvida todo, yo estoy muy mal, todo me sale mal", entonces cuando tú le pides que hagan los instrumentos, generalmente te dicen "yo no sé, yo no puedo". Yo he visto por ejemplo, en mi experiencia, que las personas con demencia, sobre todo si están transitando de una ligera para una moderada, en el Alzheimer específicamente, ellos quieren cooperar, ellos tratan de cooperar y no dan cuenta que lo están haciendo mal, hasta tienen una expectativa de que va a quedar muy bien, y en el otro entonces sienten una frustración porque dicen "yo no lo puedo hacer". **Enfatiza tanto los síntomas que entonces hay una diferencia marcada entre el énfasis que él pone en el síntoma de que "yo no puedo, estoy mal de la memoria" y el efecto que tiene ese supuesto deterioro cognitivo que él lo está sintiendo porque es una queja subjetiva de la memoria en la influencia de su vida cotidiana.** Porque entonces es una persona que tiene validismo, lo que si no tiene es deseo de hacer las cosas, pero usted no lo hace porque no puede, es porque no tiene deseos de nada, pero el otro te puede decir, tú le dices a una persona con demencia, mientras tenga la posibilidad, el lenguaje y puedas establecer todavía una cierta entrevista: "y usted qué hizo ayer?", "de todo, limpié, cociné, lavé" y el familiar por detrás de está haciendo "no" en una señal, que no, que no es verdad, entonces uno enfatiza mucho y el otro no.

Lo otro es que cuando tú le haces los test normales, y le pones un minimental, o le pones un lobo, te sale muy mal, te puede salir muy mal, pero entonces no es compatible el deterioro cognitivo que el siente, que tu evidencias, con el funcionamiento de la persona.

Y es bien interesante lo que usted dice, porque en realidad la enfermedad de Alzheimer es cognitiva y la depresión es emocional, entonces como es que la emocionalidad, la carencia de esto o la afección en la emocionalidad afecta tanto que empieza a, también a atacar al lado cognitivo, no?

Y eso es lo que llama más la atención, porque por ejemplo, si te vas a la etiología más aceptada del Alzheimer, incluso cuando tú le haces pruebas de imagen, ya sean estructurales o funcionales, típicamente no hay nada que te apunte a una depresión, no hay un marcador biológico de depresión, que si hay en el Alzheimer, porque es cortical, hay una atrofia cortical difusa, entonces tú vez mucho desde el punto de vista estructural y funcional, pero, se pudiese pensar, también se hablaba del tema de los neurotransmisores en la demencia y que es clásico en la depresión, un déficit de neurotransmisores, sobre todo de serotonina, porque es la que tiene que ver más con la estabilidad emocional, yo pienso que por ahí tiene que venir la cosa, **el tema de la implicación de los neurotransmisores** al margen de que también la demencia de Alzheimer, sobre todo la de inicio precoz, tiene más componente genético que el Alzheimer de inicio tardío. Pero mira que tiene un componente genético porque es más frecuente en las mujeres. Ahora té dices por qué afecta más a las mujeres que al hombre, entonces hay cuestiones muy interesantes para debatir, que no está clara pero quizás **el tema de lo cognitivo venga también por el tema del desequilibrio**, que es lo que se piensa que hay en la depresión, no es la única teoría pero que se acepta mucho de los neurotransmisores. Lo que está claro que si fuese una, lo que se llama una seudodemencia, bueno que es una falsa demencia evidentemente, no es una demencia, tú tienes que medicarlo, incluso si tú piensas que es una demencia de Alzheimer con depresión tienes que hacer un ensayo terapéutico, tienes que medicarlo, porque la depresión a su vez empeora la demencia, sobre todo del funcionamiento de la autonomía, el hecho de hacer actividades de la vida diaria,

actividades instrumentadas. El ensayo terapéutico a la vez sirve para confirmar o no el diagnóstico. Si es una depresión, tú le pones la dosis que lleva, el tiempo necesario debe curar la depresión y debe desaparecer el deterioro cognitivo. Hay algunos autores que dicen que se mantiene como un estado, como que no vuelve completamente a su funcionamiento cognitivo antes de la depresión, por eso algunos dicen que un porciento de ellos, algunos dicen un 10%, tú le dices que inicialmente es una depresión mayor, después van a terminar siendo reclasificados como una persona con una enfermedad de Alzheimer.

Y ¿cuáles son los test que usted aplica para esta diferenciación? Por ejemplo, tanto en enfermedad de Alzheimer como en depresión, ¿qué opina usted de estas baterías psicológicas?

-A ver mira, en asistencia primaria, inicialmente para ver un paciente, generalmente nosotros utilizamos uno cognitivo que es el minimental, puedes utilizar el lobo también, el lobo es el minimental validado para población española, y es incluso más fácil para el adulto mayor y el Yasavage, aparte de todo, la entrevista clínica para orientarnos en otras causas de deterioro cognitivo o demencia potencialmente curable, si es nutricional, si es por uso de fármacos, en fin, entonces si eso, si después de arribar a un diagnóstico presuntivo o con certeza que tú piensas que es un cuadro de depresión o que tú piensas que es que se está entrando en un cuadro de Alzheimer, pero con depresión, igual le poníamos un tratamiento antidepresivo y lo seguíamos cada 15 días. Recordando que el antidepresivo tiene un periodo de latencia, en que la persona se está tomando el fármaco y no ve todavía el efecto antidepresivo, entonces si ya uno quería ir a un diagnóstico más preciso, tienes que ir a realizar pruebas neuropsicológicas, que te midan entonces la memoria y sobre todo, porque cuando te hacen **una prueba neuropsicológica a un paciente deprimido, no salta tanto el tema de la memoria o de los componentes de la memoria, sino que tiene dificultades para la atención y trastornos en la ejecución y es un elemento que puede servir para corroborar el diagnóstico y a veces también ya la evolución**. La clínica también te corrobora o te rechaza un diagnóstico, pero lo que pasa es que tú no vas a esperar que un paciente evolucione clínicamente para dar un diagnóstico, pero y si tenía, digamos, una necesidad de profundizar en el CITEC, que es un centro internacional de atención al adulto mayor, en un hospital allá en el Calisto García, teníamos a la psicóloga que es neuropsicóloga, entonces a veces le mandábamos algunos pacientes, la mayoría de veces más que por Alzheimer porque habían sido politraumatismos, tenían traumatismos de cráneo, entonces a veces mandábamos para que nos hicieran este tipo de pruebas para una mayor confiabilidad diagnóstica, pero igual le poníamos si estaba deprimido su tratamiento antidepresivo. Trabajamos con la familia, porque si no trabajas con el entorno, lo que rodea la paciente, aunque le pongas el fármaco más divino de este mundo, no va a resolver. Porque la psiquis no la resuelves solo con un fármaco. Entonces citamos a la familia, las recomendaciones, a veces los poníamos en hospital de día, los poníamos en actividades que implicaban una mayor socialización, en dependencia de que su estado físico lo permitiera.

Estas experiencias que usted ha tenido, tanto en Enfermedad de Alzheimer como en depresión, la clínica en sí y ésta experiencia le han ido afinando, para usted sentarse frente a un paciente y después de algunas baterías presumir que puede ser la una o la otra o las dos, para dar el siguiente paso que es el tratamiento?

-Sí, porque de cualquier manera, mira, si el paciente está deprimido hay que tratarlo, aunque tú pienses que es primariamente una depresión o aunque tú pienses que sea una demencia de Alzheimer, que ahora tiene una depresión, porque en los primeros momentos la persona, cuando empieza a darse cuenta, cuando empieza ese momento que todavía no esta enfermedad completamente desarrollada, la persona se da cuenta que empieza con fallos de memoria, entonces se deprime. Y a veces van deprimidos y muy preocupados porque han tenido familiares con Alzheimer que han muerto, entonces identifican que tienen un fallo de memoria, lo normal que pueda pasar con la memoria a cierta edad, que el procesamiento de información inmediato es un poco más complicado, pero que no es un deterioro de memoria, entonces va muy deprimido, entonces si hay depresión hay que tratar. Y una vez que la depresión esté curada, si tú te has quedado con la duda tienes que reevaluarlo.

Hay autores, yo nunca lo he hecho en mi experiencia personal, que han utilizado combinación, de, por ejemplo, medicamentos que se utilizan para Alzheimer con antidepresivos, nosotros nunca tuvimos que utilizar ese esquema terapéutico, pero si utilizamos los antidepresivos en la dosis necesaria y los seguíamos evolutivamente, estaban bien, pero a veces se iba empeorando.

Y a partir de su experiencia, se puede juntar estos dos fármacos que nos permiten controlar tanto la Enfermedad de Alzheimer como la depresión, ¿qué podría resultar de esto?

-No tengo experiencia en ese sentido, porque además, mira, cuando ya tú piensas que es un Alzheimer, si le vas a poner noradopezila, tienes que tenerle un control muy estricto y lo ideal es, como el anciano tiene ya, de base, un metabolismo que no es, digamos, capaz de metabolizar todos los medicamentos, es preferible ensayar con uno, con dos como máximo, porque son más propensos los efectos adversos. Yo pienso que sí, yo no he leído estudios clínicos que han corroborado, digamos, que sea exactamente lo más beneficioso, por eso no lo hemos utilizado y aquí entre nos tampoco teníamos a disposición exactamente, muchas veces no teníamos el medicamento, entonces ya si se corroboraba por neuropsicología que era un Alzheimer entonces ahí si intentábamos ponerle medicamento.

Yo quisiera saber ¿cuál es la probabilidad de que una persona, tal vez novata, se podría decir, ya sea médico, psicólogo, psiquiatra, esté enfocado hacia un mal diagnóstico entre Enfermedad de Alzheimer y depresión?

-Mira, yo pienso que cuando uno se gradúa, uno tiene, si de verdad, estuvo de frente para su carrera, uno sale con una base teórica rica bastante importante. Entonces lo que tú conoces teórico te es fácil irlo a buscar en la práctica, entonces si tú haces una buena historia clínica, una buena anamnesis, recoges unos buenos antecedentes, tú sabes que tienes que aplicarle ciertos test para corroborar la queja subjetiva. Pienso que si se pueden orientar y lo otro es que si tú trabajas en un equipo, es hasta muy bueno, nosotros lo hacíamos, al final, cuando terminábamos esa sesión de trabajo, pues ir a discutir los casos que nos parecían más complejos, u oír opiniones, eso mismo que interconsultamos con neuropsicología, pero pienso que se puede, y ya, no hay otra manera de adquirir experiencia.

Entonces en su experiencia me podría decir que ¿es mucho más rico tener un grupo multidisciplinario?

-Sí, pienso que para la demencia debe ser un grupo multidisciplinario, incluso para la depresión. Porque tú puedes poner en base "deprimido", que está mejorando en un hospital de día, y le manejas entonces el entorno social, porque el fármaco solo, no. El fármaco debe ir emparejado de recursos psicológicos y recursos sociales.

Anexo 3: segunda entrevista

Hombre

58 años

Médico

Psiquiatra.

Más de 20 años de experiencia clínica en manejo de pacientes y con una tendencia sobre todo a trabajar con adultos mayores.

¿Qué piensa usted acerca de un trabajo con un grupo multidisciplinario, en trabajo con un grupo vulnerable como lo es la tercera edad?

-Bueno, hemos visto que en el ejercicio, es cada vez una necesidad más imperiosa, de hecho yo trabajo con personal de otras especialidades, **solo que el llevar a la práctica estos términos como algo ya establecido es un poco difícil por las motivaciones, la organización de consulta que tenemos los distintos profesionales,** pero en la medida posible lo que tratamos es que este trabajo sea multidisciplinario. Yo trabajo con una geriatra, trabajo con psicólogos, con neuropsicólogos que tiene una tendencia también a trabajar con adultos mayores.

Usted, tal vez, dentro de este grupo multidisciplinario ha encontrado algún "contra" de este trabajo?

-No, más bien nos complementamos y tratamos de salir adelante.

¿Podría usted tal vez decir que existe un hiperdiagnóstico?

-Depende con el profesional con el que trabajes, nosotros ya tenemos nuestros roles bien establecidos y yo pienso que esa es la fortaleza, de que no puedes tender a un hiperdiagnóstico, sino a una objetividad, una imparcialidad, entonces te complementas con el criterio de los otros, discutes y dices "es o no es".

¿Y qué le lleva a decir "es o no es"? Por ejemplo, la depresión en el adulto mayor que es un poco más complicada o una enfermedad de Alzheimer.

-Fundamentalmente es la clínica, nosotros, al menos en el caso mío, yo como psiquiatra, fundamentalmente la clínica, o sea, **el ver al paciente desde una perspectiva de su evolución longitudinal es lo que le lleva a uno a pensar que se trata de una depresión o de una enfermedad de Alzheimer.** Entonces, qué es lo que primero apareció?, cuáles son los síntomas que prevalecieron? Inicialmente, no?... entonces ahí podemos decir si es un depresivo que luego tiene alteraciones cognitivas o podemos decir que es un paciente con demencia que, finalmente se está deprimiendo. Luego, yo tengo la otra estrategia que es el uso de antidepresivos, entonces los pacientes que tienen depresión tienen una muy buen respuesta a la depresión, tomando en cuenta que hay pacientes que también son retractarios, no?... y en este pequeño grupo no se logra que mejoren sus funciones cognitivas, pero algo se recupera, en cambio en el paciente con demencia lo que se ve es que su deterioro cognitivo es cada vez progresivo, no?

-Hablando sobre esta diferenciación entre lo que es la depresión y la enfermedad de Alzheimer, existe una queja subjetiva, el paciente con depresión afirma no poder realizar cierta actividad, porque no se cree capaz, porque se frustra, pero en cambio la persona con Alzheimer, es aquella persona que a pesar de que no pueda realizar la actividad que se le pide, lo intenta. Entonces, yo quería saber acerca de esta queja subjetiva, cómo es que se trabaja con un paciente así?

-El paciente con seudodemencia, con depresión, es el paciente que está centrado en sus síntomas, está consciente de que algo va mal en su organismo, algo va mal con su persona y "que no puedo", que "no voy a poder", entonces se centra en sus síntomas. El paciente con demencia no, entonces **el paciente con seudodemencia también tiene esa desventaja de que se siente un inútil, y por eso "no puedo rendir", entonces "no, no, esto que usted me dice está difícil", en cambio el otro paciente simplemente sigue las instrucciones, como no está consciente de su trastorno y no termina haciendo bien las cosas**, en cambio el otro se rinde al hacer las cosas. Entonces eso es importante, que nosotros tomemos en cuenta para este diagnóstico diferencial.

Podría contarme usted una experiencia acerca del trabajo con la familia del paciente en estos casos de diagnóstico?

-Si, hay muchas experiencias ventajosamente, porque si bien es cierto, esto es un cuadro, esto de seudodemencia, es un cuadro que no consta en las clasificaciones internacionales, sin embargo en la práctica clínica es algo que lo vemos con bastante frecuencia. Porque no está definido si **la seudodemencia existe como tal, o sea, es más, consta como un trastorno depresivo, está dentro de las categorías de un trastorno depresivo. Pero vemos con frecuencia que esto puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de demencia, no?... o también puede ser el pródromos de una demencia, no solo factor de riesgo sino el pródromos. O por último puede ser la consecuencia, que vaya a terminar en una demencia.** Entonces la familia juega un papel muy importante porque dentro de los parámetros de evaluación que nos permite el diagnóstico diferencial esta la participación de la familia, nos dice cómo apareció esta enfermedad, dicen "si le notamos que se olvidaba las cosas, pero era estable", son muy puntuales en el origen, del aparecimiento de esta sintomatología, dicen "desde ahí está mal", entonces cuando nos dan esa pista, nosotros pensamos que este inicio subagudo, es más probable que se trate de una depresión, de una seudodemencia, que de una demencia, porque la demencia al inicio es insidiosa, la familia casi no se da cuenta. Hay la discusión de unos hijos que dicen "no, mamá está bien, solo que se inventa las cosas", otros que dicen "no, yo si le notaba que ya iba deteriorándose", entonces es bastante insidiosa, nadie puede decir a tal o cual edad, unos dicen que empezó hace tres años, empezó hace cuatro años, en cambio en la seudodemencia son precisos, todos los familiares coinciden "a partir de tal cosa es que se puso así", entonces el deterioro y el avance es rápido en la seudodemencia.

Entonces, ¿podríamos decir que la familia puede dar cuenta de algo emocional mucho más rápido que de algo cognitivo?

-Claro, definitivamente. Y claro, es cuando verdaderamente se interesan por el tratamiento. Porque si no la familia tiene esa costumbre, la sociedad, esa costumbre de subestimar, que si alguien se olvida las cosas es que es normal, que es por la edad, y justifican.

Entonces, ¿Cómo podríamos separar que es un deterioro por la edad o es una enfermedad de Alzheimer?

-Hay varios parámetros que como clínicos nosotros manejamos, por ejemplo **el inicio, la reversibilidad, el curso, entonces**, por ejemplo, **el envejecimiento es algo lento, la depresión es algo subagudo, en cambio en la demencia es algo más insidioso, que no se establece cuando**. En cuanto a reversibilidad, el envejecimiento es algo irreversible como la demencia, no?... pero en cambio la depresión es algo reversible. En cuanto a la **consciencia de enfermedad**, por ejemplo, **el paciente que está en un envejecimiento fisiológico se da cuenta de sus limitaciones y trata de mantenerse activo lo más que pueda, el paciente con demencia ya va perdiendo su funcionalidad, el paciente con depresión también pierde su funcionalidad, pero con el tratamiento recupera**. Entonces son varios parámetros que tomamos en cuenta dentro de la clínica, la consciencia de enfermedad, incluso la respuesta a los tratamientos, y varias cosas más.

¿Qué piensa usted acerca del enriquecimiento a través de este diagnóstico?

-Bueno, mi perspectiva es estrictamente **ética**, mi visión del asunto, es clínica la diferenciación, fundamentalmente clínica y la otra sería terapéutica, cuando usamos antidepresivos y con eso tenemos cubierta la diferencia diagnóstica, sin embargo este enriquecimiento va mucho más allá, que no es solamente parte de la industria farmacéutica, si no en cuanto a la asistencia mismo y en cuanto al uso de recursos para diagnóstico. Nosotros vemos que hay profesionales que echan de mano a la resonancia, a las resonancias funcionales, a la tomografía por emisión de positrones, y esas cosas que, si bien es cierto van a ser más de apoyo diagnóstico para cuando nos dicen, por ejemplo, en la depresión no hay cambios en la imagen, no hay cambios estructurales en las imágenes. En cambio en la demencia hay cambios como la atrofia generalizada, atrofia temporoparietal, atrofia de hipocampos, pero es algo que incluso con test psicológicos podríamos saber eso. **Entonces ir de mano a hacer esos exámenes, ya representa, si se lo hace de manera cotidiana y forzada a todo paciente, representa un gasto para el paciente y la familia. Así mismo hay marcadores biológicos que no están generalizados en cuanto a su uso, pero que el costo es excesivamente alto, usar por ejemplo un marcador biológico, medir la proteína β-amiloide 42 para saber que es un Alzheimer y que no es una depresión, también ayuda, pero nosotros como cultura, como sociedad ecuatoriana no estamos al alcance cotidiano de ese tipo de exámenes, sin embargo esto puede impresionar a los familiares, a los pacientes, de decir "mire, yo hago diagnóstico con esto" y de esa manera indirecta enriquecerse.** Y lo otro sería, ya a todo paciente con depresión y con demencia, sin caer en esta disquisición diagnóstica, ya se usa antidepresivos, ya se está generalizando el uso, lo cual está mal, no? Porque no todo paciente con demencia necesita antidepresivos, solamente aquel que esté deprimido y por los tiempos necesarios, nada más, no como algo que esté ya establecido. Entonces sí, esa posibilidad existe y se da y la vemos en la práctica diaria y es penoso pero no compartimos.

Anexo 4: Tercera entrevista

Hombre

46 años

Psicólogo clínico

Neuropsicólogo

Dr. En neurociencias

¿Cómo es el trabajo en un grupo multidisciplinario?

Bueno, en realidad que ya hablando de la labor del psicólogo como tal, dentro de los equipos multidisciplinarios, el psicólogo últimamente está siendo mucho más considerado que anteriormente. La verdad es que la labor del psicólogo era muy limitada en los casos de diagnóstico, como tal no eran ejecutados por psicólogos sino más bien tomaba la batuta, normalmente un médico, en este caso los neurólogos son los responsables de los diagnósticos en estos caso. Sin embargo, de un tiempo a esta parte, algunos años atrás ya se han venido integrando particularmente por la necesidad que tienen de profesionales que hagan evaluación neuropsicológica de estos pacientes y que ayuden a clarificar el diagnóstico diferencial.

Dentro del trabajo multidisciplinario, pues realmente el psicólogo si está incursionando adecuadamente, al punto de que si está siendo medianamente considerado y obviamente es un profesional muy importante tanto en el caso del diagnóstico como en la rehabilitación; todavía necesitamos posicionarnos más en ese ámbito, además que hay pocos profesionales que se dediquen a ese campo, entonces la atención multidisciplinaria, realmente en la mayoría de los hospitales no es tan completa, porque faltaría el psicólogo especialista en esa área. Pero la aceptación está siendo mucho más amplia en el último tiempo, y pues la verdad es que los psicólogos tienen una labor muy grande dentro del diagnóstico de esos casos.

Cómo es el trabajo con un médico dentro de este grupo multidisciplinario? Tomando en cuenta que dentro de las instituciones el médico genera autoridad ante el psicólogo.

Yo suelo hacer una diferenciación entre los médicos antiguos y los médicos modernos, los jóvenes médicos, digo yo. Hay una diferencia abismal. En principio porque la formación del médico y de los profesionales de la salud, digamos, nuevos, tienen una perspectiva diferente de ver las cosas, ya consideran al ser humano como una integralidad, dentro de que la parte psicológica y la parte social, la parte contextual es importante también. A diferencia de los médicos antiguos, en donde ellos no consideran que sean las cosas así. Además por su tiempo también de experiencia, ellos han aprendido por sí mismos a diagnosticar y creen que no necesitan ayuda de nadie, entonces yo en son de broma digo "los eruditos", normalmente digo "estoy rodeado de los dioses". Particularmente porque yo me he desempeñado en el área de neurología, que además es una especialidad muy densa, donde los neurólogos saben la verdad mucho, pero también asumen un rol de omnipotencia, no?... de que ellos lo pueden todo, de que ellos son capaces de todo y cualquiera otro profesional está por debajo de ellos. A diferencia de otros neurólogos, que son más jóvenes y se han graduado recientemente, donde claro, la permeabilidad es diferente, ellos aceptan criterios de otros profesionales y

más aún del psicólogo. Porque ellos entienden nuevamente que el ser humano es solo es una parte biológica, sino que es la integralidad de cosas y en este caso la perspectiva psicológica de ellos si les interesa. Sin embargo, y a pesar de las connotaciones que estos manifestando, yo en mi experiencia personal no he tenido ninguna dificultad, he sido bien aceptado, he sido la verdad reconocido, he sido integrado dentro de los equipos, a diferencia de otros colegas, lamentablemente, que no han tenido la misma experiencia que yo, en donde se han convertido prácticamente en el auxiliar del médico, en el auxiliar del psiquiatra, en el ayudante de hacer cosas triviales con los pacientes, de tal manera que existen las dos realidad, pero en mi caso la verdad no he tenido dificultades en ningún área en la que me he desempeñado.

Dentro del área donde usted trabaja, ha podido diagnosticar a una persona, ya sea con Alzheimer o depresión dentro de un grupo multidisciplinario?

Bueno, normalmente yo trabajo con neurólogos, es decir, en el equipo multidisciplinario yo tengo médicos internistas y neurólogos, hay psicólogos también que trabajamos conjuntamente, no?... entonces yo dentro del área de la neuropsicología, normalmente hacemos un buen equipo de trabajo, de tal manera que ahora el neurólogo ya no diagnostica por sí mismo, sino que lo primero que hace es enviarle al neuropsicólogo, en este caso yo, para que le realice una evaluación neuropsicológica y defina cuál es el perfil neuropsicológico y en función de eso yo dé el diagnóstico.

En principio yo he dado muchos diagnósticos de Alzheimer, así como he dado muchos diagnósticos de depresión y también un diagnóstico de seudodemencia depresiva, que se llama así justamente. Y los criterios que yo he emitido han sido aceptados por lo médicos, en este caso la persona que tiene que diagnosticar si hay la presencia de Alzheimer es el psicólogo, no es el médico. Es el psicólogo, porque el psicólogo obviamente evalúa las funciones cognitivas y en este caso, en el Alzheimer, en la depresión, en la seudodemencia también, lo que más se altera son las funciones cognitivas, y el psicólogo sabiendo de funciones psicológicas y cognitivas puede hacer una diferenciación de los diferentes casos. Por lo tanto, si he hecho varios diagnósticos de depresión, de demencia de Alzheimer y de otras demencias, de seudodemencia depresiva, donde mi palabra y el diagnóstico que yo realice, ha sido aceptado por la mayoría de profesionales. En medio de esto, obviamente, yo tengo que recomendar también a otros colegas y el médico, el que maneja la batuta es el primero que recibe estos pacientes, entonces normalmente dirige en función de las recomendaciones, dirige a los distintos profesionales. Y obviamente yo he enviado a psicólogos clínicos, psicorehabilitadores, a neuropsicólogos, y con el trabajo de los neurólogos hemos enviado incluso a los médicos internistas porque necesitamos trabajar en otros ámbitos también. Por lo tanto, en el equipo en el que yo trabajo, es un equipo integrado dentro de los roles que cada uno tiene que desarrollar.

¿Qué considera usted por queja subjetiva?

A ver, dos cosas: no será lo mismo una demencia de Alzheimer, no es lo mismo una depresión y no es lo mismo de la presencia de quejas subjetivas de olvidos. Son parámetros diferentes, cuando hablamos de las quejas subjetivas el depresivo no se queja de los olvidos o de problemas de memoria, obviamente la persona con Alzheimer minimiza los olvidos, por la tanto él tampoco es que se queja demasiado, el que si se queja es aquel que tiene un deterioro cognitivo leve, es decir, o aquellas personas que tienen también alteraciones de la memoria relacionadas con la edad, que se llama así. Entonces la gente "normal" y la gente que presenta

deterioro cognitivo leve, si se quejan de los olvidos. De hecho hay gente que se queja y magnifica los olvidos, siendo que es una condición normal. Por lo tanto, en la depresión no va a haber quejas de olvidos, los depresivos se quejan de otras cosas, no de los olvidos como tal. Quizá el olvido es un síntoma no tan considerado dentro de la depresión, la gente con Alzheimer, prácticamente ni si quiera se queja, no es consciente de que se está olvidando. Mientras que las personas con envejecimiento normal, que tienen un deterioro de la memoria relacionado con la edad de ellos, ellos sí que se quejan. Y sobre todo se quejan las personas con deterioro cognitivo leve. Esas quejas, por lo tanto, de los olvidos, no están enmarcadas en los cuadros de depresión como tal, si no, que en otras categorías clínicas.

¿Podría hablarme acerca de la seudodemencia?

Buenos dos cosas ahí, lo primero, hay que saber qué es una demencia, y la demencia es un deterioro de las funciones cognitivas, ese tipo de demencia puede ser tratable o intratable, en el caso de la demencia de Alzheimer es una demencia intratable, eso no se puede tratar.

Cuando hablamos de seudodemencia, significa que la persona manifiesta un deterioro cognitivo, pero no vinculado a una demencia, es decir, es un falso deterioro cognitivo que podría estar categorizado dentro de una demencia. Normalmente se llama seudodemencia depresiva, porque la sintomatología depresiva aparece como si estuviese en un proceso degenerativo de los procesos mentales, sin embargo, en este caso no presenta estas características de deterioro progresivo y significativo que altere la vida, pero si presenta una alteración a nivel cognitivo. En este caso, lo que se tiene que hacer es determinar, pues justamente a través de la evaluación psicológica si se trata de un proceso de demencia, además en la demencia no solo se encuentran alteraciones relacionadas con la memoria, sino que existen otros parámetros indicativos de las demencias. Como por ejemplo, las alteraciones en las praxias, en la capacidad visuoperceptiva, en la capacidad visuoespacial, en la capacidad visuoconstructiva, cosas que no hay en la seudodemencia. Es decir, cuando hablamos de seudodemencia, estamos hablando de una depresión encubierta o enmascarada que parece ser una demencia, pero sin embargo no lo es, es una depresión. Y obviamente al ser una depresión, se van a presentar alteraciones en la memoria, alteraciones afectivas, alteraciones emocionales con una serie de problemáticas, pero no se presentan otras alteraciones en otros dominios cognitivos, como por ejemplo la visuoespacialidad, la visuoconstrucción, las praxias, etc, eso nosotros no vamos a encontrar, y esa es la diferenciación entre la una y la otra.

¿Cuáles son las dificultades que usted ha encontrado al realizar un trabajo con la familia de paciente?

Bueno, en ese punto si necesitamos trabajar muchísimo más, a ver… yo he tenido muchísimos casos de pacientes con Alzheimer, en donde aquí el responsable de dar el diagnóstico ya no es el psicólogo, siendo el psicólogo el que diagnostica normalmente, el que da el diagnóstico es el neurólogo, el médico tratante. Porque además, lo que a la familia le interesa y eso es necesario cambiar, lo que le interesa es que el paciente reciba tratamiento farmacológico, la parte psicológica, a pesar de que se recomienda, y en todos los informes que se emiten, siempre se recomienda recibir asesoramiento, orientación, psicoterapia, tanto del paciente como de la familia, la mayoría de los pacientes solo optan por el tratamiento médico. Ha habido casos en los cuales, si he tenido la oportunidad de yo darles el diagnóstico, y en esos casos hemos logrado que la familia se integre para poder trabajar con el paciente.

Sin embargo, también el tratamiento que ellos optan normalmente es recibir una orientación respecto a lo que tienen que hacer y nada más. Es decir, la terapia que se hace a nivel familiar y a nivel individual con pacientes de Alzheimer es muy limitada. Porque al principio ellos, ya con el diagnóstico entienden que es un deterioro que va a seguir progresando y ellos apelan más bien al tratamiento farmacológico antes que el psicológico; siendo que el psicológico, mucho más que el farmacológico va a ayudar a que se estabilice el cuadro, y que se ralentice, porque va a ir más lento. Sin embargo, y a pesar de eso, la mayoría de los pacientes desisten de continuar el tratamiento con el psicólogo, y en el mejor de los casos, realizaremos un par de sesiones y a partir de ahí nuevamente ellos tienden a decaer porque lo más importante todavía, seguimos considerando en nuestra sociedad, que es la parte física antes que la psicológica. Luego ya, a nivel de familia como tal, pues normalmente lo que se hace no es hacer un proceso terapéutico como tal, sino, más bien procesos de orientación respecto de la enfermedad se les suele psicoeducar, se les da las recomendaciones pertinentes para que ellos vayan asumiendo un poco la responsabilidad del tratamiento, pero hasta ahí, nada más. En medio de esto aparecerán cuadros, como yo les se explicar, cuadros depresivos, cuadros ansiosos, pero la gente normalmente ya no acude por esa circunstancia donde el psicólogo.

Ellos dan más importancia al tratamiento farmacológico del paciente con Alzheimer, y claro, ellos no piensan de ninguna manera, a pesar de que se les dice, por ejemplo, en el aparecimiento de un síndrome del cuidador como tal, ellos no toman en cuenta esto porque dan relevancia a la enfermedad de Alzheimer.

También hay que hablar de forma global, por ejemplo el tratamiento farmacológico de un paciente con Alzheimer es caro en realidad, si nosotros hacemos realmente lo que corresponde, recibir medicamentos en este caso, acudir a un centro de cuidado diario, porque nadie puede atenderle, hacerle las rehabilitaciones a nivel físico, a nivel cognitivo, trabajar en la dieta, trabajar en un cuidador, es decir, se incluye un montón de gastos que muchas veces las personas pues prefieren hacerlo antes que cuidarse ellos mismos. Sin embargo y a pesar de eso, siempre habrá que decir que en nuestro país no existe conciencia psicológica, es decir, la gente ignora mucho y minimiza la condición psicológica, la condición de salud mental de los demás y de ellos mismos también. De tal manera que ellos creen que pueden hacer frente por sí mismos y claro, hay casos en los cuales se les vuelve a ver después de un tiempo, pero ya entraron en un cuadro depresivo, pero lamentablemente para ese momento, incluso lo del recurso económico, ya no es el suficiente, porque tienen que invertir en otras cosas en función del paciente. Entonces la conciencia de la psicología en nuestro país está desarrollándose, pero todavía nos falta muchísimo por trabajar, y claro, nuestra sociedad tiene que culturizarse a nivel psicológico, cosa que ahora mismo, pues, falta por trabajarse.

¿Qué opina acerca de la gente que se enriquece a través de estos diagnósticos?

Es una pena no… hay casos y muchísimos, en los cuales ni si quiera hay adentro de estos equipos multidisciplinarios, la gente decide no trabajar con ello, porque básicamente ellos serían los responsables de llevar a cabo la enfermedad, sea o no sea una enfermedad de Alzheimer, no?... casos en los cuales, lamentablemente hay profesionales que no practican el código de ética como tal y lo único que pretenden, lo que buscan es usufructuar de los pacientes. Es una pena, sigo yo, porque yo normalmente pienso en el dolor de la gente antes que en el bienestar inclusive a nivel personal y menos a nivel económico. Sin embargo, hay profesionales que no piensan de esa manera y creen que han estudiado es para ganar dinero,

por lo tanto tienen que llegar a ganar dinero. Conozco muchísima gente que, independientemente de lo que tengan, por ejemplo, les ingresan en sus clínicas durante una semana, cobran lo que tengan que cobrar y luego ni si quiera suelen salir con un diagnóstico claro. Es decir, usufructo, y es una pena porque la salud tiene que ser en beneficio de los demás, de los pacientes. Sin embargo, vivimos en una sociedad mercantilizada, en donde lo primero viene siendo el bienestar económico antes de cualquier otro tipo de bienestar. Obviamente yo no comparto eso. Desde esa perspectiva, los profesionales con los que yo trabajo, ellos no comparten esa perspectiva, más bien somos unos profesionales que pretendemos ayudar en la medida de lo que nosotros podamos y en función de los pocos o muchos conocimientos que tengamos, practicando además siempre el código de ética, no?... lo primero que está dentro de todos los profesionales que conformamos el equipo es practicar la ética del profesional.

Anexo 5: cuarta entrevista

Hombre

37 años

Psicorehabilitador

¿Podría contarme la experiencia que ha tenido con personas, ya sea con Alzheimer o depresión?

La experiencia acá en el hospital ha sido mínima con persona con deterioro cognitivo, de Alzheimer o Parkinson, por ejemplo yo he trabajado en esto 4 años y medio, con personas con daño cerebral adquirido, por trauma craneoencefálico, por enfermedad cerebrovascular, son el porcentaje más alto. Casos con deterioro cognitivo, muy poco.

¿Podría hablarme de esos pocos casos con deterioro cognitivo?

Bueno, son pacientes que requieren un apoyo constante de parte de la familia, pacientes que si no tienen este apoyo, normalmente ellos si quiera están en condiciones de cuidar de su propia salud. Pacientes a los cuales hay que tenerles mucho cariño, mucha paciencia, mucha tolerancia y estar con ellos constantemente, en cuanto a la terapia. Incluso para ayudarles a renovar los turnos, porque si no ellos se descuidan, ellos pueden perder los turnos, pueden quedarse sin la atención. Hay que estar pendientes de ellos y, progresivamente, en la medida de lo posible lograr que ellos asuman la responsabilidad con el cuidado de su propia salud.

¿Cuál podría ser la mayor dificultad que usted encuentra dentro de estos pacientes para el trabajo con la familia?

La mayor dificultad es **que ellos tengan tiempo**, que la familia pueda disponer de tiempo para estar con ellos. Actualmente la dinámica familiar esencial, requiere que casi todos estén trabajando. Entonces cuando están ocupados en sus labores, la dificultad es el tiempo, tener el tiempo, entonces hay casos en los que se van turnando, un día viene la mamá, otro día viene la nieta, otro día viene el hermano. **Para mí es el tema del tiempo, de que ellos dispongan tiempo para acompañarle y en casa poderle reforzarle las terapias que se le realiza aquí y que a ellos se les capacita, se les orienta también para que ellos sean como co-terapéutas en el proceso, ya que sin ese refuerzo en casa la terapia incluso va a demorar más.** Entonces cuando hay un refuerzo en casa la terapia se puede demorar menos, puede consolidarse más los resultados que se están buscando.

¿Dentro de este proceso, el profesional es flexible frente a estas circunstancias de tiempo con la familia?

El profesional, te puedo hablar por mí, más en general, pienso que sí. En general, pienso que sí, la mayoría de mis compañeros pienso que son flexibles, pero de persona a persona pienso que eso varía. En mi caso yo me adapto al paciente, a la familia del paciente, a su contexto, pero hasta donde yo alcanzo, no? Yo también estoy dentro de un sistema que me establece ciertas normas, entonces la terapia también se ve limitada. **Hay casos en los que, resultaría**

más efectivo que yo esté con el paciente en su propio ambiente, que estar aquí, la terapia se vuelve artificial, es mucho mejor la terapia en el contexto donde él está, donde yo realmente voy a observar cuáles son las dificultades que él tiene para adaptarse y en base a esas dificultades yo voy haciendo las observaciones, voy haciendo los cambios que requiera para que él pueda adaptarse y la familia, que sea un trabajo en conjunto.

¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con grupos multidisciplinarios?

Así como tal no, entendiendo que el trabajo multidisciplinario implicaría que nosotros por lo menos de vez en cuando nos reunamos a conversar sobre el caso, analizar el caso y en conjunto pues, determinar si hay avances o no hay avances o en qué deberíamos trabajar más. De esa manera no. Trabajo multidisciplinario, el que aquí se le brinda al paciente dentro del sistema. El paciente va con su especialista primero, tiene que el especialista de turno atenderle y el especialista de turno que puede ser el neurólogo, el neuropsicólogo, puede ser el psiquiatra, hace la respectiva interconsulta y de ahí viene a trabajar con los terapeutas, con los terapistas. Y nosotros, a través del sistema que maneja el hospital pues, vemos, revisamos las observaciones que hace cada especialista vemos los resultados que obtuvo en las evaluaciones, vemos el plan terapéutico que recomiendan. Y llegamos hasta ahí. Si no quiera hay una retroalimentación por parte de los terapistas a los especialistas, para que ellos ene l tiempo, ellos puedan saber cómo nos está yendo, hasta ahí llegamos. No llegamos a puntualizar todavía esto, que sería muy bueno para el paciente. Que haya una retroalimentación y nos reunamos de vez en cuando para analizar el caso.

Cuál cree usted que es la dificultad para que existan estas reuniones entre especialista o entre profesionales?

La dificultad para mí, pienso que es el tiempo. La mayoría trabajamos acá sobre cantidad, nos piden cantidad, aunque también cuidan el tema de la calidad, se procura ir de la mano con las dos cosas, pero la demanda es muy alta, la demanda de pacientes. El neuropsicólogo, que es con quien en mi caso trabajo más de la mano con él, él tiene una demanda altísima, 2 mil pacientes y él es el único. Los turnos para él suelen demorar, en el mejor de los casos, 1 mes a 3 meses. Incluso a él le toca hacer jornadas muy largas para alcanzar a cubrir esa demanda.

Es decir, ¿dentro de las normas que les exige la institución no está establecido que el grupo tenga que ser multidisciplinario?

Que yo sepa, no, conozco que haya una normativa que nos convoque a hacer este tipo cosas, no? Que podamos reunirnos. Mira, acá trabajamos en ciclos terapéuticos, es decir, el paciente inicia en una fecha x y termina en otra fecha, aproximadamente de 1 mes. Entonces que esas reuniones, por ejemplo, yo plantearía que sean al final de cada ciclo, o cada cierto tiempo. Que yo sepa no, pero es algo que se puede plantear. Yo pienso que es algo que se lo puede ir planteando.

¿Cómo es el proceso de los protocolos de asistencia?

A ver, el paciente una vez que ingresa al hospital, tomando en cuenta que este es un hospital de tercer nivel, el paciente que llega a este nivel de atención ha pasado algunos filtros, es

decir, su demanda es alta para que el haya sido remitido a este hospital de uno de segundo nivel, por ejemplo. Donde le problema que él tiene no puede ser resuelto en este hospital, entonces cuando el ingresa acá, en el caso de un paciente con deterioro cognitivo significa que va a ir al área de neurología o de salud mental. Entonces primero el ingresa allá, primero él es atendido en el servicio, ya sea de salud mental, que puede ser el psiquiatra o el neuropsicólogo, o de neurología, y de ahí ellos, una vez atendido al paciente, una vez realizados los procesos que ellos realizan, a través de interconsulta es remitido al especialista complementario, puede ser del psiquiatra al neuropsicólogo o del neurólogo al neuropsicólogo. Una vez que le atiende, el neuropsicólogo lo que hace es seguir el formato donde el registra los datos, hace una entrevista, el motivo de consulta, los antecedentes personales, le hace una evaluación, una valoración, establece un diagnóstico y luego un plan, un plan de manejo y luego el determina la próxima cita para hacerle un seguimiento y viene acá, viene a las terapias. Vendría a la terapia conmigo de psicorehabilitación, y si requiere algo más pues podría ir a la terapia ocupacional, podría ir a la terapia de lenguaje, y acá, nosotros en base al diagnóstico llevamos ese proceso terapéutico.

¿Ha escuchado hablar acerca del enriquecimiento a través de este proceso diagnóstico entre enfermedad de Alzheimer y depresión?

Bueno, yo como te decía, en mi experiencia acá, yo casi no he tenido trabajo con ellos, pacientes diagnosticados con este tipo de trastornos. No te sabría responder en base a la experiencia, si es que, por ejemplo en salud mental, que es donde seguramente estarán ellos, con la psiquiatra o con el compañero de neurología, si se esté dando este tipo de situaciones. Pero acá, no, no lo he visto, yo no he visto que se esté generando esto, además que es un servicio público, es decir, no se le está cobrando nada, y si hay casos en los que por ejemplo te preguntan si es que tu atiendes en consulta privada, por el tema de esperar turnos, a veces hay pacientes, mira la gran mayoría son personas de clase baja, la mayoría de pacientes, hay menos porcentaje de pacientes de clase media y ellos son los que te preguntan si es que tienes consulta privada para hacerse atender aparte o si se requiere algún tipo de examen especial. Ellos mismos van a otro tipo de hospitales, donde ellos puedan realizarse este tipo de exámenes. Hoy estaba atendiendo a un paciente que requería un TAG, una tomografía, y acá en el hospital eso demora, entonces ellos ya están haciendo las gestiones aparte, en consulta privada, para poder hacer eso. Hay un paciente que requiere una atención de oftalmología, lo mismo. Entonces como servicio público le veo difícil que algo así se pueda estar dando aquí. No descarto, puede darse, podría darse con alguien particular, pero el sistema público tiene esas normas, nosotros no le estamos al paciente ni cobrando ni generando gastos extras. Procuramos, todo aquí, que el servicio sea gratuito y que él tenga todas las atenciones que requiera.

¿Cómo es el trabajo con la familia? Es decir, tomando en cuenta que casi siempre la familia opta por el tratamiento médico, más no por otro tipo de terapias.

En ese sentido lo que te puedo decir es que, por ejemplo, desde que yo vine a trabajar acá en el servicio de rehabilitación física, los pacientes estaban habituados a las terapias de tipo físico, terapia física, terapia ocupacional, o la terapia de lenguaje, que era la que, quizás de

alguna manera alcanzaba a topar los temas cognitivos, quizás de una manera superficial. Porque de todos modos ellos no están capacitados para esto, teniendo en cuenta que el lenguaje es una de las funciones que más activa el resto de funciones, entonces cuando yo empecé a trabajar acá y a los pacientes se les empezaba a remitir, a hacer esta terapia, al inicio, por lo menos nos tomó unos 6 meses lograr que las personas se familiaricen y le incluyan a este tipo de terapias para sus procesos de rehabilitación, de recuperación o de calidad de vida, cuando ellos llegaban, ellos cuestionaban y decían "por qué me han mandado acá? Y había el típico "yo no estoy loco". **Y en ese tiempo, lo que se trabajó mucho fue en concientizar a las personas, en lograr que ellos entiendan que la salud mental no necesariamente es para las personas que están ya con algún trastorno de esa magnitud, que puedes ya empezar a trabajar con la salud mental a nivel preventivo, puedes empezar a trabajar la salud mental antes de que se convierta en algo más grave.** Al día de hoy, los pacientes, la familia, ya está más familiarizada con este tipo de terapias, pero continuamente si me ha costado a mi lograr que ellos concienticen la importancia de su salud mental y emocional, tanto es así que cuando a ellos les toca elegir entre una terapia física y una terapia de salud mental, de psicorehabilitación, ellos prefieren dejar de lado la terapia de psicorehabilitación. Cuando chocan los horarios, por ejemplo, ellos prefieren irse a la terapia física, porque lo que buscan es el alivio, ellos buscan el alivio para su malestar, aunque en la parte emocional tenga que esperar.

Segunda fase de la entrevista:

¿Qué diferencia encuentra en el trato de los pacientes, tanto en el servicio público como privado?

A ver, la diferencia que yo noto está tanto a nivel del trato que se le brinda al paciente, el trato, yo diría que en el servicio público, actualmente, ha decaído la calidad del trato, la calidez. A veces es de una manera un poco grosera, un poco al apuro, como que no hay esa pausa, ese tiempo para poderle escuchar, para poderle atender y poderle guiar, muchas veces los pacientes o los familiares, llegan y no hay quien les pueda escuchar o les pueda decir "sabes que, es aquí" o "ven por acá, te indico donde es", a veces el trato es así como al apuro, rápido, no sé, depende de cada perspectiva de cada persona, la percepción de cada persona, pero a mí me da la impresión de que a ratos como que les molestara. Eso fue lo que noté desde que llegué, lo pude comentar dentro con mi familia y alguna vez me dijo una tía, me dijo "veamos que pasa contigo con el tiempo", porque con el tiempo pues yo empezaba y decía "no, no me parece este trato" y optaba por mejor dar ese trato amable, pero con el tiempo descubro que no sé si te cansas, no sé si te vas cansando de quizás lo mismo y lo mismo y ya no ves que es otro paciente, es como que otra vez la misma pregunta y ya le empiezas a responder así de una manera grosera, eso. Y en nivel privado pues más bien yo considero que el trato es más gentil, más cordial, en general, como hay ese trato más amable, eso a nivel de trato. Y a nivel de servicios, en apariencia también, en el servicio parece que da la impresión de que es mucho mejor a nivel privado que a nivel público, aunque pienso que ha influido también el tema político, el tema del gobierno. Me parece que el gobierno anterior hizo una fuerte inversión en todo sentido, para mejorar la calidad del servicio, he podido conversar con pacientes antiguos y me dicen que el servicio, antes del gobierno que pasó, era súper malo, tenían que madrugar, tenían que hacer colas, toda la infraestructura en

mal estado, no había nada, no había medicina, no había equipos. Llegó el gobierno y lo mejoró y ahora empiezan a hablar en el sentido de que está cayendo la calidad del servicio, ya no hay equipos, ya no hay medicinas. Ahora están enviando los pacientes afuera, no hay medicinas y les mandan a comprar afuera, no hay servicios, no hay equipos, y también los tienen en lista de espera o los envían a buscar afuera, donde puedan.

Entonces podría decirse que, a través del sistema público, en este "apuro", podría darse un mal diagnóstico?

Sí, es posible, sin embargo pienso que ya dependerá de cada profesional, de la calidad del profesional. Yo veo que de momento se mantiene, o sea a nivel de diagnósticos, yo veo que se mantiene al menos, en general, poder hacer un buen diagnóstico, pero hay con ciertos pacientes la oportunidad de que sean atendidos tanto dentro, por los especialista del hospital, como por especialistas del ámbito privado y si hay observaciones de la parte privada hacia la parte pública de que "vea, le están mandando muchas pastillas, la dosis está muy alta", el diagnóstico a veces difiere un poco, coincide en otros casos, así que pienso que se mantiene, pero si seguimos así decayendo podríamos llegar a tener un mal diagnóstico, un mal tratamiento. Incluso hoy estaba reflexionando sobre esto, de que termina siendo algo como ilusorio, un servicio ilusorio en el que le atiendes a nivel teórico, más no a nivel práctico, o sea todas las ideas que tenemos del plan de atención no aterriza, no termina cristalizándose y ahí yo veo, por ejemplo, a veces yo veo la situación de los pacientes, económica, social, familiar, que tiene bastante carencia y les cuesta mucho llegar y a veces para mí es un poco insatisfactorio que con tanto esfuerzo llegue al servicio y no haya recibido una atención específica a su necesidad y que realmente él diga "bueno, valió la pena haber venido gastándome mis últimos centavos y me haya podido atender y me haya podido ayudar con este problema".

Anexo 6: quinta entrevista

Hombre

33 años

Psicólogo clínico

Psicoinmunoneuroendocrinología

Psicooncología

Psicoteraía cognitiva

Ha tenido la oportunidad de trabajar en el sector público y privado?

Si, en los dos.

Cómo es el manejo de pacientes tanto en el servicio público como privado?

Bueno, en el servicio público nosotros tenemos más un rango de lo que tiene que decir el número de asistencias o atenciones que tiene que cumplir el paciente, mientras que en el plano privado, tiene que ver mucho más con la cuestión de cuanto el paciente puede llevar a cabo las citas y eso. Entonces como que es mucho más flexible en el sector privado que en el sector público.

Hablando un poco de los recursos que manera el sector tanto público como privado, yo estaba sacando una conclusión a partir de mi investigación, que dentro del diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión, como en el sector público vemos que los exámenes son gratuitos, pero se demoran más, mientras que en el sector privado son costosos pero mucho más ágiles, entonces mi pregunta es**: ¿aquellas personas que están en una clase económica baja no puedes acceder a un diagnóstico diferencial adecuado?**

Sí, yo estoy de acuerdo con eso. Y también otra cosa, el sector privado invierte mucho más en equipos, digamos, de tecnología, donde tú ves en los hospitales privados, en algunos de aquí. También tienes que en el sector público tiene hospitales con buena tecnología, pero también tienes a veces deficiencias en saberlos manejar. La gente a veces no está capacitada para eso. Entonces eso también hace que se demore y la demanda también es mayor en el sector público, no quiere decir que no se lo haga, pero es mayor la demanda de lo que es en el privado.

Se podría decir que las personas con un alto nivel económico son más propensas a, tal vez, que los profesionales poco éticos, que realicen este tipo de exámenes costosos?

Ahí hay una cuestión bastante interesante, porque, a ver, tú tienes pruebas clínicas que pueden acceder, la gente; pero también tienes las pruebas, digamos, experimentales o también tienes las pruebas, que tienen que ver más con cuestiones muy, muy novedosas, que son mucho más costosas, pero también como dices es cierto, hay profesionales poco éticos que se dedican a esto, y hay también profesionales de especialidades no médicas que se dedican a esto. Entonces eso también es importante recalcarlo. Pueden ser fisioterapistas, o sea en un

sinnúmero de profesionales con los cuales el paciente con Alzheimer se enfrenta, por eso recomendable siempre, cuando trabajas desde una ética clínica, es mandarle a centros especializados u hospitales que manejen esto, entonces siempre guiar al paciente o psicoeducar al paciente, y decirle que hay centro que trabajan desde "esta" y "estos" son los que te convienen. Porque ya vemos, no solo en la enfermedad de Alzheimer, sino también en trastorno de déficit de atención, también en el autismo, o sea, hay una sobreventa, y también hay una sobreventa para le profesional de salud, porque tú tienes, cada vez que una publicación, una publicación, instrumentos que parecen maravillosos, pero hacen lo mismo que hace un instrumento que ya está más que validado.

Por qué cree usted que tiene más relevancia la parte farmacológica o médica, en este diagnóstico diferencia? Es decir, la familia opta por este diagnóstico, a, por ejemplo, entrar a grupos de apoyo.

A ver, lo que pasa es que también estamos, a mi parecer, al trabajar con médicos, psiquiatras, neurólogos muchas veces, es el hecho de que el discurso médico tiene mucho más poder en nuestra sociedad y tiene mucho más poder en sociedades informatizadas. Es verdad que clínico de primera elección y de base es el médico, es el médico geriatra, el médico neurólogo, que puede digamos, administrar, pero, si, también hay algo de falta de conocimiento, tanto de la población a veces, y te diría que inclusive en los profesionales. Porque muchas veces hay procesos, digamos, psicoterapias de grupo, armadas así , o grupos terapéuticos, como queramos llamarle, en los cuales el paciente se puede beneficiar de algunas cosas. Hay programas de rehabilitación cognitiva que el paciente puede beneficiarse y digamos, de alguna manera, si es que caminara esto desde la parte médica y la parte psicosocial, rehabilitación cognitiva y todo esto, el paciente tendría un deterioro mucho menor. Y la investigación muestra esto, que el acompañamiento al paciente con rehabilitación cognitiva hace que, digamos, tenga un mejor pronóstico. Obviamente no hay una cura para el Alzheimer, es una enfermedad que va degenerando, pero también ayudar a los familiares de este paciente, no? Que el paciente no es que se está olvidando de ellos, por ejemplo, que siente lo que son ellos, pero son ciertos modos de procesamiento cerebral que están fallando, entonces para mi es falta de conocimiento, tanto de los profesionales como de los usuarios.

Anexo 7: sexta entrevista

Mujer

57 años

Doctora en psicología

Psicoterapia de niños y adolecentes

Terapista comunitaria integrativa

¿Cómo es el trabajo multidisciplinario en el ámbito privado?

El trabajo multidisciplinario podríamos pensarlo en casos en los que se tiene requerimiento de solicitad ayuda al psiquiatra, puede ser al médico, puede ser al abogado, tal vez algún otro terapeuta que se ocupe del resto de la familia por ejemplo. O también derivación a casos específicos, es decir, si salen con trastornos de la alimentación, por ejemplo, se necesita otro tipo de equipo. Si es un caso por ejemplo, de violencia intrafamiliar o de abuso, entonces yo derivo a especialistas en estas áreas. O si vienen por ejemplo en terapia de pareja, especialistas en pareja. Entonces de esa manera se trabaja multidisciplinariamente cuando el caso lo amerite.

¿Cómo es el trabajo con los pacientes dentro del sector privado?

En la consulta privada, yo recibo derivaciones de colegios, escuelas, de otros colegas, de aquí mismo del CPsA, y cuando trabajaba en el privado en Argentina, trabajé muchos años allá también, esto era por obra social, se llamaba allá, es decir, por seguros de salud. Aquí en Ecuador, no, aquí es un trato directo con el paciente y el pago mismo es directo, allá era a través del sistema nacional de seguros.

Dentro del área donde usted trabaja, ¿ha tenido la oportunidad de diagnosticar a una persona, ya sea con Alzheimer o con depresión adulto mayor? Y cómo ha sido esta experiencia?

Sí, sí he tenido casos. Ha sido positiva, he tenido personas con depresión, mira justo un caso interesante que puede servir para estudio de ustedes, porque era la esposa de un paciente de Alzheimer. Es decir, una persona, un adulto mayor, con la señora que su esposo tenía Alzheimer, estuvo diagnosticada hace poco tiempo porque él también tenía un problema de alcoholismo, entonces parecía que este alcoholismo era el que justificaba todo lo que estaba sucediendo, además era una historia de alcoholismo, un alcohólico social, no? Entonces toda su historia de vida con su pareja tuvo conflictivas, tanto desde el consumo del alcohol como de conductas violentas, como de impulsividad, como de violencia a veces intrafamiliar también, es decir, marcado por toda esta historia y finalmente Alzheimer.

Entonces, está esta persona, justo vino derivada de este sistema, esto fue en Argentina, y esta señora estaba muy deprimida porque ya no daba más, acompañar la paciente con Alzheimer, porque su esposo estaba en un estado moderado-grave en el Alzheimer, y claro, de la nada de llamaban los vecinos a decir que el marido estaba desnudo en la esquina de la casa y ya con sus 83, 85 años tenía que salir corriendo porque solo ella vivía con su esposo y tenía que pasar cosas terribles, como pasar todo el día buscando donde había escondido el marido las

llaves de la casa, no podía salir, y cosas por el estilo. Alguna vez me acuerdo tanto que decía que iba a planchar y no encontraba la plancha y al medio día encontró la plancha llena de mermelada envuelta en un trapo en el refrigerador. Entonces claro, situaciones, vivencias de este tipo son fuertemente desgastantes y la señora ya no tenía fuerzas físicas ni fuerzas emocionales y ella también ya pensaba que iba a enloquecer, ya no quería hacer nada porque claro, una mujer de 83 años estar atrás de una persona en estas condiciones y haber perdido, o sea, a su marido, en el sentido de que no tenía con quien conversar, no tenía quien le apoye, no tenía quien le auxilie, porque él se sentaba a comer y a los cinco minutos le decía "dame de comer", "pero si ya almorzaste", "no, pero quiero que me des de comer porque tengo hambre", y bueno de estos mil anécdotas, no? De todo lo que ella tenía que vivir, entonces el poder venir a una consulta, tener un espacio solo para ella, poder organizarse mejor para la atención de su marido, conseguir alguien que le ayude a ella en su casa y finalmente al marido lo internaron, en frente de su casa había un centro de Alzheimer. Entonces ahí lo cuidaban y ella lo visitaba todos los días, entonces finalmente esa fue la manera en que esta persona que había sido una persona bien importante. Me parece que fue hasta rectora de un colegio, una mujer muy lúcida, brillando, no? Por eso tenía también tanta energía y tanta vitalidad porque cualquier persona no tiene esa vitalidad. Entonces una vez que ella pudo trabajar su depresión, también porque ella acompañó a un alcohólico toda su vida, tenía sus hijos que le apoyaban, pero en realidad ella era la que estaba hecha cargo todavía, los hijos le apoyaban pero ella estaba hecho cargo. Entonces después de que ella pudo recuperar sus actividades, su vida social, hacía yoga me acuerdo, era una mujer inquieta intelectualmente. Siempre estaba activa, entonces esto dio cuenta como una escucha, un espacio de contención, un espacio para elaborar todo esto, una psicoeducación que le haga entender lo que estaba sucediendo con su marido, y bueno todo es proceso duró un año, y yo ya me regresé, y no supe que fin tuvo todo este proceso, pero igual hicimos un cierre, y esto como un ejemplo, digamos de un paciente con depresión.

Y tal vez un paciente con Alzheimer?

No, eso sí que no. Eso es mucho más difícil. No sé si los pacientes con Alzheimer lleguen a la consulta privada, no creo porque es una patología grave entonces más bien van la médico, o al hospital directamente. Tal vez la familia sí, el cuidador principal, digamos.

¿Cuáles cree usted que son las dificultades al realizar el trabajo con la familia?

Bueno, primero que tomen conciencia de que necesitan ayuda, eso primero, que lleguen. El primer paso, lo más difícil, que lleguen. Ya si llegan, pienso que serán personas que son ya conscientes de su de desgaste, de su afectación por la situación, pienso que es muy duro acompañar a un paciente con Alzheimer y también aunque dentro de la depresión a veces no necesariamente de diagnostica como familia, digamos, porque dicen "ah, es que está triste, deprimido", pero por decirlo no porque sea diagnóstico de una patología, más bien dentro de un lenguaje común, digamos. Otra dificultad puede ser la negación, de que no pasa nada, o que el enfermo es él y no yo, eso puede ser algo, un mecanismo muy propios de estas situaciones.

Podría hablarse de un duelo en la familia mediante el diagnóstico?

Pero eso no solo en el diagnóstico, sino también en el trabajo, no? Podemos darnos cuenta que la familia está en duelo porque no se resignan a ver que su papá esté así, que su familiar

esté así, que no le reconozca, que no le conteste, que no se acuerde. Yo me acuerdo una viejita que le decía a su marido "a ver pero no te hagas el bobo, a ver contéstame, a ver pero ponte bien la ropa, no te hagas el bobo, si tú si sabes, ya eres grandecito" es decir, del desconocimiento de lo que sucede, eso más, ese es un factor importantísimo en el momento en el que hacemos la psicoeducación, la familia está preparada para lo que pueda venir, aunque en el Alzheimer nunca se sabe qué no más pueda suceder, con qué cosas va a salir el paciente. Pero si esta preparación del grupo familiar, eso sí ayudará a enfrentar cualquier dificultad, si hay negación, si no hay voluntad, si no hay reconocimiento de enfermedad, no? Si no hay conciencia de enfermedad es otra dificultad bien grande, porque puede ser que llega el paciente o el familiar, pero el resto de familiares no necesariamente está en un momento de aceptación, de pedir ayuda. Porque unos miembros están en duelo, otros están en negación, otros están en aceptación, otros no quieren ni asomar, entonces tal vez esa diversidad familiar, pero más que una dificultad, una realidad, porque uno trabaja con la realidad, es decir, es así esta familia y con eso de trabaja.

Anexo 8: séptima entrevista

Mujer

39 años

Psicóloga clínica

Psicoterapeuta integrativa

Trabajo con adultos mayores, adolescentes y adultos jóvenes

¿Cómo ha sido su experiencia en el trabajo con el adulto mayor?

El adulto mayor es un trabajo integral. Al adulto mayor hay que verle desde todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales porque para distinguir el trabajo con el adulto mayor hay que dividir entre el envejecimiento patológico y el envejecimiento normal. A partir de eso se distinguen cuáles serán las pautas de acción. Con el adulto mayor hay que trabajar también, a diferencia de las otras edades, hay que trabajar con temas de apoyo en la red familiar, necesitamos también identificar quién será el cuidador principal, se necesitan distribuir las tareas en relación al adulto mayor y sobre todo se necesitan hacer procesos de psicoeducación para que tanto la familia como el personal de apoyo, porque pueden haber familiares que apoyen, y también en algún momento se puede requerir del apoyo de terceros, ya sea especialistas en el caso de envejecimiento patológico o sean personas externas que brindan un soporte a la familia.

Es particularmente especial el trabajo con el adulto mayor porque por lo general los cuidadores principales son adultos maduros que se encargan y que son responsables del adulto mayor y, cuando van pasando los años, a medida que se llega a la adultez tardía-tardía nos encontramos con más temas de dependencia física sobre todo, complicaciones en la movilidad, temas de motricidad que es necesario que sean apoyados por otro grupo de edad. Por ejemplo, las personas que apoyan en control externo requerirán de fuerza, de energía, de vitalidad, para poder trasladar al adulto mayor, no decimos con esto que los adultos maduros no puedan encargarse, y de hecho son quienes están más cerca de los adultos mayores porque por lo general el cuidador principal es un hijo, una hija, un nieto, que están muy cerca del adulto mayor. Entonces, lo que se requiere ahí también es la posibilidad de que los otros grupos de edad, que son parte de la familia y que también estarán integrando los procesos de atención directa, de cuidado directo con el adulto mayor, puedan apoyar en estos temas que de pronto en la madurez ya no se consiguen con gran eficacia, también para proteger la integridad física y psicológica de quien cuida al adulto mayor.

¿Ha tenido usted la oportunidad de diagnosticar a una persona con Alzheimer o con depresión?

¿Qué pasa con los adultos mayores? Es muy común que las personas asuman que las características o la sintomatología depresiva son normales en el proceso de deterioro, en el envejecimiento, y eso nos lleva a cometer errores muy graves. Si las personas asumen que esto es normal en el proceso de deterioro no recibe tratamiento. También asumen que los cambios de humor serían normales en el proceso de envejecimiento y resulta que las

demencias degenerativas, como es el Alzheimer o el Parkinson, se diagnostican hasta mucho más tarde. Porque también asumen que los problemas de memoria son normales en el envejecimiento. Ahora, es natural sí, que con el deterioro de la parte cognitiva se vayan perdiendo algunas habilidades, pero muchas veces la memoria o los conflictos en la memoria están más relacionados con temas depresivos, con inactividad y con la respuesta a efectos secundarios de medicamentos prescritos, más que con el deterioro en sí del envejecimiento normal. El envejecimiento patológico en cambio acelera el deterioro cognitivo, cuando nos encontramos con enfermedad como Alzheimer o Parkinson lógicamente los problemas de memoria van a ser más agudos y en ese caso si va a haber un deterioro significativo, sobre todo en la memoria reciente, pero se debe al periodo demencial, al periodo de deterioro cognitivo dentro de la demencia en cualquiera de las dos formas, más que aun proceso de envejecimiento estándar. ¿Por qué es importantísimo distinguir esto? Porque los niveles en las etapas de las demencias van avanzando de acuerdo a los recursos físicos y psicológicos que tenga el adulto mayor, y a las condiciones en las que se está desenvolviendo en ese momento. Entonces, lógicamente el medicamento, cuando los adultos mayores están medicados, el medicamento va a hacer que este deterioro se frene, porque no podemos impedir el deterioro pero sí que se controle y que la familia pueda manejar el caso con el adulto mayor en casa. Cuando nos encontramos en etapas más avanzadas de la demencia, puede ser de Parkinson o puede ser de Alzheimer, llega un momento en el que se necesita el apoyo profesional. Que ya la familia no puede responder frente a las necesidades del adulto mayor, en protección, en cuidado, en intervención, porque lo que se hace con las familias de adultos mayores, tanto en envejecimiento estándar como en envejecimiento patológico, es generar a través de procesos de psicoeducación las formas más acertadas de manejarse con los adultos mayores, pero, cuando ya estamos en procesos demenciales las mismas fases de la demencia hacen necesario que el adulto mayor entre en un proceso de atención 24/7 y eso en casa es imposible, dependiendo de los recursos económicos de la familia, si se contrata un profesional el costo para la atención 24/7 de un profesional en domicilio es sumamente alto.

Entonces, por lo general las personas deben institucionalizar a su adulto mayor, pero qué es lo que sucede con la familia cuando empiezan estos dilemas entre si le institucionalizan al adulto mayor o no lo hacen. Las instituciones logran bajar un poco el costo, pero no deja de ser un esfuerzo que la familia tiene que hacer por mantener al adulto mayor, porque recordemos también que los procesos de jubilación, los ingresos individuales del adulto mayor disminuyen significativamente y en algunos casos cuando no se cuenta con un plan de jubilación estos son inexistentes. Entonces, son los miembros de la familia, y yo diría los miembros de la familia que están muy ligados al adulto mayor, quienes enfrentan estos gastos. Porque tampoco se puede generalizar que todos los miembros de la familia van a estar dispuestos a aportar, claro, cuando se trabaja con los adultos mayores también es importante hacer una evaluación del sistema familiar para saber con cuántos recursos, tanto materiales como económicos se cuenta, con la infraestructura que se cuenta, porque a medida que va avanzando el envejecimiento se tiene que hacer modificaciones en su estructura, entonces, en las casa por ejemplo, tendrían que minimizar el uso de las gradas si el adulto mayor antes ocupaba un segundo piso, cuando ya empieza el deterioro en temas de articulaciones y de movilidad, lo que se sugiere es que el dormitorio pase a una planta baja, no? Entonces muchas veces estudios, o salas que servían para la parte social, se convierten en el dormitorio del adulto mayor, porque necesitamos satisfacer estas necesidades.

Lo mismo sucede por ejemplo con el uso del baño, necesitamos ya bardas de seguridad, entonces a medida que va avanzando la edad, las familias tienen que ir haciendo estas modificaciones en la infraestructura de la familia, pero eso también tiene un límite, no? Cuando hablamos del envejecimiento patológico y ya necesitan una constante revisión 24 horas, 7 días a la semana, una revisión profesional, lo que es ideal es la institucionalización, pero en las familias no todos están de acuerdo, o están de acuerdo pero quieren que los solvente otra persona. Entonces cuando se hace el diagnóstico de la familia, se evalúa los recursos con los que se cuenta, también se evalúa con quien se cuenta de forma personal, no solo es el hecho de que ponga la cuota, por ejemplo, sino que también necesitamos apoyo para que se alternen las actividades del trabajo, por ejemplo, las visitas al médico, que se necesita mayor información y disposición de los miembros de la familia. Una vez que se ha hecho toda esta evaluación, que vemos con qué recursos contamos, y que vemos también en qué condición se encuentra el cuidador principal, porque las personas buscan ayudar para manejarse con su adulto mayor, por lo general cuando ya no tienen recursos, se han agotado todas las posibilidades de su forma de actuar y sienten que no lo están haciendo bien. Entonces, el cuidador principal de pronto entra en una crisis y busca ayuda para tratar con el adulto mayor. Y ahí es cuando se empiezan a dar cuenta que la mayor parte de las cosas que hacen los cuidadores principales y la familia en casa son correctas.

Cuando tenemos personas que se han responsabilizado con el adulto mayor y se han comprometido con su cuidado, la mayor parte de las decisiones que toman son acertadas, pero hay otras decisiones en cambio, que vienen de los mitos, de creencias, como por ejemplo esta de que la depresión es natural en los adultos mayores, que nos les permite, no por un descuido, no por negligencia, no incluso con la intencionalidad de infringir daño, pero por desconocimiento hace que estos familiares no busquen una evaluación psicológica o una evaluación psiquiátrica para su adulto mayor a tiempo. Por lo general vienen cuando ya están avanzadas las etapas. Ahora, es importantísimo distinguir entre la depresión, el Alzheimer y el Parkinson, porque cuando nos confundimos entre depresión y Alzheimer, porque la demencia tiene fases en las que tenemos sintomatología depresiva, pero esta sintomatología depresiva no es parte de un cuadro depresivo, no es un trastorno depresivo, sino que esta sintomatología corresponde al trastorno degenerativo mayor que es la enfermedad de Alzheimer. Y en los dos casos, la forma de abordar la sintomatología depresiva es diferente. En un caso vamos a necesitar medicación psiquiátrica, antipsicótica para detener el deterioro, para evitar las alucinaciones, para evitar episodios de sonambulismo que antes no existían en la persona cuando estaba en las otras etapas y que en este momento, en la etapa de demencia empieza a darse. Entonces tienen medicamento distinto, la forma de abordar es distinta y la forma de hacer psicoterapia también es diferente. Porque hay momentos, en los intervalos lúcidos, donde los adultos mayores se encuentran con la realidad y lógicamente la respuesta emocional es fuerte. Porque reconocen lo que les está pasando. Que pasa con la depresión, en cambio, es muy probable que necesitemos medicamentos ahí también, pero la medicación va a corresponder al trastorno depresivo que es el que estamos trabajando, que lógicamente tiene que diferenciase de la demencia de Alzheimer para poder actuar de una manera o de la otra. Y el proceso psicoterapéutico también estará dirigido en cambio, a la aceptación de los cambios que es uno de los retos más fuerte a los que se enfrenta el adulto mayor, de los cambios tanto físicos como psicológicos.

El adulto mayor lo primero que pierde es la pérdida de la fuerza, no solo la resistencia, a veces cuando estamos en otras etapas, en la juventud o en la madurez, cuando empezamos a hacer ejercicio físico se siente que hay, se siente que no es la misma condición que se tenía antes, pero por ejemplo, en la juventud se empieza a entrenar y el estado del rendimiento del organismo mejora. En la madurez, con entrenamiento físico este se mantiene, pero en la adultez tardía, en cambio, sí, es importante la movilidad, es importante que el adulto mayor tenga rutinas de ejercicio y que estas estén adaptadas a las nuevas condiciones de deterioro, pero no harán que el incremento en la resistencia sea tan manifiesto, o sea tan notorio, como lo es en las etapas anteriores. También se dan cuenta que pierden fuerza en la voz, porque no solo se pierde fuerza en el tono muscular, no solo pierden rapidez en la respuesta motora, pierdes rapidez también y se prolonga el tiempo de reacción de la corteza cerebral, entonces el adulto mayor va notando todos estos cambios, al menos cuando estamos hablando de envejecimiento estándar, el adulto mayor va dando cuenta de lo que se ha perdido, en cambio, en la demencia, hay momento en los que el adulto mayor pierde esta noción, y por eso es que puede salir a la calle y perderse. En envejecimiento estándar, el adulto mayor se cuida mucho de hacer esas cosas porque sabe que su memoria está fallando, entonces es el adulto mayor quien pedirá asistencia, por lo general al cuidador principal, para que le acompañe a los sitios a los que quiere ir, "quiero visitar a mi hermana, entonces yo le voy a decir a mi hija, o le voy a decir a mi nieta que me acompañe", si ya no puede acompañarle que le acompañe algún otro miembro de la familia. Porque qué es lo que pasa en el envejecimiento estándar, el adulto mayor se da cuenta que salió de su casa y que está en otro ambiente, pero también se da cuenta que es probable que no pueda regresar, "tengo que ir a mi casa pero no sé cómo tengo que ir", entonces en una forma de compensación de lo que ya la fuerza o la memoria inmediata no le responde, el adulto mayor busca apoyo. Lo mismo va a suceder con los nombres de la familia que no ve a menudo, entonces claro, dice "no te sentarás lejos, nos vamos a la fiesta pero tú te sientas conmigo y me explicas quién es", pero en cambio en la demencia se va perdiendo esta capacidad de compensación, entonces ¿qué pasa con el adulto mayor? Dependiendo de la etapa de la demencia en la que esté, puede haber reminiscencias, a qué nos referimos con esto, los recuerdos muy vividos de las experiencias, entonces estos recuerdos estarán impregnados de emoción, entonces bueno, dice de pronto "le extraño mucho a mi hermana y quiero salir" pero qué es lo que sucede cuando está en la calle, en la calle en cambio, el deterioro cognitivo no le permite encontrar la información acerca de: ni hacia donde iba, porque sale y se encuentra con un mundo que ha cambiado, por ejemplo, a medida que pasan los años y estamos nosotros hablando de adultos mayores en edad adulta tardía-tardía, estaríamos hablando pasados los 90 años, si nosotros le damos un vistazo a la ciudad de Quito, de lo que era hace 90 años y de lo que es hoy, nos encontramos con estructuras muy diferentes, incluso las rutas de las líneas de los autobuses son distintas, entonces cuando sale el adulto mayor se encuentra con un mundo diferente al que no estaba acostumbrado, porque por lo general en las primeras etapas de la demencia, cuando está consiente el adulto mayor de que esto le está pasando, toma las medidas compensatorias, entonces exige que alguien le acompañe, cuando ya está en una etapa avanzada de la demencia ya no puede utilizar estas medidas compensatorias, entonces por ejemplo, temas estructurales de organización como el pago de las facturas, como hacer las compras, ya necesitan asistencia. En el envejecimiento normal el adulto mayor se da cuenta que le toma más tiempo en contar el vuelto de la tienda, entonces compra las cosas, guarda en el bolsillo, y cuando llega a casa empieza con calma cuánto dinero tenía y si se da cuenta que le han cobrado de más entonces tiene la posibilidad de hacer un reclamo. En la demencia este paso

de organización y de lógica ya no existe, entonces aparece de pronto el estímulo de "vi la fotografía de mi hermana", o viene esta reminiscencia con esta fuerte carga de emoción y por ejemplo, recuerdo a mi hermana pero no recuerdo que mi hermana murió. Entonces sale a buscar a alguien que para él todavía está vivo porque la etapa de la demencia hizo a este hecho reciente. Porque muchas veces los hermanos tienen, son contemporáneos, tienen muy poca diferencia de edad, entonces sale y resulta que esta hermana ya no está ahí, pero no sabe a dónde ir a la está buscando. Entonces esto también genera una fuerte impresión en las emociones de la red de apoyo familiar. Entonces dependiendo de la reacción, las personas más cercanas de pronto están más habituadas a este tipo de respuestas, en cambio las personas que no están constantemente junto al adulto mayor les toma por sorpresa. Por ejemplo, es menos probable que se olvide el nombre de la cuidadora principal, es mi hija con la que vivo, es mi nieta con la que vivo y a lo mejor es el último nombre que va a olvidar. Pero en cambio de la hija, que no es que vive con él pero que está también, frecuentemente yendo a casa, si es probable que se olvide el nombre y ese es un impacto emocional sumamente fuerte, por eso trabajar con adultos mayores y sobre todo en condición de demencia, necesitamos hacer los procesos psicoeducativos. Por ejemplo, también nos encontramos con el tema de las manchas hepáticas, estas manchas hepáticas son la ruptura de los vasos sanguíneos subcutáneos de la piel, no tienen nada que ver con el funcionamiento hepático pero se llaman así por su color azulado, que asemeja a un golpe, a una contusión. Estas manchas aparecen de forma espontánea, porque así, todo en la tercera edad pierde elasticidad, pierde fuerza y pierde tono, como todo pierde elasticidad es más probable que los capitales rompan, cuando se rompen la hemorragia hace que aparezca un hematoma, que son estas manchas hepáticas de la vejez.

Dependiendo de cómo estén las relaciones interfamiliares, estas se pueden tomar desde distintos puntos de vista, porque el cerebro compensa la información que no tiene. Entonces se le pregunta al adulto mayor qué fue lo que pasó y el adulto mayor no sabe qué pasó, porque no sabe a qué se debe ese moretón, y la única explicación que tiene de pronto, dependiendo de su historia de vida es que alguien le pegó, entonces dice bueno "es que me pegaron" y le preguntan "quién le pegó?" y cuál es el único nombre que recuerda? El del cuidador principal. Entonces esto ha generado muchos conflictos intrafamiliares, claro, incluso ha habido familias que han terminado en el juzgado por maltrato al adulto mayor por el desconocimiento de estas señales.

Ahora, no es que en todos los casos pasa, también es real que tenemos maltrato en el adulto mayor, entonces claro, cuando se trabaja con las familias, a las familias hay que explicarles todos estos aspectos y mientras no estemos seguros, por ejemplo, las ideas de daño pueden darse también en envejecimiento normal, cuando yo no recuerdo donde dejé mi cartera. Entonces como siempre dejo mi cartera en un lugar, y qué sucede con la familia, la familia por ayudar, no lo hace con mala intención, ve que esa cartera está como muy expuesta y la pone en otro lugar, puede ser que el adulto mayor diga "bueno", más tarde va a buscar su cartera y no la encuentra. Quién fue la única persona que estuvo ahí? La persona que estuvo de visita o el cuidador principal, entonces como el cerebro compensa en la historia para que esto tenga lógica, la información que no tiene, la respuesta es que alguien tomó esa cartera. Entonces todas estas sensaciones que tiene el adulto mayor, tienen que estar muy relacionadas con la forma en la que se maneja la gente, el adulto mayor no va a cambiar su

forma de ser, esta forma de respuesta es una forma de respuesta compensatoria de lo que le está sucediendo.

En las etapas más avanzadas del Alzheimer, nos vamos a encontrar con mayor frecuencia con estas ideas, entonces se van generando las ideas de daño. En el caso del envejecimiento estándar, podemos contrarrestar estas ideas con la mayor cantidad de información que se le da al adulto mayor, el momento en que diga "estoy buscando mi cartera" podemos ayudarle a recordar que esa cartera fue movida de lugar con la aceptación del adulto mayor y luego se le entrega, por eso es fundamental que se le ayude a buscar, porque puede tener la sensación de pérdida total. Si no se le ayuda a buscar va a hacerlo él solo, entonces ahí vienen las caídas, por ejemplo, es común en el envejecimiento patológico que el adulto mayor se olvide que utiliza un andador, entonces deja el andador a un lado, porque no lo reconoce en la fase de la demencia, no lo reconoce como propio y se va caminando sin el andador, entonces es probable que tenga accidentes. Entonces, es necesario en los temas de demencia, cuando están avanzadas que las personas estén pendientes la mayor parte del tiempo y por lo general eso se vuelve muy pesado para el cuidador principal, o sea, solo no puede avanzar.

Entonces en la práctica clínica yo me he topado con casos en los que el cuidador está a cargo del adulto mayor y de un niño con discapacidad, la carga, para le adulto mayor, la carga emocional y la carga de responsabilidad es mucho más fuerte que una persona que está a cargo solo de un adulto mayor. Es importante trabajar con un grupo de apoyo para trabajar con los adultos mayores y también en los procesos de psicoeducación que se pueda distinguir hasta qué momento la familia lo puede sostener en casa y cuando es necesaria la institucionalización.

¿Podría decirme cuál es la diferencia entre el sistema de salud pública y el privado en cuanto al trato con el adulto mayor con Alzheimer o depresión?

Lo que sucede en las diferencias, como todo en la vida, es la cantidad de recursos económicos que hay entre el uno y el otro. Nos encontramos con excelentes profesionales tanto en el sistema público como en el privado, lo que sucede es que el sistema privado nos vamos a encontrar, primero, con menos adultos mayores, entonces cuando nos encontramos con menos adultos mayores esto es una gran ayuda para los profesionales, porque tengo más tiempo para evaluar a los adultos mayores, tengo más tiempo para hacer este plan de asesoramiento familiar, cuando lo decimos suena sumamente simple, tienen un adulto mayor, reunimos a la familia y empezamos a trabajar, pero nos encontramos, por ejemplo, que reunir a la familia es sumamente difícil porque todo el mundo tiene cosas que hacer y la idea de un plan familiar es que se alivie la carga al cuidador principal, que se satisfagan las necesidades del adulto mayor, pero que no se sacrifiquen las necesidades de los otros miembros de la familia, que bajo ningún concepto, ninguno de ellos, ni si quiera el cuidador principal, tenga que modificar sus objetivos personales para atender al adulto mayor. Un cuidador principal puede atender mejor a un adulto mayor si sus necesidades personales están satisfechas. Por ejemplo, sucede a veces, que la persona que se dedica como cuidador principal tiene que renunciar a su trabajo para dedicarse a cuidarle a su adulto mayor, a su padre o a su madre, y eso termina siendo un castigo, porque la necesidad de mi crecimiento profesional, o de mi ejercicio profesional queda postergado por esto que está pasando acá, que generan respuestas emocionales complejas. Nos enfrentamos a los propios conflictos personales y eso también hay que atenderlo.

Lógicamente en la parte privada, nos vamos a encontrar con que hay más oportunidad de asesoramiento, porque al tener menos gente, al tener menos adultos mayores tenemos menos familias y al tener menos familias que atender tenemos mayor posibilidad de implementar los planes y los programas de asesoramiento familiar. Con más recursos, por ejemplo, yo puedo plantearle a una familiar, en el sistema privado, no es que sea la relación causa y efecto, pero por lo general las personas que ingresan con sus adultos mayores al sistema privado, tienen mayores oportunidades, mayores recursos económicos, entonces por puedo proponer, por ejemplo, en ese caso, que si el adulto mayor no está institucionalizado o va a salir de la institucionalización para ser cuidado en casa, que se contrate un profesional, dentro de los profesionales sería una enfermera, porque por lo general la gente contrata una enfermera para que le atienda en la medicación, pero por ejemplo también estaría una fisioterapista, para que nos ayuda a manejar tren superior y tren inferior para que no se pierda la marcha, que es sumamente importante y lógicamente para que no se vayan atrofiando los músculos. Yo podría proponer, para que se oxigene el cerebro. Muchas veces con los adultos mayores, incluso en la edad adulta tardía-tardía, pasados los 95 años, cuando hacen las sesiones de fisioterapia para mantener las praxias, para que no se de una praxia de la marcha, se me olvide como camina, entonces se oxigena el cerebro y también se sienten mucho más activos. Lo mismo va a pasar por ejemplo si tenemos un psicólogo, que esté haciendo entrenamiento mental. Si nosotros trabajamos, por ejemplo, son formidables los temas de refuerzo de memoria, de cálculo mental, la lectura, hacer que los adultos mayores recuperen en cierta medida la memoria y también la facilidad que tengan para hablar, si a eso yo le puedo sumar una terapista de lenguaje, que le ayude a corregir igual las afasias de lenguaje que ya se están presentando con el tema del deterioro cognitivo, me voy a encontrar que con esa atención al adulto mayor en verdad es integral y aparte de eso tengo la relación con la familia.

Entonces es un adulto mayor que va a prolongar más todavía sus años de existencia, con una buena calidad de vida y disminuyendo los efectos psicológicos que se presentan en el deterioro, puedo corregir depresiones?, sí, si esta depresión de logra superar, nos encontramos por ejemplo con que el adulto mayor tiene una calidad de vida excelente y óptima. Si no logro superar esta depresión, estaría pensando que estamos en una demencia. Igual, en los temas de demencia, si nosotros podemos mantener a los profesionales cerca, si la medicación se da en el horario y dosis adecuada, si el paciente está sumamente atendido, nos encontramos, por ejemplo, si tengo la posibilidad, porque tengo menos adultos mayores, la posibilidad de esperar sus propios tiempos. En el cuidado de atención directa al adulto mayor uno de los temas importantísimos es el retiro de la dentadura por las noches. Si yo, como personal de apoyo de un centro, tengo a mi cargo cinco adultos mayores va a ser mucho más fácil para mi esperar los tiempos, esperar que el adulto mayor me deje retirar la dentadura o me la entregue, a que si tengo 20 en el sistema público. Claro, si tengo 20 adultos mayores en el sistema público y me demoro 45 minutos en promedio, uno con el otro, al último adulto mayor terminaré acostándole a las 3 de la mañana. Entonces, qué es lo que va a pasar con esto? Para optimizar el tiempo y si tenemos solo una persona a cargo, lo que haces es apurar los procesos, pero en cambio con el adulto mayor hay que recordar que la respuesta de la corteza cerebral se prolonga, y eso significa que todo se prolonga. Cuando yo le hablo al adulto mayor, no tengo que hablarle despacio únicamente porque no escucha, tengo que hablarle despacio para que el adulto mayor, en el cerebro, vaya decodificando el mensaje de mis palabras. Y tengo que esperar, si yo le digo al adulto mayor "nos vamos a levantar", entre que le doy la orden, y primero que tengo que asegurarme de que me vea, que entienda lo que

le digo, una vez que entendió y asiente, tengo que esperar a que él prepare sus músculos para levantarse.

Entonces, cuando nosotros tenemos esa posibilidad de respetar los tiempos, es porque tenemos menos adultos mayores a los cuales tenemos que atender. En el sistema público en cambio, la gran cantidad de adultos mayores y el poco personal hará, de pronto, que se comentan o que se pasen algunos pasos de los protocolos, que se pasen por alto. Entonces la gran dificultad que tenemos entre el sistema público y el sistema privado, es esta, la cantidad de adultos mayores que tienen que ser atendidos y el bajo presupuesto. Cuando tenemos un presupuesto algo, podemos, por ejemplo, incurrir en planes como los de asesoramiento familiar, que serán extra, porque necesito también de personal de apoyo para eso. No cualquiera puede dar la charla, necesitamos a alguien que haya trabajado con adultos mayores, incluso de los psicólogos para trabajar con adultos mayores, los psicólogos debemos hacer especialización, debemos estar informados. En el espacio público, lo que sucede es que sí, nos dan por ejemplo un psicólogo, un psiquiatra, pero es uno para toda la unidad. Por lo general en la función pública las personas o los profesionales salen con la ayuda de los practicantes, porque es un recurso sumamente valioso que no implica el gasto del presupuesto, por ejemplo. Pero en cambio esa es la única forma que han conseguido las instituciones de sostenerse con el bajo presupuesto.

Entonces, ¿se podría decir que dentro del sistema público existe la probabilidad de un mal diagnóstico, un mal tratamiento, un mal servicio frente al sistema de salud privada? Por la cantidad de demanda que existe.

Habría más probabilidad de que eso ocurra, pero no significa que ocurra. Por lo general los diagnósticos son acertados, pero lógicamente hay mayor probabilidad de error en el diagnóstico y en el tratamiento, sí, si se diagnostica mal el tratamiento está mal. Y eso pasa en toda la psicología, aplicado a todos los grupos de edad. Si yo no logro ubicarme exactamente donde tengo que estar, el proceso psicoterapéutico no se da de forma correcta. Lógicamente si estoy tratando Alzheimer, si estoy tratando depresión en lugar de Alzheimer, se me va a complicar, lo mismo va a pasar si yo asumo que es un Alzheimer y es una depresión, que puede ser grave con tintes psicóticos, porque hay que hacer el diagnóstico diferencial ahí, lógicamente el tratamiento y la intervención va a estar mal. Ahora, hay mayor probabilidad de que esto ocurra, claro, porque tenemos menos recursos en la parte pública, pero no significa que la parte privada esto no se pueda dar. Ya va a depender de la calidad de profesionales que estén ahí. Porque muchas veces las personas que trabajan en la parte pública, también trabajan en la parte privada, o sea es el mismo profesional que trabaja unas horas aquí y unas horas en la parte privada. En los dos casos no es que las técnicas son diferentes, en el un caso se aplicarán las técnicas con mayor tranquilidad, tendrá mayores recursos, por ejemplo en el ámbito privado, el profesional puede pedir material para trabajar. En el ámbito público, al profesional le toca ingeniarse con los recursos que tiene para hacer el trabajo. Entonces hay muchas cosas que no se pueden aplicar por falta de recursos.

Anexo 9: octava entrevista

Hombre

35 años

Ps. Clínico

Especialidad en psicología social y psicopatología

Podría hablarme, desde la parte social, ¿Cómo es el manejo de pacientes en la salud pública y privada?

Específicamente en el trato, hay una mejor calidad en el tema privado, no? El paciente paga, y el que da el servicio público también paga, pero como no hay conciencia de eso, entonces suele atenderse con menos calidad y calidez, digámoslo así. Y además en el privado, la persona que asiste tiene hasta cierto punto derecho a reclamar, no? Ahora ya en la atención, se supone que en público es mejor porque no hay un tema de negocio, en cambio en el privado realmente lo que se quiere es negociar con la salud de la persona, entonces a veces se inventan síntomas, se complejizan las enfermedades, cirugías innecesarias, cosas así, que en lo público no hay, en lo público más bien si la persona no necesita nada, no se le aplica porque como no hay un tema de interés de negocio detrás, entonces esas son como las variables ahí que yo le vería.

¿Qué piensa del enriquecimiento a través del diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y depresión?

Es importante, digamos, de entrada las dos semiologías suelen ir de la mano, entonces una persona que padece de cualquier tipo de demencia tiene periodos de decaimiento del ánimo, es bastante común que surja eso, sino que en este caso no es una depresión propiamente dicha, sino una depresión reactiva, claro, la persona se da cuenta que empieza a perder funciones y eso le lleva a la depresión.

Entonces, de entrada siempre hay que saber que eso se presenta de la mano, es muy común que se presente uno con el otro y que generalmente lo que se sabe es que entre más fuerte sea el impacto depresivo, mayor suele ser el deterioro. Entonces no es que un buen estado de ánimo evita el deterioro, pero la menos no será de tanto impacto, mientras más se deprime el anciano o la persona demenciada, más rápido se van perdiendo funciones. Evidentemente en algún momento está la pérdida funcional, que tampoco es que se deprime la persona, sino que simplemente va perdiendo las capacidades cognitivas superiores y bueno, se da toda la semiología propia de Alzheimer, entonces como primer criterio habría que tener eso presente, no? Entonces a veces ese es un punto que no se toma mucho en cuenta y conectando con la pregunta anterior, es decir, al anciano o la persona demenciada no tiene un buen trato a veces se incrementa el tema del decaimiento anímico y por lo tanto el déficit. Luego, existe una patología que podría confundiste realmente, que es la seudodemencia depresiva, de hecho las personas presentan un cuadro bastante similar al del cuadro de Alzheimer y podría ser que se preste a la confusión, pero un adecuado proceso de historia clínica te permite a ti observar si realmente el estado de deterioro se debe a una baja anímica o no tiene nada que ver. De lo que se sabe el Alzheimer tiene un periodo de aparecimiento bastante prolongado, que son entre los 5 y 10 años, entonces la persona ya empieza a mostrar déficit, pero es un periodo

bastante largo el tema es que claro, a veces las personas no se dan cuenta o la misma persona oculta el déficit, por el tema del estigma, la preocupación o porque no le da la importancia necesaria, pero no sabe que 15 años antes y en ocasiones mucho tiempo, la persona empieza a perder pequeños recuerdos, cosas así, y eso no hay en la seudodemencia depresiva, esa depresión es un cuadro de instalación de una depresión profunda, en la cual la persona aparece como demenciado, que no es tan poco frecuente como uno pensaría que realmente se ve, al menos en los psiquiátricos bastantes casos parecidos, entonces hay muchos pacientes con depresiones graves que pierden el control de los esfínteres, la memoria está desintegrada, qué se yo, pero es obvio que no hay estos 15 años de proceso anterior. Sino que la persona atravesó más bien por episodios depresivos y en un momento fue tan profundo que aparece esta seudodemencia y que además luego de la desaparición del episodio depresivo, ya no va a estar tampoco, las personas recuperan sus funciones, a nivel anímico recupera otras funciones, lo que no pasa en el Alzheimer, primero que es un periodo mucho más largo o cuando empieza el déficit ya nunca va para atrás, es decir, siempre empeora hasta que finalmente fallece la persona.

Entonces creo que es fundamental tener esto presente porque eso te permite distinguir. En alguna ocasión que yo tuve que trabajar con un caso de aparente seudodemencia depresiva, un criterio para diferenciar es bastante el tema de los contenidos de los relatos de la persona, entonces en el caso de las personas con Alzheimer suelen ser muy típicos, no? Como de no reconocer a los familiares, pensar que les están robando, olvidarse de rostros y creer que es un tema de peligro o agresividad por ejemplo. Incluso cuando ya hay temas delirantes, suelen ser delirios que se corresponden con una destrucción del tejido cerebral, si no tienen mucho contenido, si no tienen mucha forma, más bien son del momento y que tienen que ver con estos temas muy propios de la edad y cosas así, que es lo que suele pasar. Mientras en el caso de la seudodemencia depresiva que es un poco lo que uno puede hacer en el diagnóstico diferencial es darse cuenta que tienen un contenido como cualquier tema delirante, no? Entonces cualquier paciente esquizofrénico, bipolar, qué se yo, cualquier semiología que cursa con este delirio, y en este caso cuando en la seudodemencia si hay delirio, pues el delirio tiene una historia, entonces recuerdo este caso que alguna vez trabajé con más profundidad, recuerdo que era un contenido sexual de la persona, dentro de todo el conjunto de ideas delirantes, eran un delirio más o menos estructurado de contenido sexual y que reflejaba aspectos de la vida anterior de la persona, temas de divorcio, problemas con la pareja y cosas así, entonces es fácil distinguir porque uno se da cuenta que no es lo mismo, es decir, no es un cerebro que empezó a deteriorarse por las placas seniles y que comienza a tener un mal funcionamiento, si es una persona con un estado anímico determinado comienza a alucinar y a delirar y eso es muy diferente por ejemplo, también te permite hacer una valoración. Luego también el tema de los esfínteres, que suele lo que más suele verse y que a veces preocupa mucho, porque claro, le ves a una persona de 35 años que no controla esfínteres, es precisamente ver la historia del síntoma, entonces no es que en Alzheimer de buenas a primeras la persona no controla esfínteres, no? Es más bien un proceso después de un gran deterioro que llegar a eso, primero ves el tema de la memoria, y todos estos fenómenos de lo mnémico que va deteriorándose y en algún momento si, cuando ya está muy deteriorado el cerebro, pues no controlas funciones, qué se yo, pero en la depresión no, es decir, es un tema de impacto, la persona entra en crisis y de repente está así, sin controlar esfínteres, qué se yo, es diferente, porque no se trata de lo mismo, y además en este caso, claro, el deterioro cognitivo no pasa por este proceso fenomenológico clásico del Alzheimer,

entonces yo creo que un poco esa es la diferenciación que hay que hacer, porque a veces claro, cuando llegan pacientes así a hospitalización uno se asusta pues, y de hecho ese es el trabajo que yo hice, porque una paciente estaba asustada, una mujer que no pasaba de los 40 años y parecía que estaba demenciada, pero bueno, ya en el trabajo se hizo la valoración y luego ya se pidió los exámenes para clínicos, entonces claro, ya con temas de estos instrumentos de que ven el tejido cerebral y bueno así se descartó que no hay señales de placas seniles ni nada y de hecho ya con el trabajo terapéutico, la medicación psiquiátrica, un par de semanas ya estuvo muy bien y recuperó todas las funciones con esfínteres y todo.

Pero claro, si es que no trabajas adecuadamente puedes ponerle a una persona un diagnóstico mucho más complicado, no? Pero realmente más allá de que pueden ser parecidos, no es que son parecidos, porque para tener una enfermedad hay que ver toda la semiología y en este caso el Alzheimer es una de las enfermedades que tiene una base orgánica y eso va a marcar todo un proceso fenomenológico específico, mientras que la depresión y las otras, hasta ahora no se han comprobado que tengan base orgánica, entonces tienen un proceso más bien de tipo psíquico.

Podría decirse entonces, que dentro del sistema de salud pública, las personas que acuden a los especialistas para hacer esta diferenciación entre Alzheimer y depresión pueden estar expuestas a un mal diagnóstico por la demanda de pacientes que existe en el sistema público?

No sé si por la demanda, porque no creo que eso tenga nada que ver, yo creo que están expuestos a un mal diagnóstico en general, porque realmente yo creo que aquí la lógica de diagnósticos sigue siendo Kraepeliana, entonces seguimos trabajando bajo en enfoque psiquiátrico del siglo XIX, y creo que es el problema de que muchos diagnósticos están mal dados, es decir, no se sigue lar normativas psicopatológicas modernas de diagnóstico, que tiene que ver con, primero, hacer un relato de la persona, una anamnesis, luego ver la etiología de lo que quiera que esté pasando, y luego, es el mismo principio que te explica el diagnóstico del APA, es decir, ver si hay síntoma central y luego los síntomas necesarios para diagnosticar y si no hay eso no es la enfermedad.

He visto que muchos, no solo en este caso se confundes los diagnósticos, de repente llega alguien que intentó cortarse las venas y ya es depresivo, y no es así, o sea hay muchas razones por las cuales un sujeto puede intentar atentar contra su vida, muchas razones. Una persona llega alucinada y ya es esquizofrénico, tampoco es así, es decir, muchas patologías se cruza con alucinación y aquí me parece que puede ser lo mismo, ves un deterioro cognitivo y automáticamente es demencia, y no es así, para que sea demencia tiene que cumplir con todos los parámetros semiológicos de una demencia, más una anamnesis, más una etiología y dices ya, esto es una demencia. Entonces para mi tiene que ver más bien con retraso en la forma en cómo se trabaja la psicopatología en nuestro medio, porque yo me imagino que el público y en el privado se cometen los mismo errores, es decir, hacer mal los diagnósticos y luego tratarle a la persona por enfermedades que no tiene. Y eso creo que es un grave problema que se da aquí en todo lo que es el ámbito de la salud, incluso en la salud física, no se diga en la salud mental. Entonces yo creo realmente que hay un problema en ese nivel, que eso tiene que ver precisamente con cómo debería hacer toda una revolución en las carreras de la salud para plantear de otra manera el tema del diagnóstico. En algunos casos o no se estudia, o se estudia bajo criterios de Kreapelin, o sea que ya el mismo Freud descartó y luego el mismo

Freud ha sido refutado por autores posteriores, entonces imagínate lo que estamos haciendo aquí, entonces es una cosa súper primitiva, debería intentar trabajarse más bien bajo los modelos nuevos, no es que yo sea simpatizante de la APA ni nada, pero tiene un modelo de diagnóstico clínico que es bastante eficiente, y si vamos a confiar en eso, entonces confiemos bien, y aquí eso no se hace, aquí al primer síntoma que aparece, el más notorio, que generalmente no es el fundamental, se le adjudica ya la enfermedad y eso lleva a que hay un montón de problemas en el tratamiento de las personas.