

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo 4

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y
EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO

4

1.- INTRODUCCIÓN

2.- VALORACIÓN COGNITIVA

POBLACIÓN OBJETIVO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

ESCALA DE PFEIFFER

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

POBLACIÓN OBJETIVO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

4.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar los elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación del estado cognitivo y afectivo del adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo de este módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Identificar las condiciones relacionadas con la pérdida cognitiva y la depresión en los adultos mayores.
2. Evaluar el estado cognitivo y emocional de los adultos mayores.
3. Identificar las escalas para la evaluación cognitiva y emocional de las personas mayores.

1.- INTRODUCCIÓN

Se valora separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia.

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio.

A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento.

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento.

En la Atención Primaria, el profesional de salud debe poder administrar las siguientes herramientas para la evaluación del estado mental del adulto mayor:

- El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado. Este instrumento es útil para el ***tamizaje de déficit cognitivo***, aunque no es un instrumento de diagnóstico. Puede ser administrado por el médico, el enfermero o el trabajador social.
- La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire) . Instrumento que *complementa la evaluación del estado cognitivo* con información que es obtenida de un *familiar o cuidador* del paciente.
- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada). Este instrumento es útil para el ***tamizaje del estado de depresión*** y es útil para guiar al clínico en la ***valoración del estado de salud mental*** del individuo. Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social. El instrumento no sustituye una evaluación clínica profesional.

2.- VALORACIÓN COGNITIVA

El *Mini Examen de Estado Mental (MMSE)* por sus siglas en inglés), es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio.

POBLACIÓN OBJETIVO

El *MMSE–Abreviado* no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder *discriminar* entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como *seguimiento* para valorar cambios. Se indica la aplicación rutinaria del MMSE en:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa.
- Personas con antecedentes de delirio previo, sobretodo en ingresos hospitalarios recientes.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El MMSE, ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La realización del MMSE está sometida a una serie de variables tanto externas como internas, que pueden influir en su resultado final.

La primera variable que influye en su rendimiento es el *nivel de educación* del individuo. El **punto de corte de 13 puntos** es válido para el nivel de educación medio de la población adulta mayor en Chile en la que se validó. En la versión validada en Chile se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas, analfabetas o con poco alfabetismo. Sin embargo para mayor valor predictivo positivo se recomienda que en los casos indicados(, puntuación total igual o menor que 13 puntos) se administre en combinación con la Escala de Pfeffer. La segunda variable que influye en su rendimiento es el *déficit sensorial* (dificultad para oír y ver) En estos casos se debe de administrar solo por personas que estén entrenadas en comunicación con personas sordas y/o ciegas.

Por otro lado, su valor predictivo positivo (VPP) se incrementará en situaciones de sospecha clínica de demencia (mayor probabilidad de tener una demencia: probabilidad preprueba).

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que **no** se mencione, **o** por cada número que se **añada**, **o** por cada **número que se mencione fuera del orden indicado**.

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

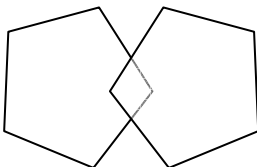
Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.



Mes _____
 Día mes _____
 Año _____
 Día semana _____

Total: _____

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: _____

Número de repeticiones: _____

Respuesta Paciente

Respuesta correcta **9 7 5 3 1**

Total: _____

Toma papel _____
 Dobra _____
 Coloca _____

Total: _____

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Total: _____

Correcto: _____

SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6

SUMA TOTAL:

¹Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile, OPS/OMS, 1999.

La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo. Si el paciente tiene a un familiar o a un cuidador, pídale al familiar o cuidador que responda a las preguntas de la Escala Pfeffer.

ESCALA DE PFEFFER²

INSTRUCCIONES:

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.
Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

TOTAL =

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote.
La puntuación máxima es de 33 puntos.
Si la suma es de **6 puntos o más**, sugiere déficit cognitivo.

² Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr. Chance, JM, Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community, Journal of Gerontology 1982, 37(3):323-329.

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que **debe ser tratada**. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica.

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la **escala geriátrica de depresión de Yesavage**, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de **0 a 5** se considera normal, **6 a 10** indica depresión leve y **11 a 15** indica depresión severa.

POBLACIÓN OBJETIVO

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La Escala de Yesavage no **es un sustituto para una entrevista diagnóstica** por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA³

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? | si | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI | no |

**SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS
O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL : _____**

³ Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.

4.- BIBLIOGRAFÍA

Beeckman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174:307-311.

Brink TL, Yesavage JA, Lum O. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1:37-43.

Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA* 1993; 269:2386-239.

Cummings JL. Mini-mental state examination: norms, normals, and numbers *JAMA* 1993; 269:2420.

Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189-198.

Icaza, María Gloria y Albala C. Minimental State Examination: Análisis estadístico del estudio de demencia en Chile para validar una versión abreviada. *Investigaciones en Salud Pública: Documentos Técnicos*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1999.

Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-172.

Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA*. 1997; 278 (16):1363-1371.

Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS* 1992; 40:922-935.

Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res.* 1983; 17:37-49.

Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12:63-70.