



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Nº. **230**

4.º Trimestre

2017

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

DIRECTOR

Dr. Josep Treserra Torres

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Sor Elisa Sánchez Santamaria

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sr. J. L. Arroyo Cifuentes

Dr. J. A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J. I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. Cebamanos Martín

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. García Fernández

Prof. C. Gómez-Restrepo

Dr. J. Orrit Clotet

Dr. P. Padilla Mendivil

Dr. P. Roy Millán

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. C. Arango López

Prof. Dr. J. L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J. L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugue

Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla

Prof. Dr. J. L. González Rivera

Dr. M. Gutiérrez Fraile

Dr. C. Linares del Río

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Dr. E. Vieta Pascual

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38

08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiQuiatrics.hbmenni@hospitalarias.es

www.informacionespsiQuiatrics.org

www.hospitalarias.org

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-58 / ISSN 2385-7463

Normas para la presentación y publicación de trabajos

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>

Informaciones Psiquiátricas aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico a la siguiente dirección: inf-psiquiatricas@hospitalbenitomenni.org.
4. Los trabajos deberán presentarse como documentos adjuntos de un correo electrónico, escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
5. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del artículo.
 - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
 - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 - Descargos de responsabilidad, si los hay.
 - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.

El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:

 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.

El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.

- 9 **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PILOTO**
Nuria Jaurrieta / David Chesa / Carles Franquelo
- 19 **EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ (2015)**
Dra. Misericòrdia Floriach Robert / Dr. Jesús Miguel Ruiz Idiago
- 49 **LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN MODELO MULTIDIMENSIONAL INTEGRAL BASADO EN LA CALIDAD DE VIDA, RELACIONES CON EL ENTORNO Y APOYOS**
Laura Galán Jiménez / Javier Jaime Iturrioz / Uxua Lazkanotegi Machiarena / Edurne Orradre Rodríguez / Jorge Aguirre Inchusta / Silvia Oteiza Azcona / Marta Pérez de Obanos Martell / Juan Lahuerta Dal-Ré
- 65 **EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CON EL INSTRUMENTO CHA- PAS (VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE PAS-ADD) EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y PROFUNDA**
João Albuquerque
- 76 **FIDMAG informa**

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PILOTO

Nuria Jaurrieta

Doctora en Psicología.

Adjunta Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

njaurrieta@sagratcormartorell.org

David Chesa

Psiquiatra Adjunto Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

Carles Franquelo

Psiquiatra.

Coordinador Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat,

Servicios de Salud Mental Sagrat Cor.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar la reducción de la sintomatología ansiosa en 40 personas diagnosticadas de trastorno de angustia con y sin agorafobia, que se sometieron a un tratamiento cognitivo-conductual grupal en un centro de atención primaria. Tras 10 sesiones de tratamiento semanal, los participantes redujeron la sintomatología ansiosa, depresiva, ansioso-fóbica, obsesiva-compulsiva y somatoforme. Por otro lado, presentaron mejoría en otros ítems evaluados que se describen en este artículo. De este modo, podemos concluir que el tratamiento grupal cognitivo-conductual es eficaz en personas diagnosticadas de trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Palabras clave: Trastorno de angustia con y sin agorafobia, terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, eficacia, estudio piloto, centro de atención primaria.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the reduction of anxiety symptoms in 40 people diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia, who underwent a cognitive-behavioral group treatment in a primary care center. After 10 weekly treatment sessions, participants reduced the anxious, depressed, anxious-phobic, obsessive-compulsive and somatoform symptoms. On the other hand, they showed improvement in other evaluated items described in this article. Thus, we can conclude that cognitive-behavioral group treatment is effective for people diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia.

Key Words: Panic disorder with and without agoraphobia, cognitive-behavioral therapy, therapy group, efficiency, pilot study, primary care center.

Introducción

El diagnóstico de trastorno de angustia (TA) con y sin agorafobia es una de las patologías que motivan más visitas a urgencias y consultas en atención Primaria. Un 66% de los pacientes diagnosticados de TA desarrollan agorafobia. Su prevalencia a lo largo de la vida es de un 3 % (1).

Se han hecho numerosos estudios para verificar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en estos trastornos. Así lo confirman los estudios meta-analíticos de Clum y Surls(2), Michelson y Marchione (3) y Wolfe y Máster (4).

No obstante, se han realizado menos estudios para evaluar la eficacia de la TCC grupal. Uno de los primeros estudios publicado en 1993 fue el de Telch et al. (5), en el que compararon pacientes con TA que recibieron 8 sesiones de tratamiento grupal, con un grupo control de lista de espera. Al finalizar el tratamiento, el 85% del grupo experimental no presentaba ataques de pánico, frente al 30% del grupo control. En otro estudio similar, los participantes habían reducido un 87% las crisis de angustia al finalizar el tratamiento, además de la reducción de la ansiedad anticipatoria y generalizada, de la evitación agorafóbica y de los síntomas de depresión (6).

Más recientemente, un estudio verificó la eficacia del tratamiento grupal en un centro de salud mental, el 54,2% de los tratados estaban libres de ataques de pánico. El tratamiento consistía en 14 sesiones de 120 minutos cada una (7).

Erickson, Janeck y Tallman (8), observaron diferencias significativas en un estudio realizado con 153 participantes diagnosticados de varios tipos de trastornos de ansiedad. Los participantes fueron asignados de manera randomizada a dos condiciones; una

en terapia grupal y otra en lista de espera. Tras 11 sesiones de tratamiento semanal, los participantes del grupo redujeron significativamente los niveles de ansiedad, medidos con la escala de Beck. Otro estudio similar, llevado en nuestro país, en el que 39 pacientes con TA tras 12 sesiones de 90 minutos cada una en un Centro de Salud Mental, presentaron una mejoría significativa en los síntomas asociados, además de presentar escasos abandonos 8,6% (9).

En 2013 un estudio realizado con 96 pacientes diagnosticados de trastorno de angustia (TA) redujeron significativamente los niveles de ansiedad al finalizar el tratamiento de 10 sesiones grupales (10).

Todos estos estudios confirman la eficacia de la terapia grupal para los TA con o sin agorafobia llevados a cabo en Centros de Salud Mental (CSM) o un Centro de Atención Primaria (CAP). En comparación con el formato individual, en el tratamiento grupal, los terapeutas deben contemplar varios factores influyentes que deben ser tomados en cuenta con el fin de realizar sesiones de grupo positivas y productivas (11).

El formato grupal puede ofrecer la oportunidad de mostrar el ejemplo positivo de otro compañero, actitudes de reforzamiento y soporte social (12). La mayoría de los programas de tratamiento tienen muchas similitudes en relación a las técnicas utilizadas. Entre ellas cabe destacar la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual (8, 13).

El objetivo de este estudio, fue evaluar la reducción de la sintomatología ansiosa tras realizar un tratamiento cognitivo-conductual grupal en personas diagnosticadas de trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Método

Participantes

El estudio incluye 40 pacientes diagnosticados de trastorno de angustia con o sin agorafobia, según Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4 edition (DSM-IV-TR) (14).

Los participantes fueron derivados por su médico de cabecera habitual o el psiquiatra consultor del Centro de Atención Primaria (CAP) para ser evaluados por la psicóloga que dirigió los grupos. Los criterios de inclusión fueron tener un trastorno de angustia y una edad comprendida entre los 18-60 años. Los criterios de exclusión fueron padecer un trastorno psicótico, un trastorno depresivo grave, un trastorno bipolar, un trastorno de personalidad, retraso mental o un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

De los participantes evaluados, 40 fueron incluidos en el estudio, dividido en 4 grupos realizados por la psicóloga en el CAP. La muestra total del estudio fue de 29 participantes, 7 abandonaron a lo largo del tratamiento y 4 no devolvieron los cuestionarios al finalizar el tratamiento. Previamente cuatro pacientes habían descartado iniciar el tratamiento grupal; tres de ellos por incompatibilidad horaria y uno por preferir tratamiento individual. Los cuestionarios BDI-II y BAI, se empezaron a pasar más tarde, por ello la muestra es menor, con un total de 21 participantes.

En relación al total de la muestra, los datos sociodemográficos obtenidos son: 19 eran mujeres y 21 hombres (edad media = 32.25, SD= 6.75). En relación al estado civil; 22 pacientes (55%) estaban casados, 15 (37.5%) eran solteros, 2 (5%) vivían en pareja y 1 (2.5%) estaba divorciado. En relación al nivel educacional de los parti-

cipantes del grupo; 10 (25%) tenían el graduado escolar, 19 (47.5%) tenían estudios superiores y 11 (27.5%) estudios universitarios. A nivel de la situación laboral, 18 (45%) estaban trabajando en el momento que se realizó el grupo, 7 (17.5%) eran estudiantes, 7 (17.5%) estaban de baja médica, 7 (17.5%) estaban en paro y 2 (5%) eran amas de casa. Por otro lado, del total de la muestra, 33 pacientes (82.5%), no habían realizado anteriormente un tratamiento cognitivo-conductual.

Diseño

Se trata de un diseño de tipo cuasi experimental, realizando una comparación pre-post. Para la comparación de las variables pre-post se ha utilizado una Prueba T para variables relacionadas. Para los cuestionarios BDI-II y BAI (por ser muestra más pequeña) se ha utilizado una prueba no paramétrica T de Wilcoxon.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Instrumentos

Se realizó una evaluación al inicio y al final del tratamiento mediante la entrega a los pacientes de los siguientes cuestionarios autoadministrados:

Cuestionario de 90 síntomas, SCL 90-R (15). Es un cuestionario para explorar problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad en un paciente en un determinado momento, permitiendo evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. A

menor puntuación, menor evidencia de síntomas de intensidad de la sintomatología.

Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2 (16). Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la ira: Experiencia, Expresión y Control, así como de sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 subescalas y permite obtener un índice de cada escala y subescala y un índice general del test.

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos, ESFA (17). Instrumento breve y sencillo (27 ítems), diseñado para dar una medida global de las dinámicas y constructos relacionados con la familia. A mayor puntuación, mayor satisfacción familiar.

Inventario de Ansiedad de Beck, BAI (18). Es un cuestionario autoaplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”.

Inventario de depresión de Beck, BDI-II (19). La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

Procedimiento

Todos los pacientes realizaron una sesión individual previa de valoración con la psicóloga para decidir su inclusión o no en el tratamiento grupal. Si el paciente era candidato al tratamiento se le explicaban los objetivos de la intervención grupal y el formato de la misma.

El tratamiento se basó en el protocolo del libro “Manejo de Ansiedad: programas individual y de grupo” de Butler y Arrarás (20). La intervención consistió en 9 sesiones grupales de frecuencia semanal y un seguimiento al cabo de 2 meses de finalizar el tratamiento. Todos los grupos fueron conducidos por la misma psicóloga, con una duración de 90 minutos cada sesión. En la primera y última sesión de grupo se les administraron los cuestionarios.

El objetivo prioritario del tratamiento grupal era que las personas se informaran, aprendieran y desarrollaran maneras prácticas y sencillas de manejar su nerviosismo o ansiedad, y afrontar las situaciones cotidianas que lo generan. Además se pretendía mejorar la calidad de vida de los participantes en aspectos básicos como el disfrute de las actividades agradables y la valoración de su propia imagen. Las técnicas propuestas inciden en las 3 dimensiones de la conducta humana implicadas en la ansiedad: la fisiológica, la cognitiva y la conductual. Todas las sesiones siguieron un mismo esquema: 1) Revisión de las tareas correspondientes a la sesión anterior. 2) Aprendizaje de nuevas estrategias. 3) Propuesta de nuevas tareas.

En la sesión de seguimiento a los 2 meses, se retornó a los participantes los resultados de los cuestionarios pre- y postratamiento, y se decidió el alta o su continuidad en tratamiento individual.

Resultados

Los análisis demostraron que, al finalizar el tratamiento, habían diferencias estadísticamente significativas en algunos valores psicométricos. Como se puede comprobar en la tabla 1, en relación al cuestionario SCL-90, se observaron diferencias a favor

del post tratamiento en; síntomas somáticos de 9.14 puntos, síntomas obsesivos-compulsivos de 5.79 puntos, depresión de 17.69 puntos, ansiedad de 6.26 puntos, ansiedad fóbica de 1.86 puntos y hostilidad de 2.34 puntos. En la tabla 2, se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la Ira, medidos con el cuestionario STAXI-2. Particularmente se observaron diferencias en el temperamento con una diferencia pre- postratamiento de 2.17 puntos, en la reacción de la ira con 1.48 puntos y en total 3.66 puntos. Además se observaron diferencias significativas en el pre- postratamiento en la expresión de la ira, concretamente en la expresión externa (1.55 puntos), en expresión interna (1.78 puntos), en control interno (2.21 puntos) y en el total (6.89 puntos).

En relación al cuestionario ESFA, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-postratamiento, de 9.96 puntos, a favor del post-tratamiento. Finalmente, en relación a los síntomas de ansiedad y depresión las diferencias, medidos con el cuestionario de Beck, fueron de 8.31 y 10.05 puntos respectivamente.

Discusión

Los resultados obtenidos avalan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para la reducción de la sintomatología asociada al TA con o sin agorafobia en un Centro de Atención Primaria.

Los participantes de nuestro estudio redujeron significativamente los niveles de ansiedad, síntomas somáticos, síntomas obsesivos-compulsivos, ansiedad fóbica y depresión al finalizar el tratamiento grupal. Estos resultados concuerdan con los de otro grupo de investigación que tras 8 se-

siones de tratamiento, los pacientes habían mejorado significativamente los índices de ansiedad, agorafobia, depresión y miedo al miedo (5). Así como un grupo de Estados Unidos que tras el tratamiento los pacientes presentaron reducción en los síntomas de ansiedad anticipatoria y generalizada, evitación agorafóbica y depresión (21). Otro estudio más reciente, con 35 participantes, tras el tratamiento grupal, redujo los niveles de ansiedad y depresión, además de ansiedad estado y rasgo, los síntomas fisiológicos del pánico, conductas agorafóbicas y creencias agorafóbicas (9).

En relación a los abandonos, hubo un 27,5 %, teniendo en cuenta a los participantes que no entregaron los cuestionarios al finalizar el tratamiento. Este resultado es similar a los estudios realizados por Wade y cols. (6) con un 26,37% y Galassiy cols. (7) con un 22.3%. Otro estudio llevado a cabo en un centro de atención primaria, para evaluar la eficacia y aceptabilidad de la TCC grupal, obtuvo unos índices muy elevados de abandono en la intervención grupal (47%) (22).

Existen algunas limitaciones en este estudio, como son la inexistencia de un grupo control para poder comparar resultados y el tiempo limitado de seguimiento, en nuestro caso 2 meses. Respecto al seguimiento a más largo plazo, 6 meses o un año, tenemos que tener en cuenta que nuestro estudio se llevó a cabo en un contexto de atención primaria público, en el que los pacientes se desvinculan con cierta facilidad una vez realizado el tratamiento específico y donde los recursos profesionales son limitados. Por otro lado, sería interesante poder tener una muestra más amplia para extrapolar los resultados. En futuras investigaciones se tendrá en cuenta estos factores para aumentar la consistencia de los resultados.

Bibliografía

1. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May; 283 (19): 2529-36.
2. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Apr; 61 (2): 317-26.
3. Michelson LK, Marchione K. Behavioral, cognitive and psychophysiological treatment of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Feb; 59 (1): 100-14.
4. Wolfe BE, Máster JD. Treatment of panic disorder: a consensus development conference. 1994; Washington DC: American Psychiatric Press.
5. Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, LaNae Jaumez T, Lucas RA. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*. 1993 Mar; 31 (3): 279-87.
6. Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Apr; 66 (2): 279-87.
7. Galassi F, Quercioli S, Carismas D, Nicolai V, Barciulli E. Cognitive-Behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2007 Apr; 63(4): 409-16.
8. Erickson DH, Janeck AS, Tallman K. A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatr Serv*. 2007 Sep; 58(9): 1205-1211.
9. Garriga A, Martín JC, López Soler C. Tratamiento cognitivo conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2009 Aug; 14 (2): 79-93.
10. Mastrocinque C, De Wet D, Fagiolini A. Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder with and without agoraphobia: an effectiveness study. *Rev Psychiatr*. 2013 May-Jun; 48(3): 240-51.
11. Norton PJ, Hope DA. The "anxiety treatment protocol" a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clin Case Studies*. 2008; 7(6): 538-554.
12. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 sept; 17(3): 347-351.
13. Norton PJ, Barrera MA. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety*. 2012 Oct; 29(10): 874-882.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4^a ed. Washington, DC: Barcelona Masson; 2000.

15. Derogatis LR. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2001.
16. Spielberger DC. Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Madrid: TEA Ediciones S.A.; 1991.
17. Barraca J, López-Yarto L. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Madrid: TEA Ediciones S.A.; 1997.
18. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
20. Butler G. Arrarás JI. Manejo de ansiedad: programas individual y de grupo. Ed. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1995.
21. Stuart GL, Treat TA, Wade WA. Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *J Couns Clin Psychol*. 2000; 68: 506-12.
22. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother*. 2004; 11, 73-82.

Tabla 1. Comparación de las puntuaciones pre- y postratamiento en el cuestionario SCL-90.

Dimensiones Sintomáticas SCL-90	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t Media	Sig. (bilateral) Error típ. de la media
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Superior
Somatizaciones	9,14	6,48	1,20	6,67	11,60	7,59	,000
Obsesiones y compulsiones	5,79	6,04	1,12	3,49	8,09	5,16	,000
Sensibilidad interpersonal	3,90	5,83	1,08	1,68	6,11	3,60	,001
Depresión	17,69	8,51	1,58	14,45	20,93	11,19	,000
Ansiedad	6,62	5,87	1,09	4,39	8,85	6,07	,000
Hostilidad	2,34	3,28	,61	1,10	3,59	3,85	,001
Ansiedad fóbica	1,86	2,39	,44	,95	2,77	4,20	,000
Ideación paranoide	2,17	3,93	,73	,68	3,67	2,98	,006
Psicoticismo	3,21	4,55	,84	1,48	4,94	3,80	,001
Índice de severidad global (GSI)	2,49	10,52	1,95	-1,51	6,49	1,27	,213
Sintomatología positiva total (PST)	11,74	20,96	3,89	3,76	19,71	3,02	,005
Índice de malestar por la sintomatología positiva (PSDI)	,53	,47	,09	,35	,71	6,09	,000

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones pre- y postratamiento en el cuestionario STAXI-2.

	Diferencias relacionadas					t Media	Sig. (bilate- ral) Error típ. de la media
	Media	Desvia- ción típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior	Superior		
Estado sentimiento	,90	3,24	,60	-,34	2,13	1,49	,148
Estado expresión verbal	-,07	1,16	,22	-,51	,37	-,32	,752
Estado expresión física	,17	1,62	,30	-,45	,79	,57	,573
Estado total	,52	5,14	,95	-1,44	2,47	,54	,593
Rasgo temperamento	2,17	2,35	,44	1,28	3,06	4,99	,000
Rasgo reacción	1,48	3,60	,67	,11	2,85	2,22	,035
Rasgo total	3,65	4,61	,86	1,90	5,41	4,27	,000
Expresión ira interna	1,55	2,54	,47	,58	2,52	3,28	,003
Expresión ira externa	1,79	3,35	,62	,52	3,07	2,88	,008
Control ira interna	-1,34	3,94	,73	-2,85	,16	-1,83	,077
Control ira externa	-2,21	4,72	,88	-4,00	-,41	-2,52	,018
Índice global de expresión	6,90	9,39	1,74	3,33	10,47	3,96	,000

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ (2015)

Dra. Misericòrdia Floriach Robert

Neuróloga.

Responsable del hospital de día de Neuropsiquiatría de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (Hospital Mare de Déu de la Mercè – Germanes Hospitalàries).

mfloriach.merced@hospitalarias.es

Dr. Jesús Miguel Ruiz Idiago

Psiquiatra.

Coordinador de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (Hospital Mare de Déu de la Mercè – Germanes Hospitalàries).

Resumen

Introducción: El hospital de día de Neuropsiquiatría es un dispositivo diurno que atiende a pacientes entre 18 y 65 años, con alteraciones cognitivas y conductuales secundarias a un daño cerebral adquirido, demencias degenerativas de inicio precoz, o a la enfermedad de Huntington. El objetivo del estudio es describir la capacidad resolutive del citado dispositivo a lo largo del año 2015.

Material y métodos: Diseño transversal descriptivo de una muestra de 48 personas, con una media de edad de 50 años, de las cuales 28 (58%) eran mujeres. Como instrumentos de medida se utilizaron tests de despistaje cognitivo, una escala de evaluación de la actividad global, y el porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta. En los pacientes con enfermedad de Huntington se utilizaron además exámenes de evaluación motora y funcional específicos.

Resultados: Se objetivó una mejoría de los tests de despistaje cognitivo, de la escala de evaluación de la actividad global, y, en los pacientes con enfermedad de Huntington, de los exámenes de evaluación motora y funcional, salvo en los evaluados con tiempo. El 8,33% de los pacientes abandonaron voluntariamente el programa terapéutico. El porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta fue del 0% y 2,08%, respectivamente.

Conclusiones: La intervención del hospital de día de Neuropsiquiatría fue eficaz para mejorar las habilidades cognitivas y funcionales de los pacientes atendidos y el porcentaje de reingresos fue bajo.

Palabras clave: hospital de día, neuropsiquiatría, daño cerebral adquirido, enfermedad de Huntington, demencias degenerativas de inicio precoz, trastorno de conducta, enfermedad mental.

Abstract

Introduction: The Neuropsychiatry day hospital attends patients between 18 and 65 years old, suffering cognitive and behavioral symptoms in the context of brain acquired lesions, early-onset degenerative dementias or Huntington's disease. The objective of the study is to describe the solving capacity of the mentioned resource along the year 2015.

Material and methods: Transversal design, descriptive, with a sample of 48 persons, with a mean age of 50 years old, of which 28 (58%) were women. The measurement tools used were cognitive screening tests, a global assessment of functioning scale, and the percentage of readmissions before 30 and 90 days after discharge; additionally, specific motor and functional assessments were used to evaluate Huntington's disease patients.

Results: It was observed an improvement according to cognitive and functional assessments; Huntington's disease patients also did better on motor and functional specific tests, with the exception of timed scales. The percentage of readmissions before 30 and 90 days after discharge was 0% and 2,08%, respectively.

Conclusions: The Neuropsychiatric day hospital intervention was effective in improving the cognitive and functional abilities of cared patients. The percentage of readmissions was low.

Key Words: day hospital, neuropsychiatry, acquired brain injury, Huntington's disease, early-onset degenerative dementias, behavioral disorder, mental disease.

Introducción

El Hospital Mare de Déu de la Mercè (HMDM) en consonancia con sus valores institucionales atiende a perfiles de pacientes que por su complejidad clínica precisan de la atención de varias disciplinas y varios niveles asistenciales correctamente coordinados, por lo que con frecuencia aparece una brecha asistencial, es decir, una falta de continuidad asistencial, en su atención¹. Entre ellos se encuentran pacientes con enfermedad de Huntington (EH) en situación de crisis conductual, pacientes con daño cerebral sobrenvenido y alteraciones psiquiátricas, pacientes con demencias degenerativas de inicio precoz (DDIP) y otros pacientes con enfermedades neurológicas con síntomas psiquiátricos. Estos pacientes habían sido atendidos en la Unidad de Psicogeriatría del HMDM, pero se observó que por su especificidad clínica, perfiles de edad y necesidades, no encajaban en la unidad. Se detectó una carencia de recursos específicos para este perfil de pacientes. Es por ello que en el 2006 se inició un proceso para la consecución de una unidad específica de Neuropsiquiatría (NPQ), se elaboró un plan funcional, y finalmente se inició la construcción de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (UPBN) que finalizó en el 2008. La UPBN dispone de una planta de hospitalización (planta de NPQ) que atiende a personas adultas con enfermedades neurológicas y alteraciones conductuales y psiquiátricas asociadas, en régimen de hospitalización completa. La asistencia integral a estos pacientes se completa con el hospital de día (HDD) de NPQ y las consultas externas (CCEE) del SAIHD (Servicio de Atención Integral a la enfermedad de Huntington y otras demencias de inicio precoz).

El HDD de NPQ es un recurso sanitario de hospitalización parcial de régimen diurno. Atiende a pacientes adultos, entre los 18 y 65 años, afectados de alteraciones cognitivas y conductuales, que están lo suficientemente estables y con la suficiente autonomía para regresar a dormir a su domicilio. Tiene que haber una mínima capacidad de contención y de mantenimiento de los vínculos familiares y sociales, y el paciente tiene que tener una mínima capacidad para comprender el tratamiento y colaborar en el proceso rehabilitador. El HDD de NPQ no está sectorizado. El tiempo de estancia concertado es de 90 días. Se dispone de 19 plazas.

La derivación al HDD de NPQ se realiza desde diferentes niveles asistenciales: atención primaria (AP), Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias (CAS), planta de Psiquiatría (PSQ) (Agudos y Subagudos), hospitales generales (servicio de Neurología o Medicina Interna), servicios de Neurorehabilitación, Asociaciones de familiares como la "Associació Catalana de Malalts de Huntington" [ACMAH], centros de convalecencia, hospitales de día de PSQ, centros de día de PSQ, planta de NPQ y consultas externas (CCEE) de SAIHD de la misma UPBN.

Objetivo

El objetivo es describir la capacidad resolutoria del HDD de NPQ a lo largo del año 2015, entendiéndola como la capacidad para mejorar las habilidades cognitivas y funcionales de los perfiles de pacientes anteriormente descritos, y de alcanzar un porcentaje de reingresos a los 30 y 90 días tras el alta inferior al 5%.

Metodología de trabajo

El equipo de HDD de NPQ está integrado por una neuróloga, una neuropsicóloga, un/a fisioterapeuta, una terapeuta ocupacional, una educadora social, una trabajadora social, una enfermera y un auxiliar de enfermería, con la supervisión del coordinador de la unidad (psiquiatra) y la supervisora de enfermería, y el soporte de la psiquiatra de la unidad de hospitalización de NPQ.

La valoración inicial de todos los pacientes ingresados incluye las exploraciones psicopatológica, neurológica, de enfermería, neuropsicológica, funcional, social y la administración de escalas clínicas (ver tabla 1). En la valoración inicial se determina el estado clínico y funcional, se establecen unos objetivos terapéuticos, y se prevén potenciales complicaciones. Es imprescindible la participación de la familia para incorporarla en el programa terapéutico desde el primer momento. Una vez definidos los diferentes diagnósticos y los objetivos a conseguir, se elabora el plan de actividades terapéuticas de cada paciente. En las reuniones interdisciplinarias realizadas quincenalmente, se realiza el seguimiento de cada paciente y se adapta el plan terapéutico a los progresivos cambios que se producen. Para monitorizar los resultados se administran las mismas escalas clínicas quince días antes del cumplimiento del tiempo previsto de ingreso. Una vez programada el alta se coordina con el paciente, la familia y los dispositivos a los que se deriva el paciente.

La neuropsicóloga dirige los grupos de ayuda terapéutica (GAT) para los familiares. Los miembros del equipo del HDD de NPQ así como la psiquiatra de la planta de hospitalización de NPQ participan en las sesiones educativas para familias del HDD de NPQ.

Material y Métodos

La información ha sido obtenida a partir de la práctica clínica diaria habitual del HDD de NPQ. De manera sistemática, a todos los pacientes que ingresan se les administran tests de despistaje cognitivo como el Minimental State Examination (MMSE)², el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)³, y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA)⁴, así como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)⁵. La EEAG⁵ considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud – enfermedad. En los pacientes con EH, además, se valora el estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) y se administran exámenes de evaluación motora y funcional específicos como la Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) motora⁶ y modificada (la UHDRS motora modificada excluye los ítems relacionados con los movimientos oculares, la distonía y la corea), la UHDRS funcional⁶, la Total Functional Capacity (TFC)⁶, y la escala de Shoulson & Fahn⁶, así como el Physical Performance Test (PPT)⁷, la Berg Balance Scale (BBS)⁸, el Timed Up and Go Test (TUG)⁹, el Four Step Square Test (FSST)¹⁰, el Rivermead Mobility Index (RMI)¹¹, y una escala interna para valorar el control consciente del movimiento (CCM)¹² que no está validada y que está en fase de elaboración. A todos los pacientes se les administran los mismos exámenes 15 días antes de la fecha prevista de alta. Asimismo, al ingreso y previo al alta, se realiza una valoración neuropsicológica reglada (VNPL). La VNPL explora la dimensión cognitiva (orientación, atención, gnosias, praxias, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas) y la dimensión funcional (actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria)^{13,14}. El resultado de la VNPL se resume en: normal, trastorno neuro-

cognitivo leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado grave, y trastorno neurocognitivo mayor en grado grave. La descripción de la gravedad se ha realizado según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) 5¹⁵. Ver tabla 1 y tabla 2. Los pacientes son informados de que los exámenes y las valoraciones realizadas sirven para valorar de manera objetiva su evolución a lo largo del ingreso.

Se realizó un diseño transversal descriptivo. Como instrumentos de medida se utilizaron los tests de despistaje cognitivo (MMSE², MEC³, MoCA⁴) y la EEAG⁵ (al ingreso y al alta); en los pacientes con EH se utilizaron también el IMC, la UHDRS⁶ motora y modificada, la UHDRS funcional⁶, la TFC⁶, la escala de Shoulson & Fahn⁶, el PPT⁷, la BBS⁸, el TUG⁹, el FSST¹⁰, el RMI¹¹, y la CCM¹². Se calculó el porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta.

Resultados

Desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015 ingresaron 48 pacientes (ver figura 1) procedentes de planta de hospitalización de NPQ y de CCEE de SAIHD de la misma UPBN, de los CSMA, de AP, de los CAS, de CCEE de Neurología (NRL) de otros hospitales, de planta de hospitalización de PSQ de otros hospitales, de otros hospitales de día de PSQ, de asociaciones de familiares (ACMAH) y de unidades de convalecencia (ver figura 2) (no se han incluido pacientes que ingresan a través de mutua privada, n = 2). Edad media al ingreso: 50 años (desviación estándar 9,77; mediana 50 años; moda 46

años; rango: 26 a 65 años). Sexo: 28 mujeres (58%) y 20 hombres (42%).

Atendiendo a las características clínicas de los pacientes, éstos fueron agrupados en cinco perfiles diferentes: pacientes con daño cerebral sobrevenido (n = 22) (evento vascular (n = 6), traumatismo cerebral (n = 5), infecciones cerebrales (n = 3), secuelas de neurocirugía (n = 3), anoxia cerebral (n = 2), tumores cerebrales (n = 2) y epilepsia sintomática a malformación cerebral (n = 1)), pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos (n = 13) (alcohol (n = 11) y sedantes (n = 2)), pacientes con EH (n = 9), y pacientes con DDIP (n = 2) (incluye un paciente con enfermedad de Parkinson de inicio precoz y complicaciones neuropsiquiátricas); además, se añade un grupo de pacientes con deterioro cognitivo no especificado (n = 2) según los criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo no especificado del DSM 5¹⁵ (ver figuras 3, 3a y 3b). En diez pacientes coexiste trastorno por uso de sustancias (TUS) y daño cerebral sobrevenido (vascular (n = 3), traumatismo cerebral (n = 2), infección cerebral (n = 1), anoxia cerebral (n = 1), neurocirugía por epilepsia (n = 1), neurocirugía por hidrocefalia (n = 1), y tumor cerebral (n = 1)). En tres pacientes coexiste TMS y daño cerebral sobrevenido (vascular (n = 2) y neurocirugía por epilepsia (n = 1)). En dos pacientes coexiste TMS y deterioro cognitivo no especificado. En un paciente coexiste TMS y deterioro cognitivo asociado a TUS (alcohol). En un paciente coexiste trastorno de personalidad (TP) premórbido y EH (ver figura 3c). Cuatro pacientes tenían también infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (uno de ellos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y daño cerebral adquirido por infección oportunista; el resto no cumplían criterios de SIDA: uno tenía daño

cerebral adquirido de etiología vascular, los otros dos tenían patología combinada: TMS y deterioro cognitivo no especificado, y TMS, deterioro cognitivo asociado a TUS y patología vascular cerebral de pequeño vaso). De los 9 pacientes con EH solo se han incluido las valoraciones de seis de ellos dado que en los otros tres no se pudieron realizar las valoraciones al alta.

De acuerdo al perfil clínico del paciente, a las necesidades identificadas y a los objetivos que se programan, los pacientes son incluidos en diferentes grupos terapéuticos.

En la figura 4 y en la tabla 3 se describen las valoraciones al ingreso y al alta de todos los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, excepto los tres pacientes con EH mencionados anteriormente (n = 45). En las figuras 4a, 4b, 4c y en las tablas 3a, 3b, 3c1, 3c2, 3c3 y 3c4 se hace el despliegue en función del perfil clínico (daño cerebral sobrevenido, deterioro cognitivo asociado a TUS y EH). No se realiza el despliegue de los perfiles de DDIP y deterioro cognitivo no especificado por tener una muestra muy pequeña (n = 2 en cada perfil) aunque sus valoraciones sí están incluidas en la figura 4 y en la tabla 3. En la figura 4d y en la tabla 3d se describen las valoraciones de los pacientes con patología combinada (estos pacientes están incluidos en los grupos anteriores en función del motivo de ingreso pero aquí se especifican como grupo con patología combinada).

En la figura 5 se puede observar la distribución del grado de deterioro cognitivo según la VNPL reglada al ingreso y al alta. El grado de deterioro cognitivo al ingreso de todos los pacientes oscila entre trastorno neurocognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado a grave, siendo el grupo más numeroso el de trastorno neurocognitivo mayor en grado leve. En el

momento del alta, el grupo más numeroso continua siendo el de trastorno neurocognitivo mayor en grado leve, es decir, dificultades exclusivamente con las actividades instrumentales cotidianas como tareas del hogar o gestión del dinero. En cuatro pacientes, la VNPL al alta se encuentra dentro de la normalidad (en los cuatro pacientes, la valoración al ingreso era compatible con un trastorno neurocognitivo mayor en grado leve). En 11 pacientes no se realizó la VNPL reglada al alta: incluye un paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar, dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente (en uno de ellos tampoco se realizó al ingreso por tener una VNPL reciente), dos pacientes que ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica, dos pacientes en los que el motivo de alta fue por traslado geográfico, y cuatro pacientes que abandonaron voluntariamente la asistencia al recurso rehabilitador.

En la figura 6 se realiza el despliegue de la EEAG según los criterios del DSM – IV - TR⁵. En la figura 6 se puede observar la distribución de la escala al ingreso y al alta. La puntuación de la muestra al ingreso oscila entre 41 – 50 y 61 – 70, y la puntuación al alta oscila entre 41 – 50 y 81 – 90, siendo el grupo más numeroso el de 51 – 60 (tanto al ingreso como al alta). En las valoraciones al alta no se incluyen las puntuaciones de los dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente.

Ninguno de los ingresos programados en HDD de NPQ ha sido un reingreso antes de los 30 días del alta previa y tampoco ha habido ningún reingreso en el HDD de NPQ por descompensación psicopatológica. Sí ha habido un ingreso (2,08% del total de la

muestra) antes de los 90 días del alta previa que corresponde a un paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar.

De los pacientes ingresados desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015, han sido dados de alta 48 pacientes (29 a fecha del 31.12.2015 y 19 más a fecha del 23.06.2016). Las 55 altas anuales del año 2015 incluyen 26 pacientes que habían ingresado en el año 2014 y que no han sido incluidos en este estudio.

Trenta y siete pacientes vivían en familia. De estas familias, ocho (21,62%) estuvieron vinculadas a los GAT. Veinte familias asistieron al menos a una de las nueve sesiones de educación sanitaria que se realizaron para ellas (incluyendo la familia de dos pacientes que vivían solos y de un paciente que vivía en un centro de acogida residencial para personas sin techo), 10 de las cuales asistieron a dos o más sesiones.

De los 48 pacientes ingresados desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre del 2015, 34 (70,83%) fueron dados de alta al domicilio, uno a un centro de acogida residencial para personas sin techo, uno a Llar Residencia, dos a residencia social, uno a un piso tutelado, dos, por complicación somática intercurrente en el contexto de su enfermedad de base (ambos con EH en estadio avanzado (estadio 4 de Shoulson & Fahn)) precisaron ingreso en hospital general de referencia, un paciente ingresó en planta de NPQ para respiro familiar, y dos pacientes (4,17% del total de la muestra) ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica. Cuatro pacientes (8,33% del total de la muestra) abandonaron voluntariamente el recurso (tres vivían en familia y uno vivía solo). Tres de los cuatro pacientes con falta de asistencia voluntaria estaban diagnosticados de TUS, dos de ellos con pa-

tología combinada; el cuarto paciente estaba diagnosticado de daño cerebral sobrevenido sin patología combinada.

Al alta del HDD de NPQ, al 79,17% de los pacientes se les realizó seguimiento en CCEE del SAIHD. El 20,83% restante corresponde a 10 pacientes a quienes no se les realizó seguimiento por los siguientes motivos: dos casos porque el motivo del alta fue por traslado geográfico no siendo posible el seguimiento, dos pacientes que ingresaron por proceso intercurrente en su hospital general de referencia, un paciente que ingresó para respiro familiar, dos pacientes que ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica y tres pacientes que dejaron de asistir voluntariamente al recurso y que rechazaron el seguimiento (el cuarto sí mantuvo su vinculación en el SAIHD). Salvo cuatro pacientes, los pacientes con TUS fueron vinculados al CAS de zona (73,33% del total de pacientes con TUS), inclusive tres pacientes con falta de asistencia voluntaria. Los cuatro pacientes que no fueron vinculados al CAS (26,67%) fueron el paciente que ingresó para respiro familiar, un paciente que ingresó por descompensación psicopatológica, y dos pacientes con un trastorno mnésico grave inducido por alcohol que mantuvieron el seguimiento solo en el SAIHD (se consideró que el grave déficit mnésico limitaba la capacidad para seguir las pautas del CAS). De los 20 pacientes que previo al ingreso estaban vinculados al CSMA de zona, 19 (95%) también fueron vinculados a éste; el paciente que no fue vinculado fue el paciente que ingresó para respiro familiar.

En la figura 7 se despliega el motivo del alta: mejoría o consolidación de la mejoría (75%), alta por falta de asistencia voluntaria no justificada (8,33%), traslado geográfico e imposibilidad de continuar asistiendo al HDD de NPQ (por distancia, no por sec-

torización) (6,25%), ingreso en hospital general de referencia por proceso somático intercurrente (4,17%), ingreso en planta de NPQ por descompensación psicopatológica (4,17%), e ingreso en planta de NPQ para respiro familiar (2,08%).

De todos los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, uno (2,08%) estaba considerado como paciente crónico complejo (PCC)¹⁶ y dos (4,17%) estaban considerados como pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA)¹⁶.

Discusión

Registrar la evolución de los pacientes al ingreso y en el momento del alta del HDD de NPQ es una herramienta indispensable para analizar los cambios y tendencias. Además, la revisión periódica de los resultados sirve como control de calidad interno.

Como punto fuerte del HDD de NPQ destaca la atención integral a pacientes con patología neurológica y conductual ya sea debida a daño cerebral sobrevenido, TUS, EH, o DDIP. Muchas de ellas son enfermedades con un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, y en la mayoría de los casos, también de sus familiares directos.

Se trata de una muestra heterogénea por lo que se han agrupado los diagnósticos. Como se puede apreciar en las figuras 4a, 4b, 4c, 4d, 5 y 6, y en las tablas 3a, 3b, 3c1, 3c2, 3c3, 3c4, y 3d, tanto teniendo en cuenta el total de los pacientes, los pacientes por diagnósticos agrupados (daño cerebral sobrevenido, deterioro cognitivo asociado a TUS, y EH), y los pacientes con patología combinada, se observa una mejoría cognitiva según los tests de despistaje (MMSE², MEC³ y MoCA⁴) y de la EEAG⁵. Por otro lado,

los pacientes con patología combinada no parecen evolucionar de manera diferente al conjunto de la muestra. En el caso de los pacientes con EH (figura 4c y tablas 3c1 a 3c4) el IMC indica que el estado nutricional se mantiene dentro de la normalidad; hay una discreta mejoría en la UHDRS motora⁶ y modificada, de la UHDRS funcional⁶, y se mantienen estables la PPT⁷, la RMI¹¹ y la TFC⁶; hay un discreto empeoramiento de la BBS⁸; y se objetiva un empeoramiento más evidente en los exámenes medidos con tiempo (TUG⁹ y FSST¹⁰). Hay que tener en cuenta que se trata de pacientes con una enfermedad neurodegenerativa progresiva para la que no existe un tratamiento curativo ni que modifique la evolución natural de la misma.

En la mayoría de los pacientes el motivo del alta es la mejoría o la consolidación de la mejoría según las escalas de despistaje cognitivo y de la EEAG. Asimismo, la mayoría regresan a su domicilio. No ha habido ningún reingreso en HDD de NPQ por descompensación psicopatológica, aunque sí ha habido dos altas de HDD de NPQ por necesidad de ingreso en planta de NPQ por descompensación psicopatológica, uno de ellos se trataba de un paciente con patología combinada (EH y TP premórbido) y el otro, un paciente con deterioro cognitivo asociado a TUS asociado a clínica psicótica. El único reingreso en HDD de NPQ antes de los 90 días tras el alta correspondió al paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar (los ingresos para respiro familiar son breves, con una duración que oscila entre 8 y 10 semanas). Asimismo, ha habido dos casos de ingreso en su hospital general de referencia por proceso somático intercurrente, ambos en el contexto de una EH en estadio avanzado (ambos casos estarían en el límite del perfil de aceptación para su ingreso en el HDD de NPQ dado lo

avanzado de su enfermedad); en ninguno de estos dos últimos pacientes se pudieron realizar las valoraciones al alta, y por tanto, los tests de despistaje cognitivo, la valoración motora y funcional, y el estado nutricional de estos pacientes no han sido incluidos en el estudio; tampoco se pudieron realizar (dado su estado psicopatológico) las valoraciones al alta del paciente con EH y TP que ingresó en planta de NPQ por descompensación psicopatológica y, por tanto, tampoco se han incluido los exámenes al ingreso (en cambio, sí se pudieron administrar en el otro paciente que también ingresó por descompensación).

Una de las dificultades que se repite en la mayoría de los pacientes en el momento de planificar el alta es la escasez de recursos comunitarios adaptados al perfil del paciente neuropsiquiátrico. La presencia de un diagnóstico neurológico o el propio deterioro cognitivo excluye la admisión de estos pacientes a los dispositivos actualmente existentes destinados a pacientes con enfermedad mental o TUS sin deterioro cognitivo (aunque como se puede observar en los resultados de este estudio, en la gran mayoría de los pacientes se trata de un trastorno neurocognitivo mayor en grado leve). En este sentido, se realizó una alianza con la "Associació per a la rehabilitació de les persones amb malaltia mental (AREP)" de manera que se dispone de cinco plazas para que algunos pacientes del HDD de NPQ puedan acceder a su centro de día donde continuarán realizando actividades para mejorar su autonomía y sus habilidades tanto cognitivas como sociales, siendo un recurso destinado a aquellos pacientes más autónomos. En el caso de los pacientes con EH, la dificultad de vinculación al alta es, aún si cabe, más evidente. Es por ello, que siempre que es posible, se intenta ser más flexible y

prolongar más tiempo su estancia en el HDD de NPQ dado que se considera fundamental el mantener un programa de rehabilitación específico a largo plazo.

También es muy importante la implicación de las familias en todo el proceso terapéutico, así como un asesoramiento cercano tanto durante la estancia en el HDD de NPQ como posteriormente en el seguimiento en CCEE del SAIHD. Por ello, se ofrece quincenalmente formación y asesoramiento en los GAT y se imparten sesiones educativas para las familias a lo largo de todo el año. Además, se realizan visitas informativas individuales a las familias siempre que se considere oportuno.

Como debilidades del estudio destaca que no se han incluido las figuras correspondientes a las evaluaciones de valoración de la conducta (como el Neuropsychiatric Inventory¹⁷ (NPI) o el Short Problem Behaviors Assessment for Huntington's Disease¹⁸ (PBA-s)) dado que no se ha recogido de manera sistemática a todos los pacientes; sí se han realizado, en todos los casos, entrevistas semiestructuradas al ingreso, a lo largo del seguimiento, y previo al alta.

Asimismo, el porcentaje de pacientes que precisaron ingreso hospitalario fue inferior al 10% (4,17% por descompensación psicopatológica y 4,17% por complicación somática intercurrente). El porcentaje de abandonos voluntarios fue inferior al 10%.

Aspectos a mejorar: Se destaca la necesidad de incluir de manera sistemática medidas objetivas de valoración de la conducta (como el NPI¹⁷ a todos los pacientes y el PBA-s¹⁸ a los pacientes con EH) con el objetivo de poder cuantificar los cambios conductuales. También se considera necesario incluir el tratamiento farmacológico y el tiempo de evolución de cada una de las patologías dado que ambos son factores determinantes de la evolución clínica (sin embargo, el evaluar su influencia iba más allá del propósito del presente trabajo). Asimismo, se considera necesario incluir una escala de evaluación de la calidad de vida del paciente y del cuidador tanto al ingreso como al alta del HDD de NPQ.

Conclusiones

Es esencial la existencia de hospitales de día de NPQ que den respuesta a las necesidades del paciente con perfil neuropsiquiátrico, es decir, personas con enfermedad mental y/o trastorno conductual derivado de un daño cerebral adquirido o neurodegeneración precoz.

Los pacientes atendidos en el HDD de NPQ mejoran sus habilidades cognitivas y funcionales, según los instrumentos de medida utilizados. El porcentaje de reingresos antes de los 90 días tras el alta fue inferior al 3%.

Figuras

Figura 1. Número de ingresos en HDD de NPQ.

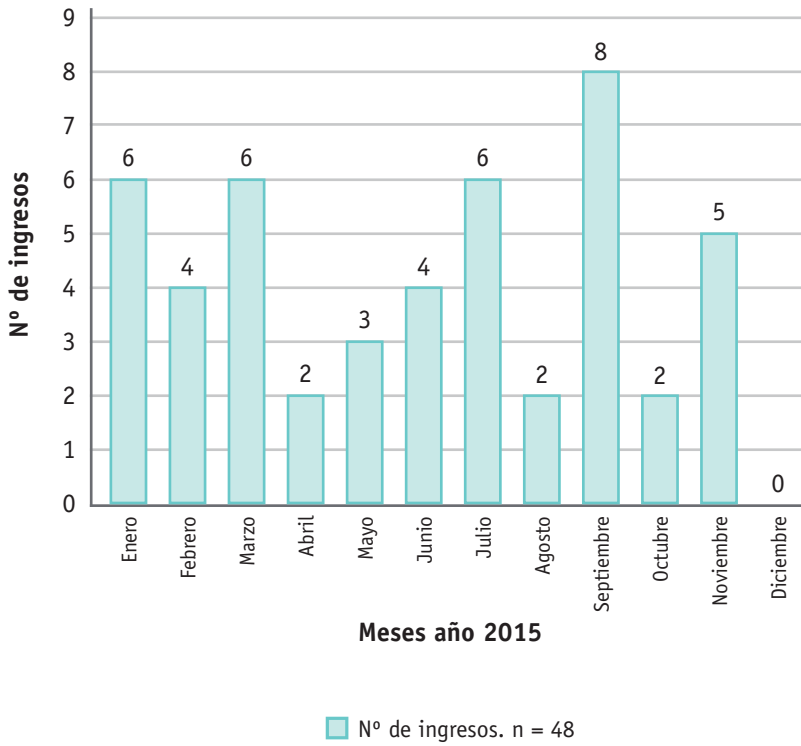
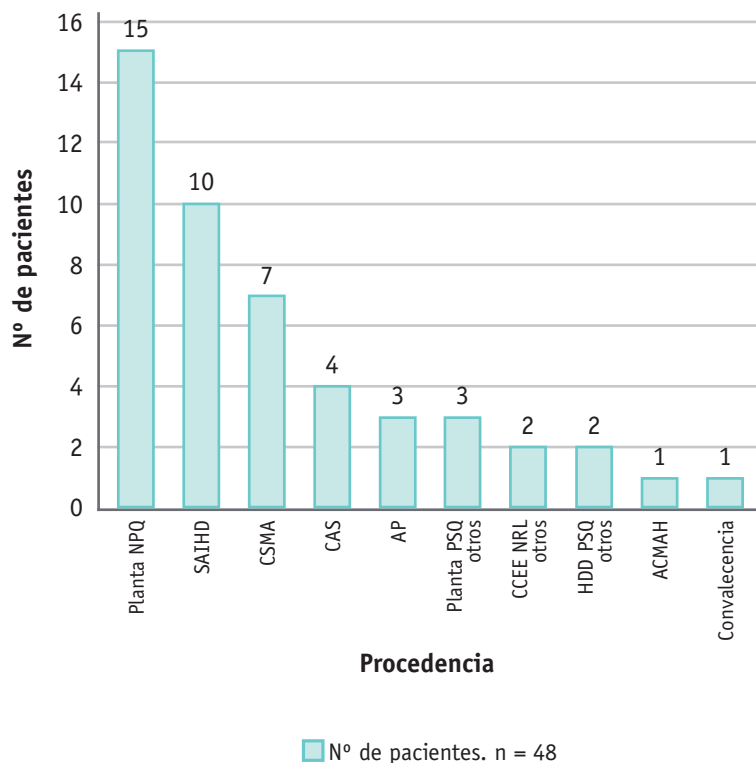
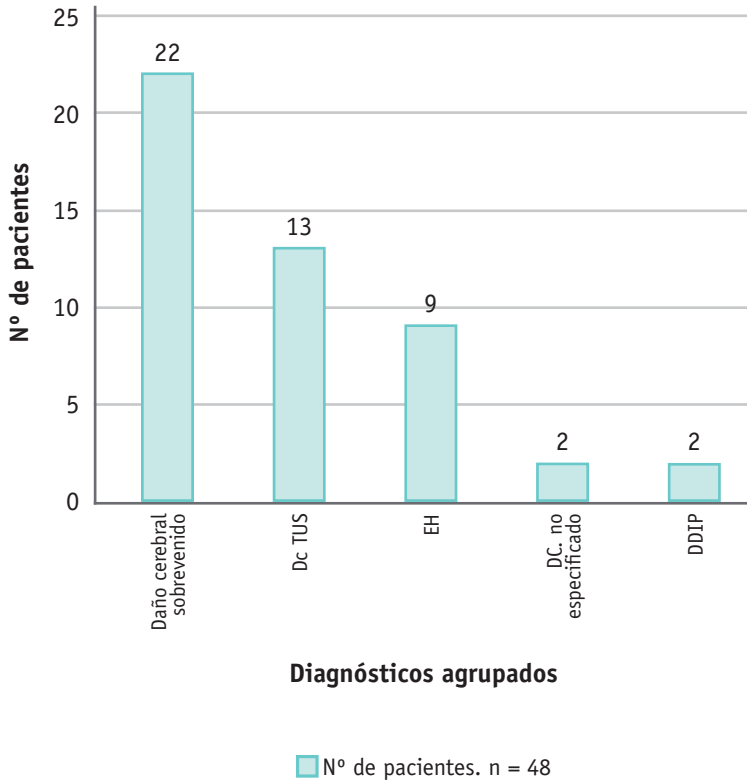


Figura 2. Procedencia de los ingresos en HDD de NPQ:



Planta NPQ = planta de Neuropsiquiatría de la misma Unitat Polivalent Barcelona Nord (UPBN). **SAIHD** = consultas externas del Servicio de Atención Integral a la enfermedad de Huntington y otras demencias de inicio precoz de la misma UPBN. **CSMA** = Centro de Salud Mental de Adultos. **CAS** = Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias. **AP** = Atención Primaria. **CCEE NRL otros** = consultas externas de Neurología de otros hospitales. **HDD PSQ otros** = hospitales de día de Psiquiatría de otros hospitales. **ACMAH** = Associació Catalana Malalts de Huntington. **Convalecencia** = unidades de convalecencia.

Figura 3. Diagnósticos agrupados:



Dc TUS = deterioro cognitivo asociado a trastorno por uso de sustancias. **EH** = enfermedad de Huntington. **Dc** = deterioro cognitivo. **DDIP** = demencia degenerativa de inicio precoz.

Figura 3a. Pacientes con daño cerebral sobrevenido:

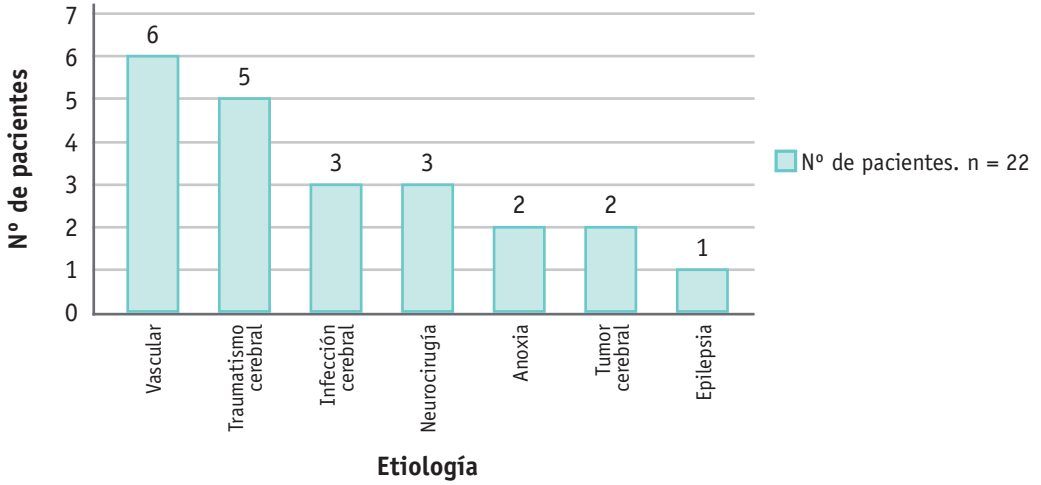


Figura 3b. Pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:

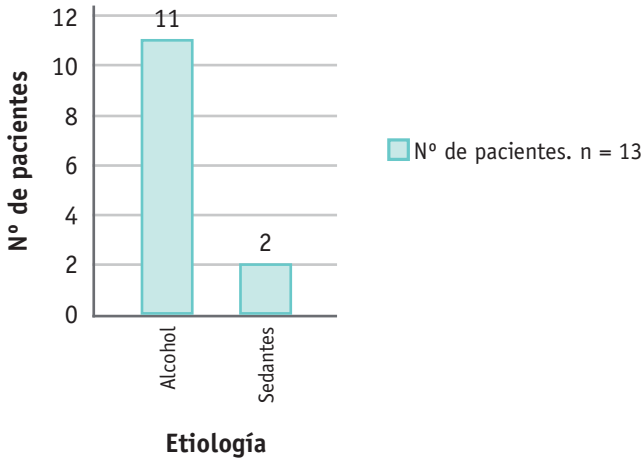
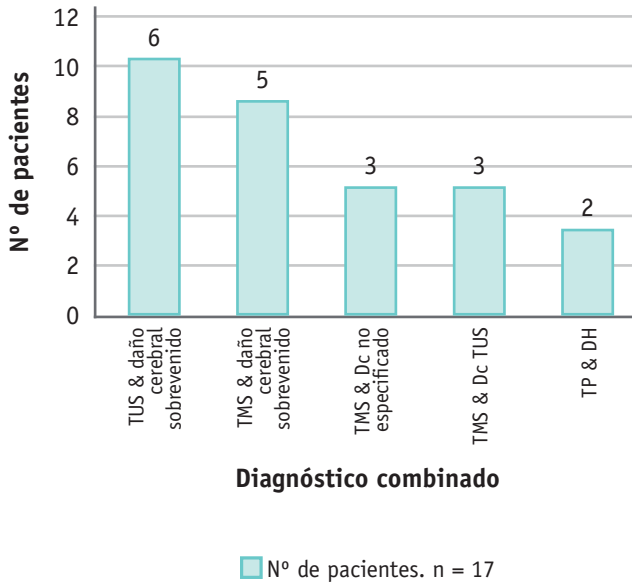
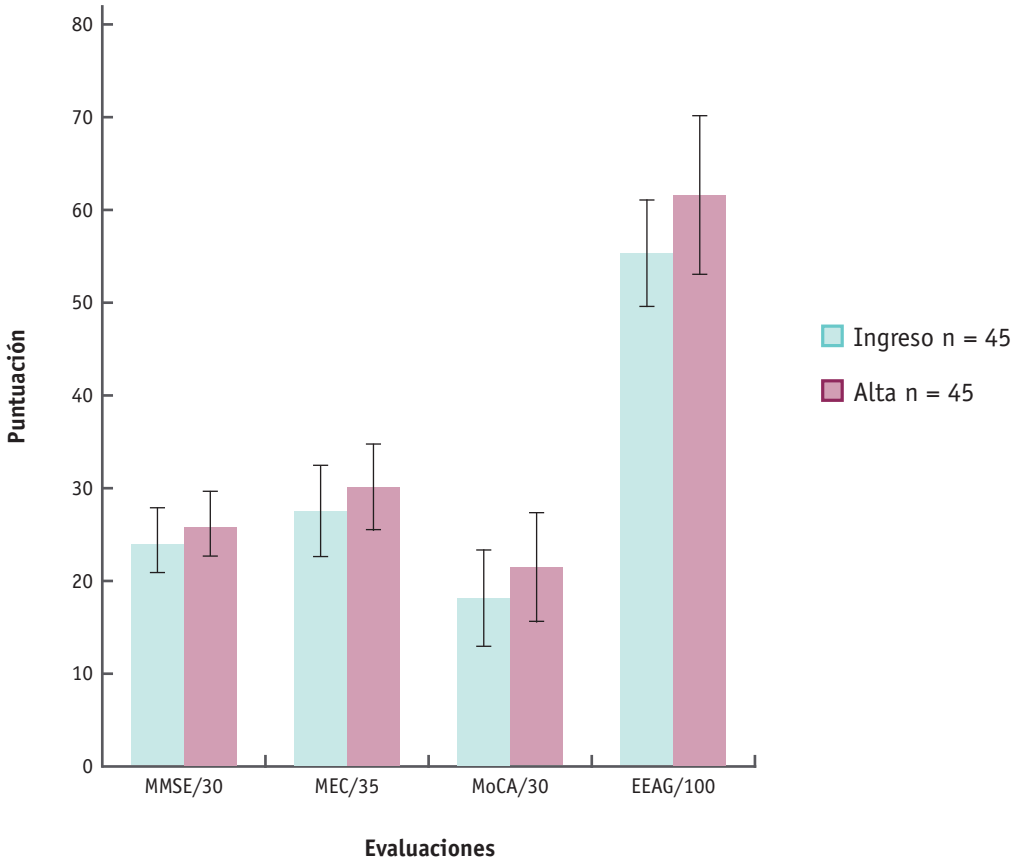


Figura 3c. Pacientes con patología combinada:



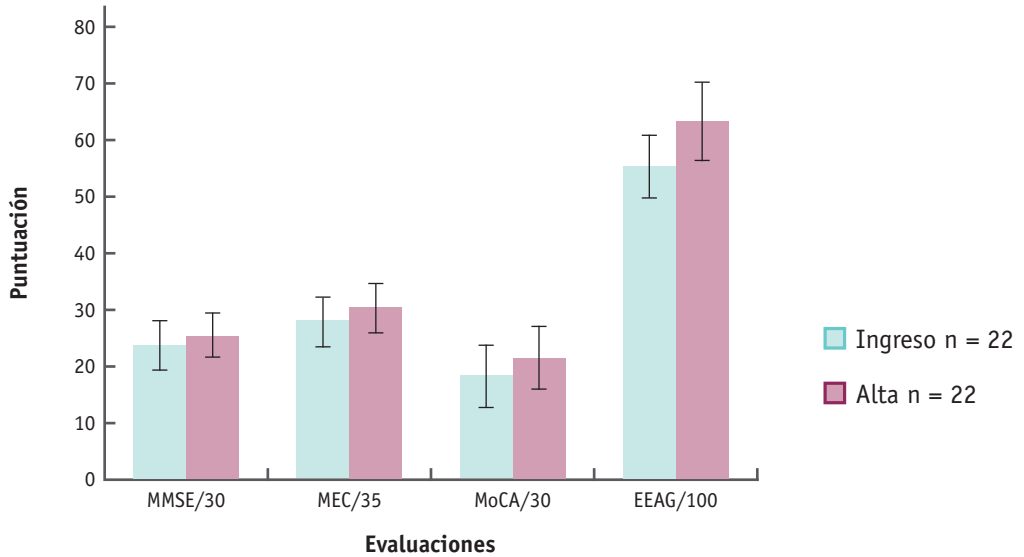
TUS = Trastorno por uso de sustancias, **TMS** = Trastorno mental severo, **Dc** = deterioro cognitivo. **Dc TUS** = deterioro cognitivo asociado a trastornos por uso de sustancias. **TP** = trastorno de personalidad. **EH** = enfermedad de Huntington.

Figura 4. Evaluaciones de todos los pacientes, excepto tres pacientes con EH a quienes no se les pudo realizar las valoraciones al alta:



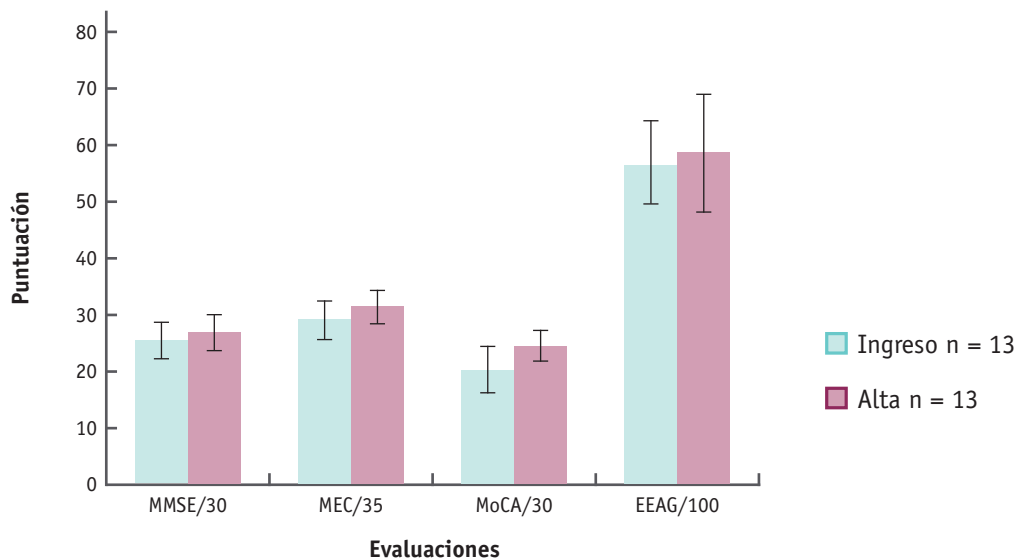
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4a. Evaluaciones de los pacientes con daño cerebral sobrevenido:



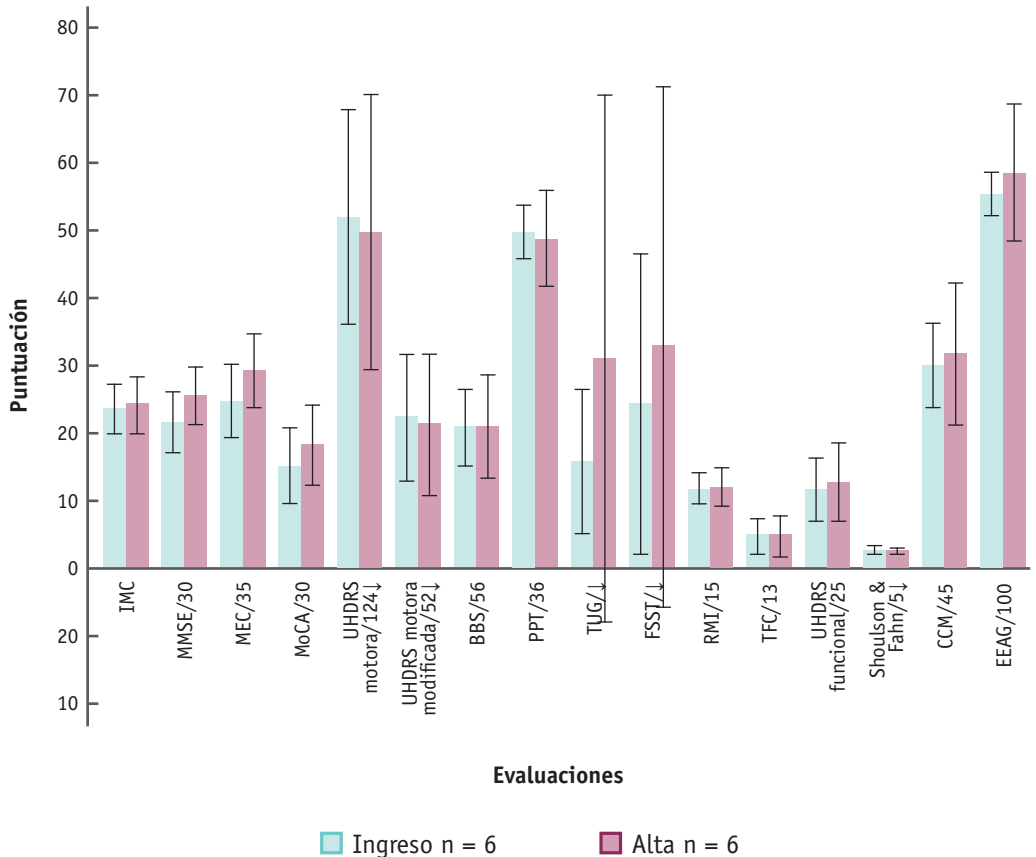
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4b. Evaluaciones de los pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:



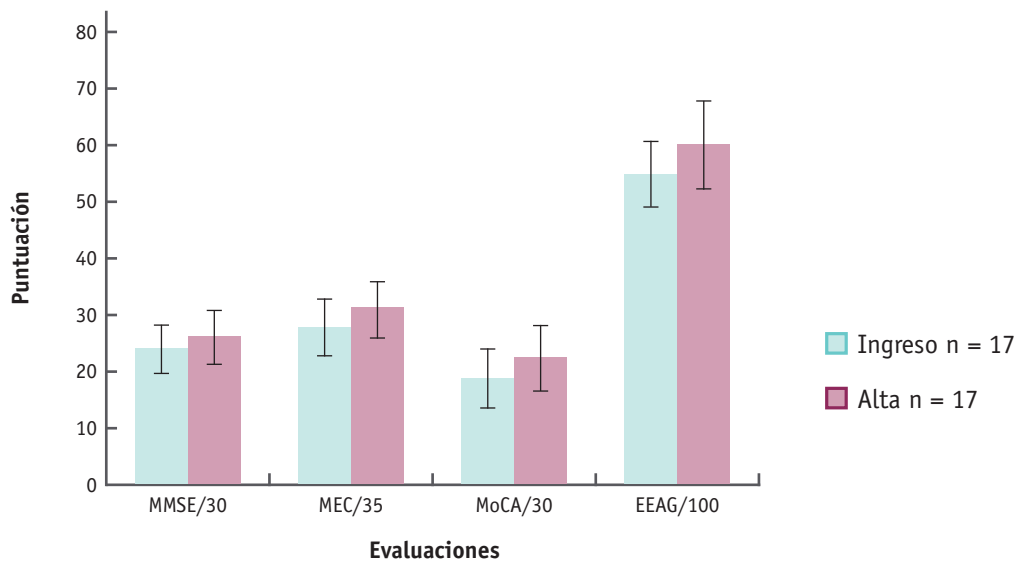
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4c. Evaluaciones de los pacientes con enfermedad de Huntington:



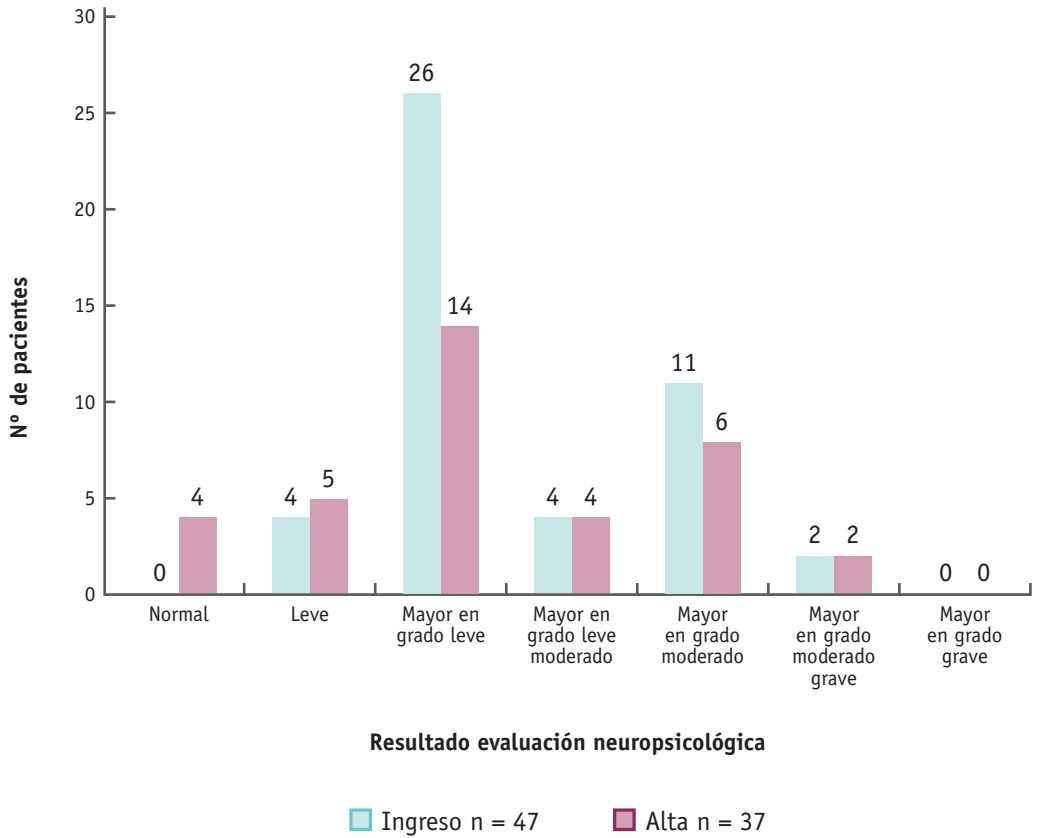
Índice de masa corporal (IMC), Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS⁶) motora y modificada, UHDRS funcional⁶, Total Functional Capacity (TFC)⁶, Escala de Shoulson & Fahn⁶, Physical Performance Test (PPT)⁷, Berg Balance Scale (BBS)⁸, Timed Up and Go Test (TUG)⁹ (puntuación en segundos), Four Step Square Test (FSST)¹⁰ (puntuación en segundos), Rivermead Mobility Index (RMI)¹¹, valoración del **control consciente del movimiento (escala interna no validada en fase de elaboración) (CCM)¹², **escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵)**. La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento, con la excepción de los ítems indicados con ↓ en los que a mayor puntuación peor rendimiento).**

Figura 4d. Evaluaciones de los pacientes con patología combinada:



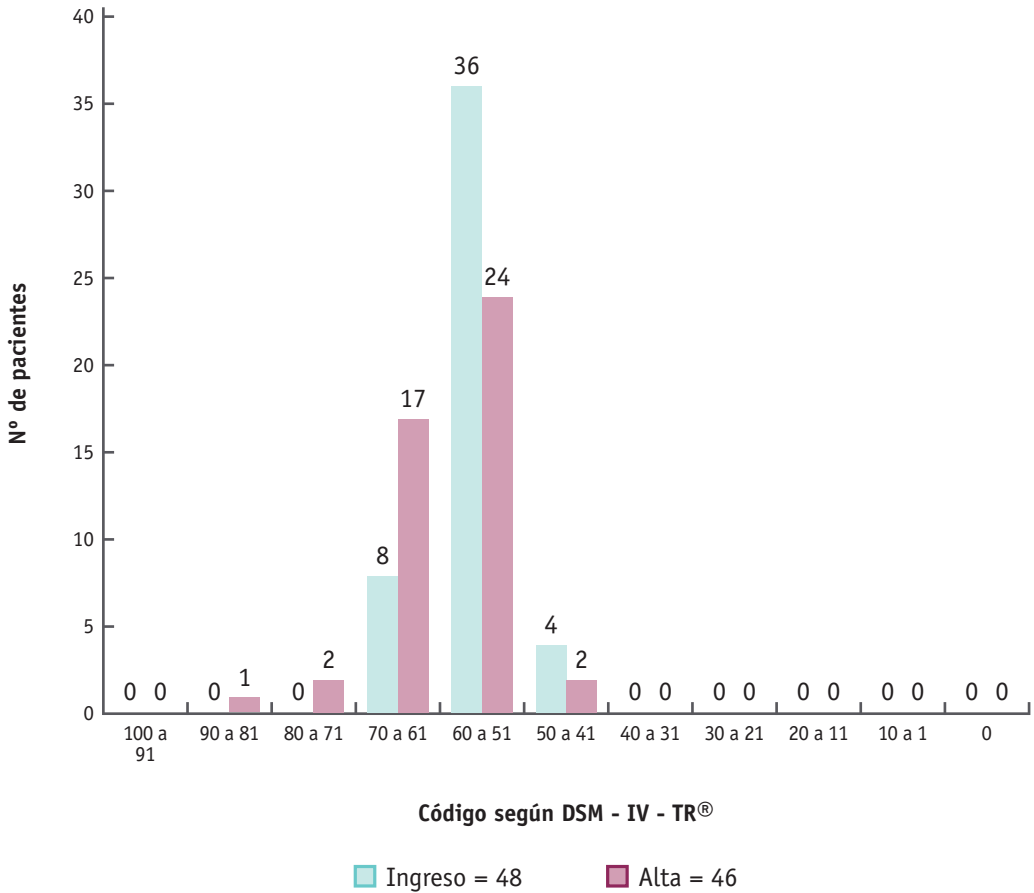
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 5. Valoración neuropsicológica reglada:



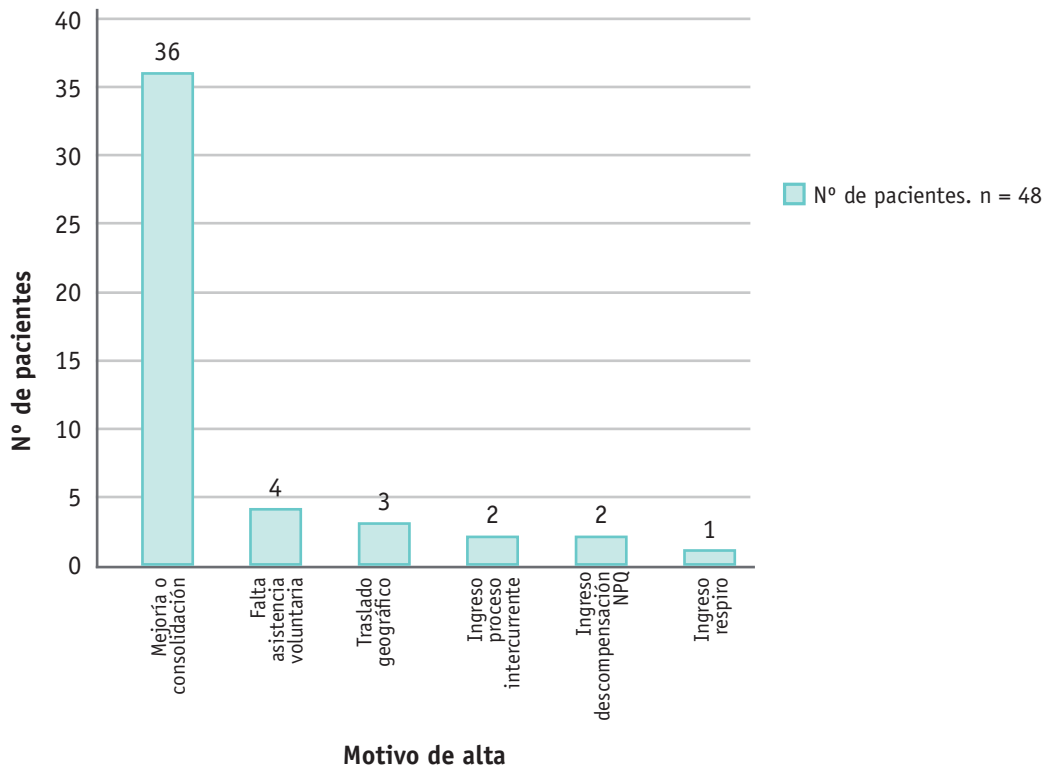
El resultado indica el grado de deterioro cognitivo según los instrumentos de evaluación neuropsicológica que se describen en la tabla 2. En un paciente no se realizó la evaluación neuropsicológica al ingreso, y en 11 pacientes no se realizó la evaluación neuropsicológica al alta (ver texto).

Figura 6. Escala de evaluación de la actividad global:



DSM - IV - TR^{®5} = Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. No se incluyen las valoraciones de los dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente.

Figura 7. Motivo del alta:



Mejoría o consolidación: mejoría o consolidación de la mejoría alcanzada tras ingreso hospitalario. **Traslado geográfico:** traslado geográfico con imposibilidad de continuar asistiendo al HDD de NPQ (por distancia, no por sectorización). **Falta asistencia voluntaria:** falta continuada de asistencia no justificada. **Ingreso proceso intercurrente:** ingreso en el hospital general de referencia del paciente por proceso somático intercurrente. **Ingreso descompensación NPQ:** ingreso por descompensación psicopatológica en planta de NPQ de la misma UPBN. **Ingreso respiro:** ingreso en planta de NPQ de la misma UPBN para respiro familiar.

Tablas

Tabla 1. Evaluaciones al ingreso y al alta:

A todos los pacientes:
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE ²)
Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC ³)
Montreal Cognitive Assessment (MoCA ⁴)
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG ⁵)
Valoración neuropsicológica reglada (VNPL)
A los pacientes con enfermedad de Huntington:
Índice de masa corporal (IMC)
Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) motora y modificada ⁶
UHDRS funcional ⁶
Total Functional Capacity (TFC) ⁶
Escala de Shoulson & Fahn ⁶
Physical Performance Test (PPT) ⁷
Berg Balance Scale (BBS) ⁸
Timed Up and Go Test (TUG) ⁹
Four Step Square Test (FSST) ¹⁰
Rivermead Mobility Index (RMI) ¹¹
Valoración del control consciente del movimiento (escala no validada en fase de elaboración) (CCM) ¹²

Tabla 2. Instrumentos de evaluación neuropsicológica:

Instrumentos de evaluación neuropsicológica			
Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado	Deterioro cognitivo grave
Estudios Primarios	Estudios medios o superiores		
Orientación t/e/p	Orientación t/e/p	Orientación t/e/p	Orientación t/e/p
Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})
Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida
Atención	Atención	Atención	
Dígitos (TBA o WMS-III ²²)	Dígitos directos (TBA o WMS-III ²²)	Dígitos (TBA o WMS-III ²²)	CAMCOG ^{23,24}
Series inversas (TBA ^{19,20,21})	Letras y números (WMS-III ²²)	Series inversas (TBA ^{19,20,21})	
Simbol-Digit (TBA ^{19,20,21})	Trail Making Test ²⁵	Simbol-Digit (TBA ^{19,20,21})	
STROOP test ²⁶	STROOP test ²⁶	STROOP test ²⁶	
Lenguaje	Lenguaje	Lenguaje	
Animales (TBA ^{19,20,21})	Animales (TBA ^{19,20,21})	Animales (TBA ^{19,20,21})	
FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	
Memoria	Memoria	Memoria	
Lista de Palabras (WMS-III ²²)	Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey ^{27,28}	Lista de Palabras (WMS-III ²²)	
Memoria visual (TBA ^{19,20,21})	Figura Compleja de Rey ^{29,30}	Memoria visual (TBA ^{19,20,21})	
Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	
Construcción	Construcción	Construcción	
Dibujo del reloj	Figura Compleja de Rey ^{29,30}	Dibujo del reloj	
Cubos (TBA ^{19,20,21})	Cubos (TBA ^{19,20,21})	Cubos (TBA ^{19,20,21})	
Formación conceptos y razonamiento	Formación conceptos y razonamiento	Formación conceptos y razonamiento	
Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	
Evaluación de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III ³¹ (si procede)			

t/e/p = tiempo/espacio/persona. TBA^{19,20,21} = Test Barcelona Abreviado. WMS-III²² = Wechsler Memory Scale – III. CAMCOG^{23,24} = subescala cognitiva CAMCOG de la Cambridge Cognition Examination.

Tabla 3. Evaluaciones de todos los pacientes, excepto tres pacientes con EH a quienes no se les pudo realizar las valoraciones al alta:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	23,71	25,46	27,48	29,67	18,10	21,08	55,06	61,18
Desviación estándar	4,15	4,24	4,80	5,05	5,24	6,14	5,64	8,47

n = 45

Tabla 3a. Pacientes con daño cerebral sobrevenido:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	23,95	25,76	28,32	30,48	18,45	21,86	55,36	63,50
Desviación estándar	4,01	3,79	4,35	4,30	5,31	5,53	5,45	6,70

n = 22

Tabla 3b. Pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	25,31	26,78	28,92	31,33	20,23	24,44	56,54	58,46
Desviación estándar	3,01	2,99	3,17	2,65	4,02	2,51	7,25	10,40

n = 13

Tablas 3c1 a 3c4. Pacientes con enfermedad de Huntington:

Tabla 3c1:

	IMC ingreso	IMC alta	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta
Media	23,79	24,08	21,78	24,17	25,00	27,33	15,22	16,67
Desviación estándar	3,59	3,78	5,12	4,16	5,48	6,65	5,56	6,89

n = 6

Tabla 3c2:

	UHDRS motora ingreso	UHDRS motora alta	UHDRS motora modificada ingreso	UHDRS motora modificada alta	PPT ingreso	PPT alta	BBS ingreso	BBS alta
Media	52,00	51,00	22,44	23,00	20,89	21,33	49,67	48,67
Desviación estándar	15,74	18,50	9,15	10,14	5,62	6,71	3,97	6,35

n = 6

Tabla 3c3:

	TUG ingreso	TUG alta	FSST ingreso	FSST alta	RMI ingreso	RMI alta	TFC ingreso	TFC alta
Media	15,89	28,07	24,50	30,10	12,00	12,33	5,00	4,67
Desviación estándar	10,60	35,50	22,10	34,95	2,24	2,50	2,55	2,73

n = 6

Tabla 3c4:

	UHDRS funcional ingreso	UHDRS funcional alta	Shoulson & Fahn ingreso	Shoulson & Fahn alta	CCM ingreso	CCM alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	11,89	11,83	3,00	2,83	30,11	31,17	55,44	58,00
Desviación estándar	4,59	5,91	0,71	0,41	6,13	9,37	3,24	9,20

n = 6

Tabla 3d. Pacientes con patología combinada:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	24,00	26,00	27,63	30,85	18,69	22,31	54,81	59,75
Desviación estándar	4,35	4,58	4,77	4,91	5,10	5,57	5,71	7,67

n = 17

Bibliografía

1. http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
2. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198.
3. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
4. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr; 53(4): 695-9.
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Edición en español de la cuarta edición revisada de la obra original en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - IV - TR*, Washington, Asociación Americana de Psiquiatría, 2002.
6. Huntington Study Group. Unified Huntington's disease Rating Scale: reliability and consistency. *Mov Disord* 1996; 11: 136-142.
7. Reuben DB, Siu AL. An objective measure of Physical Function of Elderly Outpatients (The Physical Performance Test). *Journal of the American Geriatric Society* 1990; 38: 1105-1112.
8. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83: suppl 2: S7-11.
9. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-148.
10. Vite W, Temple VA. A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1566-1571.
11. Collen FM, Wade DT, Robb GF, Bradshaw CM. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment. *Int Disabil Stud* 1991; 13: 50-54.
12. MF Robert, SS Garcia, JM Ruiz Idiago. A brief scale to assess the awareness of voluntary movement. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2014; 85 (Suppl 1). Presented at the 8th Plenary Meeting European Huntington's Disease Network September 19-21, 2014. Barcelona.
13. Floriach Robert M, Mareca Viladrich C, Ruiz Idiago JM, Mejía Acosta J, equipo de enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, y trabajadora social de la UPBN. Protocolo de valoración integral al ingreso en Unidad de Neuropsiquiatría y Hospital de Día de Neuropsiquiatría 2012 (protocolo interno Hospital Mare de Déu de la Mercè).
14. Mejía Acosta J y Floriach Robert M. Protocolo de estimación de la mejora

- en pacientes de Neuropsiquiatría 2012 (protocolo interno Hospital Mare de Déu de la Mercè).
15. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 16. http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3674/2014_10_14_curs_3.pdf
 17. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994; 44: 2308-14.
 18. Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS: Behavioral changes in Huntington Disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14: 219-226.
 19. Peña-Casanova J, Guardia J, Bertran-Serra I, Manero RM, Jarne A. Versión Abreviada del Test Barcelona (I): subtest y perfiles normales. *Neurología* 1997; 12: 99-111.
 20. Guardia J, Peña-Casanova J, Bertran-Serra I, Manero RM, Meza M, Böhm P et al. Programa integrado de exploración neuropsicológica versión abreviada (II): normalización de una puntuación global. *Neurología* 1997; 12: 112-116.
 21. Peña-Casanova J, Meza M, Bertran-Serra I, Manero RM, Espel G, Martí A et al. Programa integrado de exploración neuropsicológica versión abreviada (III): validez de criterio como método de evaluación del deterioro cognitivo múltiple. *Neurología* 1997; 12: 117-120.
 22. Wechsler D. Wechsler Memory Scale-Third Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1997.
 23. Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*. 1986; 149:698-709.
 24. Huppert FA, Brayne C, Gill C, Paykel ES, Beardsall L. CAMCOG - a concise neuropsychological test to assist dementia diagnosis: socio-demographic determinants in an elderly population sample. *Br J Clin Psychol*. 1995; 34: 529-41.
 25. Reitan RM. Validiy of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*. 1958; 81:271-276.
 26. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935; 18: 643-662.
 27. Rey A. L'examen clinique en psychologie. Presses Universitaires de France, Paris (1964).
 28. Schmidt M. Rey Auditory and Verbal learning test: A handbook. Western Psychological Services, Los Angeles, CA (1996).

29. Rey A. Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes. Éditions Centre de psychologie appliquée, Paris (1959).
30. Osterrieth PA. Filetest de copie d'une figure complex: contribution a l'etude de la perception et de la memoire. Archives de Psychologie 1944; 30: 286-356.
31. Millon Th, Millon C, Davis R, Grossman S. The Millon® Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI® – III).

LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN MODELO MULTIDIMENSIONAL INTEGRAL BASADO EN LA CALIDAD DE VIDA, RELACIONES CON EL ENTORNO Y APOYOS

Laura Galán Jiménez

Javier Jaime Iturrioz

Uxua Lazkanotegi Machiarena

Edurne Orradre Rodríguez

Jorge Aguirre Inchusta

Silvia Oteiza Azcona

Marta Pérez de Obanos Martell

Juan Lahuerta Dal-Ré

Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona
jlahuerta@clinicapadremenni.org

Resumen

La discapacidad intelectual tiene muy importantes repercusiones personales, familiares, sociales y sanitarias. Sus causas son múltiples y variadas y con frecuencia interactúan diversos factores biológicos, sociales, conductuales y educativos que afectan al funcionamiento de la persona. En las últimas décadas se han desarrollado tres importantes avances científicos y sociológicos que han influido en la práctica profesional en el campo de la discapacidad intelectual: la importancia de centrarse en la calidad de vida de la persona; un concepto ecológico de la discapacidad; el diseño y la aplicación de apoyos y facilitadores para mejorar la discapacidad, el funcionamiento y la calidad de vida de la persona. Este cambio no sólo

mejora nuestra comprensión de la discapacidad intelectual, sino que modifica el modo de diagnosticar, clasificar, evaluar y planificar el apoyo a las personas. La discapacidad intelectual ha pasado a considerarse no como una limitación en la inteligencia o capacidades adaptativas de la persona, sino como un estado de la persona que afecta a su salud, a su participación en la comunidad y a los roles que la persona asume en la sociedad. Se presenta una revisión de estos conceptos y de su aplicación práctica basada en la asistencia a las personas con discapacidad intelectual y trastornos psiquiátricos asociados.

Palabras clave: Discapacidad intelectual. Modelo multidimensional. Calidad de Vida. Apoyos.

Abstract

Intellectual Disability has very important personal, familial, social and health care consequences. The causes are many and diverse and, frequently, various biological, social, behavioural and educational factors affecting the functioning of the person interplay. Over the last decades, three significant scientific and sociological advances that influenced the professional practice in the field of Intellectual Disability have taken place: An emphasis in focusing on the quality of life of the person, an ecological concept of Intellectual Disability and the design and application of supports and enablers to improve handicaps, functioning and the quality of life. These changes not only have improved our understanding of Intellectual Disability but also have modified the approach in the diagnosis, classification, assessment and application of support to these persons. Intellectual Disability is nowadays considered not just a limitation of the intelligence or adaptive abilities of the person but rather as a condition that affects his health, participation in his community and the roles played by this person in society. A review of these concepts and their practical application to persons with Intellectual Disability and associated psychiatric disturbances is presented.

Key words: Intellectual Disability. Multidimensional Model. Quality of Life. Supports.

Introducción

La discapacidad intelectual (DI) tiene importantísimas repercusiones personales, familiares, sociales y sanitarias. Se estima que la DI afecta a entre un 0,7% y un 1,5 % de la población en países desarrollados, es decir, a unas 400.00 personas en España¹. Las causas de la DI son múltiples y variadas. Con frecuencia interactúan diversos factores biológicos (genéticos, congénitos, alteraciones y lesiones durante el desarrollo prenatal, perinatal y postnatal), sociales, conductuales o educativos ocurridos antes, durante o después del nacimiento, lo que afecta al funcionamiento de la persona. Si bien, la realidad es que en más de la mitad de los casos, especialmente en personas adultas, se desconocen las causas. Las personas con DI presentan mayor frecuencia de epilepsia (25 veces más que la población general) y obesidad, así como dolor bucal, hipotiroidismo, trastornos digestivos (estreñimiento), problemas sensoriales (oído, vista) de movilidad y trastornos psiquiátricos (psicosis) y conductuales¹.

La American Psychiatric Association (DSM-5)² considera actualmente a la DI (trastorno del desarrollo intelectual) como una afectación de las capacidades mentales generales de la persona que afecta al funcionamiento adaptativo en tres dominios:

- Dominio conceptual, que incluye habilidades del lenguaje, lectura, escritura, matemáticas, razonamiento, conocimiento y memoria.
- Dominio social, que se refiere a la empatía, capacidad de juicio social, habilidades de comunicación interpersonal, habilidad para hacer y mantener amistades y otras capacidades similares.
- Dominio práctico, que se centra en la autonomía personal en áreas tales como el

cuidado personal, responsabilidades laborales, manejo del dinero, ocio y organización de las tareas escolares y del trabajo.

Aunque no se fija para el diagnóstico un requisito específico de edad, los síntomas del individuo deben comenzar durante el periodo del desarrollo y su diagnóstico se basa en la gravedad de los déficits del funcionamiento adaptativo. Este trastorno se considera crónico y coexiste, a menudo, con otros trastornos mentales tales como depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del espectro autista. Tampoco se establecen niveles de Coeficiente Intelectual (CI), o prueba similar para su diagnóstico, aunque suele considerarse que existe DI en personas con dos desviaciones estándar menos que la media de la población, lo que equivale a una puntuación de CI de 70 o menos. Se consideran cuatro grados de afectación: leve, moderada, grave y profunda³.

La atención en DI se fundamenta en los conceptos, prácticas, y herramientas que se han desarrollado en las últimas tres décadas. En este periodo se han desarrollado tres importantes avances científicos y sociológicos que han influido en la práctica profesional en el campo de la discapacidad intelectual⁴:

1. La importancia de centrarse en la calidad de vida de la persona.
2. Un concepto ecológico de la discapacidad.
3. El diseño y la aplicación de apoyos y facilitadores para mejorar la discapacidad, el funcionamiento y la calidad de vida de la persona.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida que se propone es el de Schalock y Verdugo en 2002⁵: “Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional, b) tiene propiedades éticas, universales, ligadas a la cultura; c) tiene componentes objetivos y subjetivos; d) está influenciada por factores personales y ambientales”.

Estos autores proponen ocho dimensiones de la calidad de vida. La tabla siguiente (Tabla 1) correlaciona las dimensiones de la calidad de vida con diversos indicadores de su logro (tomada de Schalock, 2009⁶):

Esta concepción, por tanto, refleja tanto los deseos personales subjetivos como las condiciones objetivas de la vida de la persona. Es decir, supone un nexo entre los valores generales de la sociedad, expresados en derechos: equidad, autonomía, no discriminación, participación e inclusión en la sociedad (tal como lo refleja la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 y la legislación española⁷) y la vida personal del individuo. Por lo tanto, supone el vehículo a través del cual se asume y mejora la equidad, el empoderamiento y la satisfacción con su propia vida⁴. Asimismo, proporciona un marco adecuado para poder formular estrategias definidas y apoyos individualizados para cada una de las dimensiones antes señaladas⁸.

El modelo de salud centrado en la persona con DI (trastornos del desarrollo intelectual) recientemente formulado complementa el concepto de calidad de vida antes señalado, haciendo referencia a la aplicación de una concepción bio-psico-social-espiritual en el cuidado de las personas con DI que combina ciencia y humanismo⁹.

En suma, se entiende por calidad de vida el tipo de vida deseado por cada uno de las personas y definido, teniendo en cuenta el marco de sus valores y los recursos de su comunidad. Para su promoción, debe contar con un entorno óptimo.

Relaciones de la persona con su entorno

Existen dos modelos de referencia acerca del funcionamiento y discapacidad humanos que señalan la dimensión ecológica y cómo aplicarla a la práctica profesional en personas con discapacidad intelectual¹⁰: la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 2001¹¹, y el modelo explicativo de discapacidad intelectual propuesto por la Asociación Americana de Retraso Mental, actualmente de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD)¹². Aunque conceptualmente los dos son comparables en lo referente a la conexión entre la situación de la persona con discapacidad y los factores del entorno, el segundo modelo (específico para la discapacidad intelectual) propone como elemento central los apoyos para la mejora del funcionamiento individual y como una parte integral de la evaluación de la persona. La expresión “discapacidad intelectual” se adoptó en 2003 para reflejar una terminología más precisa y actualizada, abandonando expresiones anteriormente utilizadas como “retraso mental”.

Se asume como fundamento conceptual la definición de la Discapacidad Intelectual (DI) recogida en la 11ª edición (2010) del Manual de la AAIDD: “La discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones

significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas de la persona. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”.

Esta definición supone también asumir las siguientes premisas¹³:

1. Las limitaciones presentes en el funcionamiento deben considerarse en el contexto del ambiente social típico para personas de la misma edad y cultura.
2. Al evaluar la DI, se debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En la persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un objetivo importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejora.

De acuerdo con lo anterior, la taxonomía propuesta por la AAIDD sobre la DI clasificaría del siguiente modo a las personas:

Discapacidad intelectual leve. Personas cuya puntuación en el CI, sin llegar a 55-50, se sitúa por debajo de 75-70 (unas 2 desviaciones típicas por debajo de la media). Por lo general, estas personas suelen presentar ligeros déficits sensoriales y/o motores, adquieren habilidades sociales y comunicativas en la etapa de educación infantil y adquieren los aprendizajes instrumentales básicos en la etapa de educación primaria.

Discapacidad intelectual moderada. Personas cuya puntuación en el CI se sitúa en el intervalo entre 55-50 y 40-35. La con-

ducta adaptativa de este grupo suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Suelen desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y durante la escolarización, pueden llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

Discapacidad intelectual grave. Se incluye en la misma a personas cuya medida del CI se sitúa en el intervalo entre 35–40 y 20–25.

Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad. La mayoría de estas personas presenta una alteración neurológica identificada que explica esta discapacidad, asociación con otras discapacidades (de ahí el término pluridiscapacidad) y la gran diversidad de problemas que se da dentro del grupo. Por este motivo, uno de los ámbitos de atención prioritaria es el de la salud física. La medida del CI queda por debajo de 20–25.

Apoyos

La planificación de apoyos, de manera individual, es un componente esencial para que las personas con DI mejoren su funcionamiento en todas las dimensiones de la calidad de vida. La aplicación del paradigma de los apoyos ha contribuido significativamente a la práctica profesional de atención a las personas³ con DI ya que:

- La evaluación de los apoyos requeridos es la base de la planificación individual de la intervención.
- El nivel de intensidad de los apoyos a aplicar permite planificar y proporcionar los recursos adecuados.

- La orientación a los apoyos permite incluir otras prácticas centradas en la persona, desarrollo personal y empoderamiento.

Los apoyos son recursos y estrategias que tienen como fin promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de la persona y que mejoran su funcionamiento¹⁴. Los servicios son un tipo de apoyo que proporcionan los profesionales y las instituciones.

Un sistema de apoyos lo componen sistemas organizativos, incentivos, apoyos cognitivos, herramientas, el entorno físico (eliminación de obstáculos), promoción de habilidades y adquisición de nuevas habilidades. La planificación y uso integrado de este sistema de apoyos, con recursos y estrategias individualizadas, promueven una mejora del funcionamiento. Los elementos del sistema de apoyo son interdependientes y su efecto acumulativo.

El funcionamiento individual es el resultado de la interacción de los apoyos con las dimensiones de habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, salud y contexto¹⁵. De aquí, que la perspectiva individual (antes referida en calidad de vida) y el contexto (también tratado en el punto anterior), así como los recursos disponibles, forman la base del paso inicial de la planificación de la aplicación de apoyos: la evaluación.

La **Escala de Intensidad de Apoyos** (Supports Intensity Scale, SSI)¹⁶ evalúa el patrón y e intensidad de los apoyos necesarios por la persona en siete áreas de actividad: vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje a lo largo de la vida, trabajo, salud y seguridad, relaciones sociales y protección y tutela.

La AAIDD propone el siguiente proceso para diseñar el sistema de apoyos:

1. Identificación de las áreas relevantes que precisan apoyos y las actividades de apoyo relevantes para cada área.
2. Evaluación del nivel o intensidad de los apoyos necesarios.
3. Redactar el plan de apoyos individualizado que precisa la persona.
4. Monitorizar el progreso de la persona.
5. Evaluar (mediante indicadores) la efectividad de los apoyos proporcionados, cuáles son los más necesarios, y con qué intensidad deben proporcionarse éstos.

Este proceso se resume en la siguiente figura (Figura 1)⁶:

Se consideran los siguientes niveles de apoyo:

1. **Apoyo generalizado:** su frecuencia es alta, continúa y constante (se proporcionan en todas o casi todas las situaciones). Su duración será probablemente a todo lo largo de la vida de la persona. Se proporcionan por y dependen de otras personas.
2. **Apoyo extenso:** su frecuencia es regular (a veces alta) y anticipada. Se proporcionan en diversas situaciones, aunque normalmente no en todas. Su duración es continuada. Hay una combinación de apoyos intrínsecos (naturales) y de servicio, con un contacto regular y control por los profesionales del centro. La capacidad de elección y autonomía es escasa.
3. **Apoyo limitado:** la frecuencia de aplicación es regular y anticipada. La duración es por un tiempo limitado, aunque ocasionalmente continuada. Se proporciona en determinadas situaciones, habitualmente no en todas. Hay una combinación de apoyos naturales y de servicio (con contacto con los profesionales regular pero de tiempo limitado, y de frecuencia variable). Existe poco grado de elección y autonomía.

4. **Apoyo intermitente:** se aplica con baja frecuencia, en pocas ocasiones. Su duración se limita a la necesidad. Los apoyos son naturales (el papel de los profesionales es de consulta con un control esporádico) y la persona desarrolla un grado alto de elección y autonomía.

Modelo multidimensional e integral

De acuerdo con la definición de la AAIDD, la DI se explica a través de un modelo multidimensional como la manifestación de limitaciones en el funcionamiento individual dentro del contexto real donde se desenvuelve la persona (residencia, ciudad, trabajo, etc.) y que suponen un hándicap para el individuo, tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa. (Figura 2⁶).

Este modelo permite entender a la persona y su funcionamiento individual mediante las siguientes cinco dimensiones personales, que abarcan todos los aspectos de la persona y su ámbito de relación. Las limitaciones de la persona en cualquiera de las dimensiones deben ponerse en referencia con las restantes dimensiones (limitaciones o fortalezas).

- **Dimensión I:** Habilidades intelectuales. La inteligencia representa la capacidad de la persona para entender, dar sentido a lo que le sucede adaptarse a su entorno y servirse de él, lo que le permite poder resolver las dificultades que se le plantean.
- **Dimensión II:** Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica). Capacidad y habilidades para acomodar la conducta al entorno de la forma más práctica y provechosa en la vida diaria y en situaciones de cambio.

- **Dimensión III:** Salud (salud física, salud mental, etiología de la DI). Estado de salud físico y mental, habitual y variable. Alteraciones estructurales y funcionales del cuerpo. Respuesta a las enfermedades y lesiones. Comprende todos los aspectos de la salud, incluyendo la prevención, mantenimiento, tratamiento (medicación, psicoterapia), habilitación y rehabilitación (terapia física, psicoterapia, terapia ocupacional). Los factores psicológicos, espirituales y religiosos deben contemplarse en la salud.
- **Dimensión IV:** Participación (interacciones y roles sociales). Implicación y realización de tareas por la persona en las diversas situaciones que se le presentan en la vida real. Interacción con el entorno natural (personas de su edad, cultura, lengua) mediante la adopción por la persona de diversos roles sociales valiosos.
- **Dimensión V:** Contexto (ambiente y cultura). Es el escenario donde las personas viven y se desarrollan cada día. El entorno condiciona en gran medida lo que hace la persona y cómo lo hace. Pueden considerarse dentro de una perspectiva ecológica tres niveles: la persona, su familia y las personas más cercanas; su barrio, comunidad, trabajo, entidades culturales y asociaciones; la sociedad en general y el entorno cultural, económico y político. La combinación de los distintos modelos hasta aquí expuestos en un único modelo multidimensional integral, aplicable y centrado en la prestación de apoyos y eliminación de barreras, que mejoren el funcionamiento individual de la persona y le proporcionen, por tanto, un mayor nivel de calidad de vida es el contenido de nuestra propuesta y que se concreta en el Plan Ge-

neral de Intervención expuesto más adelante. La siguiente figura (Figura 3) resume los componentes del modelo multidimensional a aplicar⁴:

Desde un punto de vista asistencial, este modelo multidimensional integral se concreta en una serie de funciones, objetivos, evaluaciones y tareas que se resumen en el cuadro siguiente⁴. (Tabla 2).

Objetivos

Los objetivos a alcanzar con el modelo indicado son:

1. Proporcionar una atención integral de calidad humana que contribuya al desarrollo integral de la persona y cubra sus necesidades. Tomando en cuenta las dimensiones del modelo asistencial antes propuestas. Esto se concreta en actuaciones que tienden a:
 - Fomentar el bienestar físico, cognitivo, emocional, material y social.
 - Promover la estabilidad mediante el control del ambiente, reduciendo así el estrés y fortaleciendo los referentes emocionales y el apoyo social.
 - Proporcionar oportunidades para el crecimiento y desarrollo personal.
 - Normalizar y enriquecer el ambiente con diferenciación de espacios, accesibilidad, sistemas de seguridad, condiciones saludables y un equipamiento y mobiliario armónico.
2. Dar servicios específicos de apoyo preventivo y actividades rehabilitadoras que permitan a la persona mantener las capacidades adquiridas, así como desarrollar, en la medida de lo posible, otras nuevas, que:
 - Favorezcan el desarrollo de las personas.

- Promuevan su capacidad de autode-terminación.
 - Potencien su capacidad de crear y mantener relaciones interpersonales.
 - Favorezcan su inclusión social.
 - Velen por el ejercicio de los derechos.
 - Faciliten su bienestar emocional.
 - Protejan su bienestar físico.
 - Proporcionen medios para lograr un adecuado bienestar material.
3. Reforzar y apoyar a las familias, prestán- doles la atención necesaria en su tarea de agente natural de apoyo de la per- sona. Se reconoce a las familias como el más importante, y el primero de los apoyos con los que cuentan las perso- nas con DI. Por lo tanto, para la partici- pación real y legítima de las familias se requiere que cuenten con posibilidades de ejercerla en los ámbitos que afec- tan a la vida de su familiar y a la suya propia.

El modelo conceptual de asistencia se basa tanto en el componente de calidad de vida, como en el de apoyos, y deter- minan el Plan Individualizado de Apoyo (PIA) alineando las dimensiones de la ca- lidad de vida con las áreas y actividades de apoyos individualizados. La ejecución de un plan individualizado de apoyos im- plica, pues:

- Relacionar las experiencias y objetivos vi- tales deseados por la persona a una o más dimensiones básicas de la calidad de vida.
- Identificar los apoyos específicos que se precisan para alcanzar los objetivos y ex- periencias deseadas.
- Desarrollar objetivos de apoyo basados en las sub-áreas de actividades vitales que define la Escala de Intensidad de Apoyos.
- Ligar las estrategias de apoyo a las nece- sidades y objetivos deseados.

El proceso de elaboración del Plan Indivi- dualizado de Apoyos supone:

1. Identificación de las experiencias vitales y objetivos deseados por la persona.
2. Evaluación de las necesidades de apoyo.
3. Redacción del PIA con el patrón y tipos de apoyo (intensidad) e implementación.
4. Monitorización de la adecuación e imple- mentación del Plan.
5. Evaluación del grado de consecución de los resultados personales.

Intervenciones

Las intervenciones se realizan por el equi- po interdisciplinar, en un entorno ambula- torio o residencial. Se resumen a continua- ción:

La **atención médica y de enfermería** tiene como finalidad de proporcionar a la persona una atención sanitaria adaptada a sus necesidades, conjugando acciones de tipo preventivo con cuidados específicos. También, realizar la promoción de hábitos de cuidado personal y la supervisión y el apoyo necesario en cada caso, atendiendo a las capacidades de cada persona. El bien- estar físico es una de las dimensiones que se incluyen en el concepto de calidad de vida, y se construye a través del cuidado de aspectos como la salud, la nutrición, la mo- vilidad, etc. La planificación y el desarrollo de actividades y prestación de apoyos desti- nados a mantener y mejorar estos aspectos formar parte de los programas de atención integral. Sus objetivos son:

- Promover y mejorar las competencias per- sonales de autocuidado relacionadas con la higiene personal, el vestido y los hábi- tos saludables.
- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del usuario.

- Fomentar la comunicación con el usuario y mejorar su autoimagen.
- Fomentar la autonomía del usuario en la medida de sus posibilidades.
- Promover, prevenir y mantener la salud de las personas por personal médico y de enfermería, en colaboración con el personal de atención primaria y especializada del Sistema de Salud.
- Programar, ejecutar y evaluar los tratamientos y cuidados, tanto en las enfermedades agudas como crónicas.
- Identificar y prevenir los factores de riesgo que afectan a la salud de las personas con DI.

• Proporcionar atención sanitaria específica y de urgencia y el seguimiento de las intervenciones por otros profesionales sanitarios (p. ej. en casos de hospitalización). La atención de **fisioterapia** está dirigida a conservar y mejorar la dimensión de salud, ofreciendo los apoyos necesarios para la consecución de un estado de bienestar social, mental y físico pleno que afectará al funcionamiento humano: habilidades intelectuales, comportamiento adaptativo, participación y contexto. De este modo se revierte la tendencia natural hacia la incapacitación progresiva de las personas con DI a través de la prevención, recuperación, mantenimiento y alivio de los trastornos orgánicos, físicos y del movimiento que puedan limitar la plena autonomía de la persona.

La atención de **terapia ocupacional** se dirige a la promoción, mantenimiento y prevención de la salud y el bienestar y a la adaptación personal y social a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas con DI para participar en las actividades de la vida diaria. Se logra este resultado mediante la habilitación de las personas usuarias para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para

participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación. A través de la intervención de terapia ocupacional se pretende proveer a las personas con DI de una rutina significativa que favorezca su sentido de eficacia y autoestima ante la ejecución de actividades con propósito y con ello su competencia y desarrollo personal. Rutina en la que se organice el tiempo de manera que favorezca la adquisición de habilidades en las diferentes dimensiones de la conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas). Por medio de la misma se trabajará con la persona ayudándole a adquirir el conocimiento, las destrezas, y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas y conseguir el máximo de independencia y autonomía personal. También contribuye a mejorar el proyecto de calidad de vida de la persona con DI, prestando y promoviendo los apoyos y recursos necesarios para el disfrute de su ocio, siempre que sea posible en la comunidad, y garantizando la igualdad en la participación. Promueve que la persona con DI pueda disfrutar de su ocio en las mismas condiciones y con las mismas oportunidades de participación que el resto de ciudadanos, y en igualdad de derechos.

La atención prestada por **trabajo social** comprende los diferentes procesos en los que es necesaria una intervención desde el punto de vista del trabajo social en el área individual, socio-familiar y comunitaria. Se aplican diferentes técnicas de intervención: entrevistas personales, entrevistas grupales, trabajo en grupo, etc., en función de cada uno de los objetivos a conseguir en el PIA. La trabajadora social realizará estas intervenciones desde una perspectiva individual, grupal y/o comunitaria, teniendo en cuenta todas las facetas de su vida para la obtención de la máxima calidad de vida, valorada

a través de la escala San Martín para la Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual¹⁸.

Finalmente, se proporciona **atención psicológica y psicopedagógica** a las personas usuarias y familiares. El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, deja patente el papel relevante que juega la psicología en todas las áreas relacionadas con la atención integral de las personas con discapacidad. El trabajo del psicólogo en este ámbito es amplio y variado. La atención a los usuarios y familiares, se lleva a cabo, de manera continuada, desde su llegada al centro y hasta su despedida del mismo. Los objetivos de esta atención son:

- Favorecer el desarrollo de la persona, potenciando sus capacidades para alcanzar su máximo nivel de independencia a fin de mejorar su calidad de vida, mediante un proceso de colaboración y tomando como referencia su historia y sus planes de futuro.
- Participar en la valoración integral inicial y el seguimiento de las personas usuarias y en el diseño del PIA.
- Potenciar el respeto a la integridad física y moral de las personas mediante el desarrollo de acciones preventivas de maltrato dirigidas a los usuarios y profesionales.
- Desarrollar planes de intervención conductual individualizados para la adquisición de conductas adaptativas o para la disminución o eliminación de conductas disruptivas: proporcionar planes de apoyo conductual positivo¹⁷.
- Mejorar, mediante intervenciones individuales y grupales (programas de intervención), las competencias y habilidades (comunicativas, sociales, emocionales, etc.) de las personas potenciando su autonomía y optimizando su calidad de vida.

Conclusiones

La visión de la DI se ha transformado, y ha pasado de un concepto enfocado en la patología y los déficits de la persona a un constructo socio-ecológico que se centra en el funcionamiento humano, basado en la interacción entre las características personales y el entorno. Este cambio no sólo mejora nuestra comprensión de la DI sino que modifica el modo de diagnosticar, clasificar, evaluar y planificar el apoyo a las personas. La DI ha pasado a considerarse no como una limitación en la inteligencia o capacidades adaptativas de la persona, sino como un estado de la persona que afecta a su salud, a su participación en la comunidad y a los roles que la persona asume en la sociedad. Por lo tanto, el acercamiento individualizado a la DI requiere de una perspectiva múltiple y un abordaje multidimensional.

Bibliografía

1. Martínez Leal R, Salvador-Carulla L, Ruíz Gutiérrez-Colosía M y cols. La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. *Rev Neurol* 2011; 53: 406-14.
2. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.
3. Katz G, Lazcano-Ponce E. Discapacidad intelectual: definición, factores etiológicos, clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronosis. *Salud Pública México* 2008; 50 (Supl. 2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342008000800005>.

4. Buntinx WHE, Schalock RL. Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *J. Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2010; 7: 283-94.
5. Schalock RL, Verdugo MA. Handbook on quality of life for human service practitioners. American Association on Mental Retardation. Washington D.C. 2002.
6. Schalock RL. La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2009; 40: 22-39.
7. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE-A-2013-12632.
8. Schalock RL, Verdugo MA. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2007; 38: 21-36.
9. Bertelli MO, Bianco A, Piva Merli M y col. The Person-Centered Health model in Intellectual Developmental Disorders/Intellectual Disability. *Eur J Psychiatry* 2015; 29: 239-48.
10. Shogren KA, Bradley VJ, Gómez S y cols. Public policy and the enhancement of desired outcomes for persons with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities* 2009; 47: 307-19.
11. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Ginebra. 2001.
12. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA y cols. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2007; 38: 5-20.
13. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx W y cols. Mental retardation: Definition, classification and systems of support. Washington DC: American Association on Mental Retardation. 2002.
14. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ y cols. Intellectual disability: Definition, classification and systems of supports. AAIDD. Washington DC. 2010.
15. Font J, Giné C. Aportaciones de la nueva definición del retraso mental. *Manuales de Buena Práctica FEAPS*. 2003.
16. Thompson JR, Bryant BR, Campbell EM y cols. Supports Intensity Scale. Users' Manual. AAMR. Washington DC. 2014.
17. Novell Alsina R, Rueda Quillet P, Salvador Carulla L. y cols. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. *Guía Práctica para técnicos y cuidadores FEAPS*. 2002.º
18. Verdugo Gómez Arias LE, Arias B y cols. Escala San Martín. Evaluación de la Calidad de Vida con Discapacidades Significativas. Fundación Obra San Martín. Santander. 2014.

Tablas

Tabla 1: Correlación las dimensiones de la calidad de vida con diversos indicadores de su consecución (tomada de Schallock⁶):

DIMENSIÓN	INDICADORES
Desarrollo personal	Nivel educativo, habilidades personales, comportamiento adaptativo.
Autodeterminación	Elecciones, decisiones, autonomía, control personal, objetivos personales.
Relaciones interpersonales	Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones, relaciones.
Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos.
Derechos	Humanos (respeto, dignidad, igualdad). Legales (acceso, tratamiento legal justo).
Bienestar emocional	Seguridad, experiencias positivas, satisfacción, auto-concepto, ausencia de estrés.
Bienestar físico	Estado de salud y nutrición, entretenimiento, ocio.
Bienestar material	Situación financiera, estatus laboral, vivienda, posesiones.

Tabla 2. Funciones, objetivos, evaluaciones y tareas del modelo multidimensional integral. (tomado de Buntinx y Schalock, 2010⁴).

FUNCIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO	EVALUACIONES Y SISTEMAS	CRITERIOS
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de DI 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Inteligencia • Escalas de conducta adaptativa • Edad de inicio 	<ul style="list-style-type: none"> • < 2DE • < 2DE • 18 años
Evaluación del funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las limitaciones • Establecer la línea basal 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema AAIDD • Clasificación ICF • DSM-5 • ICD-10 • Tests de desarrollo • Tests de desempeño • Evaluación conductual • Evaluación del lenguaje, sensorial y motora • Inventario ecológico • Inventarios de redes sociales y de apoyos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco dimensiones: fortalezas y debilidades • Calificadores del ICF • Escalas y normas estandarizadas • Criterios de Buenas Prácticas
Evaluación de necesidades de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción y comprensión de las limitaciones (comparación con individuos y grupos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Necesidades de apoyo • Entrevistas (deseos subjetivos) • Escala de Intensidad de apoyos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tablas normativas de la Escala de Intensidad de Apoyos
Planificación y ejecución de Apoyos Individualizados	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación, ejecución y evaluación de las actividades de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación centrada en la persona • Ciclo PDCA (Deming) y otros métodos de mejora de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocho dimensiones de la calidad de vida
Evaluación de los resultados personales	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción, comprensión y evaluación del status de calidad de vida • Evaluación de la efectividad de los apoyos individualizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Calidad de Vida • Entrevista • Evaluación de Resultados Personales (auto-evaluación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores relacionados con las ocho dimensiones de la Calidad de Vida • Normas estandarizadas para la población

Figuras

Figura 1. Modelo de Discapacidad, Calidad de Vida y Apoyos Individuales (tomado de Schalock, 2010⁶).

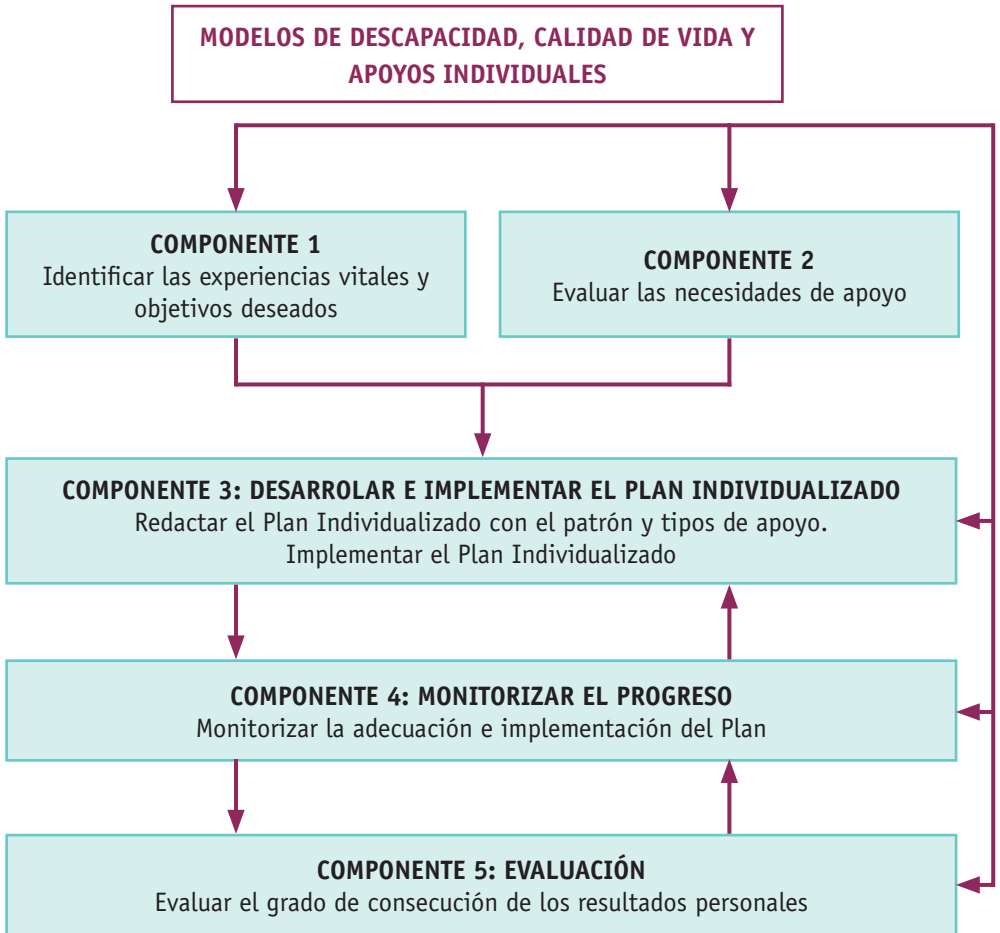


Figura 2. Modelo de cinco dimensiones del funcionamiento humano (tomado de Buntinx y Schalock, 2010⁴).

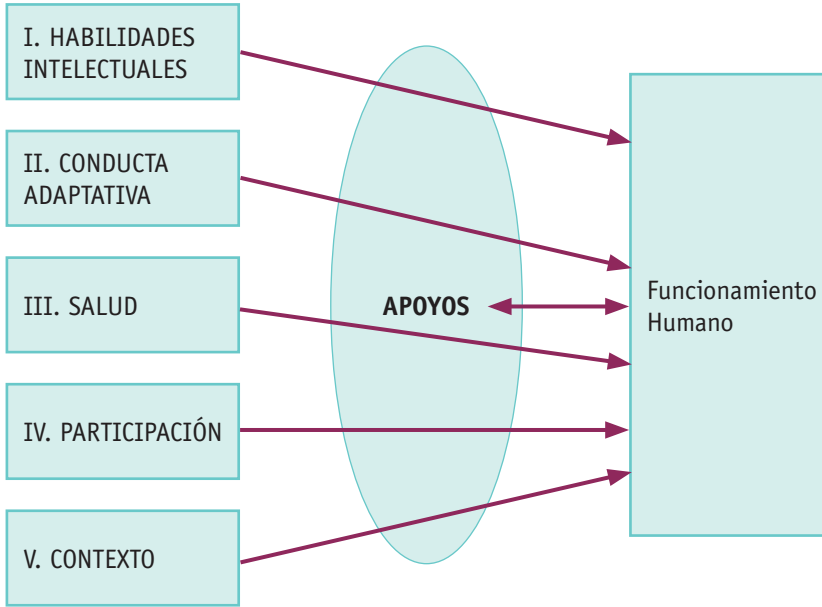
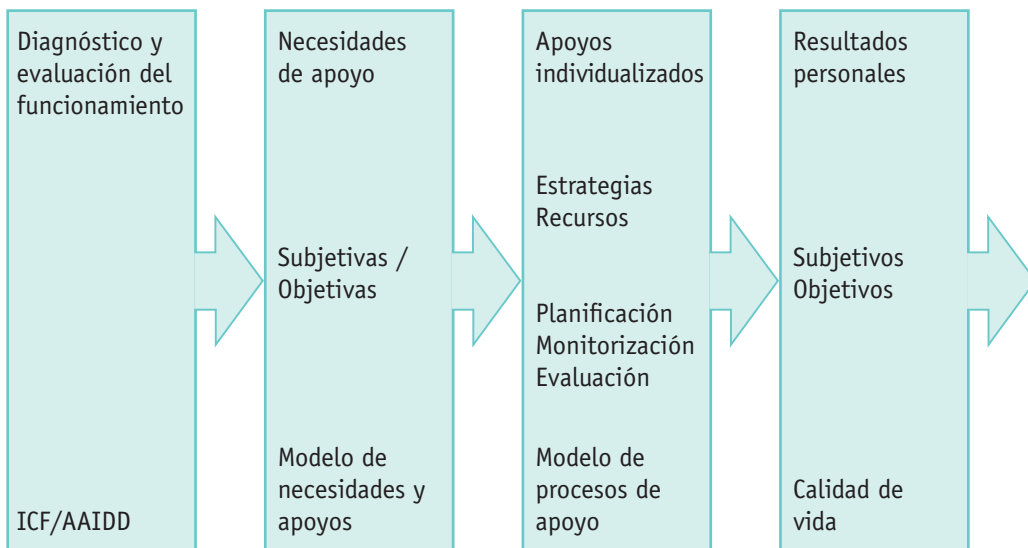


Figura 3. Resumen de los componentes del modelo multidisciplinar (tomado de Buntinx y Schalock, 2010⁴).



EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CON EL INSTRUMENTO CHA-PAS (VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE PAS-ADD) EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y PROFUNDA

João Albuquerque

Centro de Recuperação de Menores Dom Manuel Trindade Salgueiro
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua Francisco Velez do Peso, S/N, 7450-030 Assumar
j.p.alb@hotmail.com

Resumen

El denominado Trastorno de Discapacidad Intelectual (TDI) según el grupo de trabajo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) presenta alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica, aunque ésta por lo general no se diagnostica adecuadamente. La perspectiva de Diagnóstico Doble en TDI pretende esclarecer esta realidad en el contexto global de las dificultades presentadas por la persona con TDI. Este artículo presenta los datos resultantes de la aplicación de un instrumento diseñado para la investigación de patología psiquiátrica en niños y jóvenes con TDI, ChA-PAS (Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules), y evalúa la consistencia de los resultados con los diagnósticos psiquiátricos realizados a través del juicio clínico.

En los resultados, la gran mayoría de la población que ha sido objeto de estudio (91%) presenta una enfermedad psiquiátri-

ca asociada con TDI, con un predominio de TEA (Trastorno del Espectro Autista) y TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). La patología más frecuente en las personas con TDI profundo es el TEA, mientras que en las personas con TDI Grave, el TDAH es el más representado. El grado de concordancia con el diagnóstico clínico previo fue 100%, lo que apoya la hipótesis de que Cha-PAS es un instrumento con interés en la evaluación de esta población.

Se concluye que incluso con instrumentos adecuados, la evaluación de personas con TDI, especialmente de nivel grave y profundo, es siempre un reto. La exploración de nuevos instrumentos y su traducción, verificación y validación para la población portuguesa puede ser un avance clínico relevante para personas con TDI.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual; Diagnóstico Doble; Instrumentos de Evaluación.

Abstract

PSYCHIATRIC EVALUATION USING THE ChA-PAS (version for Children and Adolescents of the PAS-ADD) among Children and Young People With Severe and Profound Intellectual Disability

The Mental Disability, here called Intellectual Developmental Disorder (IDD), according to the working group of ICD-11, shows high prevalence of psychiatric morbidity associated, which is poorly diagnosed. The Dual Diagnosis perspective in IDD seeks to clarify this situation in the global context of the difficulties presented by the person with IDD. This article presents the data resulting from application of an instrument designed for the detection of psychiatric pathology on children and young people with IDD, the ChA-PAS (Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules), and evaluates the consistency of the results with the psychiatric diagnoses previously made clinically.

In the results, the vast majority of the study population (91%) have a psychiatric illness associated with PDI, with a predominance of the ASD and ADHD. The prevailing condition in people with Profound IDD is the leading one, while in people with Severe IDD, ADHD is the most represented. The degree of concordance with previous clinical diagnosis was 100%, which supports the hypothesis that ChA-PAS is an interesting instrument in evaluating this population.

We conclude also that even with appropriate instruments, assessment of people with PDI, especially with Severe and Profound levels, is always a challenge. The exploration of new instruments and their translation, admeasurement, and validation for the Portuguese population can be an asset for people with PDI.

Key words: Intellectual Disability; Double Diagnosis; Assessment Instruments.

Conflictos de Interés

Este trabajo está apoyado por el Plan Nacional de Salud Mental – Dirección General de Salud, y los autores se comprometen a su finalización. No hay conflictos de interés de los autores con cualquier otra entidad.

Conflicts of Interest

This work is supported by the Portuguese Plano Nacional de Saúde Mental – Direcção Geral de Saúde, compromising the authors for completion. There are no conflicts of interest of authors with any other entity.

Introducción

El Trastorno de Discapacidad Intelectual (TDI), designación considerada por el grupo de trabajo correspondiente de la CIE-11 para el término Discapacidad Mental (CIE-10), es una entidad que afecta a todas las áreas de intervención en rehabilitación en salud mental. Esta realidad ha sido siempre una fuente de serias limitaciones en el apoyo a estas personas, por la dificultad de articular todas las áreas que deberían estar presentes simultáneamente en el plan de intervención.

Hay que destacar que dentro del campo de la Psiquiatría y Salud Mental no existe una cultura de valorar la especificidad y las dificultades de hacer frente a las situaciones clínicas generadas por el TDI. Por ejemplo, no existe una formación específica en la materia dentro del plan de estudios de los especialistas en psiquiatría y salud mental en ninguna de las fases del ciclo vital (adulto, infancia o adolescencia), lo que perpetúa un modelo de apoyo que rara vez satisface las necesidades de las personas con TDI, sus familias, o los profesionales que los acompañan en las instituciones de rehabilitación, por lo general vinculados a los sectores sociales. En este sentido, el enfoque denominado de “Diagnóstico Doble”, “Patología Mixta” o Patología Dual” (Carvalho, 2011), intenta aclarar el panorama general de las dificultades adaptativas que presentan las personas con TDI, intentando deslindar los problemas que derivan del TDI en sí mismo y lo que resulta de la patología psiquiátrica acompañante, que por lo que se ha indicado anteriormente, a menudo no es reconocida y los trastornos se atribuyen erróneamente en exclusiva al TDI.

Consideramos que es importante producir evidencia científica que despierte el interés de la comunidad psiquiátrica por el Diagnós-

tico Doble, como una forma de sensibilizar a los responsables de la educación médica en la necesidad de integrar esta área en los planes de estudios de la especialidad y la intervención del psiquiatra en estas situaciones clínicas.

La mayor prevalencia de la enfermedad mental en personas con TDI es un hecho ampliamente reconocido. Desgraciadamente, hay pocos instrumentos diseñados para su uso en esta población, y los que existen, por lo general tienen limitaciones significativas en las poblaciones diana (edad, grado de discapacidad), en la capacidad de recogida de información, y en la cantidad de diagnósticos que permiten.

Epidemiología

El TDI presenta una prevalencia, según varios estudios (Mercer, 1973; Tarjan et al. 1973, cit. Albuquerque, 2000), de alrededor de 1% de la población general cuando se utilizan al menos dos criterios de evaluación: el cociente intelectual (CI) y la escala de conducta adaptativa. Este valor difiere significativamente de lo que se ha encontrado si sólo utilizamos el CI, que es del 3%. Este hecho explica la variación de los resultados que se pueden observar entre los diversos estudios. La prevalencia del TDI Grave y Profundo es mucho más baja que del TDI Ligero e Moderado (0,4% vs 2,5-3%) y su etiología está mejor definida (Tejada, 2006).

Mucho más escasos son los estudios sobre la prevalencia de la enfermedad mental en TDI. Sin embargo, todos los estudios existentes están de acuerdo en la idea de que las personas con TDI tienen una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental que la población general (Cooper, 2007; Moss, 2001, Whitaker & Read, 2006). Hay

una prevalencia de 30-40% de trastornos mentales en personas con TDI, lo que corresponde aproximadamente a cuatro veces la prevalencia en la población general. Esta relación se mantiene para cada patología específica que consideremos. Por lo tanto, para los Trastornos Esquizofrénicos la prevalencia es de 3% (O'Hara & Sperlinger, 1998), para la Depresión entre 1,3 y 3,7% (Deb et al., 2001) y los Trastornos de Ansiedad se presentarían aproximadamente en el 40% de las personas con TDI (Raghavan, 1997).

Objetivo

Este artículo presenta los datos resultantes de la aplicación de un instrumento diseñado para la investigación de la patología psiquiátrica en niños y jóvenes con TDI, el ChA-PAS (*Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules*) (Moss et al, 2013), y evalúa la consistencia de los resultados del mismo con los diagnósticos psiquiátricos realizados mediante una valoración psiquiátrica.

Los datos se han obtenido de la evaluación psiquiátrica realizada dentro de un estudio más amplio en curso en el Centro de Recuperação de Menores D. Manuel Trindade Salgueiro (CRM), de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (HHSCJ), el **Estudio Multidimensional de la Población Infantil y Juvenil con TDI Grave y Profunda del CRM**, que tiene como objetivo, entre otros, crear una batería de evaluación multidisciplinar que satisfaga las necesidades de las diversas áreas técnicas relacionadas con la intervención de niños y jóvenes con TDI Grave y Profundo. En el futuro, también se publicarán datos sobre el estudio global.

El CRM atiende a 120 residentes de sexo femenino y edad comprendida entre 3 y

17 años, que presentan un diagnóstico de Trastorno del Desarrollo Intelectual. Actualmente el CRM se centra en situaciones de Diagnóstico Doble (TDI y otros trastornos de salud mental y psiquiatría) y Discapacidad Múltiple (TDI y otras discapacidades sensoriales, motoras o expresivas), como área clínica de intervención más específica de su práctica. Atiende a personas procedentes de todo Portugal.

Su especificidad se debe a las características del equipo técnico multidisciplinar, que incluye personal médico y de enfermería, al contrario de lo que suele ser habitual en las instituciones relacionadas con la rehabilitación. El Equipo Multidisciplinar comprende: 1 Psiquiatra, 1 Médica de Medicina General y de Familia, 1 Pediatra, 1 Dentista, 14 Enfermeros, 1 Psicólogo, 1 Asistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Psicomotricidad, 1 Fisioterapeuta, 1 Logopeda, 2 Educadoras Sociales, 52 Cuidadores - 4 de ellos con funciones específicas de seguimiento de las actividades ocupacionales -, 2 Profesoras de Enseñanza Especial, y 6 Hermanas de la Congregación de HHSCJ con actividades de gestión y coordinación de los servicios, que se acumulan con el servicio de atención al paciente.

El "ChA-PAS" pertenece a un conjunto de 4 instrumentos llamados PAS-ADD (*Psychiatric Assessment Schedules for Adults With Developmental Disabilities*) (Moss et al, 1993) (<http://www.pas-add.com/>) diseñados para mejorar la detección y diagnóstico de problemas de salud mental en personas con TDI. El PAS-ADD Clinical Interview consiste en una entrevista clínica semiestructurada producto de la evolución de la versión inicial PAS-ADD 10, destinado a ser utilizado por profesionales capacitados, tales como psiquiatras y psicólogos, y permite un diagnóstico principal preciso tanto en la CIE-10

como el DSM-IV-TR. El **PAS-ADD Checklist** es un cuestionario de 25 ítems que emplean un lenguaje coloquial, diseñado para el uso de los cuidadores y familiares, que son las personas que se dan cuenta antes de los cambios en el comportamiento de las personas que tratan, con el fin de decidir sobre la necesidad de una evaluación en contexto clínico. El **Mini PAS-ADD** es un cuestionario semi-estructurado para la detección de síntomas psiquiátricos, dirigido por un miembro del equipo sin formación psiquiátrica o psicológica, por lo que debe recibir la formación adecuada para utilizarlo. En general se aplica a los cuidadores más directos o a la familia de la persona con TDI. Por último, el **ChA-PAS** es el elemento más reciente de PAS-ADD y fue elaborado ante las peticiones de los profesionales de contar con un instrumento que no tuviese la limitación de la edad mínima requerida para la aplicación Mini PAS-ADD. También está diseñado para ser utilizado por miembros del equipo que hayan recibido una formación adecuada, y puede ser aplicado al niño o joven con TDI, a un miembro de la familia o cuidador, o a ambos.

Aparte de PAS-ADD Checklist, ninguno de estos instrumentos está diseñado para determinar un diagnóstico, pero permite comprender con gran precisión la necesidad de evaluación clínica para definir la presencia de un trastorno. Tiene la gran ventaja de mejorar la capacidad del personal no formado en psiquiatría o psicología para detectar posibles enfermedades psiquiátricas, ampliando las posibilidades para la evaluación de la población con TDI en diferentes contextos y en todas las edades y niveles de discapacidad.

El ChA-PAS es un instrumento de 97 ítems organizados en 7 secciones, asociadas a distintas esferas de síntomas psiquiátricos,

cuantificados en una escala de gravedad de 2 a 4 puntos. Los ítems se basan en CIE-10 (OMS, 1992). Algunos de ellos se refieren a síntomas de patologías específicas, mientras que otros son comunes a varios trastornos. El Che-PAS genera así puntuaciones en 9 escalas de síntomas: Psicosis, Episodio Maníaco, Episodio Depresivo, Trastornos Ansiosos, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Conducta, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno del Espectro Autista (TEA). Cada escala tiene una puntuación de referencia para identificar la probable presencia del respectivo trastorno de salud mental.

Método

La muestra se corresponde con el universo total de residentes en CRM con edades comprendidas entre 3 y 25 años de edad y sufrían de TDI Grave y Profundo.

La implementación del ChA-PAS es parte del Estudio Multidimensional en marcha en CRM, como ya se ha mencionado, y se refiere a la investigación de la patología psiquiátrica. Esta herramienta considera en su aplicación, un informante principal, que puede entrevistar la persona a la que se aplica la escala u otras personas que contactan regularmente con ella (la familia, otros cuidadores), y un segundo informante, para acompañar a la persona seleccionada en otros contextos (el profesor en la escuela).

Ya que no existen versiones traducidas y validadas para la población portuguesa, se optó por utilizar la versión original, teniendo cuidado de ser siempre el mismo informante a utilizar la escala. Se intentaba evitar así que una traducción libre por nuestra parte o el empleo de otras versiones traducidas a otros idiomas (español, fran-

cés, ...) afectase de manera significativa los resultados.

Por lo tanto, se optó por el psiquiatra de CRM como el primer informante para cada persona seleccionada por ser el miembro del equipo más directamente relacionado con la enfermedad psiquiátrica, lo que le permitió usar la escala sin la necesidad de una formación específica. Además, el psiquiatra conoce a todas las personas seleccionadas, y tiene acceso a todos los demás cuidadores. Como un segundo informante, se le pidió al técnico de referencia de la persona seleccionada que asumiera este papel, por tener un conocimiento privilegiado de la persona y recoger periódicamente la información de otros informantes.

Fueron utilizadas todas las posibilidades de recogida de datos, desde la entrevista con la persona seleccionada, de acuerdo con la posibilidad de participación de la misma, a la participación de otros cuidadores relacionados con las actividades básicas de sub-

sistencia, otras intervenciones técnicas, y área pedagógica. Se consideraron todos los datos disponibles en la historia completa de la persona seleccionada, ya que muchos de los síntomas que se consideran no estaban presentes en el momento de la entrevista. Es decir, la referencia al tiempo considerado para la recogida de datos es uno de los aspectos que el ChA-PAS exige indicar en el comienzo de la cumplimentación. La caracterización de la persona seleccionada se basó en datos sobre el proceso clínico de cada una.

Resultados

Muestra:

Se evaluaron un total de 33 mujeres residentes en CRM, con edades comprendidas entre los 3 y los 25 años. De estas, 23 tenían TDI Grave y 10 TDI Profundo.

Tabla 1: Caracterización de la muestra de acuerdo con los datos del proceso clínico.

Trastorno Desarrollo Intelectual	Grave	Profundo	Total
Género	Femenino	Femenino	
Edad 3 < 6		1	1
Edad 6 < 12	2	3	5
Edad 12 < 25	19	8	27
Trastorno Psiquiátrico	20	9	29
Trastorno Somático	16	13	29
Trastorno Psiquiátrico e Somático	16	9	25
Ningún otro diagnóstico	0	0	0

A partir de los datos en la historia clínica de cada residente evaluada, se encontró que 30 (90,9%) de ellas tenían un diagnóstico psiquiátrico, 28 (84,8%) tenían patología somática, 31 tenían dos o más comorbilidades (93,9%), especialmente epilepsia, presente en 10 (33, 3%), y finalmente no había ninguna residente evaluada sin ninguna patología asociada (Tabla 1).

Aplicación del CHA-PAS:

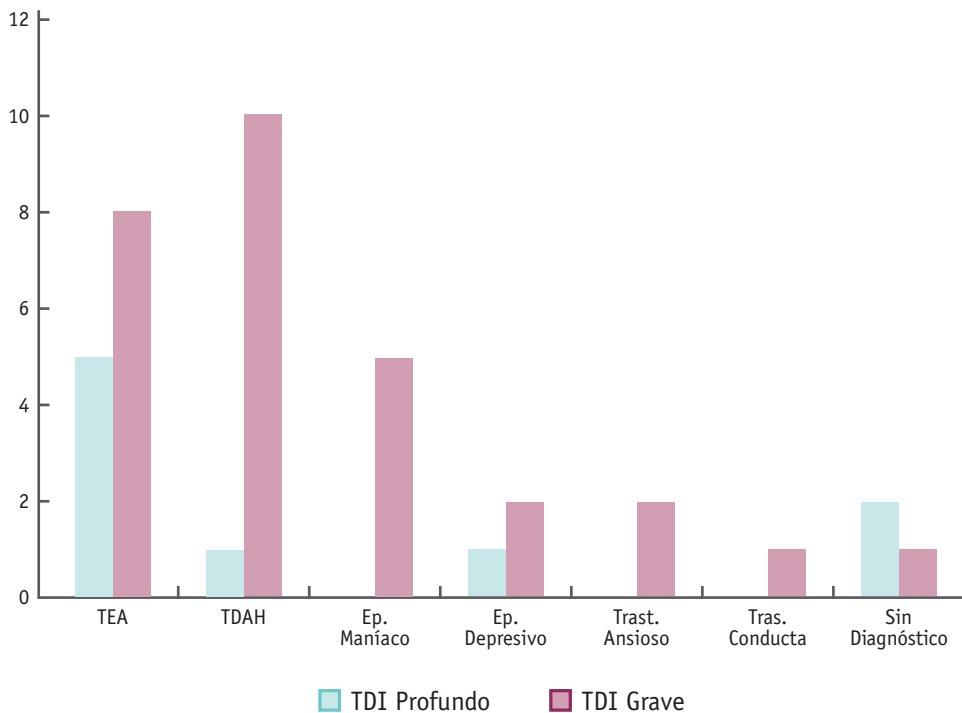
Después de la aplicación del instrumento ChA-PAS, nos dimos cuenta de un predominio de puntuación por encima de la puntuación de referencia para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), y de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), lo que está de acuerdo con la experiencia de los técnicos que trabajan en este campo y con los datos de la literatura.

Varios casos tienen puntuación por debajo del umbral significativo para Trastorno de Conducta, pero todos ellos tienen puntuación significativa para TDAH, diagnóstico que incorpora las modificaciones de conducta que han sido identificadas. Otros tienen puntuaciones subliminales para psicosis y trastorno obsesivo, pero todos pertenecen a los casos que puntúan significativamente el TEA, que integra los síntomas psicóticos y obsesivos identificados. Por último, aunque sólo dos personas puntuaban para Trastorno de Ansiedad (TA), hay 11 que, aunque puntuaban significativamente TA, también puntuaban para el TDAH y TEA. Estos son los diagnósticos más específicos que incluyen síntomas de ansiedad no específicos y presentes en muchas patologías, y por lo tanto no se pueden enumerar como un único diagnóstico en estos casos (Tabla 2) (Figura 1).

Tabla 2: Resultados de la aplicación ChA-PAS.

Trastorno del Desarrollo Intelectual (n:33)	Grave	Profundo	Total	Notas
TEA	8 (26,6%)	5 (16,6%)	13 (43,3%)	
TDAH	10 (33,3%)	1 (3,3%)	11 (36,6%)	
Episodio Maníaco	5 (16,6%)	0	5 (16,6%)	
Episodio Depresivo	2 (6,6%)	1 (3,3%)	3 (9,9%)	
Trastorno Ansioso	2 (6,6%)	0	1 (3,3%)	Más 11 (36,6%) cotizan, integrados e TEA e TDAH
Trastorno de Conducta	1 (3,3%)	0	1 (3,3%)	
Sin diagnóstico psiquiátrico	1 (3,3%)	2 (6,6%)	3 (9,9%)	

Figura 1: Resultados de la aplicación del ChA-PAS.



Discusión y Conclusiones

Este estudio pretende demostrar la relevancia de la herramienta ChA-PAS en la detección de probable trastorno psiquiátrico en niños y jóvenes con TDI Grave y Profundo. El grado de concordancia con el diagnóstico clínico previo fue del 100%, lo que apoya la hipótesis de que Cha-PAS es un instrumento útil en la evaluación de esta población. Algunas de las pacientes estudiadas presentan una patología no específica y compleja, en que el cuadro sindrómico incluye síntomas comunes a diferentes patologías asociadas a trastornos del comportamiento. Se encontró que ChA-PAS permite la identificación de un diagnóstico más estructural de los síntomas, con implicaciones significativas para la orientación terapéutica de las pacientes.

El trabajo también nos ha permitido identificar algunas limitaciones que la evaluación de esta población tiene. Por ejemplo, fue evidente la dificultad de evaluar los síntomas de naturaleza cognitiva (por ejemplo, pensamientos suicidas, confianza en sí mismo, delirios), por los problemas cognitivos inherentes.

También la expresión personal limita la participación de las personas en el estudio, sea por la ausencia de la expresión verbal, sea por la postración en cama, o por no tener ninguna posibilidad de expresión (incluso la expresión facial se ve comprometida o tiene carácter estereotipado).

Junto con las dificultades expresivas y conceptuales, también las dificultades sensoriales, especialmente amaurosis bilateral y sordera completa, deterioran significativamente la comunicación efectiva con los evaluadores.

En algunos ítems, incluyendo los relativos al sueño y el apetito, el empleo de la medicación y las rutinas de la institución produ-

cen cambios importantes, y es fundamental que veamos los datos de la historia de la persona evaluada para tratar de entender cuál es su funcionamiento natural.

Por último, el hecho de que el primer informador sea el psiquiatra que acompaña a las personas evaluadas, debe tenerse en cuenta como factor significativo en los resultados, aunque éste no tuviera presente en el momento de la evaluación los diagnósticos previos de las personas estudiadas.

Podemos concluir, sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas, que la gran mayoría de la población del estudio (91%) tienen una enfermedad psiquiátrica asociada con TDI, con un predominio de TEA y TDAH. La patología más frecuente en las personas con TDI Profundo es TEA, mientras que en las personas con TDI Grave el TDAH es lo más representado.

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos asociados a TDI es mucho más alta en la población estudiada en relación con los datos de literatura (91% vs 30-40%). Esto puede explicarse por el contexto institucional en el que se realizó el estudio. Como hemos dicho antes, el CRM acoge preferentemente personas con Diagnóstico Doble, donde TDI se asocia con otro diagnóstico psiquiátrico, y es por lo tanto una población en la que esta realidad es mucho más común. El hecho de que hay un rango más pequeño de diagnósticos psiquiátricos en la población con TDI Profundo está de acuerdo con datos de la literatura. Sin embargo, debemos considerar las limitaciones mencionadas, en particular con respecto a las capacidades expresivas de las personas observadas, tanto más que esto es más relevante en las personas con discapacidades múltiples, en las que estas dificultades son más evidentes.

Áreas de investigación futura

Incluso con herramientas adecuadas, la evaluación de personas con TDI, especialmente Grave y Profundo, es siempre un reto. Por tanto, se necesitan más estudios con este u otro instrumento construido para detectar probables trastornos psiquiátricos en personas con TDI para confirmar los datos de este estudio, para que un mayor número de técnicos adquieran experiencia y seguridad en la utilización de estos instrumentos, y para ampliar la evidencia de esta realidad.

La exploración de nuevos instrumentos y su traducción, verificación y validación para la población portuguesa puede ser una plusvalía inestimable para las personas con TDI, para ayudar a todos aquellos que trabajan con ellos a detectar la presencia de comorbilidad psiquiátrica, independientemente de la formación básica que poseen.

La sensibilización y formación de los profesionales de la salud en la presencia de Diagnóstico Doble en TDI es fundamental, dada la magnitud del problema. Incluso hoy en día aún no existe una formación estructurada sobre TDI en el currículo de la formación de la profesión médica en Portugal, ya sea pre o post-grado. Sólo con la producción de evidencia científica de esta realidad tendremos argumentos para apoyar los cambios de los planes de estudios para que incluyan también este problema.

Gratitud

Este estudio contó con lo apoyo financiero del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) - Dirección General de Salud (DGS) - Ministerio de Salud, a quien agradecemos este apoyo y todo el aliento para desarrollar este trabajo. El equipo técnico de CRM da las gracias a toda la comunidad de CRM, incluyendo las residentes y sus familias, su apoyo en todo momento para este estudio

Bibliografía

1. Albuquerque MC. A criança deficiente mental ligeira: aspetos comportamentais e familiares. INR, Lisboa, 2000.
2. Carvalho A. "Encontro de Trabalho Saúde Mental na Deficiência Intelectual", palestra na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2012.
3. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A & Allen L. Mental Ill-Health in Adults with Intellectual Disabilities: Prevalence and Associated Factors. *British Journal of Psychiatry*, 190: 27-35, 2007.
4. Deb S, Thomas M & Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability: prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45: 495-505, 2001.
5. Mercer J. Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspective on mental retardation. Berkeley: University of California Press, 1973.
6. Moss S, Patel P, Prosser H, Goldberg D, Simpson N, Rowe S, Lucchino R. Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. I: Development and reliability of the patient interview (PAS-ADD). *Br J Psychiatry*. 163:471-80, 1993.
7. Moss S. Psychiatric Disorders in Adults with Mental Retardation. *International Review of Research in Mental Retardation*, 24: 211-43, 2001.
8. Moss S, Friedlander R & Lee P. The ChA PAS Handbook and Clinical Interview: For the assessment of mental health problems in children and adolescents. Hove, Pavilion Publishing Ltd, 2013.
9. O'Hara J, Sperlinger A. Adults with Learning Disabilities: A Practical approach for health professionals. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 1997.
10. Tejada MI. Retraso mental de origen genético. Presentación de la Red GIRMÓGEN. *Rev Neurol*, 42 (Supl. 1): S1-6, 2006.
11. Tarjan G, Wright SW, Eyman RK & Keeran CV. Natural history of mental retardation: some aspects of epidemiology. *Am J Ment Defic*. 77(4):369-79, 1973.
12. Raghavan R. Anxiety disorders in people with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 2 (1): 3-9, 1997.
13. Whitaker S, Read S. The Prevalence of Psychiatric Disorders among people With Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (4): 330-45, 2006.

FIDMAG informa

DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO DE LAS PSICOSIS MEDIANTE IMAGEN CEREBRAL

Investigadores de FIDMAG Hermanas Hospitalarias evalúan el potencial de la inteligencia artificial y de las imágenes cerebrales para el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia y del trastorno bipolar.

R. Salvador, J. Radua, E. J. Canales-Rodriguez, A. Solanes, S. Sarro, J. M. Goikolea, A. Valiente, G. C. Monte, M. D. C. Natividad, A. Guerrero-Pedraza, N. Moro, P. Fernandez-Corcuera, B. L. Amann, T. Maristany, E. Vieta, P. J. McKenna and E. Pomarol-Clotet. Evaluation of Machine Learning Algorithms and Structural Features for Optimal MRI-Based Diagnostic Prediction in Psychosis. PlosOne. 2017.

Tradicionalmente, las imágenes cerebrales de resonancia magnética han sido utilizadas para llevar a cabo estudios que permitieran conocer más a fondo las bases biológicas de las enfermedades mentales. Sin embargo, los avances recientes en el campo de la inteligencia artificial, y en especial de los algoritmos de aprendizaje automático (Machine Learning) han abierto la posibilidad de su utilización como herramienta clínica aplicada, tanto para la realización de diagnósticos como para la predicción de la evolución de los pacientes [1]. Concretamente, en el campo de las psicosis existen ya varios estudios que han evaluado el poder de las imágenes de resonancia magnética (RM) para discriminar los cerebros de individuos con un diagnóstico de esquizofrenia de los cerebros de individuos sanos [2]. Sin embargo, hay pocos estudios que hayan realizado este tipo de análisis en pacientes con trastorno bipolar, y sólo un estudio ha llevado a cabo la relevante evaluación del diagnóstico diferencial entre ambos trastornos [3].

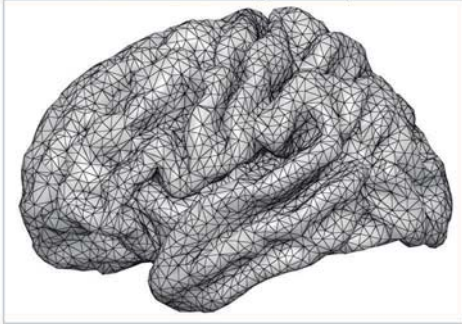
De cara a evaluar objetivamente la utilidad de las imágenes cerebrales RM de tipo estructural en el diagnóstico diferencial de las psicosis, los investigadores de FIDMAG Hermanas Hospitalarias llevaron a cabo un análisis exhaustivo en una muestra que comprendía imágenes de

127 controles sanos, 128 pacientes con esquizofrenia y 128 pacientes con trastorno bipolar. En concreto, se evaluó de forma sistemática la capacidad de predicción diagnóstica de ocho de los algoritmos más utilizados en el campo del aprendizaje automático [4] aplicados a diferentes formatos de datos de imagen estructural (véase Figura 1).

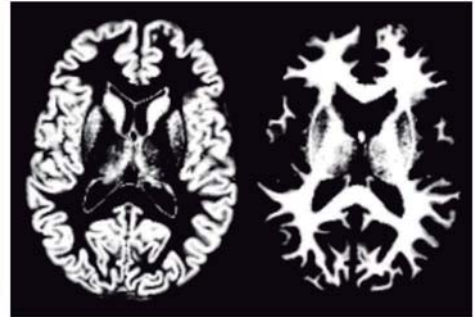
Los análisis realizados otorgaron un poder de diagnóstico similar a los ocho algoritmos de aprendizaje probados y mostraron la mayor utilidad de las imágenes cerebrales tipo VBM (imágenes de morfometría basada en vóxel). La Figura 2 muestra el grado de acierto logrado en las clasificaciones realizadas con los ocho algoritmos para el diagnóstico diferencial entre los tres grupos (controles sanos, pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno bipolar). De promedio se consiguieron discriminar correctamente el 75% de los individuos (clasificación esquizofrenia vs. control), el 63% (clasificación bipolar vs. control) y el 62% (clasificación esquizofrenia vs. bipolar). Aunque los niveles de acierto reportados en este estudio no alcanzaron los niveles que se podrían considerar necesarios para una automatización del diagnóstico en psicosis, sí que muestran la potencialidad de estas nuevas herramientas de inteligencia artificial como herramientas complementarias para la evaluación clínica de este tipo de pacientes.

www.fidmag.org

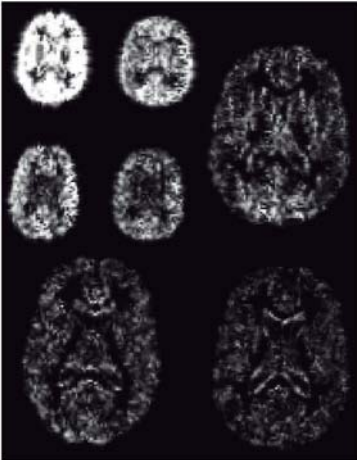
A) Vertex based Cortical thickness and volume
 149955 vertices in left hemisphere
 149926 vertices in right hemisphere



B) Grey and white matter voxel based morphometry (VBM)
 24834 grey matter voxels (4x4x4 mm)
 12622 white matter voxels (4x4x4 mm)



C) Grey and white matter wavelet based morphometry (WBM)
 8593 grey matter coefficients
 9513 white matter coefficients



D) Regional volumes and their pairwise interactions
 123 regional volumes + 7503 interactions =
 7626 variables



Figura 1:

Tipología de los diferentes formatos de datos de imagen estructural cerebral que fueron utilizados en la predicción del diagnóstico de los pacientes.

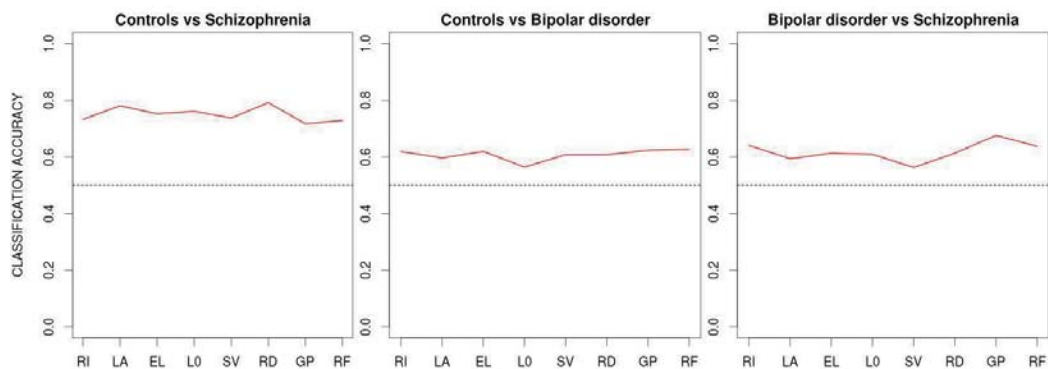


Figura 2:

Grados de acierto en el diagnóstico logrados por los 8 algoritmos de aprendizaje automático en las tres clasificaciones realizadas (esquizofrenia vs. control, bipolar vs. control, esquizofrenia vs. bipolar). Un valor 0.5 indicaría una clasificación meramente al azar (con un 50% de probabilidad de acierto).

Referencias

- 1.- Phillips ML. 2012. Neuroimaging in psychiatry: bringing neuroscience into clinical practice. *Br J Psychiatry*. 201:1-3.
- 2.- Wolfers T, Buitelaar JK, Beckmann CF, Franke B, Marquand AF. 2015. From estimating activation locality to predicting disorder: A review of pattern recognition for neuroimaging-based psychiatric diagnostics. *Neurosci Biobehav Rev*. 57:328-349.
- 3.- Schnack HG, Nieuwenhuis M, van Haren NE, Abramovic L, Scheewe TW, Brouwer RM, Hulshoff Pol HE, Kahn RS. 2014. Can structural MRI aid in clinical classification? A machine learning study in two independent samples of patients with schizophrenia, bipolar disorder and healthy subjects. *Neuroimage*. 84:299-306.
- 4.- Hastie T, Tibshirani R, Friedman JK. 2009. *The elements of statistical learning. Data mining, inference and prediction*. second ed. New York: Springer.

COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS DURANTE EL AÑO 2017

Josep Treserra Torres

Director Médico Hospital Benito Menni Sant Boi de Llobregat

Manuel Sánchez Pérez

Psicogeriatra Hospital Sagrat Cor Martorell

Jose Ignacio Quemada Ubis

Director Médico Hospital Aita Menni Mondragón

Vanesa Miquel Bolinches

Psicóloga CSMA Sant Boi de Llobregat

Consuelo Almenar Monfort

Coordinadora Área de Geriatría Benito Menni Sant Boi

Carmen Vargas Vargas

Coordinadora del Servicio de atención a personas con discapacidad
Benito Menni Sant Boi

Manuel Martín Carrasco

Director Médico Clínica Psiquiátrica Padre Menni de Pamplona



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.org
www.hospitalarias.org

