



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

XXIII Jornadas de
Actualización en
Psicogeriatría

Barcelona 18-19 mayo 2018

Nº. **235**

1.er Trimestre

2019

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. Pedro Roy Millán

JEFE DE REDACCIÓN

Sr. J.L. Arroyo Cifuentes

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sor Elisa Sánchez Santamaría

Dr. J.A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J.I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

Dr. C. Franquelo Cruz

Dr. E. Rojo Rodes

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. Orrit Clotet

Dra. M. Centeno Casanovas

Sr. J. Tristany Claret

Dr. E. Díaz-Albo Hermida

Dr. S. Sarró Maluquer

Dr. C. Martín Lorenzo

Dr. J. Gómez de Tojeiro Roce

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 Brugué

Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla

Prof. Dr. J.L. González Rivera

Prof. Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Dra. E. Pomarol-Clotet

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. Manuel Sánchez Pérez

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Prof. Dr. E. Vieta Pascual

SEDE PROVINCIAL BARCELONA

Av. Jordà, 8

08035-Barcelona

Tel.: 93.418.69.33

e-mail: informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es

www.informacionespsiquiatricas.com

www.hospitalarias.es

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. 675-1958 / 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. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com
4. Los trabajos deberán presentarse 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 correlati-

va, 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.

d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:

- Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
- Título del trabajo en su lengua original.
- Tipo de soporte entre claudators.
- Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
- URL

Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>

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 **PRÓLOGO**
Dr. Carlos Franquelo
- 11 **INTRODUCCIÓN**
Dr. Manel Sánchez Pérez
- 13 **“FOCUS ON DEMENTIA”: PROGRAMA NACIONAL ESCOCÉS DE MEJORA DE CALIDAD DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA**
Dr. César Rodríguez Castelló
- 23 **ACTIVIDAD DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO-ADRENAL Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN EL ANCIANO. EL PAPEL DEL ESTADO DE REMISIÓN DE LA DEPRESIÓN MAYOR**
Neus Salvat-Pujol
- 31 **ESTADOS POSTDEPRESIVOS: RELEVANCIA CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN SUBSINDRÓMICA EN LOS MAYORES**
Javier Olivera Pueyo
- 41 **TRATAR LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO, ¿HASTA CUÁNDO?**
Jorge Pla-Vidal
- 47 **DISFUNCIÓN EJECUTIVA EN LA PARÁLISIS CEREBRAL. MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA, OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA**
Dra. Silvia Fernández Doblado
- 53 **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN DEMENCIAS: EFECTIVIDAD DE LOS ANIMALES ROBÓTICOS**
Natalia Rosillo Carretero / Enrique Pérez Sáez /
Elisa Pérez Redondo / Beatriz Peláez Hernández

-
- 61 **RESTRICCIÓN QUÍMICA EN ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS, EL PROYECTO CHROME**
Jorge López Álvarez / Luis F. Agüera Ortiz /
Javier Olazarán Rodríguez
- 71 **EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOMOTORA EN
PSICOGERIATRÍA: CONCEPTOS Y PRÁCTICAS**
Ana Isabel Rodrigues de Morais
- 83 **SOCIOTIPO GERIÁTRICO Y RED SOCIAL EN EL ANCIANO**
Laura Montes Reula
- 89 **PERFIL DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PERSONAS
MAYORES DE 65 AÑOS DEL AREA SANITARIA DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA EN EL PERIODO DE
2015 A 2017**
Juan Soriano Barceló / Jose Portes Cruz / Begoña
Portela Traba / Jose Manuel Cornes Iglesias /
Julio Brenlla Gonzalez / Raimundo Mateos Álvarez
- 109 **PREVALENCIA DE PRIMER EPISODIO DE DELIRIO,
FACTORES RELACIONADOS Y SU IMPACTO SOBRE
MORTALIDAD, EN PACIENTES INGRESADOS EN
CONVALECENCIA**
Javier Santolaria Giner / Alvaro José Betancourt /
Paula Ariana Bozin
- 124 **INTERFERENCIAS DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS
VERBALES RECURRENTE SOBRE EL RENDIMIENTO
EN UNA TAREA DE SHADOWING (SOMBREADO) EN LA
ESQUIZOFRENIA**
FIDMAG informa

Prólogo

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRIA 2018

Dr. Carlos Franquelo

Psiquiatra.

Director Médico. Hospital Sagrat Cor Martorell (Barcelona).

El Hospital Sagrat Cor de Martorell desde sus inicios ha demostrado un especial interés y compromiso con la atención a los ancianos afectados de trastornos mentales. El Dr. Alfredo Rego, primer director médico del centro, impulsó en el año 1970 la creación del pabellón de psicogeriatría, probablemente la primera unidad de agudos psicogerítrica del país. Posteriormente y de la mano del programa sociosanitario del servicio catalán de la salud a partir de los años 90 se han ido desarrollando en nuestro hospital una serie de recursos especializados en la atención psicogerítrica tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Cabe destacar entre todos estos recursos nuestra unidad de psiquiatría geriátrica de agudos, dotada de una estructura propia y equipada con los medios materiales y técnicos apropiados para dar una atención adecuada y específica a este tipo de pacientes. Esta unidad, que forma parte de nuestra área de hospitalización en salud mental, recibe apoyo profesional del área geriátrica de nuestro centro. Es nuestra intención, y en este sentido estamos en conversaciones con la administración sanitaria, ampliar la cobertura de nuestra unidad de agudos a un ámbito territorial más amplio con el fin de dar respuesta a una necesidad asistencial creciente como es la valoración y tratamiento de los cuadros psiquiátricos agudos y críticos en ancianos.

En paralelo al desarrollo de este tipo de recursos, nuestro centro ha intentado impulsar y mantener a lo largo de estos años una actividad formativa y docente muy vinculada a la clínica del día a día, con una visión integral e integradora de las diversas disciplinas que intervienen en el cuidado del paciente anciano con trastorno mental. El Máster y la Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría, así como estas Jornadas, son claros exponentes de este compromiso iniciado hace ya más de 20 años.

En esta nueva edición de las jornadas de actualización en psicogeriatría el Dr. Manuel Sánchez y su equipo nos presentaron, como es habitual, un amplio abanico de temas que abarcan aspectos clínicos, psicosociales, terapéuticos y organizativos.

Introducción

Dr. Manel Sánchez Pérez

Psiquiatra.

Subdirector médico. Coordinador Área de Hospitalización en Salud Mental. Hospital Sagrat Cor. Martorell (Barcelona).

Un año más, las Jornadas de Actualización en Psicogeriatría, organizadas por el hospital Sagrat Cor, de las Hermanas Hospitalarias en Martorell, Barcelona, han pretendido poner al día diferentes cuestiones clínicas, terapéuticas y asistenciales en el de la salud mental de los mayores.

En esta edición hemos podido conocer de la mano de uno de sus coordinadores, las estrategias asistenciales en demencias llevadas a cabo en Escocia al amparo del programa Living well with dementia del Reino Unido, adaptado recientemente por el gobierno escocés para su propio territorio.

También se ha profundizado en diferentes aspectos relacionados con la depresión en la edad avanzada, uno de los principales problemas clínicos entre los trastornos mentales de los mayores. En esta ocasión el punto de mira se pone en los estados postdepresivos, hasta hace poco escasamente estudiados, pero cada vez con mayor evidencia sobre su papel en el pronóstico a largo plazo de los episodios afectivos en población geriátrica. Se exponen los avances desde las correlaciones neuroendocrinas en los estados depresivos en remisión, pasando por la relevancia clínica de los estados posteriores a un episodio depresivo, hasta las consideraciones especiales de las estrategias terapéuticas en estas fases evolutivas de la depresión en el paciente anciano.

Aspectos menos conocidos del envejecimiento cognitivo en personas con discapacidades severas, como la parálisis cerebral o el síndrome de Down, han tenido también cabida en esta edición, donde se aborda la problemática creciente y generalmente poco conocida, de estas poblaciones especiales.

La presencia de robots en la asistencia de pacientes con deterioro cognitivo y demencia, está siendo cada vez más introducida en las estrategias de abordaje no farmacológico de los pacientes psicogeríátricos. La valoración de sus efectos se actualiza en estas Jornadas a la luz de recientes investigaciones en el campo de los animales robóticos, cuya aplicación en terapia no deja de crecer.

Las Jornadas también han proporcionado la ocasión de poner de manifiesto nuevas iniciativas en la racionalización de los tratamientos farmacológicos en ámbito residencial. Tras el impulso en los últimos años de los programas orientados a la reducción o eliminación de las contenciones físicas, las restricciones químicas son también puestas en cuestión bajo el desarrollo de programas más recientes como el proyecto CHROME.

Entre las aproximaciones de las terapias de apoyo en los pacientes con demencia se encuentra el uso de la psicomotricidad que, organizada e implementada por terapeutas especializados, consigue mejoras funcionales y emocionales que no siempre son tenidas suficientemente en cuenta en los planes de tratamiento integral de los pacientes psicogeríátricos.

Finalmente, una aproximación novedosa incluye el análisis de las relaciones sociales a lo largo de la vida, o sociotipo geriátrico, en interacción con el genotipo para explicar de forma integrativa los fenómenos de adaptabilidad en la vejez.

“FOCUS ON DEMENTIA”: PROGRAMA NACIONAL ESCOCÉS DE MEJORA DE CALIDAD DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA

**Conferencia inaugural
XXIII Jornadas de Actualización en Psicogeriatría
Barcelona 18 mayo 2018**

Dr. César Rodríguez Castelló

Consultant Old Age Psychiatrist NHS Tayside and
National Clinical Lead (Psychiatry), Focus on Dementia, iHub,
Healthcare Improvement Scotland

Resumen

Desde el año 2009, las demencias han sido una prioridad política en Escocia. El gobierno escocés ha publicado tres Estrategias Nacionales para Demencias desde el 2010 con la influencia de distintas organizaciones, en particular de una ONG de gran fuerza, Alzheimer Scotland. Para poder cerrar la brecha entre política y realidad clínica, el gobierno escocés encarga a Healthcare Improvement Scotland (HIS) específicos trabajos de mejora de servicios para gente con demencia y sus cuidadores. Este artículo explica los distintos proyectos nacionales que el equipo “Focus on Dementia” (en HIS) lleva a cabo, desde apoyo postdiagnóstico a cuidados paliativos a través de diferentes establecimientos tanto en la comunidad como en hospitales.

Palabras clave: demencia, mejora de servicios, mejora de calidad, estrategia demencias.

Abstract

There has been a political commitment in Scotland to make Dementia a priority since 2009. From 2010 to date, the Scottish Government has published three National Dementia Strategies with the input from different organisations, in particular the NGO Alzheimer Scotland. In order to bridge the gap between policy and practice, the Scottish Government commissions pieces of work around Quality Improvement of services for people with dementia and their carers to Healthcare Improvement Scotland (HIS). This paper explains the different projects that the Focus on Dementia Team in HIS carries out in their national portfolio, from postdiagnostic support to end of life care and through different settings in the community and in hospitals.

Key Words: dementia, service improvement, quality improvement, dementia strategy.

Política sobre las demencias

En el 2009, el Gobierno Escocés declara mejoras en el campo de las demencias una de sus prioridades tras la publicación de los siguientes documentos ese mismo año:

- La “Comisión para el Bienestar Mental” (Mental Welfare Commission for Scotland, MWC) y la “Comisión de Cuidados” (Care Commission) publican conjuntamente un informe que tendría grandes repercusiones. El informe se titula “Recuerda, todavía soy yo” (“Remember, I’m still me”). Describe los hallazgos sobre el cuidado de personas con demencia en unas 30 residencias geriátricas. (1)
- Sube Banerjee, Catedrático de Psicogeriatría en Londres, publica “El uso de anti-psicóticos en personas con demencia: La hora de la acción” donde expone el uso indiscriminado y los efectos secundarios de neurolépticos en gente con demencia y la falta de seguimiento médico. (2)

En Octubre del 2009, se crea un grupo de miembros del parlamento escocés y organizaciones que representan a personas con demencia y sus cuidadores. Trabajarán juntos para crear un acta de los derechos de personas con demencia y sus cuidadores (3), tras una extensa consulta pública donde más de 500 personas participan, para asegurarse de que estos derechos sean reconocidos a todos los niveles en las instituciones escocesas.

Primera Estrategia Nacional de Demencia en Escocia 2010-2013 (4)

Define 8 acciones para obtener el cambio: cánones de cuidado comunes para todos los servicios de demencias; desarrollo en la educación y conocimiento específico en el cuidado de las demencias; apoyo gubernamental necesario para el cambio; mejor manejo de la información disponible sobre demencias; continuar mejorando aspectos del diagnóstico de las demencias; mejoras en las respuestas a las conductas que los cuidadores ven difíciles de manejar; acelerar la implementación de tratamientos médicos; apoyar la investigación en el campo de las demencias.

Propone dos áreas clave de desarrollo:

1. Mejoras en el diagnóstico y en apoyo e información tras el diagnóstico
2. Mejoras en el cuidado de pacientes con demencia en hospitales generales

Se publican dos manuales en el 2011:

“Standards of Care for Dementia in Scotland” (5): se especifican los derechos de toda persona con demencia que lleva a un cambio en los servicios desde un incremento en el número de personas diagnosticadas hasta una nueva forma de pensar a la hora de ofrecer servicios con mayor énfasis en las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores.

Esto a su vez lleva a la publicación y puesta en marcha de un programa obligatorio de educación y competencias que todo profesional que trabaja en salud o servicios sociales debe tener para poder cuidar y apoyar a personas con demencia y sus cuidadores. Ofrece 4 niveles de conocimiento de demencias desde básico hasta avanzado. (6)

Segunda Estrategia Nacional de Demencia en Escocia: 2013-2016 (7)

Se consolidan los **servicios de postdiagnóstico** utilizando el modelo de “Los Cinco Pilares” (“Five Pillars Model”) de Alzheimer Scotland. Se garantiza un mínimo de 12 meses de apoyo postdiagnóstico a toda persona diagnosticada con demencia. (8)



Mejorar la coordinación para el cuidado de demencias en la comunidad. Aquí se sigue el modelo de Alzheimer Scotland conocido como “Modelo de los 8 Pilares” (“8 Pillar Model”) (9)



Tercera Estrategia Nacional de Demencia en Escocia: 2017-2020 (10)

Comienza con la aspiración del gobierno escocés de continuar con mejoras para las personas con demencia:

“Nuestra visión es la de una Escocia donde las personas con demencia y aquellos que proveen cuidados tengan un acceso a un apoyo a tiempo, experto y que esté bien coordinando desde el momento del diagnóstico hasta la final de vida y que consiga los resultados que

importan a las personas con demencia y sus cuidadores”.

En el 2017 se estima que hay unas 90,000 personas con demencia en Escocia, de las cuales 3,200 son menores de 65 años.

Esta estrategia tiene 21 compromisos. Explicaré en más detalle el trabajo que el equipo de Focus on Dementia está llevando a cabo con respecto a los 5 compromisos más destacados en los que el gobierno escocés desea centrarse cuando describa los trabajos de mejora del equipo.

Mejora de calidad de Servicios Sanitarios en Escocia

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (11)

Esta institución es fundada por Don Berwick en Boston en 1991 por la necesidad de crear un sistema sanitario sin errores, desperdicio, retrasos y costes insostenibles.

Durante su primera década se dedican a la identificación y propagación de la práctica más eficaz. En 1999, IHI comienza a colaborar con el Servicio Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido.

Modelo de mejora de servicios y el ciclo PDSA

El modelo de mejora continua hace hincapié en el hecho de que cualquier cambio que queramos llevar a cabo debe estar basado en un entendimiento de qué es lo que queremos conseguir, después debemos poner a prueba estos cambios y analizar los resultados. Así pues, las tres preguntas que nos debemos hacer son:

- Para diseñar nuestros objetivos: ¿Qué es lo que intentamos lograr?
- Para establecer las medidas: ¿Cómo vamos a saber que un cambio es una mejora?
- Para seleccionar los cambios: ¿Qué cambios podemos poner en práctica que van a resultar en mejora?

El círculo de continua mejora PDSA (Plan-Do-Study- Act) o PDCA (Plan-Do-Check-Act) es uno de los modelos que utilizamos para desarrollar tests e implementar cambios a través de planificar, ponerlos a prueba, observar los resultados y actuar en lo que se ha aprendido. Se empieza con pequeños cambios, se refinan a través de varios ciclos de

PDSA y luego se implementan a mayor escala si el cambio se ha logrado poner en práctica satisfactoriamente. Este modelo permite hacer pequeños cambios incrementales para conseguir cambios en el sistema, los resultados y beneficios se pueden ver en poco tiempo lo cual es alentador para el profesional y el tiempo invertido en cambios que no resultan en mejora es menor que si has de esperar hasta implementar a gran escala.

Healthcare Improvement Scotland (HIS) (12)

HIS es una institución perteneciente al Servicio Nacional de Salud (NHS) en Escocia que se centra en ayudar a mejorar los servicios públicos (sanidad y servicios sociales) y los resultados para la población.

Las tres funciones primordiales de HIS son:

- **Evidencia:** analizar la evidencia disponible de los estudios de investigación y presentarlos a los profesionales de la salud de una forma fácil y accesible.
- **Mejora de Calidad:** incluye muchos programas nacionales que utilizan los métodos de mejora de servicios explicados anteriormente bajo el departamento de mejoras (Improvement Hub o iHub), que incluye, entre otros: Cuidado de agudos, Maternidad e infancia, Medicinas, Salud Mental, Vivir bien en comunidades, Demencia: Focus on Dementia.
- **Escrutinio:** inspecciones temáticas (higiene ambiental, cuidado de personas mayores, unidades de demencias...) a hospitales y otros servicios sanitarios.

Focus on Dementia (FoD) (13)

FoD es parte del Improvement Hub (iHub) en Healthcare Improvement Scotland. Se dedica a establecer trabajos específicos de mejora sobre aspectos del cuidado de personas con demencia que el gobierno quiere mejorar de acuerdo con los compromisos reflejados en su estrategia nacional de demencias. Estos trabajos a su vez influyen tanto políticas futuras como la práctica del cuidado.

Este equipo trabaja con otros cuerpos nacionales que hemos descrito antes (Alzheimer Scotland, Care Inspectorate, Mental Welfare Commission, NHS Education for Scotland) así como otras asociaciones de voluntariado de personas con demencia y sus cuidadores y los servicios sanitarios y sociales para reducir la variación en la práctica y mejorar la calidad del cuidado de las demencias.

En relación con la tercera estrategia nacional de demencias, nuestro trabajo se centra en:

Diagnóstico y apoyo postdiagnóstico

Compromiso 1: *“Revisaremos la oferta de apoyo postdiagnóstico con el fin de aumentar su énfasis en resultados personalizados”.*

Desde el 2016 más de 6,000 personas con demencia en Escocia cada año reciben apoyo postdiagnóstico de un profesional. Sin embargo solo el 60% de ellos reciben este apoyo en los primeros 3 meses tras el diagnóstico. Se estima que para el 2020 el número de personas diagnosticadas alcanzarán 19,473/año, un incremento del 17% con respect al 2014.

Escocia es el único país en el mundo en garantizar un mínimo de 12 meses de apoyo

postdiagnóstico a personas con demencia y sus cuidadores. Cada área de salud tiene la obligación de enviar mensualmente datos al gobierno al respecto. El deseo de concentrarnos en la calidad del apoyo más que en la cantidad de personas apoyadas ha hecho que el equipo de FoD haya desarrollado un marco de referencia para aquellos profesionales que llevan acabo dicho apoyo y se centra en resultados personalizados:

- “Tengo confianza en la habilidad de aquellos que me apoyan tras mi diagnóstico”.
- “Recibo apoyo de alta calidad al tiempo justo y al nivel adecuado para mí”.
- “Sé más sobre demencia y me he ajustado al diagnóstico”.
- “Siento que me escuchan, lo que quiero es lo más importante cuando se toman decisiones”.
- “Me siento mejor sobre el futuro ahora que he podido hacer planes”.

Compromiso 2: *“Probaremos y evaluaremos ofrecer apoyo postdiagnóstico en salud primaria”.*

En la mayoría de casos, el apoyo postdiagnóstico tiene lugar en casa de pacientes o en establecimientos de salud mental. La razón por la que el gobierno escocés quiere trasladar estos equipos a centros de salud primaria es porque la gente con demencia lo prefiere y porque mejorará el acceso, la coordinación de cuidado y los resultados para la gente con demencia y sus cuidadores.

El equipo de FoD seleccionó tres áreas de salud primaria en Escocia:

1. Edimburgo (noreste): 8 centros con una población de 57, 724 (740 de ellos con demencia)
2. Nithsdale en Dumfries & Galloway: 9 centros, con una población de 59, 217 (593 con demencia)
3. Las Islas Shetland: 10 centros, 23,000 habitantes (170 con demencia).

FoD está ayudando a las tres áreas a usar métodos de mejora de calidad para identificar las necesidades de aprendizaje y el valor añadido que supone ofrecer apoyo postdiagnóstico en centros de salud primaria. Los tres centros pilotos han acordado hacer mejoras para convertirse en establecimientos “dementia-friendly”. Pero cada uno se centrará en mejoras específicas:

- Edimburgo: están evaluando promover sesiones de trabajo en grupo tanto para pacientes con demencia como sus cuidadores.
- Nithsdale: se están centrando en el diagnóstico por parte de los médicos de cabecera y acceso directo a apoyo postdiagnóstico.
- Shetland: tres aspectos específicos: coordinar la entrega de apoyo desde primaria, aumentar el conocimiento sobre demencias con el personal del centro y el público, mejorar acceso al apoyo en zonas muy rurales y ejercicios de rehabilitación de memoria en casa.

Estadios avanzados de demencia y necesidades paliativas

Compromiso 5: “Probaremos y evaluaremos el modelo de Alzheimer Scotland de Cuidados de Demencia Avanzada y Final de Vida”.

Compromiso 6: “Trabajaremos con partes interesadas para identificar mejoras en el final de vida y necesidades paliativas en personas con demencia”.

Estadísticas en el Reino Unido:

- 1 de cada 3 personas mayores de 65 años morirá con síntomas de demencia
- Demencia es responsable de alrededor del 10% de todas las causas de muerte
- 2 de cada 5 (40%) personas con demencia mueren en el hospital

- 75% de personas con demencia han sido vistas en Urgencias por lo menos una vez en el último año de vida, 44.5% en el último mes y 26% de aquellos ingresados permanecen en el hospital más de 3 meses.
- La gente con demencia que reciben paliativos normalmente no lo hacen hasta dos semanas antes de morir
- La identificación de los cuidados necesarios en estados avanzados/paliativos está poco reconocida y la coordinación es subóptima.

Para este trabajo de mejora se seleccionaron 5 áreas en Escocia, cada una concentrándose en un aspecto de paliativos:

1. East Ayrshire: EPOC y Planificación Anticipada de la Atención (ACP)
2. Perth and Kinross: Servicios Comunitarios para la Fragilidad en zonas rurales
3. Glasgow City: coordinación de cuidados en el momento de baja hospitalaria
4. Fife: hospitales de terminales
5. Dundee: gente con demencia en estados avanzados/paliativos en residencias geriátricas

Nuestro equipo está trabajando principalmente en torno a la identificación y coordinación de cuidados paliativos en personas con demencia en un geriátrico en la ciudad de Dundee.

Mejoras en Unidades de Demencia Especializadas

Compromiso 7: “Continuaremos implementando el plan de acción nacional para mejorar los servicios para personas con demencia en unidades del Servicio Nacional de Salud especializadas en demencia”.

Extensión del de la segunda estrategia tras la publicación en el 2014 del informe “Dignidad y respeto en unidades de demencias de

crónicos”(14) donde se relatan las deficiencias de cuidado personalizado y de calidad de vida para personas con demencia en estas unidades.

En esta ocasión, el equipo de FoD secciona cuatro unidades piloto:

1. La unidad Balmore, Leverndale Hospital, NHS Glasgow: una sala mixta de demencia para el asesoramiento y tratamiento de problemas agudos.
2. La unidad Prospecbank, NHS Edinburgh: una sala mixta tanto de agudos como de crónicos y por lo tanto con dos distintos tipos de pacientes.
3. La unidad Strathbeg, Royal Cornhill Hospital, NHS Aberdeen: sala de cuidados “terciaria”. Sólo se ingresan hombres, desde otras unidades de demencia, con síntomas conductuales extremos.
4. La unidad Orbiston, Hatton Lea Care Home, Lanarkshire: la única sala de demencias ubicada en un geriátrico privado donde mujeres con demencia son evaluadas.

La metodología de mejora de calidad empleada aquí es la tradicional con ciclos PDSA junto con una nueva en el campo de las demencias que se denomina Experience-Based Co-Design (EBCD) (Co-Diseño Basado en Experiencia). EBCD provee a los equipos con un estructura y proceso donde es la gente con demencia, sus familiares y el personal de estas unidades los que ayudan a identificar las áreas de mejoras necesarias y no la dirección del hospital o el gobierno. Es una forma de dar voz a los que tienen experiencia de proveer o recibir los servicios.

Con este método se da un énfasis a la colaboración y cooperación de todas las partes interesadas, sobre todo en las primeras fases del proceso, para decidir y llevar a cabo las mejoras necesarias para mejorar los servicios en estas unidades y divulgar lo aprendido por todo el país.

Para el uso de entrevistas, videos y otros métodos de observación hemos desarrollado una guía práctica para el personal en relación a los aspectos éticos y legales cuando se llevan a cabo trabajos con personas con falta de capacidad mental para otorgar consentimiento de participación.

Ahora estamos en el estadio 5 donde las prioridades de mejora ya se han identificado y comienza la puesta en marcha de los test de mejora. Durante el proceso, todas las unidades han recibido entrenamiento en el uso de métodos de mejora y se ha creado una red de apoyo de todas las unidades. Algunas de las áreas de mejora identificadas incluye: actividades personalizadas terapéuticas en las unidades, estructura ambiental, educación continuada para todos los empleados, abordaje del cuidado de personas con síntomas conductuales (“Stress and Distress”), y comunicación entre profesionales y entre turnos, así como con familiares.

Mejoras en cuidados a personas con demencia en hospitales de agudos

Compromiso 7: *“Continuaremos implementando el plan de acción nacional para mejorar los servicios para personas con demencia en unidades de agudos de hospitales generales, centrándonos también en demoras en las altas, ingresos preventibles y estancias largas inapropiadas”.*

Este compromiso también es una extensión del de la estrategia anterior donde se publican las 10 acciones que toda sala de agudos en hospitales generales debe tener en cuanto al cuidado de personas con demencia. Sin embargo, en el Reino Unido sabemos que la gente con demencia es ingresada con más frecuencia por la misma enfermedad física

que gente mayor sin demencia y que pasan más tiempo en el hospital y los resultados del ingreso suelen ser más negativos.

En esta ocasión el gobierno escocés pide al equipo de FoD que lleve a cabo una investigación y análisis para identificar los factores críticos de éxito que han hecho que un equipo de agudos en el Hospital General de Aberdeen haya sido identificado como ejemplo de alta calidad de cuidados para gente con demencia ingresada en sus cuatro salas. (15)

Conclusiones

La metodología de la mejora de calidad en servicios socio-sanitarios en Escocia está en auge y es parte fundamental de estos servicios. Está basada en evidencia y se distingue de los métodos de investigación tradicionales en la aplicación práctica e inmediatos resultados en las áreas con necesidad de cambio sostenible. La aplicación de esta metodología es la que caracteriza el trabajo que el equipo de Focus on Dementia (Healthcare Improvement Scotland) lleva a cabo cuando el gobierno decide poner en la práctica clínica los cambios a los que se ha comprometido el gobierno en su estrategia nacional sobre demencias.

En nuestro trabajo, el método utilizado incluye la selección de distintos servicios pilotos donde los cambios identificados se prueban y los resultados se analizan para después extenderlos a otros centros del país.

Cada uno de los programas que llevamos a cabo culminan en publicaciones que son accesibles a todas las organizaciones del país para que puedan implementar los cambios necesarios en sus servicios. Durante el trabajo con los centros pilotos producimos

charlas, posters, webinars y grupos de interés que atraen tanto a profesionales como a personas con demencia y sus cuidadores.

Para que todo esto sea posible, ha sido fundamental un compromiso político claro, la determinación de distintas instituciones y organizaciones no gubernamentales y la financiación de equipos especializados en mejora de calidad de servicios.

Referencias

- (1) “Remember, I’m still me”, Care Commission and Mental Welfare Commission joint report on the quality of care for people with dementia living in Care Homes in Scotland, 2009
- (2) “The use of antipsychotic medication for people with dementia: time for action. A report for the Minister of State for Care Services by Professor Sube Banerjee”, Department of Health, England, November 2009
- (3) “Charter of rights for people with dementia and their carers in Scotland”, Scottish Parliament Cross-Party Group on Alzheimer’s, October 2009
- (4) “Scotland’s National Dementia Strategy”, Scottish Government, June 2010
- (5) “Standards of Care for Dementia in Scotland, Action to support the change programme, Scotland’s National dementia Strategy”. Scottish Government, June 2011
- (6) “Promoting excellence: a framework for all health and social services staff

working with people with dementia, their families and carers". The Scottish Government. Edinburgh, 2011

- (7) "Scotland's National Dementia Strategy 2013-2016". Scottish Government, 30 May 2013
- (8) "Five Pillars Model: getting Post-Diagnostic Support (PDS) right for people with dementia". Alzheimer Scotland, November 2011
- (9) "Delivering Integrated Dementia Care: the Eight Pillar Model of Community support", Alzheimer Scotland, September 2012
- (10) "Scotland's National Dementia Strategy 2017-2020". Scottish Government, June 2017
- (11) www.ihl.org
- (12) www.healthcareimprovementscotland.org
- (13) <http://ihub.scot/improvement-programmes/focus-on-dementia>
- (14) "Dignity and Respect: dementia continuing care visits", Mental Welfare Commission for Scotland, May 2014
- (15) "Identifying critical success factors for improved outcomes for people with dementia and their carers in acute care. A focus on NHS Grampian". The Improvement Hub (Focus on Dementia), May 2017

ACTIVIDAD DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO-ADRENAL Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN EL ANCIANO. EL PAPEL DEL ESTADO DE REMISIÓN DE LA DEPRESIÓN MAYOR

Neus Salvat-Pujol

Hospital Universitario de Bellvitge, Servicio de Psiquiatría. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Grupo de Neurociencias - Psiquiatría y Salud Mental. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
nsalvat@bellvitgehospital.cat

Resumen

El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y su producto final, el cortisol, son elementos clave en la respuesta fisiológica de los seres humanos al estrés. El envejecimiento normal se ha relacionado con un aumento de los niveles basales de cortisol. La exposición a niveles elevados de cortisol juega un papel importante en el propio proceso de envejecimiento, dado que se ha asociado con atrofia del hipocampo y afectación de la memoria, también en ancianos sanos. Esto podría contribuir a explicar la génesis de los déficits de memoria en la población anciana.

Por otra parte, el estrés crónico en personas mayores se ha asociado con el desarrollo de depresión, que se caracteriza frecuentemente por una hiperactividad del eje HHA y por alteraciones cognitivas que afectan a la calidad de vida y al funcionamiento psicosocial del individuo. Dichas alteraciones cogni-

tivas pueden persistir tras la remisión de los síntomas afectivos. Se ha propuesto que una hiperactividad sutil del eje HHA podría estar relacionada con la disfunción cognitiva relacionada con la depresión, apuntando a la posibilidad que estas alteraciones del eje HHA representen un rasgo de disfunción neurobiológica subyacente ligada a la persistencia de déficits cognitivos en la depresión.

En un momento en que los datos demográficos relativos a la población mundial en países desarrollados indican un envejecimiento creciente, es importante optimizar la detección de problemas relacionados con el estrés en nuestros ancianos, incluida la depresión. Ello permitiría el desarrollo de intervenciones individuales preventivas para, en última instancia, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de nuestros mayores.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, anciano, eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, cognición, memoria, hipocampo.

Abstract

The hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and cortisol, its final product, are relevant in the physiological response to stress. Normal aging has been linked to increased basal cortisol levels. Exposure to higher cortisol levels plays an important role in the aging process itself, since it is associated with atrophy of the hippocampus and memory impairment, even in the healthy elderly. This could help explain the genesis of memory deficits in old age.

Besides, chronic stress in the elderly has been associated with the development of depression, which is frequently characterized by hyperactivity of the HPA axis and cognitive dysfunction that affect quality of life and psychosocial functioning. Cognitive dysfunction may persist after the remission of affective symptoms. It has been proposed that a subtle hyperactivity of the HPA axis could be related to these cognitive deficits, pointing to the possibility that HPA axis dysfunction represents a trait of underlying neurobiological dysfunction linked to the persistence of cognitive deficits in depression.

At a time when the world population is aging, it is important to optimize the detection of problems related to stress in our elderly, including depression. This would allow the development of individual preventive interventions to, ultimately, improve the functionality and quality of life of our elders.

Key Words: major depressive disorder, elder, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, cognition, memory, hippocampus.

Introducción

El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y su producto final, el cortisol, son elementos clave en la respuesta fisiológica de los seres humanos al estrés. Pese a que la respuesta glucocorticoidea al estrés resulta esencial para la supervivencia, una elevación prolongada de glucocorticoides (GC) puede acarrear problemas para la salud física y psíquica, incluyendo síntomas afectivos y alteraciones cognitivas (1). Paralelamente, se ha asociado el envejecimiento normal con variaciones en los niveles basales de cortisol (2). El presente artículo pretende exponer parte de la literatura existente que relaciona el funcionamiento del eje HHA con el rendimiento cognitivo en el anciano, incluyendo el caso concreto del trastorno depresivo mayor (TDM) y teniendo en cuenta específicamente el estado de remisión de la depresión.

Actividad del eje HHA

La activación del eje HHA se inicia en el hipotálamo con la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la secreción de hormona adrenocorticotropa (ACTH) en la hipófisis. La ACTH, a su vez, estimula la secreción de cortisol en la glándula suprarrenal. Los mismos niveles de cortisol ejercen un efecto de retroalimentación negativa sobre la actividad del eje HHA, inhibiendo su propia liberación.

El patrón de secreción de cortisol sigue un ritmo circadiano, con un pico de secreción a los 30 minutos del despertar (la *respuesta del cortisol al despertar - RCD*) (3,4), un descenso progresivo a lo largo del día (*pendiente de cortisol diurno, PCD*) hasta alcanzar niveles mínimos durante la primera y segunda horas del sueño, y un aumento gradual en las

fases posteriores del sueño para volver a un máximo al despertar. El ritmo circadiano de secreción del cortisol puede modificarse por diversos factores, entre los que se encuentra la exposición al estrés.

Para evaluar la función del eje HHA se utilizan determinaciones basales de cortisol e índices dinámicos. Entre estos últimos se incluyen la RCD, la PCD y la supresión del cortisol en el test de supresión con dexametasona, que informa sobre la retroalimentación negativa del eje HHA.

Eje HHA e hipocampo

El cortisol atraviesa la barrera hematoencefálica y se une a receptores de glucocorticoides (RG) en regiones cerebrales específicas. Dichas regiones cerebrales incluyen el hipocampo y el córtex prefrontal (CPF), que también participan en la regulación del eje HHA mediante mecanismos de retroalimentación negativa (5,6). Además, el hipocampo y el CPF están implicados en diversos aspectos del rendimiento cognitivo, fundamentalmente en procesos de memoria verbal y visual, y memoria de trabajo y función ejecutiva, respectivamente (7,8).

A través de la activación del RG, el cortisol regula la supervivencia y excitabilidad de las neuronas del hipocampo, la neurogénesis y la adquisición de la memoria (6). El estrés crónico, que genera un aumento persistente de los niveles de GC, induciría alteraciones en estas funciones y conduciría a diferentes grados de atrofia del hipocampo, contribuyendo a la alteración de los procesos de aprendizaje y memoria dependientes de esta estructura cerebral (9).

Eje HHA e hipocampo en modelos animales de roedores ancianos

Estudios en roedores viejos muestran que los niveles basales de corticosterona en plasma correlacionan con el grado de degeneración del hipocampo y con déficits de memoria espacial (10,11). Estas alteraciones se atenúan con una adrenalectomía a la mitad de la vida y la administración de GC sustitutivos a dosis bajas (11). De esta manera, niveles elevados de GC contribuirían de forma directa a las alteraciones estructurales y funcionales del hipocampo (12) y explicarían, en parte, la variabilidad interindividual de dichas alteraciones en relación con la edad en roedores (9).

Eje HHA e hipocampo en el anciano

La relación entre los niveles de GC y el volumen y la función del hipocampo es similar en humanos. En el síndrome de Cushing, que genera una situación de hipercortisolismo, el volumen del hipocampo correlaciona negativamente con la concentración plasmática de cortisol y positivamente con las puntuaciones en los test de memoria verbal (13). De nuevo, dichas alteraciones cognitivas y del volumen del hipocampo mejoran tras el tratamiento y la normalización de los niveles de cortisol (13). Llegados a este punto, cabe preguntarse si esta relación se extiende a los ancianos sanos.

Numerosos estudios relacionan el envejecimiento con un aumento de los niveles basales de cortisol y con una concentración de cortisol al anochecer más elevada, lo que aplanaría la pendiente de secreción diurna. Sin embargo, se han descrito variaciones consi-

derables en los niveles plasmáticos de cortisol en las personas mayores sanas, de forma que algunos individuos presentan niveles más bajos de cortisol o bien los patrones de secreción son inconsistentes (2,14). Estos hallazgos revelan variaciones interindividuales en el funcionamiento del eje HHA en los ancianos, aunque los mecanismos subyacentes no se conocen completamente.

De forma análoga a la bibliografía sobre animales, estudios en ancianos muestran que los niveles elevados de cortisol basal y su aumento progresivo en los 5 años previos se relacionan con el grado de atrofia del hipocampo, de hasta un 14% respecto a ancianos con niveles moderados de cortisol basal y descenso progresivo de los niveles en los años previos (9), y con alteraciones de la memoria dependientes de esta estructura (15). En cambio, los individuos con un descenso progresivo de los niveles de cortisol y niveles basales moderados tienen el mismo rendimiento cognitivo que los adultos jóvenes (15). El estrés no afecta a la memoria no declarativa o procedimental, independiente del hipocampo (15); así pues, el rendimiento de los mayores en tareas de memoria dependientes del hipocampo es particularmente vulnerable al impacto del cortisol (15).

En otro estudio (16) se observó que aquellos individuos con una pendiente de secreción diurna de cortisol más aplanada presentaban más quejas de memoria. Concluyeron que un patrón típico de secreción diurna de cortisol, que implica pendientes más pronunciadas, en ancianos podría ser más representativo de un envejecimiento exitoso que de un proceso de envejecimiento típico (16).

Por lo tanto, los estudios apuntan a que la respuesta alterada del cortisol al estrés en las personas mayores, con la exposición

continuada a niveles altos de GC, tendría efectos estructurales y funcionales sobre el hipocampo (9). Ello jugaría un papel importante en el propio proceso de envejecimiento y explicaría, al menos en parte, la génesis de los déficits de memoria en las poblaciones ancianas. Algunos autores han hipotetizado que estos cambios podrían marcar el inicio de un proceso de envejecimiento patológico y conducir a alteraciones del rendimiento cognitivo, incluida la demencia, más adelante (15-17).

Se ha comentado anteriormente que el hipocampo no sólo es una diana para los GC, sino que también está implicado en la regulación de su secreción y que, además, las lesiones en esta región se asocian con niveles elevados de cortisol basal. Entonces, la atrofia del hipocampo sería al mismo tiempo el resultado y una causa contribuyente para los niveles de GC basales persistentemente elevados. Esto se enmarca en la hipótesis de la cascada de GC del envejecimiento del hipocampo (18), que propone que el daño del hipocampo conlleva un aumento del nivel de GC circulantes que, a su vez, empeora el grado de daño del hipocampo.

Eje HHA, cognición y TDM en el anciano.

Papel del estado de remisión de la depresión

El estrés crónico, que resulta en niveles elevados de cortisol, también se ha asociado con el desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores (19). La depresión en el anciano es muy prevalente (8-20%) (20), y se caracteriza frecuentemente por una hiperactividad del eje HHA (6) y por una reducción bilateral del volumen del hipocampo (21,22). Estas alteraciones se asocian a un

aumento de la gravedad de la depresión, a mayor número de recurrencias y a resistencia al tratamiento (23,24).

Dado que se han descrito efectos deletéreos del cortisol sobre el rendimiento cognitivo, varios autores han estudiado si la hiperactividad del eje HHA se asocia con una alteración cognitiva también en el TDM (25,26). En efecto, se ha visto que niveles elevados de cortisol a lo largo del día (26), un aplanamiento de la respuesta del cortisol al despertar (27) y una alteración en la retroalimentación del eje HHA (28) se asocian con alteraciones del rendimiento en tareas cognitivas dependientes del hipocampo y del córtex prefrontal en los individuos deprimidos.

Los déficits cognitivos se observan hasta en dos tercios de los pacientes con TDM, siendo los dominios cognitivos más comúnmente afectados la atención, la velocidad de procesamiento de la información, las funciones ejecutivas y la memoria. Las alteraciones cognitivas persisten tras la remisión de los síntomas afectivos en un 30-50% de los casos, lo que contrasta con la opinión clásica de reversibilidad de estos déficits, y tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial (ver Rock et al., 2014 (29) para una revisión).

Existe información limitada sobre el papel del estado de remisión del TDM en la relación entre la actividad del eje HHA y la cognición. Según la literatura previa, cabría esperar que las alteraciones del funcionamiento del eje HHA se asociaran con un peor rendimiento cognitivo en aquellos dominios relacionados con el hipocampo y el córtex prefrontal, como la memoria verbal y visual, la memoria de trabajo y la función ejecutiva, tanto en los pacientes con TDM en remisión como en aquellos en fase aguda de un episodio depresivo o con síntomas persistentes,

en comparación con controles sanos (30).

De acuerdo con esta hipótesis, en un estudio llevado a cabo por nuestro grupo (30) en individuos con una edad media de 59.8 ± 11.7 años se exploraba si la relación entre diferentes medidas de la funcionalidad del eje HHA (aplanamiento de la RCD, aplanamiento de la PCD y falta de supresión tras la administración de dexametasona) y la función cognitiva estaba moderada por el estado de remisión en el TDM. Los pacientes con TDM mostraron un peor rendimiento cognitivo que los controles, sin diferencias según el estado de remisión de la depresión, lo que es consistente con resultados de estudios previos que muestran que las alteraciones cognitivas serían independientes de los episodios depresivos (29). No se observaron diferencias en las medidas de cortisol entre los pacientes con depresión sintomática y en remisión, lo que sugiere que las alteraciones del eje HHA podrían ser marcadores de rasgo en el TDM. Sin embargo, el estado de remisión de la depresión moderaba la asociación entre la PCD y tareas cognitivas que tienen que ver con la velocidad de procesamiento de la información y funciones ejecutivas (30). En conclusión, se ha propuesto que alteraciones sutiles del funcionalismo del eje HHA podrían estar relacionadas con la disfunción cognitiva de los pacientes con TDM en remisión, y representarían un rasgo de disfunción neurobiológica subyacente ligada a la persistencia de déficits cognitivos en el TDM (30).

Conclusiones

En un momento en que los datos demográficos relativos a la población mundial en países desarrollados indican un envejeciendo creciente, es importante optimizar la detección de problemas relacionados con el estrés en nuestros ancianos. La mejoría de la capacidad de detección de individuos en riesgo para sufrir depresión y otros trastornos relacionados con el estrés permitiría la implementación de intervenciones individuales de carácter preventivo.

El rendimiento cognitivo debería valorarse también en aquellos pacientes con TDM en fase de remisión. Sólo mediante la detección de las alteraciones cognitivas se podrán diseñar e implementar estrategias terapéuticas dirigidas a mitigar su impacto sobre el funcionamiento diario y la calidad de vida de las personas mayores.

Agradecimientos

La autora agradece a los Dres. Virginia Soria, José Manuel Menchón y Javier Labad el soporte en la revisión del manuscrito.

Referencias y bibliografía

1. Wolkowitz OM, Burke H, Epel ES, Reus VI. Glucocorticoids. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1179(1): 19–40.
2. Lupien S, Lecours AR, Schwartz G, Sharma S, Hauger RL, Meaney MJ, et al. Longitudinal study of basal cortisol levels in healthy elderly subjects: evidence for subgroups. *Neurobiol Aging.* 1996; 17(1): 95–105.
3. Pruessner JC, Wolf OT, Hellhammer DH, Buske-Kirschbaum A, von Auer K, Jobst S, et al. Free cortisol levels after awakening: a reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life Sci.* 1997 Jan; 61(26): 2539–49.
4. Clow A, Hucklebridge F, Stalder T, Evans P, Thorn L. The cortisol awakening response: more than a measure of HPA axis function. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010 Oct; 35(1): 97–103.
5. Marques AH, Silverman MN, Sternberg EM. Glucocorticoid Dysregulations and Their Clinical Correlates. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1179(1): 1–18.
6. Anacker C, Zunszain PA, Carvalho LA, Pariante CM. The glucocorticoid receptor: pivot of depression and of antidepressant treatment? *Psychoneuroendocrinology.* 2011 Apr; 36(3): 415–25.
7. Squire LR. Memory and the hippocampus: a synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychol Rev.* 1992 Apr; 99(2): 195–231.

8. Collette F, Hogge M, Salmon E, Van der Linden M. Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*. 2006 Apr 28; 139(1): 209–21.
9. Lupien SJ, de Leon M, de Santi S, Convit A, Tarshish C, Nair NP, et al. Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nat Neurosci*. 1998 May 1; 1(1): 69–73.
10. Landfield PW, Waymire JC, Lynch G. Hippocampal aging and adrenocorticoids: quantitative correlations. *Science*. 1978 Dec 8; 202(4372): 1098–102.
11. Landfield PW, Baskin RK, Pitler TA. Brain aging correlates: retardation by hormonal-pharmacological treatments. *Science*. 1981 Oct 30; 214(4520): 581–4.
12. Sapolsky R. *Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death*. MIT Press, Cambridge; 1992.
13. Starkman MN, Gebarski SS, Berent S, Scheingart DE. Hippocampal formation volume, memory dysfunction, and cortisol levels in patients with Cushing's syndrome. *Biol Psychiatry*. 1992 Nov 1; 32(9): 756–65.
14. Ice GH, Katz-Stein A, Himes J, Kane RL. Diurnal cycles of salivary cortisol in older adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2004 Apr; 29(3): 355–70.
15. Lupien S, Lecours AR, Lussier I, Schwartz G, Nair NP, Meaney MJ. Basal cortisol levels and cognitive deficits in human aging. *J Neurosci*. 1994 May; 14(5 Pt 1): 2893–903.
16. Fiocco AJ, Wan N, Weekes N, Pim H, Lupien SJ. Diurnal cycle of salivary cortisol in older adult men and women with subjective complaints of memory deficits and/or depressive symptoms: relation to cognitive functioning. *Stress*. 2006 Sep 7; 9(3): 143–52.
17. Lee BK, Glass TA, McAtee MJ, Wand GS, Bandeen-Roche K, Bolla KI, et al. Associations of salivary cortisol with cognitive function in the Baltimore memory study. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul; 64(7): 810–8.
18. Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS. The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocr Rev*. 1986 Aug; 7(3): 284–301.
19. Juster R-P, Marin M-F, Sindi S, Nair NPV, Ng YK, Pruessner JC, et al. Allostatic load associations to acute, 3-year and 6-year prospective depressive symptoms in healthy older adults. *Physiol Behav*. 2011 Aug 3; 104(2): 360–4.
20. Brundtland GH. From the World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. *JAMA*. 2001 Nov 21; 286(19): 2391.
21. Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen GM. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(4): 598–607.
22. Videbech P, Videbech P, Ravnkilde B, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(11): 1957–66.

23. McKinnon MC, Yucel K, Nazarov A, MacQueen GM. A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2009 Jan; 34(1): 41–54.
24. Ising M, Horstmann S, Kloiber S, Lucae S, Binder EB, Kern N, et al. Combined dexamethasone/corticotropin releasing hormone test predicts treatment response in major depression - a potential biomarker? *Biol Psychiatry*. 2007 Jul 1; 62(1): 47–54.
25. Gomez RG, Posener JA, Keller J, DeBattista C, Solvason B, Schatzberg AF. Effects of major depression diagnosis and cortisol levels on indices of neurocognitive function. *Psychoneuroendocrinology*. 2009; 34: 1012–8.
26. Hinkelmann K, Moritz S, Botzenhardt J, Riedesel K, Wiedemann K, Kellner M, et al. Cognitive impairment in major depression: association with salivary cortisol. *Biol Psychiatry*. 2009 Nov 1; 66(9): 879–85.
27. Hinkelmann K, Muhtz C, Dettenborn L, Agorastos A, Moritz S, Wingenfeld K, et al. Association between cortisol awakening response and memory function in major depression. *Psychol Med*. 2013; 43: 2255–63.
28. Hansson P, Murison R, Lund A, Hammar Å. Cognitive functioning and cortisol suppression in recurrent major depression. *Psych J*. 2013; Dec; 2(3): 167–74.
29. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014; 44(10): 2029–40.
30. Salvat-Pujol N, Labad J, Urretavizcaya M, de Arriba-Arnau A, Segalàs C, Real E, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity and cognition in major depression: The role of remission status. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Feb; 76: 38–48.

ESTADOS POSTDEPRESIVOS: RELEVANCIA CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN SUBSINDRÓMICA EN LOS MAYORES

Javier Olivera Pueyo

Programa de Psicogeriatría. Hospital "San Jorge". Huesca
joliverap@aragon.es

Resumen

Las depresiones en las personas mayores desencadenan una serie de consecuencias físicas, funcionales, sociales, psicológicas, que pueden mantenerse en el tiempo, aún tras la mejoría de la sintomatología afectiva. Se considera que en más de las tres cuartas partes de los mayores deprimidos pueden persistir síntomas residuales, dando lugar a estados postdepresivos en forma de depresiones menores, depresiones subumbrales o depresiones subsindrómicas. Entre estos síntomas residuales más frecuentes en los estados postdepresivos destacan las dificultades de concentración, el entortecimiento, la astenia, los síntomas somáticos, los trastornos del sueño o la hipocondriasis. En los mayores son más frecuentes las depresiones subclínicas o subsindrómicas, que frecuentemente aparecen tras la mejoría de un trastorno depresivo mayor. Los factores que se asocian para la aparición de estas depresiones subsindrómicas son de tipo so-

ciodemográfico (ausencia de contactos sociales), empeoramiento funcional, historia previa de trastornos afectivos, antecedentes de trastornos vasculares cerebrales o factores existenciales (preocupaciones sobre el futuro, baja percepción de salud,..). Este tipo de depresiones tienden a la cronicidad y al deterioro funcional, y por tanto se recomienda el tratamiento de las mismas. Inicialmente una conducta expectante esperando una remisión espontánea, asociar psicoterapia, actividad física y, si se considera necesario, tratamiento antidepresivo.

Palabras clave: depresión en el anciano, depresión subsindrómica, depresión subumbral, estados postdepresivos.

Abstract

Depression in elderly are associated with some factors like physical, functional, social, and psychological consequences that can be maintained over time, even after the

improvement of affective symptomatology. It is considered that in more than three quarters of elderly depressed may persist, giving rise to postdepressive states in the form of minor depressions, sub-threshold depressions or subsyndromic depressions. Among these most prevalent residual symptoms in postdepressive states are difficulties of concentration, bradipsychia, asthenia, somatic symptoms, sleep disorders or hypochondriasis. In elderly people, subclinical or subsyndromal depressions are more prevalent, which frequently appear after the improvement of a major depressive disorder. The factors that are associated for the appearance of these subsyndromic depressions are sociodemographic factors (loss of social contacts), functional impairment, previous history of affective disorders, history of cerebrovascular disorders or existential factors (concerns about the future, low perception of health, ..). This form of depression tends to chronicity and functional impairment, and therefore treatment is recommended. Initially an expectant behavior waiting for a spontaneous remission, to associate psychotherapy, physical activity and, if it is considered necessary, antidepressant treatment.

Key Words: elderly depression, subsyndromic depression, sub-threshold depression, postdepression disorder.

Introducción: los síntomas residuales de la depresión

Las depresiones en las personas mayores, debido a la fragilidad de este colectivo, suponen un fenómeno de intenso estrés psíquico y físico que se acompaña de importantes consecuencias de diversa índole:

- Físicas: comorbilidad asociada (vascular, inflamatoria, endocrinometabólica...), morbimortalidad, dolor...
- Funcionales: discapacidad
- Sociales: aislamiento, abandono, pérdida de la red social
- Cognitivas: alteraciones ejecutivas, predisposición a demencia

Sin embargo generan menos interés en general lo que se podría denominar como *trastornos afectivos residuales*; incluyendo dentro de ellos las depresiones menores, las depresiones subsindrómicas o las depresiones subumbrales. Efectivamente podemos entender la depresión como un continuo en un trastorno afectivo que va desde los síntomas subumbrales a las depresiones menores y posteriormente las depresiones mayores (Ayuso-Mateos et al. 2010); quizá este fenómeno también se produzca en el trayecto inverso y tras la "curación" de la depresión mayor aparezcan estados depresivos menores y subumbrales, con tendencia a la cronicidad.

Algunos pacientes mayores, una vez mejorada la clínica depresiva, relatan problemas de atención y concentración, cierto enlentecimiento,... otros refieren que han dejado de emocionarse, que las cosas les resultan más anodinas y que han perdido capacidad para disfrutar. Todos estos síntomas pueden aparecer durante meses y forman parte del espectro de los trastornos afectivos residuales postdepresivos.

Se reconocen síntomas residuales en más de la mitad de los pacientes que han sufrido una depresión mayor. Dentro de ellos destacan: dificultades de concentración, astenia/fatiga, apatía, anhedonia, trastornos del sueño, síntomas orgánicos y dolor.

En artículos específicos realizados en población mayor de 65 años se constataron síntomas residuales en más del 80% de los casos. En estos estudios los pacientes mayores presentaban humor depresivo residual en un 38% de los casos, dificultades en las actividades y acciones instrumentales el 14% de los pacientes, e insomnio de conciliación y despertares tempranos más del 10% de los pacientes que ya habían superado su cuadro depresivo. Estos autores constataron además algunos predictores del mantenimiento de síntomas depresivos residuales, por ejemplo la presencia de comorbilidad médica, el peor soporte social percibido o el estrés crónico mantenido (Gastó et al. 2003).

Los consensos de expertos consideran que existen formas “menores” de depresión, o más leves, que se presentan especialmente en las personas mayores, concretamente (Lebowitz et al. 1997):

- Depresión subclínica
- Depresión leve (*mild depression*)
- Depresión menor (*minor depression*)
- Depresión subdistímica
- Depresión subsindrómica o subumbral (*subthreshold depression*)
- Depresión “sin tristeza”

En todas estas formas podemos observar sintomatología afectiva considerada “menor” y residual. Y muchos de estos cuadros aparecen tras la mejoría del síndrome afectivo mayor, asociando también cierta cronicidad, especialmente en las personas mayores, formando parte de los estados postdepresivos.

Depresiones menores y depresiones subsindrómicas en las personas mayores

Además de las definiciones operativas en las clasificaciones “oficiales” como el DSM-5, que definen los episodios depresivos con síntomas insuficientes (APA, 2014), también existen definiciones más precisas de lo que se conocen como depresiones menores o depresiones subsindrómicas, caracterizadas por (Lavretsky et al. 2002):

- Ánimo bajo y/o humor deprimido a lo largo del día, casi todos los días
- Al menos 2 síntomas de los siguientes: pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia casi diario, enlentecimiento psicomotor o agitación, astenia o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad, disminución de la capacidad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte (pueden acompañarse de ideas de suicidio)
- Los síntomas causan un importante estrés, deterioro social y funcional
- Puntuaciones ≥ 10 puntos en la escala de Hamilton o ≥ 12 puntos en la escala GDS de Yesavage
- Duración de al menos 1 mes (con tres subtipos: de 1 a 6 meses, de 6 a 24 meses y más de 24 meses)
- Los síntomas pueden asociarse a acontecimientos precipitantes
- La historia previa de episodio depresivo mayor no es criterio de exclusión
- Sí que deben descartarse causas orgánicas, alcohol, tóxicos y los trastornos bipolares o psicóticos

Hay autores que defienden la *depresión sintomática subsindrómica* como un nuevo concepto en el que se insiste en incluir al menos 2 síntomas de los anteriormente relatados, durante al menos 2 semanas y que produzcan disfunción social (Sadek et al. 2000). Estas

depresiones subumbrales tendrían tendencia a la cronicidad y, en ese aspecto, compartirían parentesco con la distimia o los estados depresivos persistentes (en el DSM-5).

En la propia evolución conceptual del DSM-5, en lo referente a la depresión a lo largo de la vida se plantea que, en los mayores, la depresión tiende a una evolución crónica remitente. La depresión subumbral parece representar un concepto diagnóstico que se observa preferentemente en el anciano y cuya discusión puede resultar beneficiosa en el texto del DSM-5 (Regier et al. 2012).

En cuanto a la prevalencia, las depresiones menores representan un importante problema en la población geriátrica, afectando al 25% de los mayores de 65 años de edad que residen en la comunidad, pero hasta el 65% de los hospitalizados y el 70% de los institucionalizados verbaliza sentimientos de “estar triste o deprimido” (Lavretsky et al. 2002).

Factores asociados a las depresiones subumbrales y depresiones subsindrómicas en los mayores

Algunos autores han considerado a las personas mayores como un colectivo “especialmente vulnerable” para presentar depresiones subumbrales, debido a factores demográficos (la propia edad, el estado civil, género, educación, economía), de salud (dolor, peor salud autopercebida, dependencia funcional, situación cognitiva) y psicosociales (aislamiento social y emocional, duelos y pérdidas importantes) (Adams et al. 2009).

Otros autores han estudiado los factores relacionados con la existencia de depresión subsindrómica en las personas muy mayores (> 85 años ó very old persons), destacando

entre ellos los que se exponen en la tabla 1 (Ludvigsson et al. 2016).

También se han diferenciado los factores compartidos entre la depresión mayor y la depresión subsindrómica, de aquellos que aparecen más específicamente en las formas subsindrómicas (tabla 2) (Vaccaro et al. 2017, Adams et al. 2009).

Consecuencias

Las depresiones subsindrómicas, muchas de ellas como estados postdepresivos, generan importante sufrimiento en los pacientes y su entorno, afectando de forma global a su situación física, social y funcional, generando (Olfson et al. 1996):

- Merma de la calidad de vida del paciente
- Deterioro funcional
- Aislamiento social y empeoramiento de la percepción subjetiva de la red social
- Síntomas somáticos asociados (dolor abdominal, cefalea, astenia)
- Comorbilidad médica
- Mayor utilización de recursos sanitarios y costes asociados

Tratamiento

Dadas las consecuencias y el elevado sufrimiento que generan este tipo de depresiones desde el primer escalón de la asistencia, la atención primaria se ha propuesto el tratamiento de las depresiones menores recomendando “vigilancia estrecha”, puesto que más del 20% evolucionan a depresión mayor. Por ello algunos autores aconsejan iniciar ya el tratamiento antidepressivo desde atención primaria y, si se considera necesario, remitir posteriormente a atención especializada. Además se ha demostrado que el tratamiento

antidepresivo puede ser eficaz, pero no lo son menos otras acciones como la práctica de ejercicio físico (Brenes et al. 2007).

Las últimas actualizaciones sobre el tratamiento de la depresión menor y la depresión subsindrómica de las personas mayores recomiendan, por este orden de actuación (Lyness, 2018):

- 1º) Conducta expectante (*watchful waiting*), puesto que entre el 6 y el 22% remiten espontáneamente
- 2º) Psicoterapia cognitivo-conductual
- 3º) Otro tipo de psicoterapia: interpersonal, de reminiscencia, de resolución de problemas
- 4º) Para los pacientes refractarios a los pasos anteriores: pautar tratamiento anti-depresivo

¿Estados postdepresivos?

La cuestión fundamental a plantear sería si la propia depresión mayor supone en los pacientes geriátricos una merma o una consecuencia que diera lugar a cuadros menores o subsindrómicos que tendieran a la cronicidad.

En ese caso se podrían aplicar las teorías que sugieren que, en la depresión geriátrica, existen mecanismos vasculares e inflamatorios que favorecerían la desconexión de algunas áreas subcorticales generando algunos síntomas afectivos menores, apatía, enlentecimiento, disfunción ejecutiva, tal y como también ocurre en las depresiones vasculares (Taylor et al. 2013).

Por esos o por otros mecanismos se ha comprobado también como la propia depresión, especialmente si el tratamiento se aplica demasiado tarde, favorece la pérdida de volumen del hipocampo y esto también podría asociarse con los síntomas cognitivos residuales (Sheline et al. 2003).

Realmente existen datos neurobiológicos asociados a la depresión de aparición tardía que podrían sugerir que existen daños vasculares e inflamatorios, traducidos también en neuroimagen y en la clínica afectiva y neuropsicológica (Disabato et al., 2012), que pudieran suponer un proceso crónico residual favorecedor de los estados postdepresivos en los pacientes mayores.

Conclusiones

Pueden existir síntomas residuales hasta en el 80% de las personas mayores que sufren una depresión, incluso cuando se considera que ésta ha remitido. Entre estos síntomas destacan los problemas de concentración, el enlentecimiento, los síntomas afectivos menores o los trastornos del sueño.

En el continuo entre “No depresión” y “Depresión Mayor” la depresión subsindrómica podría considerarse como un estado intermedio.

Otros autores sugieren que la depresión subsindrómica podría también suponer una nueva categoría dentro de los trastornos afectivos, denominada con mayor precisión *depresión sintomática subsindrómica*; y estaría emparentada con la depresión menor, la depresión leve, la depresión subumbral y la depresión sin tristeza.

En cualquier caso estos estados postdepresivos y subdepresivos pueden suponer una importante repercusión funcional, social y de calidad de vida en las personas mayores. Por ello se recomienda una “vigilancia estrecha”, utilizando psicoterapia cognitivo-conductual y de otros perfiles, así como otras actividades como el ejercicio físico, antes de recurrir al tratamiento psicofarmacológico si fuese necesario.

Pero quedan todavía importantes cuestiones sin resolver en cuanto a los estados postdepresivos: ¿podrían ser consecuencia del estrés y sufrimiento prolongado por los cuadros depresivos mayores en los cerebros más frágiles de las personas mayores?, ¿podrían suponer manifestaciones de las alteraciones neuropsicológicas asociadas a la depresión cómo la apatía y las dificultades de atención y concentración?, ¿consecuencias funcionales tras la depresión? ¿o incluso consecuencias existenciales?

Por tanto éste es un importante ámbito de estudio para la psicogeriatría, especialmente en lo que se refiere a los trastornos afectivos en las personas mayores, tal y cómo intentamos expresar en la figura 1, en el continuo entre depresiones subumbrales y depresiones mayores, dónde se puede inferir que la clínica residual en diferentes aspectos psíquicos, neuropsicológicos y funcionales, podría asociarse con formas menores de depresión que, en determinadas personalidades o planteamientos existenciales, favorecería la tendencia a la cronicidad (distimia, estados depresivos persistentes) e incluso la evolución, de nuevo, al trastorno depresivo mayor.

Bibliografía

- Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N, Chaterjii S. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry*. 2010; 196 (5): 365 – 71.
- Gastó C, Navarro V, Catalán R, Portella MJ, Marcos T. Residual symptoms in elderly major depression remitters. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108: 15 – 19.
- Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus Statement Update. *JAMA*. 1997; 278 (14): 1186 – 1190.
- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10(3):239-55.
- Sadek N, Bona J. Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. *Deprss Anxiety*. 2000; 12(1): 30 – 39.
- Reiger DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5. Evolución conceptual. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2012.
- Adams KB, Moon H. Subthreshold depression: characteristics and risk factors among vulnerable elders. *Aging Ment Health*. 2009; 13(5): 682 – 92.
- Ludvigsson M, Marcusson J, Wressle E, Milberg A. Markers of subsyndromal depression in very old persons. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016; 31(6): 619 – 28.
- Vaccaro R, Borrelli P, Abbondanza S, Davin A, Polito L, Colombo M et al. Subthreshold Depression and Clinically Significant Depression in an Italian Population of 70-74 Year-Olds: Prevalence and Association with Perceptions of Self. *Biomed Res Int*. 2017: 3592359. 1 – 8.
- Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, Faber L, Hoven C, et al. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(10): 880 – 6.
- Brenes GA, Williamson JD, Messier SP, Rejeski WJ, Pahor M, Ip E et al. Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging Mental Health*. 2007; 11(1): 61 – 68.
- Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. *Mol Psychiatry*. 2013; 18: 963 – 74.
- Sheline Y, Gado MH, Karemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(8): 1516 – 8.
- Disabato BM, Sheline YI. Biological basis of late life depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 273 – 9.

Figuras y Tablas

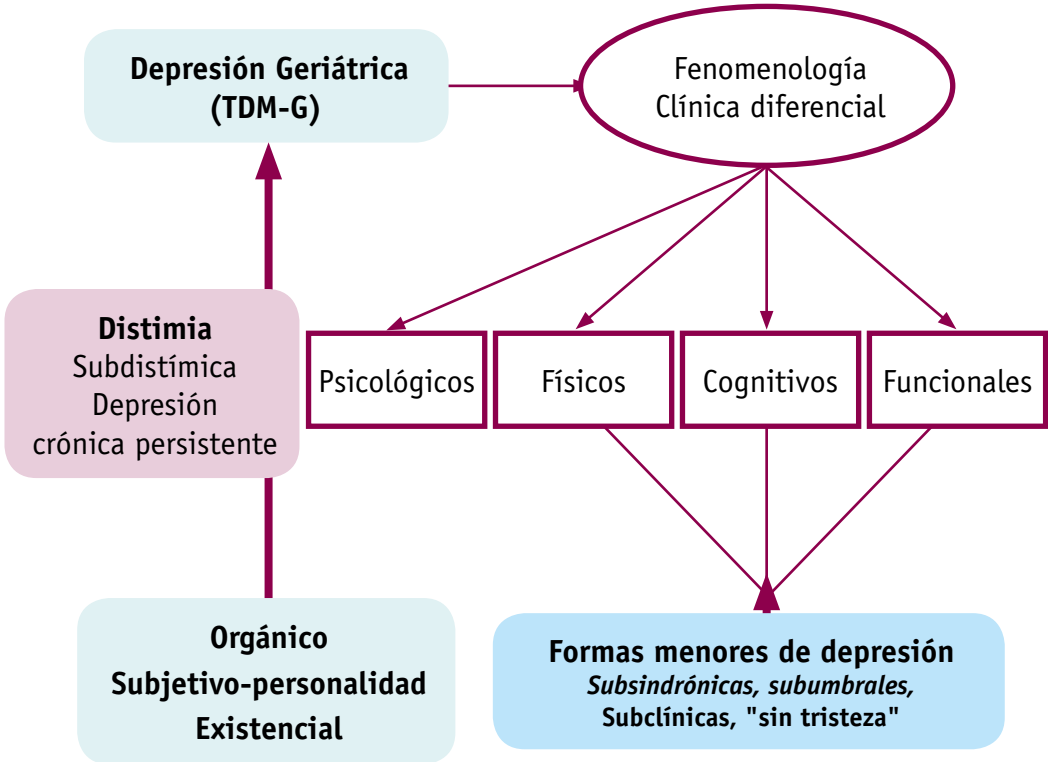
Tabla 1. Factores asociados a las depresiones subsindrómicas en las personas muy mayores.

Factores sociodemográficos	Contactos sociales reducidos
Empeoramiento funcional	Dificultades en las actividades cotidianas Dificultades en el autocuidado
Factores neuropsiquiátricos	Historia de trastornos afectivos previos Ansiedad asociada Uso de fármacos tranquilizantes Historia previa de eventos vasculares cerebrales
Factores existenciales	Preocupaciones sobre el futuro Baja autopercepción de salud No encontrar un sentido a la

Tabla 2. Factores compartidos y diferenciales entre depresiones mayores y depresiones subsindrómicas en personas mayores

Depresión mayor y depresión subsindrómica	Depresión subsindrómica
Género femenino No tener pareja Vivir solo Enfermedad física y salud objetiva Problemas cognitivos Problemas funcionales	Baja autopercepción de salud Escaso soporte social Salud subjetiva Sensación de dolor Cambios de residencia Percepción subjetiva de diferentes variables: físicas, sociales y acontecimientos estresantes

Figura 1. El continuo de la depresión en las personas mayores



*TDM-G: trastorno depresivo mayor geriátrico.

TRATAR LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO, ¿HASTA CUÁNDO?

Jorge Pla-Vidal

Psiquiatra en Clínica Universidad de Navarra.
jpla@unav.es

Resumen

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en los pacientes de edad avanzada. Supone la primera causa entre los pacientes que se suicidan a esta edad, genera gran sufrimiento en el propio paciente y en su familia, y es fuente de importante discapacidad por la propia enfermedad y por la repercusión en la evolución de otras enfermedades comórbidas. Una vez diagnosticada y tratada, la evolución de la enfermedad puede ser a una recuperación completa del paciente, tanto en lo sintomático como en lo funcional. Sin embargo, es frecuente, en este periodo de la vida, que la enfermedad depresiva sea recurrente y que por tanto haya que mantener el tratamiento antidepressivo durante varios años o de manera continuada. También resulta habitual que algunos de los síntomas no respondan de la misma manera al tratamiento farmacológico o de psicoterapia. En este caso,

pueden hacerlo más tarde que los síntomas nucleares o quedar como síntomas residuales. Estos síntomas pueden tener tanta importancia y repercutir de tal manera en la vida de los pacientes que condicionen el pronóstico de la enfermedad que padecen. Los síntomas cognitivos, la ansiedad y las alteraciones de los ritmos biológicos, sobre todo el sueño, son los que requieren una mayor atención, pero las ideas de muerte y de suicidio, los síntomas somáticos y la apatía constituyen también síntomas para tener en cuenta. En este artículo se pretende revisar las posibles evoluciones y sus opciones terapéuticas, abordar si existe riesgo de encarnizamiento terapéutico, y finalizar con algunas cuestiones de la vida de estos pacientes que influyen en el afrontamiento de la enfermedad.

Palabras clave: depresión, ancianos, tratamiento.

Abstract

Depression is the most frequent psychiatric illness in elderly patients. It is the first cause among patients who commit suicide at this age, generates great suffering in the patients and in their family, and is a source of significant disability due to the disease itself and the impact on the evolution of other comorbid diseases. Once diagnosed and treated, the evolution of the disease can be to a complete recovery of the patient, symptomatic and functional recovery. However, it is frequent, in this period of life, that the depressive illness would be recurrent and that therefore it would be necessary to maintain the antidepressant treatment for several years or continuously. It is also common that some of the symptoms do not respond in the same way to the pharmacological treatment or psychotherapy. In this case, they can do it later than core symptoms do, or remain as residual symptoms. These symptoms can be so important and affect in such a way the life of the patients that condition the prognosis of the disease they suffer. Cognitive symptoms, anxiety and alterations of biological rhythms, especially sleep, are those that require more attention, but the ideas of death and suicide, somatic symptoms and apathy are also symptoms to be taken into account. Finally, some patients have resistant forms and do not respond to the treatment used, or they do it very partially. This article aims to review possible evolutions, to approach therapeutic harassment possibilities, and, finally, to examine some issues in the lives of these patients that could influence the coping of the disease.

Key Words: depression, elderly, treatment.

Introducción

La enfermedad depresiva en el adulto mayor es una de las patologías psiquiátricas más prevalentes y que mayor repercusión puede tener en su calidad de vida. La mitad de ellos evolucionan a una remisión completa de la enfermedad, pero la otra mitad puede presentar un curso tórpido y no resolverse o evolucionar hacia lo que se conoce como síntomas residuales, entre los que son de especial importancia los síntomas cognitivos (1). La frecuente presentación de recurrencias en la depresión de las personas de edad avanzada (2) y saber qué pacientes van a responder al tratamiento, dan importancia a los posibles predictores que podamos obtener para clasificar a los pacientes y establecer de esta manera un pronóstico personalizado en cada caso.

El curso de la enfermedad

La OMS estima que más de 350 millones de personas están afectadas de depresión en el mundo, y que esta enfermedad constituye la primera causa de discapacidad. Los mayores que viven en la comunidad padecen esta condición en torno al 10-15% de media (3,4).

La evolución de la enfermedad a esta edad suele ser del 52% a una remisión completa y el 48% a una remisión con síntomas residuales, sobre todo cognitivos (1). Por último, la discapacidad en este grupo de edad es también un factor de riesgo para padecer depresión (5).

En el paciente mayor con depresión ser mujer, un nivel educativo bajo, la pérdida del cónyuge, el declive cognitivo, las enfermedades somáticas y la alteración funcional o discapacidad son importantes predictores

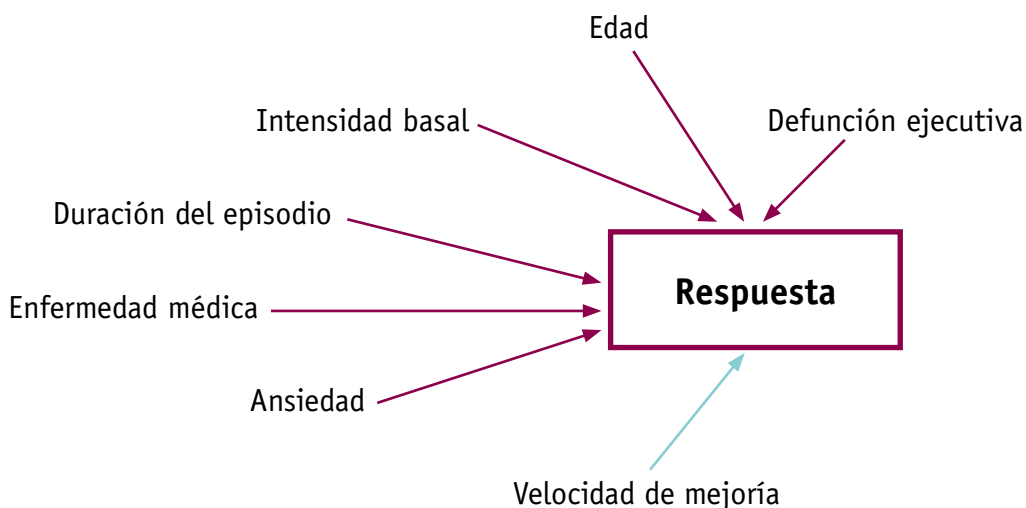
del curso y persistencia de la enfermedad. En los mayores más jóvenes (65-80 años) la resiliencia, la apatía y la discapacidad contribuyen por igual al desarrollo de una enfermedad depresiva. En los mayores más añosos (>80 años) la apatía supone el principal factor de riesgo (6).

El grupo de Alexopoulos (7) habla de la presencia de enfermedades comórbidas, la duración del episodio depresivo, que se trate de una distimia o una depresión doble (distimia y depresión mayor), la existencia de trastorno de la personalidad y las alteraciones en la neuroimagen, como predictores de cronicidad en los pacientes mayores con depresión.

Un estudio reciente de Greene y Wang concluye que ser hombre blanco con alteración

funcional tiene más probabilidad de presentar síntomas depresivos si padecen Deterioro Cognitivo Ligero (DCL) o Enfermedad de Alzheimer (EA). También concluye un hecho conocido y reproducido en anteriores investigaciones sobre que la enfermedad cerebrovascular se asocia con disfunción ejecutiva. Y describe que la insuficiencia renal crónica y la EPOC inciden también tanto en la cognición como en el humor (8). En otro trabajo Tunvirachaisakul et al. (9) hacen una revisión sistemática y un meta-análisis en busca de factores predictores de la respuesta al tratamiento en la depresión de los pacientes de edad avanzada. En la figura 1 se recogen los resultados principales de este estudio, en el que solo la mayor rapidez de respuesta constituye un predictor de curso más favorable.

Figura 1. Predictores del curso de la DEPEA(9)



El suicidio constituye una de las complicaciones más graves de la enfermedad depresiva, y, la depresión es el factor de riesgo más importante para que se presente la conducta suicida a esta edad. Pero, aunque la mayoría de los pacientes que intentan el suicidio o mueren por esta causa en la edad avanzada tienen depresión, solo una minoría de los depresivos tienen ideas de suicidio y una minoría de éstos llevan a cabo la conducta suicida (10).

Tratamiento y síntomas residuales

El tratamiento de la enfermedad depresiva en los pacientes de edad avanzada, como en otras etapas de la vida, se hace con anti-depresivos, psicoterapia o la combinación de ambos. Otras terapias no farmacológicas como la musicoterapia o el ejercicio físico regular pueden resultar útiles al combinarlas con las dos anteriores. Y en los casos más graves o con síntomas psicóticos la terapia electroconvulsiva y el uso de antipsicóticos (los de segunda generación son de elección) pueden ser los tratamientos de primera línea (11). Las recurrencias son frecuentes, sobre todo en las formas de inicio tardío (2,12), y la resistencia al tratamiento puede presentarse hasta en un tercio de los pacientes (2).

Ya se ha dicho en este artículo que la evolución de los pacientes hasta en la mitad de los casos presenta síntomas que no desaparecen a pesar de la mejoría del cuadro clínico depresivo, y que se conocen como síntomas residuales. De entre ellos, los cognitivos, la ansiedad, o los trastornos del sueño, resultan tener una mayor importancia para el pronóstico de los pacientes. En el caso de los síntomas residuales de tipo cognitivo su relevancia estriba en el incremento del riesgo

para la evolución a demencia que suponen (13). Los pacientes con enfermedad depresiva de inicio tardío tienen mayor riesgo de presentar síntomas residuales y evolucionar con más deterioro funcional (14).

El objetivo del tratamiento antidepresivo debe ser la remisión completa. Para ello, después de un tiempo suficiente de tratamiento con la psicoterapia elegida y las dosis adecuadas de los fármacos indicados, debe monitorizarse el estado del paciente y considerarse el restablecimiento al estado previo a la aparición del síndrome depresivo tanto en lo sintomático como en lo funcional y sociofamiliar. Para ello, la detección de síntomas residuales y la implicación de informadores externos cercanos al paciente son de gran importancia.

Límites en el tratamiento de la depresión al final de la vida

Las terapias no farmacológicas para la recuperación funcional y de la actividad social, y las estrategias terapéuticas de optimización, sustitución y potenciación deben utilizarse tan enérgicamente como sea preciso para alcanzar la remisión o la máxima recuperación que cada paciente concreto permita. Pero, como en otras especialidades médicas, el límite debe estar en no producir al paciente un daño mayor que el derivado de la enfermedad que estamos tratando, alcanzar las mayores tasas de calidad de vida posibles y respetar sus deseos siempre que éstos no estén determinados por el propio cuadro depresivo.

Los criterios Beers descritos por primera vez en 1991 y modificados en varias ocasiones posteriormente, incluyen las benzodiazepinas de vida media larga y la amitriptilina

como prescripciones inadecuadas a esta edad (15). Los criterios STOPP (*screening tool of older people's prescriptions*) y START (*screening tool to alert to right treatment*), de origen europeo, incluyen en sus recomendaciones la consideración de los antidepresivos tricíclicos, ISRS, benzodiazepinas y neurolépticos para un correcto uso de las prescripciones en estos pacientes (16).

Con un planteamiento que denominan "psicofarmacología existencial", Ghaemi et al. (17) propugnan que:

- Siempre es necesario invertir en la alianza terapéutica, la relación médico-paciente, en beneficio del paciente.
- El paciente tiene derecho a ser escuchado antes de empezar a escuchar, lo que supone esforzarse por una escucha empática.
- Una buena alianza terapéutica mejora la adherencia al tratamiento.
- Al tratar a un enfermo es necesario coordinar las preferencias del paciente con las evidencias médicas disponibles que conoce el especialista.

Conclusiones

El tratamiento del paciente mayor con depresión debe llegar hasta donde los conocimientos de la especialidad psiquiátrica permitan, con especial consideración por las preferencias del paciente y los medios psicosociales disponibles. Ayudar a los pacientes, en el marco de la consideración de su propia dignidad, a encontrar sentido a su sufrimiento y trabajar la narrativa de su propia enfermedad parecen esenciales. El uso de los medios disponibles con la intensidad que sea necesaria, sobre todo en el caso de la presencia de síntomas residuales, debería ser la norma para conseguir la remisión sintomática y la recuperación funcional del paciente.

Bibliografía

1. Bhalla RK, Butters MA, Becker JT, Houck PR, Snitz BE, Lopez OL, et al. Patterns of mild cognitive impairment after treatment of depression in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2009;17(4):308–16.
2. Miller M, Reynolds CF, Gildengers A, Whyte E, Andreescu C. Late-Life Depression: Evidenced-Based Treatment. In: Miller M, Lalithkumar K, editors. *Geriatric Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 195–218.
3. Baldwin R, Katona C, Graham N. Guidelines on Depression in Older People: practising the evidence. In: Martin Dunitz, editor. London; 2002.
4. Coppeland J, Beekman AT, Dewey M, Al E. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry*. 1999;174:312–21.
5. Bruce ML. Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2001;9(2):102–12.
6. Verhaak PFM, Dekker JH, De Waal MWM, Van Marwijk HWJ, Comijs HC. Depression, disability and somatic diseases among elderly. *J Affect Disord*. 2014;
7. Alexopoulos GS, Young RC, Abrams RC, Meyers B, Shamoian CA. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry*. 1989;
8. Greene RD, Wang S. Neurologic Chan-

- ges and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018.
9. Tunvirachaisakul C, Gould RL, Coulson MC, Ward E V., Reynolds G, Gathercole RL, et al. Predictors of treatment outcome in depression in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017.
 10. Szanto K, Galfalvy H, Vanyukov PM, Keilp JG, Dombrovski AY. Pathways to late-life suicidal behavior: Cluster analysis and predictive validation of suicidal behavior in a sample of older adults with major depression. *J Clin Psychiatry*. 2018;
 11. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults. *JAMA [Internet]*. 2017;317(20):2114–22.
 12. Valiengo L da CL, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:2105–14.
 13. Naismith SL, Norrie LM, Mowszowski L, Hickie IB. The neurobiology of depression in later-life: Clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Progress in Neurobiology*. 2012.
 14. Espinoza R, Kaufman A. Diagnosis and Treatment of Late-Life Depression. *Psychiatr Times [Internet]*. 2014;1–8.
 15. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;
 16. O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing*. 2015;
 17. Ghaemi S, Glick I, Ellison J. A commentary on existential psychopharmacologic clinical practice: advocating humanistic approach to the "Med check." *J Clin Psychiatry*. 2018;79(4):18ac12177.

DISFUNCIÓN EJECUTIVA EN LA PARÁLISIS CEREBRAL. MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA, OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

Dra. Silvia Fernández Doblado

Médico Geriatra. Fundación Aspace, Barcelona.
sfdcarpediem@hotmail.com

Resumen

La parálisis cerebral es un síndrome que asocia desórdenes del desarrollo del movimiento, la postura y el tono muscular, que causan limitaciones en las actividades y están acompañados de déficits sensitivos, cognitivos, de comunicación, de percepción, comportamiento, y crisis comiciales. El tratamiento debe ser preventivo, activo e interdisciplinar a nivel farmacológico, rehabilitador, psicoemocional y cognitivo. La exposición a ambientes sensoriales enriquecidos y programas de desarrollo temprano basados en la teoría de la neuroplasticidad, mejoran la función cognitiva y el crecimiento cerebral favoreciendo una atención rehabilitadora integral sobre los trastornos motores y los trastornos asociados, y lográndose mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Palabras clave: Parálisis cerebral, rehabilitación, neuroplasticidad, síndrome disejecutivo, estimulación precoz.

Abstract

Cerebral palsy is a syndrome that associates disorders of the development of movement, posture and muscle tone, which cause limitations in activities and are accompanied by sensory and cognitive failures, alterations of communication, perception, behavior, and epilepsy. The treatment must be preventive, active and interdisciplinary at the pharmacological, rehabilitation, psycho-emotional and cognitive levels. The exposure to enriched sensorial environments and early development programs based on the theory of neuroplasticity, improve cognitive function and brain growth, favoring comprehensive rehabilitative care on motor disorders and associated disorders, and improving the quality of life of affected people and their families.

Key Words: Cerebral palsy, rehabilitation, neuroplasticity, dysexecutive syndrome, early stimulation.

Introducción

La Fundación Aspace es una entidad dedicada a la atención integral multi e interdisciplinar de las personas con parálisis cerebral y otras patologías del desarrollo, así como a sus familias. Esta atención abarca los ámbitos de la salud, lo educativo y social, a lo largo del ciclo vital de las personas atendidas, ofreciendo una cartera de servicios ajustada a sus necesidades. Está dividida en tres áreas: 1. Servicios de salud y de rehabilitación: Consultas externas, CDIAP, servicios de rehabilitación, centro de recursos y tecnología de apoyo-CRA. 2. Servicios escolares y pedagógicos. 3. Servicios comunitarios: Centros de Terapia Ocupacional de Badalona y Poblenou, servicios del Centro Integral Montjuïc, Residencia Aspace Montjuïc, servicio de ocio y respiro, servicios de deportes y servicios de transporte.

La **Parálisis Cerebral (PC)** es un síndrome clínico caracterizado por trastornos del tono, postura y movimiento, acompañados de déficits sensitivos, cognitivos, de comunicación, de percepción y /o comportamiento, y/o crisis comiciales. Es una secuela de una alteración no progresiva en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.) (cerebro, cerebelo, tronco) durante el proceso del desarrollo fetal o infantil (límite superior: 3 años) y conduce a estados de pluridiscapacidad.(1)

Desarrollo

Epidemiología: La P.C. es la causa más común de discapacidad física y cognitiva en la edad temprana en países occidentales. Los avances en la medicina neonatal ha favorecido una mayor supervivencia de los recién nacidos pero ello ha conllevado un aumento de su prevalencia (2) siendo de 2 a 3 casos/1000 nacidos vivos.(3)

Clasificaciones de PC según: A) Topografía: hemiplejia, diplejia, tetraplejia. B) Tipo de afectación motora: B.1.Espástica: Tetraplejia espástica: Es la más grave, produce una afectación de las 4 extremidades, se debe a malformaciones cerebrales, infecciones intrauterinas, y la lesión cerebral es una encefalomalacia multiquística. Diplejia espástica: Es la más frecuente, hay una afectación predominante de extremidades inferiores, se relaciona con la prematuridad y se produce una leucomalacia periventricular. Hemiplejia espástica: se manifiesta con paresia de un hemicuerpo, principalmente de extremidades superiores, presentan lesiones cortico-subcorticales, displasias corticales y leucomalacia periventricular unilateral. B.2.Discinética: En el 60% de los casos se deben a causas perinatales. Hay una fluctuación brusca del tono muscular, movimientos involuntarios y persistencia de reflejos arcaicos. Tipos:coreoatetósica, distónica y mixta. B.3.Atáxica: se manifiesta con hipotonía, ataxia, dismetría y descoordinación, y presentan hipoplasia del vermis cerebeloso e hipoplasia pontocerebelosa. B.4.Hipotónica: Poco frecuente. Se expresa con hipotonía muscular e hiperreflexia osteotendinosa. B.5.Mixta: es frecuente la asociación de ataxia y distonía, o distonía con espasticidad. C) Etiología: C.1.Factores prenatales: maternos (alteración de la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA, infecciones intrauterinas, traumatismos, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea), alteración de la placenta (trombosis, cambios vasculares crónicos, infección), factores fetales (gestación múltiple, retraso del crecimiento intrauterino, polihidramnios, malformaciones). C.2.Factores perinatales: prematuridad, bajo peso, fiebre materna en el parto, hipoglucemia mantenida, hemorragia intracraneal, hiperbilirrubinemia, encefalopatía hipóxico-isquémica,

cirugía cardíaca. C.3.*Factores postnatales:* infecciones (meningitis, encefalitis), TCE, estatus convulsivo, parada cardiorrespiratoria, intoxicación, deshidratación grave.

Afectaciones: *Principales:* Alteraciones del movimiento voluntario, del control postural, y del tono muscular. *Asociadas:* Neurológicas: retraso mental, epilepsia, alteraciones sensoriales (visuales, auditivas, propioceptivas), trastornos del ánimo, alteraciones del lenguaje, convulsiones, problemas del aprendizaje; gastrointestinales: disfunción motora oral, desnutrición, reflujo gastroesofágico, esófago de Barret, estreñimiento, sialorrea; ortopédicas: escoliosis, retracciones articulares, retracciones musculares, luxación de cadera, osteoporosis; nefro-urológicas: infecciones urinarias, enuresis, trastornos vesicales; respiratorias: neumonía por broncoaspiración; otras: control de esfínteres, psicosociales.

Diagnóstico: Se basa en la *historia clínica* (factores de riesgo, historia de la gestación, parto y desarrollo psicomotriz del bebé), *exploración física* (patrones motores, tono muscular, reflejos osteotendinosos, reflejos primarios y posturales), *neuroimagen* (ecografía transfontanelar en lactantes, RMN, TAC), EEG (detección y seguimiento de las crisis comiciales), *revisión oftalmológica* (potenciales evocados visuales y electroretinograma), *estudio de la audición y radiografías* de cadera y columna vertebral (previas a iniciar la carga en bipedestación y durante su desarrollo).

Funciones ejecutivas y parálisis cerebral: En 2005, la Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy, define la PC como un grupo de desórdenes del desarrollo del movimiento y la postura que causan limitaciones en las actividades atribuibles a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo fetal o cerebral del niño. Indi-

can que estos desórdenes motores a menudo están acompañados de déficits sensitivos, cognitivos, de comunicación, de percepción, comportamiento, y crisis comiciales.(4). Esta definición amplía su significado, no sólo es un trastorno motor sino que hay que considerar la existencia de déficits cognitivos, comportamentales y de la comunicación.(5) La severidad de la lesión cerebral, el momento vital en que se produce y el entorno en el que se va a desarrollar el niño, influyen en los resultados cognitivos y en la capacidad de desarrollo de la neuroplasticidad. (6) Las funciones ejecutivas se han definido como procesos que asocian ideas simples y las combinan hacia la resolución de problemas de alta complejidad.(7) El córtex prefrontal (estructura) y los procesos ejecutivos (función) desempeñan un papel fundamental en relación con la memoria e inteligencia y la supervisión de las conductas adaptativas por la información contenida en el hipocampo y en los lóbulos temporales mediales. La existencia de lesiones bilaterales y el parto prematuro se correlacionan con la disfunción ejecutiva y está presente durante todo el desarrollo temprano. Se caracteriza por problemas de atención, lenguaje, memoria, visopercepción, visoconstrucción, alteraciones de impulsividad, déficits en el control inhibitorio y de flexibilidad cognitiva, y en relación con manifestaciones conductuales, problemas sociales y de aprendizaje. Se producen déficits de atención sostenida y de la requerida para el control postural así como respuestas deficitarias de inhibición (en un 2.65% presentan mayor riesgo de desarrollo de TDAH durante la edad escolar)(8); afectación del lenguaje con dificultades en la comunicación(9); déficits de aprendizajes por déficit de memoria (la memoria de trabajo es el mejor predictor de inteligencia), de percepción auditiva y de habilidades del habla;

(10) y afectación de la visopercepción y visoconstrucción.(11) Según el área lesionada la sintomatología expresada del síndrome disejecutivo varía. El perfil disejecutivo propio de los niños con PC está presente durante todo el desarrollo temprano y está caracterizado por problemas de atención, alteraciones de impulsividad, déficits en el control inhibitorio y de flexibilidad cognitiva. Se ha valorado la relación con manifestaciones conductuales, problemas sociales y de aprendizaje.(12)

Valoraciones neuropsicológicas: *Ante la sospecha de deterioro cognitivo:* escalas de Weschler (hasta 16 años y 11 meses), escala de Wais (a partir de 17 años); *si la PC es de gran afectación:* escala manipulativa de Leiter, test breve de inteligencia K-Bit y la escala de inteligencia de Terman; *escalas complementarias:* test Peabody (nivel de vocabulario receptivo) y test de la Figura de Rey; *valoración específica de posible deterioro cognitivo:* MiniMental Test (MMSE), cuestionario de Pfeiffer, batería neuropsicológica Test Barcelona y CAMDEX-DS (versión de CAMDEX para discapacitados intelectuales).

Abordaje terapéutico: *Tratamiento del trastorno motor:* Va encaminado a mejorar una función concreta, a prevenir las retracciones y deformaciones secundarias, y a paliar la afectación. El tratamiento se realiza a través de técnicas de terapia funcional y ocupacional, técnicas ortopédicas y quirúrgicas, y tratamiento farmacológico de la espasticidad y de las contracturas musculares (Toxina botulínica, Baclofen). *Tratamiento preventivo:* Actuación sobre las repercusiones que el trastorno motor provoca en el desarrollo global del niño: comunicación, juegos, escuela, desplazamientos etc. *Tratamiento de los trastornos asociados:* sensoriales (estimulación neurosensorial), cognitivos (estimulación de las funciones ejecutivas), epilepsia

(fármacos antiepilépticos y controles EEG), desnutrición (SNG, PEG) y oxigenoterapia.

Neuroplasticidad: El lugar anatómico de la lesión y el momento vital en que se produce determinan los déficits neuropsicológicos así como la calidad de vida. Una afectación de predominio en hemisferio izquierdo se manifiesta con un deterioro significativo en el lenguaje. Y una afectación de predominio derecho marca una afectación en la atención y visopercepción.(13) *Teoría del efecto de saturación (Crowding Hypothesis):* Niños con lesiones de hemisferio izquierdo preservan el lenguaje lateralizado desarrollando estas funciones en el derecho. El lenguaje se puede reorganizar en áreas homólogas del hemisferio derecho tras lesiones tempranas del izquierdo.(14) *Principio de Kennard:* Señala que existe una relación lineal negativa entre la edad en que se produce la lesión cerebral y el resultado funcional de ésta. Cuanto más joven, mejor es el resultado por el proceso de neuroplasticidad.(15) Aunque otros estudios, mantienen que la capacidad de recuperación funcional no se relaciona con la edad sino que su nivel óptimo se alcanza cuando la etapa de desarrollo y maduración es más favorable para la sinaptogénesis y la formación glial.(16) Se valora por tanto, la necesidad de establecer una REHABILITACIÓN COGNITIVA de amplio espectro(17): intervención neuropsicológica, del habla, farmacológicas, con la familia, desarrollo de planes educativos individuales y dispositivos de comunicación adecuados. La exposición a ambientes sensoriales enriquecidos y programas de desarrollo temprano, mejoran la función cognitiva y el crecimiento cerebral en niños con daño cerebral perinatal(18). La estimulación temprana debe estar regulada, ser continuada y llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del

sistema nervioso, y determinada por su carácter sistemático y secuencial. Se basa en la *psicología del desarrollo, psicología de la conducta y la neurología evolutiva*. En los pacientes con compromiso neurológico importante, el éxito del tratamiento resulta limitado debido a la gravedad de las lesiones. La estimulación precoz contribuye a desarrollar al máximo la capacidad física, social y mental, favoreciendo el aumento del número de interconexiones neuronales si se proporciona al organismo un ambiente enriquecedor por medio de estímulos debidamente programados.(19)

Conclusión

La Parálisis Cerebral es una condición incapacitante con variadas manifestaciones clínicas y comorbilidades, y que además de las disfunciones motoras se asocian alteraciones de las capacidades visoperceptivas, déficits atencionales y disfunción ejecutiva. La acción terapéutica interdisciplinar y centrada en la atención individualizada dirigida a una estimulación precoz y conjunta por profesionales de la rehabilitación, escuela, familia, puede favorecer cambios funcionales y cognitivos a través de la capacidad de neuroplasticidad, favoreciendo todo ello una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. González Fernández, A.I. et al. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral. [informe técnico] 2012, Madrid. Ed. IMSERSO. <http://hdl.handle.net/11181/3314>
2. Krägeloh-Mann, I. y Cans, C. Cerebral palsy update. *Brain and Development*. 2009; 31(7): 537-544.
3. Cans, C. Surveillance of cerebral palsy in Europe. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. *Rev Med Child Neurol*. 2002; 44 (9): 633-40.
4. Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. y Damiano, D. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine y Child Neurology*. 2005; 47(8): 571-576.
5. Muriel, V., Ensenyat, A., García-Molina, A., Aparicio-López, C. y Roig-Rovira. Déficits cognitivos y abordajes terapéuticos en parálisis cerebral infantil. *Acción psicológica*. 2014;11(1):107-120.
6. Aisen, M. L., Kerkovich, D., Mast, J., Mulroy, S., Wren, T. A. L., Kay, R. M. y Rethlefsen, S. A. Cerebral palsy: clinical care and neurological rehabilitation. *Lancet neurology*. 2011; 10(9): 844-852.
7. Tirapu, J., Muñoz-Céspedes, J.M. Memoria y funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2005; 41(8): 475-484 .

8. Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Craddock, M. M. y Anand, K. J. S. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. 2002; 288(6): 728-737.
9. Pirila, Silja, van der Meere, J., Pentikainen, T., Ruusu-Niemi, P., Korpe-la, R., Kilpinen, J. y Ni-eminen, P. Language and motor speech skills in children with cerebral palsy. *Journal of communication disorders*. 2007; 40(2): 116-128.
10. Peeters, M., Verhoeven, L. y de Moor, J. Pre-dictors of verbal working memory in children with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*. 2009; 30(6): 1502-1511.
11. Goto, M., Ota, R., Iai, M., Sugita, K. y Tanabe, Y. MRI changes and deficits of higher brain functions in preterm diplegia. *Acta paediatrica*. 1992; 83(5): 506-511.
12. Bottcher, L. (2010). Children with Spastic Ce-rebral Palsy, Their Cognitive Function-ing, and Social Participa-tion: A Review. *Child Neuropsychology*. 2010; 16(3): 209-228.
13. Kolk, A. y Talvik, T. Cognitive outcome of children with early-onset hemiparesis. *Journal of child neurology*. 2000; 15(9): 581-587.
14. Lidzba, K, Wilke, M., Staudt, M., Kräge-loh-Mann, I. y Grodd, W. Reorganiza-tion of the cerebro-cerebellar network of language produc-tion in patients with congenital left-hemispheric brain lesions. *Brain and language*. 2008; 106(3): 204-210.
15. Dennis, M. Margaret Kennard (1899-1975): not a «principle» of brain plasticity but a foun-ding mother of developmental neuropsycholo-gy. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*. 2010; 46(8): 1043-1059.
16. Kolb, Bryan, Teskey, G. C. y Gibb, R. Factors influencing cerebral plasticity in the normal and injured brain. *Frontiers in human neuroscience*. 2010; 4: 204.
17. Aisen, M. L., Kerkovich, D., Mast, J., Mulroy, S., Wren, T. A. L., Kay, R. M. y Rethlefsen, S. A. (2011). Cerebral palsy: clinical care and neuro-logical rehabilitation. *Lancet neurology*. 2011; 10(9), 844-852.
18. Holt, R. L., & Mikati, M. A. Care for Child Development: Basic Science Rationale and Effects of Interventions. *Pediatric Neurology*. 2011; 44: 239-253.
19. García Navarro, M.E. et al. Influencia de la estimulación temprana en la Parálisis Cerebral. *Rev Neurol*. 2000; 31(8): 716-719.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN DEMENCIAS: EFECTIVIDAD DE LOS ANIMALES ROBÓTICOS

Natalia Rosillo Carretero

Terapeuta Ocupacional

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias – Imserso. Salamanca.

terapiaocupacionalcrea@imserso.es

Enrique Pérez Sáez

PhD. Neuropsicólogo

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias – Imserso. Salamanca.

Universidad de Salamanca. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento.

Elisa Pérez Redondo

Trabajadora Social

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias – Imserso. Salamanca.

Beatriz Peláez Hernández

Trabajadora Social

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias – Imserso. Salamanca.

Resumen

El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA) cuenta con un programa de terapias no farmacológicas (TNF) al que se van incorporando intervenciones novedosas, adaptándonos a los cambios sociales y tecnológicos. Una de las TNF que más interés ha generado en los últimos años es la Roboterapia, el uso de robots sociales con forma de animal. Numerosos estudios han mostrado que la roboterapia tiene beneficios en las áreas social, afectiva, fisiológica y comportamental, pudiendo repercutir en la

calidad de vida de la persona con demencia. A este respecto desde el CREA se han realizado recientemente dos estudios: el primero de ellos para valorar la eficacia de la foca robótica Paro en la reducción de los síntomas psicológicos o conductuales y mejora de la calidad de vida; mientras que el segundo consistió en una comparación de las respuestas generadas por Paro o un cachorro de perro.

Palabras clave: Alzheimer. Demencia. Terapias no farmacológicas. Robot social. Roboterapia. Intervención asistida con animales.

Abstract

NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF DEMENTIA: EFFECTIVENESS OF ROBOTIC ANIMALS.

The National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia care (CREA) has a program of non-pharmacological therapies (NPT) to which new interventions are incorporated, adapting to social and technological changes. Robototherapy, the use of social robots in the form of animals, is a NPT that has attracted great interest in recent years. Numerous studies have shown that robototherapy has benefits in the social, affective, physiological and behavioural areas, and can have an impact on the quality of life of the person with dementia. In this regard, two studies have been carried out recently by CREA: the first of them to assess the effectiveness of the Paro robotic seal in reducing psychological or behavioural symptoms and improving quality of life; while the second consisted of a comparison of the responses generated by Paro or a puppy dog.

Key Words: Alzheimer. Dementia. Non-pharmacological therapies. Social Robots. Robototherapy. Animal Assisted Intervention.

Introducción

Se estima que en España alrededor de 600000 personas sufren demencia. La ausencia de un tratamiento farmacológico eficaz ha generado interés en las terapias no farmacológicas (TNF) que puedan mejorar la calidad de vida de las personas con demencia (PcD). El interés en las TNF junto con la necesidad creciente para el desarrollo de nuevas tecnologías que puedan aliviar la carga asistencial, ha dado lugar al desarrollo de robots sociales que pueden ser útiles para mejorar la salud y bienestar psicológico de las PcD. En este sentido, podemos definir la roboterapia como una TNF que consiste en el uso de robots que simulan animales, dotados de inteligencia artificial y múltiples sensores que les permite comportarse e interactuar con los usuarios como si de un animal real se tratara. La roboterapia es recomendada como una alternativa a las intervenciones con animales, pudiendo dar lugar a los mismos efectos que tiene esta: psicológicos, fisiológicos y sociales.

Algunas de las características que deberían tener los robots terapéuticos son las siguientes¹: (a) Su forma, sensación al tacto, comportamiento autónomo y respuestas deben imitar el comportamiento de los animales que pretenden emular; (b) Deben ser fácilmente aceptados por los usuarios; (c) Deben ser inofensivos e higiénicos; (d) Tienen que evitar los comportamientos repetitivos y predecibles; (e) Tienen que ser fácilmente manejables.

En los últimos años se han diseñado múltiples robots sociales², pero el ejemplo más destacado es Paro³, un robot social con forma de foca dotado de una inteligencia artificial que le permite comportarse e interactuar con los usuarios usando una serie de sensores táctiles, de luz, de temperatura, auditi-

vos y posturales. Tiene una piel artificial antibacteriana y anti-manchas. Puede expresar emociones (abriendo y cerrando sus ojos o moviendo su cabeza y aletas) y aprender las preferencias del usuario a través del refuerzo y el castigo de su comportamiento.

En los últimos años se han llevado a cabo múltiples estudios para intentar establecer los efectos que la roboterapia puede tener en PcD⁴. Diversas investigaciones han mostrado sus efectos beneficiosos sobre la comunicación y socialización⁵⁻⁷. También se ha constatado que la roboterapia puede producir una mejora en el estado de ánimo y más expresiones emocionales positivas⁸⁻¹³. Por otro lado, la interacción con Paro puede producir efectos relajantes manifestados como una reducción de la tensión arterial y frecuencia cardíaca^{14,15}. Varios estudios han mostrado una reducción de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD) como depresión y agitación^{8,11}, ansiedad¹⁴, apatía¹⁶, así como una reducción en el uso de psicofármacos⁹.

Recientemente se han llevado a cabo proyectos de roboterapia en diversos países como Holanda, Dinamarca y Canadá, lo que demuestra el creciente interés en el campo. En España, el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA), perteneciente al Imsero se configura como un recurso de ámbito estatal, especializado en la investigación, análisis, evaluación y conocimiento de las mejores fórmulas para la atención sociosanitaria de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Actualmente el CREA se encuentra desarrollando su trabajo en el ámbito de la roboterapia a través del robot social Paro y se han completado dos estudios que se presentan resumidamente a continuación.

ESTUDIO 1: Efectos de la intervención a través del robot terapéutico Paro en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias¹⁷.

El objetivo era conocer si la roboterapia puede ser eficaz para reducir los SPCD, mejorar la calidad de vida de PcD y mejorar su estado cognitivo y funcional. Además, se pretendía comprobar si las sesiones de roboterapia producen un efecto relajante, son capaces de mejorar el estado de ánimo de los participantes y provocar una experiencia positiva en la actividad.

Método

El estudio utilizó un diseño experimental de medidas repetidas, aleatorizado y controlado. El grupo de intervención participó en 12 sesiones de roboterapia en grupo, de 20 minutos de duración, a razón de 3 sesiones por semana durante 4 semanas. Las sesiones fueron llevadas a cabo siguiendo el "Caregiver's Manual for Robotherapy"¹⁸. El grupo control mantuvo el tratamiento habitual.

Materiales

Para valorar los SPCD se utilizaron las escalas NPI-NH, APADEM-NH y GDS-15. La calidad de vida se evaluó mediante la escala QoL-AD. Se utilizó el MMSE para la valoración cognitiva e IDDD para la funcionalidad. La experiencia del usuario fue valorada en cada sesión de roboterapia mediante la escala NPT-ES. Además, antes y después de cada sesión los participantes valoraron su estado de ánimo mediante una escala gráfica y se registró su tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Participantes

Doce usuarios cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados. Uno de los usuarios del grupo de intervención sufrió problemas médicos que le impidieron continuar participando en la investigación, de tal forma que la muestra final estuvo formada por 11 personas, 2 hombres y 9 mujeres, con una edad media de 77 años y un grado de demencia moderada (GDS 5).

Resultados

Aunque se produjo un descenso en los SPCD y apatía, no se encontró un efecto estadísticamente significativo de la intervención con Paro. Así mismo no se encontró ningún efecto sobre la depresión, la cognición o la capacidad funcional. Sin embargo, los resultados mostraron un efecto significativo sobre la calidad de vida medida a través del cuidador principal como informante. Además, tras las sesiones se encontró una mejoría significativa del estado de ánimo de los participantes y una bajada en su tensión arterial. Por último, las sesiones de roboterapia generaron una experiencia muy positiva para el participante.

Discusión

Los resultados muestran que la roboterapia puede ser apropiada para PcD ya que puede tener un efecto relajante, generar un estado de ánimo positivo y mejorar la calidad de vida de las PcD. Además, ofrece una experiencia positiva para los participantes, dando lugar a múltiples manifestaciones de placer. Por otro lado, no parece ser efectiva para mejorar la situación cognitiva o funcional de los pacientes y no se encontró un efecto significativo sobre los SPCD.

Este estudio tiene como limitaciones la pequeña muestra utilizada y las bajas puntuaciones en SPCD de los participantes, que puede haber ocasionado un efecto suelo que subestime el efecto de la roboterapia sobre estos síntomas.

ESTUDIO 2: Comparación de las respuestas ante un estímulo de roboterapia (paro) y un perro en personas con demencia¹⁹.

Este estudio pretende saber si la interacción con Paro tiene efectos comparables a la interacción con perros comparando los comportamientos sociales, las manifestaciones emocionales, la implicación y la experiencia durante la actividad que muestran las PcD durante sesiones individuales de interacción con Paro, un cachorro de perro y una condición de control/placebo con Paro apagada.

Método

La investigación utilizó un diseño observacional de medidas repetidas para comparar las respuestas de los participantes durante 3 sesiones individuales de 6 minutos de interacción libre con un cachorro, 3 sesiones de interacción con Paro en funcionamiento y una sesión de interacción con Paro apagada (control/placebo).

Materiales

Durante las sesiones se utilizó a Paro y un cachorro de perro mestizo de 4 meses como estímulos. Las sesiones fueron grabadas en vídeo para su posterior codificación por un observador entrenado que completó

un instrumento para valorar la implicación (OME), un registro observacional de comportamientos sociales (ROCS), un instrumento para valorar las manifestaciones emocionales (OERS) y una valoración de la experiencia durante la actividad (NPT-ES).

Participantes

En la investigación participaron 14 usuarios del centro de día del CREA con demencia moderada (7 hombres y 7 mujeres) con una edad media de 77,71 años.

Resultados

Todos los estímulos fueron bien aceptados y se produjeron escasas situaciones de rechazo a la interacción. Sin embargo, tanto el perro como Paro generaron mayor atención por parte de los usuarios y una actitud más positiva a la interacción con el estímulo.

En cuanto a los comportamientos sociales se encontró que los usuarios miraron más veces y dirigieron sus verbalizaciones en mayor medida a los terapeutas cuando estaba presente el placebo, seguramente porque el estímulo no es capaz de responder como lo hace Paro o el perro y los usuarios dirigieron la atención a otros estímulos sociales. Paro generó más verbalizaciones dirigidas hacia él. Todos los estímulos generaron un número similar de contactos físicos, aunque el perro dio lugar a más contacto físico con los terapeutas. Por último, los resultados mostraron que el perro dio lugar a más risas.

En esta línea se comprobó cómo Paro y el perro fueron capaces de generar estados emocionales más positivos que el placebo, con más manifestaciones de placer y menos de tristeza. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los estados emocionales asociados a Paro y al cachorro. También se

constató que el perro fue capaz de generar mayor Disfrute que Paro y el placebo.

Discusión

Los resultados obtenidos indican que Paro puede ser una buena alternativa y complemento a la interacción con perros, aunque parece que la intervención con animales puede ser ligeramente superior a la hora de generar comportamientos sociales y promover una experiencia positiva caracterizada por mayor disfrute, placer y afecto positivo.

Este estudio tiene como limitaciones el pequeño tamaño de la muestra, las dificultades inherentes a la utilización de instrumentos de registro basados en la observación directa de comportamientos y su baja sensibilidad a pequeños cambios del comportamiento dando lugar a efectos suelo/techo en algunos de sus ítems.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no ha recibido financiación específica de ninguna agencia pública o privada.

Bibliografía

1. Shibata T, Wada K. Robot Therapy: A new approach for mental healthcare of the elderly - A mini-review. *Gerontology*. 2011;57(4):378-86. doi: 10.1159/000319015.
2. CRE Alzheimer. Robots terapéuticos 2018 [20/12/2018]. Recuperado de: www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/recursos/robots/index.htm.
3. Wada K, Shibata T, Saito T, Tanie K, editors. Effects of robot assisted activity to elderly people who stay at a health service facility for the aged. *IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems (IROS 2003)*; 2003 October 2003; Las Vegas, Nevada, USA.
4. Abdi J, Al-Hindawi A, Ng T, Vizcaychipi MP. Scoping review on the use off socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018815. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018815.
5. Sung HC, Chang SM, Chin MY, Lee WL. Robot-assisted therapy for improving social interactions and activity participation among institutionalized older adults: A pilot study. *Asia Pac Psychiatry*. 2015;7(1):1-6. doi: 10.1111/appy.12131.
6. Jøranson N, Pedersen I, Rokstad AMM, Aamodt G, Olsen C, Ihlebæk C. Group activity with Paro in nursing homes: systematic investigation of behaviors in participants. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(8):1345-54. doi: 10.1017/S1041610216000120.
7. Chu MT, Khosla R, Khaksar SMS, Nguyen K. Service innovation through social robot engagement to improve dementia care quality. *Assist Technol*. 2017;29(1):8-18. doi: 10.1080/10400435.2016.1171807.
8. Jøranson N, Pedersen I, Rokstad AMM, Ihlebæk C. Effects on symptoms of agitation and depression in persons with dementia participating in robot-assisted activity: a cluster-randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(10):867-73. doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.002.
9. Jøranson N, Pedersen I, Rokstad AMM, Ihlebæk C. Change in quality of life in older people with dementia participating in Paro activity: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):3020-33. doi: 10.1111/jan.13076.
10. Moyle W, Cooke M, Beattie E, Jones C, Klein B, Cook G, et al. Exploring the effect of companion robots on emotional expression in older adults with dementia: a pilot randomized controlled trial. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(5):46-53. doi: 10.3928/00989134-20130313-03.
11. Moyle W, Jones CJ, Murfield JE, Thalib L, Beattie ERA, Shum DKH, et al. Use of a Robotic Seal as a Therapeutic Tool to Improve Dementia Symptoms: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(9):766-73. doi: 10.1016/j.jamda.2017.03.018.
12. Takayanagi K, Kirita T, Shibata T. Comparison of Verbal and Emotional

- Responses of Elderly People with Mild/Moderate Dementia and Those with Severe Dementia in Responses to Seal Robot, PARO. *Front Aging Neurosci.* 2014;6(257). doi: 10.3389/fnagi.2014.00257.
13. Bemelmans R, Gelderblom GJ, Jonker P, de Witte L. Effectiveness of Robot Paro in Intramural Psychogeriatric Care: A Multicenter Quasi-Experimental Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(11):946-50. doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.007.
 14. Petersen S, Houston S, Qin H, Tague C, Studley J. The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *J Alzheimers Dis.* 2017;55(2):569-74. doi: 10.3233/jad-160703.
 15. Robinson H, Broadbent E, MacDonal B. Group sessions with Paro in a nursing home: Structure, observations and interviews. *Australas J Ageing.* 2016;35(2):106-12. doi: doi:10.1111/ajag.12199.
 16. Valentí Soler M, Agüera-Ortiz L, Olazarán Rodríguez J, Mendoza Rebolledo C, Pérez Muñoz A, Rodríguez Pérez I, et al. Social robots in advanced dementia. *Front Aging Neurosci.* 2015;7(133). doi: 10.3389/fnagi.2015.00133.
 17. Rosillo N, Pérez E. Effects of non-pharmacological intervention through the therapeutic robot paro in persons with Alzheimer's disease and other dementias. Poster presentado en Alzheimer's Global Summit - Social and Health Care Research; 18-19 septiembre de 2017; Lisboa 2017.
 18. Wada K, Inoue K. *Caregiver's Manual for Robototherapy.* Tokyo: Tokyo Metropolitan University; 2010.
 19. Pérez-Redondo E, Pérez E, Rosillo N, González-Ingelmo E. Comparación de las respuestas ante un estímulo de robototerapia (Paro) y un perro en personas con demencia. *Quaderns Digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad.* 2017;84:39-57.

RESTRICCIÓN QUÍMICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS, EL PROYECTO CHROME

Jorge López Álvarez

Centro de Salud Mental de Carabanchel.
Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).
jorge.lopez@salud.madrid.org

Luis F. Agüera Ortiz

Centro de Salud Mental de Carabanchel.
Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).

Javier Olazarán Rodríguez

Hospital Universitario Gregorio Marañón. (Madrid).

Rubén Muñiz Schwochert

Director de investigación de la Fundación María Wolff.

Resumen

En los últimos años se ha ido cuestionando con cada vez mayor asiduidad la práctica psiquiátrica habitual en los pacientes ancianos con o sin demencia, institucionalizados o no institucionalizados. El motivo de ese cuestionamiento es el empleo frecuente de medidas de restricción física y de psicofármacos en estos pacientes, práctica que con frecuencia constituye lo que se denomina sujeción física o química. Este artículo se focaliza en la medida de sujeción más desconocida, que es la sujeción química, debido al empleo inadecuado de psicofármacos. Se repararán causas, dinámicas y soluciones propuestas con respecto al empleo de sujeciones, así como los usos de psicofármacos que pueden ser considerados sujeción química. Además, se resumirán aspectos importantes del proyecto CHROME, pionero en España en sistematizar el abordaje de las sujeciones químicas.

Palabras clave: demencia; sujeción química; sujeción física; criterios CHROME.

Abstract

The usual psychogeriatric clinical practice regarding elderly patients with or without dementia living at home or in an institution has been questioned in recent years. The reason is the frequent use of physical and chemical restraints in this population. This article focusses on chemical restraints, the most unknown measure of them, when an inappropriate use of psychoactive drugs occurs. We review reasons, dynamics and solutions for restraints's use and when the use of a drug can be considered a chemical restraint. In addition, we summarize the most important aspects of the CHROME criteria, the first initiative in Spain to systematize the chemical restraints use.

Key Words: dementia; chemical restraints; physical restraints; CHROME criteria.

Introducción

La práctica médica habitual en el paciente psicogeriátrico se está viendo sometida en los últimos años a un marcado cuestionamiento debido a la constatación de un uso elevado e inadecuado de medidas de restricción físicas y psicofármacos para abordar conductas consideradas erróneamente como constitutivas de enfermedad mental.

Más concretamente, en la población anciana institucionalizada y con demencia la práctica clínica habitual con frecuencia no se atiene ni a unas indicaciones clínicas sostenidas por la evidencia científica ni a un marco regulatorio definido, sino más bien a cuestiones de imagen o conveniencia organizativa.

Aspectos normativos

Se carece de una legislación estatal que normativice el empleo de las medidas físicas y químicas en las personas ancianas, estén o no institucionalizadas o padezcan o no una demencia. Sin embargo iniciativas internacionales como los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, los informes del Comité Europeo para la prevención de la tortura o la Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) de 1987, así como en nuestro país la Constitución Española, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente¹, las distintas normativas autonómicas y los informes del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, dependiente del Defensor del Pueblo, permiten esbozar unas directrices generales acerca del empleo de las medidas físicas y químicas. Así, en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad se afirma: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir

el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la salud física de terceros” [citado en (1)]. Y en los informes del Comité Europeo para la prevención de la tortura se remarca: “...los instrumentos de represión deberían ser retirados a la mínima oportunidad; no se deberían usar, ni prolongar su aplicación como castigo”, así como: “La represión de pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en algunas ocasiones” [citado en (2)]. Es decir, el empleo de medidas de restricción física y los psicofármacos pueden ser empleados siempre que se minimicen su duración y sus consecuencias negativas.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura ha hecho recomendaciones al respecto de aquellos aspectos que a su juicio debe incluir una futura legislación estatal que limite el empleo de sujeciones químicas o físicas. Así, se deberían definir adecuadamente lo que constituye o no una sujeción, los supuestos permitidos de aplicación de medidas físicas y psicofármacos, la proporcionalidad e idoneidad de esas medidas, su duración, la autorización para su uso, el personal capacitado para su aplicación, la documentación necesaria a cumplimentar, los métodos para evaluar los efectos y resultados de su empleo y las garantías necesarias para el paciente (3).

Sujeción química

Existen varias definiciones acerca de las características que tiene que tener la prescripción de un psicofármaco para ser considerada una sujeción química. Una definición operativa es aquella que plantea que sujeción química es el empleo deliberado e intencional de psicofármacos, para un problema de base no psiquiátrica ni médica, el

cual podría responder mejor a un abordaje no farmacológico, originando el uso de psicofármacos una limitación de la actividad física y mental del sujeto (4).

En nuestro país son iniciativas pioneras el trabajo de la Fundación María Wolff, el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” (5) o la norma Libera-Ger (1), así como el documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (4) han abordado la necesidad de implementar medidas que limiten o eliminen las sujeciones físicas y químicas en las personas ancianas, señalando aspectos constitutivos de mala praxis y aportando algunas soluciones parciales al problema. Estas aproximaciones fundamentalmente se focalizan en las sujeciones mecánicas, desarrollando parcialmente el asunto de las sujeciones químicas. La crítica que se puede hacer desde la Psicogeriatría a esas iniciativas es que no aclaran convenientemente lo que es una sujeción química. En algunos casos se considera que el empleo de psicofármacos en cualquier circunstancia constituye un supuesto de sujeción química. En otros casos no se considera sujeción química si los psicofármacos los ha prescrito un psiquiatra, sin entrar en consideraciones al respecto de si un psiquiatra puede realizar mala praxis en la prescripción de un psicofármaco. El documento sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada de la Sociedad Española de Psicogeriatría (6) permite una primera aproximación desde la perspectiva psicogeriatría a una buena praxis en relación a las titulaciones, dosis y duración de los tratamientos antipsicóticos en función de los diferentes trastornos psiquiátricos, si bien entre sus objetivos no estaba el plantearse el uso de antipsicóticos en términos de posible sujeción química.

Se pueden diferenciar dos bloques de causas del empleo de sujeciones. Por una parte estarían aquellas causas ajenas a la persona, debidas a problemas organizativos o a la actitud o creencias de los profesionales, los familiares u otros usuarios, y por la otra parte aquellas causas que tienen su origen en el propio paciente (1). En el primer bloque referido los problemas son ajenos al individuo, por lo que la aplicación de una medida física o un psicofármaco muy difícilmente podrán inducir un cambio real en la conducta del paciente identificado catalogada como problemática. Acerca del segundo bloque hay que recordar que una conducta “problemática” no siempre tiene que constituir un síntoma de un síndrome potencialmente tratable mediante la aplicación de un psicofármaco. Es decir, el tratamiento psicofarmacológico solo estaría indicado en presencia de un trastorno mental definido y objetivable, susceptible de tratamiento farmacológico específico. Luego constituye un uso inapropiado de los psicofármacos cuando éstos son pautados a pesar de existir alternativas no farmacológicas o cuando no hay un trastorno mental. La equiparación errónea entre conducta indeseada y síntoma conlleva la aplicación de sujeciones químicas ante situaciones como la carestía de personal que impide prestar los cuidados apropiados, su empleo para reducir los ruidos o forzar el respeto de las normas, por conveniencia de los profesionales, familiares u otros usuarios o simplemente por falta de conocimiento (4).

Las conductas problemáticas susceptibles de medicalización inadecuada son aquellas que trascienden bien las normas institucionales explícitas, bien las normas implícitas que se establecen inevitablemente en el equipo de los profesionales como grupo social que es. Así, la deambulacion errática, las verbalizaciones o conductas que confron-

ten esas normas explícitas o implícitas, el alzar la voz o los intentos de no permanecer en cama, entre otros, pueden ser conductas primero “patologizadas” y posteriormente “medicalizadas”.

Si se focaliza en el campo residencial, se ha encontrado una asociación entre el mayor uso de sujeciones y algunas realidades asistenciales. Así, a menor espacio físico, menor tiempo disponible de intervención y (en algunas ocasiones) a mayor carga de trabajo se incrementa el riesgo de sujeciones. La intolerancia de familiares, trabajadores, gestores u otros usuarios a determinadas conductas que no satisfacen las expectativas de comportamiento también incrementa el riesgo, así como la escasa formación del personal en abordajes no farmacológicos. Una de las realidades asistenciales donde hay un mayor riesgo del empleo de sujeciones y donde parece haber una mayor resistencia a su abandono es en el horario nocturno, donde confluyen factores como la escasez de personal, el insomnio crónico verdadero y los falsos insomnios motivados por la exigencia contraria a la fisiología humana de pasar un número elevado de horas en la cama.

Sin embargo la prescripción off-label o fuera de indicación de un psicofármaco no necesariamente constituye una sujeción química. El Real Decreto 1015/2009², permite un uso correcto de fármacos en circunstancias de excepcionalidad o ante la ausencia de alternativas terapéuticas autorizadas, siempre que haya un respeto a los protocolos asistenciales, se deje constancia en la historia clínica y se firme un consentimiento informado. Dos empleos de psicofármacos que constituyen una praxis adecuada son el manejo de trastornos mentales resistentes y la ausencia de indicaciones oficiales para un trastorno concreto (7). Un ejemplo correcto de una prescripción off-label en patologías

resistentes sería el empleo de Clozapina en pacientes con trastorno bipolar grave con múltiples recaídas. Un ejemplo de tratamiento adecuado en ausencia de indicaciones oficiales es el empleo de cualquier antipsicótico en un trastorno de ideas delirantes, dado que no hay ningún medicamento con indicación oficial de tratamiento para esta enfermedad.

Dinámicas en relación al empleo de sujeciones

Aunque sería pretencioso resumir todas las posibles causas de la aplicación y continuidad en el tiempo del empleo de sujeciones físicas y químicas en una única dinámica, exponemos un acercamiento sistémico basado en la influencia del “poder”.

Se parte de la base de que la mayoría de los profesionales emplea medidas de restricción física o psicofármacos para el manejo de conductas de forma juiciosa, pero no se debe eludir que con frecuencia existen “fuerzas” que motivan o “convencen” a los profesionales sanitarios para el empleo de unas medidas no indicadas para el abordaje de problemas concretos de conducta. No hay más que observar las elevadas cifras de medicalización en diagnósticos como el duelo, el trastorno adaptativo o los trastornos de personalidad.

En el contexto de un anciano institucionalizado, máxime si padece una demencia, la posibilidad de elegir, incluyendo la posibilidad de oponerse a un abordaje determinado, puede no ser tenida en cuenta. Ante la aparición de una conducta no esperada, es fácil que ésta sea considerada una conducta problemática, y de ahí a considerar que constituye un síntoma potencialmente tratable solo hay un paso. Quizás el personal médico

o enfermero considere que dicha conducta es un problema pero que no es patológico, pero las presiones del personal no sanitario, de directivos sin formación clínica, de otros usuarios, de familiares o incluso de cargos de la Administración Pública a su vez presionados por alguno de los anteriores, pueden conminar al profesional a pautar una sujeción física o química. Es la norma social, y no la ciencia, dictaminando lo que es patológico. Una vez que queda patente para el personal sanitario que la presión ejercida por terceros puede dictaminar por encima del criterio profesional cuándo es necesario emplear una medida de restricción física o un psicofármaco, la perversión del sistema puede ir perfeccionándose avanzando hacia la menor resistencia relacional posible, lo que en un primer término implica la adopción de medidas susceptibles de ser consideradas sujeciones ante la aparición de la conducta problemática previa para evitar un llamada de atención al profesional, pudiendo llegar a producirse fenómenos de prevención de dicha conducta, aplicando las sujeciones antes de que la conducta tenga lugar.

Aunque suene poco creíble, con frecuencia los profesionales nos hemos encontrado envueltos en tesisuras parecidas ante conductas que no eran realmente susceptibles de tratamiento psiquiátrico.

Ante esta “dinámica de poder” que permite que puedan perpetuarse las sujeciones tanto físicas como químicas, la buena praxis pasa por un ejercicio activo de reflexión con respecto a nuestras prácticas de prescripción y por la adopción de medidas que defiendan esa buena praxis y persigan la mala praxis. El cambio puede iniciarse de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo, pero su consecución será más fácil y temprana si hay una participación de todos los estamentos implicados en los cuidados. Si se fijan aquellos supues-

tos en los que el empleo de medidas de restricción física o de psicofármacos no constituyen una sujeción, así como los supuestos donde su empleo sí puede considerarse como tal, así como si se legisla al respecto y las direcciones de los centros asistenciales adoptan una filosofía “libre de sujeciones”, será menos probable que ante presiones de las “figuras de poder” se adopten medidas de sujeción física o química.

En esa línea Ana María Urrutia Beascoa ha planteado una serie de medidas a distintos niveles que facilitan la no sujeción: adopción de políticas que prohíban el uso de sujeción, la formación, consulta y asesoramiento continuo al personal y el desarrollo de intervenciones alternativas (8) para abordar las conductas problemáticas.

¿Es posible en la práctica clínica real la deprescripción?

La respuesta es clara y concisa: sí. Así, un estudio en nuestro país referente a la deprescripción de antipsicóticos en 35 personas institucionalizadas con demencia consiguió la retirada de antipsicóticos en el 80% de los casos y la reducción de dosis en el 20% restante. En solo 2 casos se requirió la reinstauración del tratamiento antipsicótico una vez retirado (9). La experiencia con el primer centro acreditado en España como “Centro Libre de Sujeciones Químicas” sigue la misma senda: la deprescripción de psicofármacos es posible en la mayor parte de los pacientes con demencia, pero es utópico, al menos a día de hoy, aspirar al empleo “cero” de psicofármacos.

Los criterios CHROME

El nombre de los criterios CHROME es el acrónimo de **C**hemical **R**estraints **A**voidance **M**ethodology, en castellano metodología para la evitación de las sujeciones químicas. Los criterios CHROME ya han sido descritos extensamente con anterioridad (10), por lo que simplemente se resumirán aquellos aspectos más importantes.

Los criterios CHROME, auspiciados por la Fundación Maria Wolff, fueron diseñados para dar una respuesta clínica, legal y farmacéutica al reto que suponen las sujeciones químicas. Uno de los objetivos del proyecto era establecer una metodología de diagnóstico y prescripción sencilla y replicable, de tal manera que cada centro residencial pueda ser evaluado en función de su cumplimiento de los criterios CHROME de forma objetiva. El cumplimiento auditado de estos criterios da lugar a la acreditación como Centro Libre de Sujeciones Químicas por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA).

En su única versión hasta la fecha los criterios CHROME están diseñados específicamente para pacientes ancianos institucionalizados y con demencia. Se constituyó un panel de expertos multidisciplinar que incluyó representantes del ámbito de la Neurología, Psiquiatría, Geriatria, Psicología y Farmacia, del Derecho y un experto en terapias no farmacológicas en demencias para abordar desde una perspectiva global las sujeciones químicas.

Concretamente, en el ámbito clínico se intentaron establecer unos criterios y especificaciones que huyeran de los dos extremos dogmáticos de la práctica psiquiátrica, las corrientes antipsiquiátricas y el biologicismo extremo, “nada es susceptible de tratamiento por lo que toda acción sería una sujeción” versus “toda conducta es susceptible de mo-

dificarse con medicación”. Así, la filosofía de los criterios CHROME puede resumirse con la siguiente frase: “Los psicofármacos solo deben emplearse cuando son necesarios, pero cuando son necesarios deben ser empleados”.

Si en las aproximaciones pioneras al concepto de sujeción química no se especificaban los síndromes susceptibles de un abordaje farmacológico apropiado, los psicofármacos individuales o grupos farmacológicos más recomendados o las pautas de actuación ante la realidad clínica habitualmente soslayada acerca de aquellos casos donde hay una concomitancia entre un trastorno neurodegenerativo y un trastorno psiquiátrico primario, los criterios CHROME intentan responder a estos interrogantes.

Dada la carencia de información universalmente aceptada con respecto a los distintos síndromes susceptibles de tratamiento farmacológico en demencia, los panelistas expertos en demencia consensuaron varios síndromes neuropsiquiátricos (depresivo, ansioso, psicótico, impulsivo, maníforme y alteración primaria del sueño) de posible aparición en demencias, estableciendo unos criterios de diagnóstico y unas especificaciones para el diagnóstico, así como unas recomendaciones terapéuticas para cada síndrome en relación a grupos farmacológicos de primera elección, dosis, titulaciones, supervisión de eficacia y efectos secundarios y pautas de retirada. Además, se señalaron aquellos aspectos considerados más importantes que apoyan el empleo de psicofármacos ante las distintas circunstancias acaecidas en el contexto de una demencia.

En línea con la idea de solo medicar lo necesario, los criterios CHROME recomiendan toda una serie de comprobaciones antes de prescribir un psicofármaco: comprobar si la conducta no forma parte de una reacción adaptativa o si es secundaria a una enfer-

medad médica, ponderar los posibles efectos sobre dicha conducta del empleo de terapias no farmacológicas, optimizar los fármacos antedemencia o ajustar los psicofármacos previamente pautados, y valorar si una vez establecido un posible beneficio del tratamiento psicofarmacológico está indicada su prescripción por razones de tolerabilidad y seguridad a corto, medio y largo plazo.

Uno de los aspectos más relevantes de los criterios CHROME es la importancia que se le da a la seguridad del paciente tanto en la práctica clínica como a nivel médico-legal. A nivel clínico se estimula a los profesionales a abandonar la práctica de realizar una notificación en la historia clínica que solo recoja escuetamente el diagnóstico y el tratamiento implementado, para establecer un comentario detallado que explique el síndrome neuropsiquiátrico susceptible de tratamiento, el diagnóstico diferencial, la justificación del empleo de ese psicofármaco en concreto y la plasmación escrita de un plan de tratamiento que incluya un plan de retirada si éste es viable. A nivel médico-legal se reconoce el riesgo inherente de suministrar agentes químicos a las personas, equiparando la dispensación de fármacos a los procedimientos técnicos diagnósticos y terapéuticos que, al no estar exentos de eventuales complicaciones, requieren para su realización la firma de un consentimiento informado. Así, y contemplando la indefensión que puede tener ante una supuesta práctica abusiva un paciente con demencia, muy habitualmente incapacitado para la toma de decisiones con respecto a su propia salud, los criterios CHROME exigen la lectura y confirmación por el paciente, guardador de hecho o tutor de un consentimiento informado apropiado.

Como se dijo anteriormente, la posibilidad de reproducir y evaluar objetivamente el cumplimiento de las buenas prácticas

establecidas por los criterios CHROME permite que los distintos centros residenciales puedan ser auditados por CEAFA con vistas a conseguir una acreditación como Centro Libre de Sujeciones Químicas. Los centros interesados en seguir los criterios CHROME reciben formación teórica acerca de los mismos y son asesorados a lo largo del proceso por personal consultor de la Fundación Maria Wolff de cara a solventar aquellas dudas de manejo que evidentemente surgirán en la aplicación práctica de los criterios. Cuando la dirección del centro estima que pueden someterse de forma exitosa a una evaluación rigurosa contactan con CEAFA para la realización de una auditoría. El proceso de auditoría será llevado a cabo por un médico experto en demencias designado por CEAFA, como ya ha sido descrito en otro lugar (10).

A fecha de hoy ya se ha producido la acreditación del primer Centro Libre de Sujeciones Químicas siguiendo los criterios CHROME.

Posibles usos de los criterios CHROME

Si bien los criterios CHROME están diseñados específicamente para su empleo en pacientes con demencia institucionalizados, las buenas prácticas que promueven pueden ser trasladadas, aunque sin posibilidad actual de acreditación, a otras poblaciones con patología psicogerítrica.

Así, las recomendaciones en cuanto a la necesidad de un despistaje de trastornos orgánicos y de trastornos adaptativos, las titulaciones lentas de dosis, el empleo de la dosis mínima eficaz, la supervisión de la efectividad y tolerabilidad de los tratamientos y el establecimiento de un plan de retirada son extrapolables a toda práctica psicogerítrica e incluso psiquiátrica. En el

caso de pacientes psicogeríátricos que están institucionalizados pero que no tienen un diagnóstico de demencia es recomendable el empleo de la dosis más baja que mejore los síntomas de forma significativa sin efectos no deseados y no prolongar la duración del tratamiento más de lo necesario. La aplicación en la práctica clínica de los criterios CHROME podrían ser también de utilidad en pacientes con demencia no institucionalizados, a pesar de no formar parte de la población diana inicial.

La elevada incidencia y prevalencia de situaciones en las que se abordan con medicamentos alteraciones de conducta que no forman parte de cuadros psiquiátricos definidos y susceptibles de mejorar con psicofármacos puede reducirse de forma drástica mediante la observancia de los criterios CHROME.

Conclusiones

El empleo de psicofármacos para el control de conductas que no constituyen un síndrome neuropsiquiátrico definido no es una práctica adecuada y debe ser considerada una sujeción química. Sin embargo, no todo empleo de psicofármacos constituye una sujeción química dado que hay condiciones clínicas, como determinados trastornos psiquiátricos primarios y secundarios, que pueden limitarse o incluso remitir mediante el empleo adecuado de psicofármacos. Los criterios CHROME, diseñados en su primera versión para su aplicación exclusiva en ancianos con demencia institucionalizados, intentan establecer una práctica clínica sensata y ajustada a la legislación vigente, mediante el empleo de una metodología sencilla y reproducible que facilita la posibilidad de realizar una auditoría externa.

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Conflicto de intereses

Los autores han formado parte del panel de expertos que consensuó los criterios CHROME. Javier Olazarán Rodríguez es director científico de la Fundación María Wolff. Rubén Muñoz Schowert es director de investigación de la Fundación María Wolff.

Bibliografía

- 1) Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Basado en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos.
- 2) Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas [centros de privación de libertad]. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Defensor del Pueblo.
- 3) Informe Anual 2014. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Defensor del Pueblo.
- 4) Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM, en nombre del Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015 Jan-Feb;50(1):35-8.
- 5) Burgueño Torijano AA. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer".
- 6) Agüera Ortiz L, Moríñigo Domínguez A, Olivera Pueyo J, Pla Vidal J, Azanza JR. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada. *Psicogeriatría* 2017; 7 (Supl 1):S1-S37.
- 7) Carton L, Cottencin O, Lapeyre-Mestre M, Geoffroy PA, Favre J, Simon N, et al. Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children and elderly individuals: a systematic review of recent prescription trends. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):3280-97.
- 8) Urrutia Beascoa AM, Ribera Casado JM (dir), ArancetaBartrina J (dir). Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2014. Recuperado a partir de: <http://eprints.ucm.es/44615/1/T39274.pdf>
- 9) Bravo José P, Camacho Rebollo G, Tur Valiente M, Ebrí Ebrí B, Piera Mateo M, Martínez Martínez M. Deprescripción de medicamentos antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia. En: VI Congreso Nacional de atención sanitaria al paciente crónico:27,28 y 29 de Marzo de 2014, Sevilla; 2014. p.108.
- 10) Olazarán-Rodríguez J, López-Álvarez J, Agüera-Ortiz LF, López-Arrieta JM, Beltrán-Aguirre JL, García-García P, et al. Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad. *Psicogeriatría* 2016; 6 (3): 91-98.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOMOTORA EN PSICOGERIATRÍA: CONCEPTOS Y PRÁCTICAS

Ana Isabel Rodrigues de Morais

Doctorada en Motricidad Humana, Especialidad Rehabilitación,
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Portugal
arodriguesmorais@gmail.com

Resumen

Con este artículo se pretende explicar los principales conceptos que están en la base de la aplicación de la psicomotricidad en el área de la psicogeriatría. Se abordarán las bases fundamentales del dominio científico de la psicomotricidad (conexión cuerpo-mente-relación), la especificidad de la relación entre terapeuta y paciente, la formación del psicomotricista y sus marcos profesionales. Se explicarán los efectos del envejecimiento en el sistema psicomotor (especialmente en la selección, programación y ejecución motora), indicando puntos fundamentales en el desempeño al nivel del equilibrio estático y dinámico, del tono, de la marcha, de la coordinación global e fina, de la estructuración espacial e temporal, de la noción y esquema corporal, de la percepción e integración

sensorial y finalmente de la comunicación verbal y no verbal. También se explicitarán los principales síntomas psicomotores de síndromes neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Seguidamente, se abordará la evaluación psicomotora de personas mayores, principalmente la aplicación de la versión portuguesa del *Examen Geronto Psychomoteur*¹. Serán aclarados los principales objetivos de la intervención psicomotora y cómo se la encuadra, planea y ejecuta en el contexto de un equipo interdisciplinario de psicogeriatría. Por fin, se presentará la estructura general de una sesión de intervención psicomotora y los principales materiales utilizados.

Palabras clave: Psicomotricidad, Envejecimiento, Demencia, Evaluación Psicomotora, Equipo Interdisciplinario.

Abstract

This article aims to explain the main concepts that are at the base of the application of psychomotricity in the psychogeriatric area. The fundamental bases of the scientific domain of psychomotricity (body-mind-relationship), the specificity of the relationship between psychomotor-therapist and patient, the training of the psychomotor therapist and its professional frameworks will be addressed. The effects of aging in the psychomotor system will be explained (especially in the selection, programming and motor execution), indicating fundamental points in the performance at the level of static and dynamic balance, tone, gait, global and fine coordination, spatial and temporal structuring, body notion and schema, sensory perception and integration, and finally of verbal and non-verbal communication. The main psychomotor symptoms of neurodegenerative syndromes such as Alzheimer's disease and other dementias will also be explained. Next, psychomotor assessment of older people will be addressed, mainly the application of the Portuguese version of the *Examen Geronto Psychomoteur*¹. The main objectives of the psychomotor intervention and how it is framed, planned and executed in the context of an interdisciplinary psychogeriatric team will be clarified. Finally, the general structure of a psychomotor intervention session and the main materials used will be presented.

Key Words: Psychomotricity, Aging, Dementia, Psychomotor Evaluation, Interdisciplinary Team.

Psicomotricidad

De acuerdo con la Asociación Portuguesa de Psicomotricidad² la psicomotricidad, aplicada en los diferentes contextos (educativos o terapéuticos), puede definirse como:

“La reeducación o terapia de mediación corporal y expresiva, en la cual el reeducador o terapeuta estudia y compensa las conductas motoras inadecuadas o inadaptadas, en diversas situaciones, generalmente ligadas a problemas de desarrollo y de maduración psicomotora, de comportamiento, de aprendizaje y de ámbito psico-afectivo”.

Se basa en una visión donde el ser humano es encarado como un todo, proponiéndose a restituir a la persona una unidad, coherencia y cohesión psicocorporal. Así, en su intervención, la Psicomotricidad integra las funciones cognitivas, socio-emocionales, simbólicas, psicolingüísticas y motoras, promoviendo la capacidad de ser y actuar en un contexto psicosocial, evidenciando la relación existente entre los procesos cerebrales y afectivos / emocionales con el acto motor²⁻⁴. La Psicomotricidad permite tomar conciencia en el estar en su cuerpo, en el actuar con su cuerpo y en la relación con el otro, para regular y armonizar sus múltiples emociones.

En el campo de la salud mental, la Psicomotricidad se dirige a las siguientes perturbaciones psicopatológicas²: a) perturbaciones de la ansiedad (fobias, ansiedad generalizada, crisis de pánico, obsesión-compulsión); b) trastornos del humor; c) alteraciones del comportamiento alimentario (anorexia nerviosa, bulimia); d) trastornos somatoformes (hipocondría, somatización); e) problemas psicomotores específicos (dificultades para establecer el equilibrio, la coordinación espacial-temporal, la capacidad de representación); f) perturbaciones

psicóticas; y g) trastornos del esquema e imagen corporal.

En esta área de la salud mental, la Psicomotricidad actúa utilizando el cuerpo como instrumento para hacer consciente la causa de la problemática diagnosticada por el médico psiquiatra y pretende encontrar o reencontrar un momento de placer en el cuerpo del individuo, para percibir y construir una imagen corporal más organizada.

Lo logra a través de técnicas de relajación y terapias expresivas que permiten la reducción de los síntomas corporales asociados a la problemática, posibilitando la gestión y estructuración de emociones, que caminan al encuentro de la afirmación de la identidad y capacidad de comunicación verbal y no verbal. A menudo se utilizan técnicas de relajación y concienciación corporal, pudiendo recurrirse a la educación gestual y postural, a la terapia y reeducación gnosa-práctica, a actividades expresivas ya actividades lúdicas. También puede actuar en las áreas de consultoría y supervisión^{2,5}.

Psicomotricidad y geríatria

El envejecimiento del ser humano es un proceso que depende de factores biológicos, psicológicos y sociales, estrechamente relacionados con el concepto de tiempo⁶. Estos factores caracterizan la respuesta adaptativa del individuo y determinan un proceso de envejecimiento único⁷.

Según el estudio sobre el perfil de envejecimiento de la población portuguesa⁷, el 21,4% presenta dependencia funcional, el 20,6% tiene problemas a nivel de autonomía instrumental, el 68,4% presenta baja frecuencia de actividad física, el 5,8% tiene alteraciones en el área cognitiva y el 77,8% de los sujetos pertenecen a una clase social desfavorable.

En general, la literatura señala que las personas mayores, especialmente las de mayor edad, sufren un proceso de involución física y psíquica, déficits en las habilidades psicomotoras como el equilibrio, la orientación espacial y temporal y la motricidad fina⁸, un deterioro global de la función cognitiva, incluyendo la velocidad de procesamiento y la capacidad visoespacial⁹, y pérdidas afectivas y sociales.⁸⁻¹⁰

La Psicomotricidad, en el contexto psicogeriátrico, se constituye como una técnica no farmacológica incorporada en los protocolos de intervención. El objetivo específico es la aplicación de programas de estimulación y rehabilitación psicomotora dirigidos al anciano para evitar el deterioro psicobiológico asociado al envejecimiento y a la enfermedad, que tiene efectos sobre la organización psicomotora y sobre las conductas cognitivas y afectivo-sociales, impide la independencia funcional del proceso anciano¹¹. La psicomotricidad pretende desarrollar la capacidad de adaptación a los cambios corporales y psicosociales, promoviendo el reconocimiento positivo de la psicomotricidad, y el desarrollo de los factores psicomotores (tonicidad, equilibrio, lateralidad, noción del cuerpo, estructuración en el espacio y en el tiempo, praxias global y fina) su cuerpo del EU y desarrollando estrategias para superar las dificultades sentidas.

La Psicomotricidad suele situarse en los tres niveles de prevención¹²:

Primaria – En el caso de los ancianos sanos, el objetivo principal es evitar posibles patologías resultantes de déficit en el proceso de envejecimiento (por ejemplo, ocurrencia de caídas por dificultades en el equilibrio dinámico), actuando en una dimensión integral biopsicosociológica. Los contextos pueden ser, por ejemplo, centros de día o sociedades recreativas;

Secundaria – intervención con características rehabilitadoras, junto a ancianos que presentan ligeros déficit cognitivos o déficit en la capacidad funcional. Se pretende mantener un buen funcionamiento de la persona, manteniendo las capacidades preservadas y estimulando las que están en fase de deterioro. Puede ocurrir en contexto ambulatorio o en unidades de medio internamiento hospitalario y en centros especializados de atención al anciano;

Terciaria – ocurre cuando la persona ya tiene un diagnóstico establecido y son evidentes los déficit al nivel cognitivo y funcional. Los principales objetivos son desarrollar estrategias para superar las dificultades, a fin de retardar los efectos del deterioro asociado a la patología, promover la autonomía en la realización de las actividades, manteniendo la capacidad funcional y mejorando la calidad de vida. La intervención psicomotora puede realizarse en unidades hospitalarias de larga internación o en residencias para ancianos.

La perspectiva psicomotora integra un enfoque funcional y sistémico del sujeto, en un continuo ciclo de relaciones entre las dimensiones personales, los apoyos y los respectivos resultados, para que la población anciana (entre otras) consiga mantener / optimizar su nivel de independencia en las actividades de vida cotidiana en el contexto comunitario¹³. Este enfoque comprensivo de rehabilitación ha venido a desafiar la investigación y la práctica de los diversos profesionales en sus respectivos países, en particular a nivel de la capacitación, participación y calidad de vida de estas personas¹⁴.

El desempeño psicomotor del adulto es influenciado por diversos factores y las alteraciones que se derivan del proceso del envejecimiento están íntimamente relacionadas con las alteraciones psicomotoras

que ocurren en esta fase de la vida¹⁵⁻¹⁶. La disminución de la flexibilidad, la velocidad y la amplitud de movimientos, así como la reducción de las capacidades cognitivas, que implica la desaceleración de la transmisión sináptica y, consecuentemente, mayores interferencias en el procesamiento de la información, explican las respuestas cada vez más desajustadas por parte del anciano¹⁵.

Las alteraciones psicomotoras en el envejecimiento patológico se pueden agrupar en los siguientes ámbitos: cambios en la motricidad global (incluye cambios en el equilibrio y coordinación motora) y fina; cambios en la organización espacial y temporal; cambios en la noción del cuerpo¹⁷; y cambios en la comunicación verbal y no verbal.

Motricidad Global y Fina

La lentitud motora parece deberse esencialmente a cambios en la capacidad de procesamiento de la información relacionados con déficit en la atención y en el proceso central de selección y programación de la respuesta motora⁶⁻¹⁸. Se constata una mayor duración de la transmisión de información entre el cortex motor y el sensorial, reducción de la velocidad de transmisión de las vías neurales y una menor contracción muscular¹⁸. El aumento del tiempo de reacción ha sido un parámetro estudiado como predictor o síntoma de patologías demenciales y neurológicas⁶.

En cuanto al tonus, se observa un descenso en la capacidad de contracción de la musculatura esquelética, pudiendo conducir a un estado general de debilitamiento físico¹⁹. Las alteraciones tónicas en el envejecimiento parecen afectar más las funciones dinámicas que las isométricas, influenciando competencias como la marcha y el equilibrio dinámico²⁰.

En lo que concierne al equilibrio estático y dinámico, la persona mayor parece tener menos capacidad de predecir cambios en su implicación física y tiende a reaccionar después de un determinado acontecimiento²¹. La estabilidad postural y el control de movimientos dependen de sistemas motores, sensoriales y músculo-esqueléticos que declinan con el envejecimiento, de acuerdo con Jung, Chun, Hong & Lim²², la fuerza muscular máxima tiene una declinación de 30- 50% a lo largo del proceso de envejecimiento y la fuerza muscular de los miembros inferiores tiene una disminución del 1-4% anual, a partir de los 50 años de edad. De acuerdo con Santos, Soares, Ravagni, Costa y Fernandes²³ cerca del 30 al 40% de las personas mayores de 65 años de edad tienden a presentar alteraciones en la marcha que pueden constituir la principal causa de ocurrencia de caídas y complicaciones asociadas. La capacidad de marcha parece estar fuertemente dependiente de los procesos cognitivos subyacentes, es decir, alteraciones cognitivas están asociadas a déficit en la marcha y viceversa²⁴, en particular, parecen existir evidencias de correlaciones entre la cognición fluida y la velocidad de la marcha²⁵. Los déficit en la atención y la memoria de trabajo también están asociados a la lentitud de la marcha y a la incidencia de caídas²⁶.

La coordinación motora global y fina está fuertemente dependiente del sistema sensorial, especialmente de la visión y la apropiación⁶, dado facilitar información sobre la implicación y la relación con el propio individuo. En general, se constatan limitaciones en los gestos voluntarios y automáticos, así como mayores dificultades en secuencias de movimientos más finos, donde la alternancia o velocidad (ie: rapidez) de los mismos se encuentra alterada, incurriendo en la apraxia motora que Juhel¹⁷ asocia al envejecimiento.

En los movimientos dirigidos, de forma general, los ancianos son más lentos y utilizan movimientos más rudos pero su desempeño depende mucho de la tarea propuesta (e. g: tamaño y distancia al objetivo): en las tareas que exigen simultáneamente velocidad y precisión, generalmente las personas las ancianas invierte en la precisión en detrimento de la velocidad⁶. Parece estar asociado declinaciones los sistemas centrales y periféricos, en particular en el nivel de los neurotransmisores y especialmente del sistema dopaminérgico²⁷.

Orientación Espacial y Temporal

La desorganización y desorientación espacial y temporal derivan de las menores habilidades para el procesamiento de la información espacial en lugares amplios o desconocidos¹⁷.

La orientación espacial es la capacidad de estructurar el mundo exterior en relación a dos referenciales distintos, el yo y el otro, sea él otra persona u objeto. Las nociones de posición, situación, perspectiva, entre otras, en relación con el objeto se encuentran aquí encuadradas. Esta capacidad está íntimamente ligada al esquema corporal, ya que uno de los principales referenciales es el yo corporal, conocido a través del esquema corporal²⁸.

En la senescencia existe una pérdida progresiva de las capacidades de orientación espacial, concomitante con la desestructuración del esquema corporal. Las nociones espaciales, la visualización, la orientación espacial en grandes espacios y / o espacios desconocidos y la velocidad y flexibilidad de integración espacial se encuentran progresivamente afectados, disminuyendo la capacidad de movilización del anciano, especialmente en espacios nuevos^{15,17}.

La orientación espacial es afectada, por un lado, por las alteraciones sensoriales (especialmente visión y audición), y por otro, por alteraciones en la percepción de factores como la luminosidad, contraste o orientación angular²⁹. Las personas mayores tienden a cometer más errores en la orientación en espacios reales y virtuales, estando estas dificultades también asociadas a déficit en la atención, memoria visual y disturbios en el sistema vestibular³⁰. Gras, Daniel, Labiale, Piolino y Gysenlick³¹ encontraron, también, asociaciones significativas entre la dificultad en memorizar un nuevo trayecto y alteraciones en la memoria episódica y en la memoria de trabajo, derivadas del envejecimiento. En situaciones más graves estas dificultades pueden conducir a un mayor riesgo de caída y desorientación.

La orientación temporal es la capacidad que el individuo tiene de situarse en un concepto abstracto que es el tiempo, en función de una sucesión de acontecimientos, duración de intervalos o renovación de períodos cíclicos²⁸. Para ello incluye conceptos como simultaneidad (relación entre acontecimientos que suceden en conjunto y sucesivamente), orden y secuencia (utilización de una escala de orden temporal, donde el enfoque se sitúa sobre la secuencia en que ocurren los sucesos), duración de intervalos, renovación cíclica de períodos y, por último, el ritmo¹⁷. Es un concepto abstracto que gana su concreción en las experiencias vividas, en los aprendizajes³² que, cuando afectado, presenta repercusiones en la capacidad de organización del sujeto, provocando mayor dependencia de terceros para actividades cotidianas¹⁷. En las personas ancianas se constata que la sensibilidad a la estructura temporal (e.g.: ritmo) está afectada, incluso en aquellos que presentan umbrales audiométricos normales³³.

Noción del Cuerpo

El esquema corporal puede definirse como el conocimiento global e inmediato que el individuo tiene de su cuerpo, esté en estado estático o en movimiento, así como de la relación de este cuerpo con sus diferentes partes y con el espacio y el tiempo que lo rodea¹⁷. La noción del cuerpo o imagen corporal se refiere a la representación mental que integra el cuerpo objetivo y subjetivo. Esta competencia es fundamental para el adecuado funcionamiento de las demás competencias psicomotoras, ya que regula las posibilidades de interacción con el otro y consigo mismo, a través de la apropiación del individuo en relación a su cuerpo²³. Las alteraciones en el aspecto físico, la disminución de las capacidades sensoriales, incluyendo el sentido tátil-quinestésico y propioceptivo, las alteraciones musculoesqueléticas, las dificultades en el procesamiento cognitivo y los problemas de autoestima e integración social acaban por generar una degradación del esquema e imagen corporal³⁴. Los cambios en esta competencia en las personas mayores, especialmente si presentan algún síndrome demencial, pueden manifestarse a través de dificultades en la percepción y orientación, dificultades o ausencia de organización para la producción de un gesto coherente en el espacio, dificultades motoras (e.g.: lentitud y / o descoordinación), ocurrencia de caídas, dificultades en la interacción social y déficit al nivel de la higiene personal¹⁷.

Comunicación Verbal y no Verbal

En cuanto a la comunicación verbal, competencias como la fluencia verbal están fuertemente asociadas a áreas cognitivas como el procesamiento de información, la memoria de trabajo o la inteligencia verbal³⁵. En este

sentido, medir el impacto del envejecimiento en la comunicación verbal es un proceso extremadamente complejo, ya que involucra simultáneamente diferentes capacidades cognitivas. Sin embargo, de una forma global, se puede decir que las mayores dificultades se centran en las variables cognitivas fluidas como en tareas de evocación de palabras, entre otros. Ya en variables cristalizadas (e.g.: vocabulario) el desempeño de los ancianos es semejante o superior a los más jóvenes³⁵. Hay que señalar que el área de la comunicación verbal ha sido también fundamental en la detección precoz de patologías del foro neurológico, como las demencias.

En cuanto a la comunicación no verbal, los estudios parecen indicar que, con el envejecimiento, existe un declive en la capacidad de reconocimiento de la emoción en expresiones faciales y vocales, tanto en la velocidad de la respuesta y en la precisión de la emoción³⁶. La dificultad parece ser más acentuada para la identificación de emociones negativas como la rabia, la tristeza y el miedo³⁷. Este declive puede contribuir al aislamiento social, frecuentemente observado en la población anciana.

Dada la heterogeneidad de las alteraciones psicomotoras ocurridas durante el envejecimiento y los síntomas que pueden ocurrir de situaciones patológicas, es fundamental la realización de una evaluación completa de la persona mayor, exigente y cuidadosa, para obtener un perfil fidedigno de las capacidades y dificultades presentadas, así como pistas para la intervención terapéutica (cuando proceda).

La evaluación geriátrica debe ser completa (a través de la observación directa y aplicación de escalas y cuestionarios), contemplando el estado funcional, la salud mental y el funcionamiento social, dimensiones que se interrelacionan y se influyen mutuamente³⁸.

La evaluación psicomotriz es de suma importancia para establecer un diagnóstico y objetivos específicos en la terapia psicomotriz que integre movimiento e intervenciones basadas en la acción y mediación corporal. La terapia psicomotriz parte de una visión integral del ser humano y, por tanto, se propone como meta la promoción de las funciones cognitivas, emocionales y conductuales³⁹. En el campo psiquiátrico la terapia psicomotriz se utiliza sobre todo como complemento y apoyo al tratamiento farmacológico³⁹. Se han planteado los beneficios de la terapia psicomotriz en la promoción del envejecimiento activo y también como una herramienta de rehabilitación en el envejecimiento patológico, pero es preciso mostrarlo en ambos casos mediante evidencias científicas.

La evaluación psicomotora de los ancianos se centra entonces en los diferentes procesos y mecanismos que causan disturbios en la motricidad intencional y que afectan el resultado del ajuste perceptivo-motor⁴⁰. El psicomotricista tiene así la posibilidad de identificar las áreas problemáticas y las potencialidades del anciano y planear una intervención que promueve oportunidades de mejorar la calidad de interacción entre las funciones y estructuras del cuerpo del sujeto y las condiciones ambientales del contexto donde se inserta⁴¹.

El campo de competencias del psicomotricista se está ampliando, por lo que la existencia de instrumentos de evaluación específicos y validados, aún inexistentes, se asume como una de las grandes metas a alcanzar desde el punto de vista de la investigación y la práctica profesional^{40,1}.

El *Examen Geronto Psicomoteur* (EGP)¹ es un instrumento que evalúa las habilidades psicomotrices de los sujetos con 60 o más años y tiene como objetivos establecer un diagnóstico/perfil psicomotor del sujeto

evaluado, ayudar en el diagnóstico médico, guiar el diseño de una intervención individualizada y evaluar la eficacia de los proyectos de intervención. Consta de 17 ítems que evalúan las siguientes dimensiones: equilibrio estático, equilibrio dinámico, movilizaciones articulares, praxias, función motora fina de las extremidades superiores e inferiores, conocimiento de las partes del cuerpo, vigilancia, percepciones, memoria verbal y memoria perceptiva, dominio espacial y temporal, comunicación verbal y no verbal. En este estudio la aplicación tiene una duración media de entre 50 y 70 min. El EGP está validado para la población francesa y para la población portuguesa⁴², con buenos resultados de estandarización.

En la intervención ante la persona con demencia, los objetivos deben ser siempre adecuados a la fase de evolución de la patología ya las características particulares de cada persona⁴³. La intervención psicomotora posibilita una estimulación global, contemplando las funciones cognitivas superiores, las competencias psicomotoras, el componente afectivo, los aspectos sociales e incluso espirituales, promoviendo¹²:

- Desarrollo de estrategias para gestionar los déficits anteriormente descritos;
- Autonomía en la realización de tareas;
- Mantenimiento de la capacidad funcional;
- Reducción de los niveles de angustia relacionados con los cambios cognitivos y corporales;
- Mantenimiento de una identidad coherente, consciente y una auto-imagen positiva;
- Sentimiento de placer y bienestar en la realización de actividades.

En las fases más avanzadas de demencia, la intervención psicomotora se sitúa en un plano sensorio-motor, en el sentido de la promoción del placer en el gesto y en el movimiento y estimulación del control postural

y de la atención a las sensaciones posibilitadas por la implicación y la relación con el otro¹⁶. Se pueden utilizar diferentes estímulos sensoriales, en particular los aromas o el masaje con aceites esenciales, que parecen tener un efecto benéfico en la reducción de la ansiedad y el aumento de la sensación de placer y bienestar⁴⁴.

Las sesiones de psicomotricidad deberán ser preferentemente en grupo, para que sea posible trabajar las relaciones interpersonales, el reconocimiento del otro y de la participación y relativamente estructuradas, siendo que la orientación hacia la realidad (situar a la persona en el aquí y ahora) estará siempre presente en el mismo, (por ejemplo, el día, el mes, el año y el lugar) y al final de las sesiones (por ejemplo, indicar la actividad que se sigue a continuación).

La iniciativa de la persona debe ser estimulada, especialmente en las primeras fases de la enfermedad, valorizando sus capacidades y la expresión de sentimientos. El espacio para la creatividad y la espontaneidad es fundamental para un refuerzo de la identidad y el sentimiento de auto-eficacia.

Las sesiones deberán estar esencialmente compuestas por situaciones de placer, compensadoras del sentimiento de un cuerpo dolorido y falible.

Bibliografía

1. Michel S, Soppelsa R, Albaret, JM. Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Aplication. Paris, Hogrefe; 2011;
2. Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2018). Psicomotricidade. [en línea]. [Consultado el 15 de enero 2018]. <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/> Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>
3. Oliveira, A. Criando e Interagindo de múltiplas formas na educação infantil: uma proposta de trabalho em educação psicomotora. En: Psicomotricidade da Educação Infantil à Gerontologia: Teoria e Prática. Ferreira, C (ed). São Paulo, Lovise, 2000;
4. Boscaini F. Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. A Psicomotricidade. 2004; 3:53-65.
5. Associação Brasileira de Psicomotricidade (2018). O que é Psicomotricidade. [en línea]. [Consultado el 15 de enero 2018]. <https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>
6. Spirduso WW, Francis KL, MacRae PG. Physical Dimensions of Aging. Human Kinetics; 2005;
7. Oliveira CR, Rosa MS, Pinto AM, Botelho MAS, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Coimbra; 2010;
8. Olalla LG. Una Experiencia de Psicomotricidad en la Tercera Edad. Entre Líneas. 2011; 27: 18-23.
9. Hoogendam YY, Hofman A, van der Geest JN, van der Lugt A, Ikram MA. Patterns of Cognitive Function in Aging: the Rotterdam Study. Eur J Epidemiol 2014; 29:133-140.
10. Botelho MA, Rendas AB. Avaliação Multidimensional de Idosos. Estudo Piloto no Ambulatório. Arquivos de Medicina 1997; 11(3): 167-172.
11. Fonseca V. Gerontopsicomotricidade. Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. En: Progressos em Psicomotricidade. Fonseca V, Martins R (eds). Cruz Quebrada, FMH Edições, 2001: 177-219;
12. Rodríguez EL. Intervención Psicomotriz con Pacientes con Demencia: una Propuesta Rehabilitadora. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 2003; 11: 13-28;
13. Mota M, Afonso C, Soares J, Bodas A. Envelhecimento Activo : Contributo do Exercício Físico e da Psicomotricidade. En: Perspetivas sobre o Envelhecimento Ativo. D'Almeida J, Sousa P, Afonso H (eds). Lisboa, Editorial Cáritas; 2014: 213-225;
14. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of

- Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007; 39:279-285;
15. Aubert E, Albaret JM. Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. En: *Vieillessement et psychomotricité*. Aubert E, Albaret JM (eds). Marseille, Solal; 2001: 15-44;
 16. Madera M. A Relação Interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*. 2005; 6:47-55;
 17. Juhel J. La psychomotricité au service de la personne âgée. Québec, PUL; 2010;
 18. Woods D, Wyma J, Yund E, Herron T, Reed B. Age-related slowing of response selection and production in a visual choice reaction time task. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015; 9:193;
 19. Miller M, Callahan D, Toth M. Skeletal muscle myofibril adaptations to aging, disease, and disuse and their effects on whole muscle performance in older adult humans. *Frontiers in Physiology*. 2014; 5:369;
 20. Degens H, Erskine R, Morse C. Disproportionate changes in skeletal muscle strength and size with resistance training and ageing. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*. 2009; 9(3):123-129;
 21. Kubicki A, Mourey F, Bonnetblanc, F. Balance control in aging: improvements in anticipatory postural adjustments and updating of internal models. *BMC Geriatrics*. 2015; 15:162;
 22. Jung H, Chun K, Hong J, Lim D. Optimized balance rehabilitation training strategy for the elderly through an evaluation of balance characteristics in response to dynamic motions. *Clinical Interventions in Aging*. 2015; 10:1645-1652.
 23. Santos S, Soares M, Ravagni E, Costa M, Fernandes M. Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014, 67(4):617-22;
 24. Bridenbaugh S, Kressing R. Motor cognitive dual tasking - Early detection of gait impairment, fall risk and cognitive decline. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*. 2015, 48: 15-21;
 25. Gale C, Allerhand M, Sayer A, Cooper C, Deary I. The dynamic relationship between cognitive function and walking speed: the English Longitudinal Study of Ageing. *AGE*. 2014, 36:9682;
 26. Stöckel T, Jacksteit R, Behrens M, Skripitz R, Bader R, Mau-Moeller A. The mental representation of the human gait in young and older adults. *Frontiers in Psychology*. 2015, 6:943;
 27. Finkel D, Ernsth-Bravell M, Pedersen N. Temporal Dynamics of Motor Functioning and Cognitive Aging. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*. 2015, 71(1): 109-116;

28. Fonseca V. Manual de Observação Psicomotora, Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores. Lisboa, Âncora Editora; 2005;
29. Nguyen B, McKendrick A. Visual Contextual Effects of Orientation, Contrast, Flicker, and Luminance: All Are Affected by Normal Aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2016, 8:79;
30. Bigelow R, Semenov Y, Trevino C, Ferrucci L, Resnick S, Simonsick E, Xue Q, Agrawal Y. Association Between Visuospatial Ability and Vestibular Function in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015, 63(9):1837–1844;
31. Gras D, Daniel M, Labiale G, Piolino P, Gyselinck V. Effet du vieillissement sur la mémorisation d'itinéraires réels : l'importance de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2012, 10(4):463-70.
32. Souza S, Urzêda W, Souza S. (2011). Escala de desenvolvimento motor: avaliação e ampliação das habilidades motoras utilizando o conteúdo esportes. [en línea]. [Consultado el 21 de mayo 2012]. <http://www.efdeportes.com/efd154/escala-de-desenvolvimento-motor-utilizando-o-conteudo-esportes.html>
33. Roberts K, Allen H. Perception and Cognition in the Ageing Brain: A Brief Review of the Short- and Long-Term Links between Perceptual and Cognitive Decline, *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016, 8:39;
34. Pereira E, Segheto W, Miranda M, Velardi M, Neto A, Dantas D, Gama E. Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2010, 7(1):20-28;
35. Stolwyk R, Bannirchelvam B, Kraan C, Simpson K. The cognitive abilities associated with verbal fluency task performance differ across fluency variants and age groups in healthy young and old adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2015, 37(1):70-83;
36. Chaby L, Luherne-du Boullay V, Chetouani M, Plaza M. Compensating for age limits through emotional crossmodal integration. *Frontiers in Psychology*, 2015, 6:691;
37. Beer J, Smarr C, Fisk A, Rogers W. Younger and Older Users' Recognition of Virtual Agent Facial Expressions. *International Journal of Human-Computer Studies*. 2015, 75:1–20;
38. Paixão Jr. C, Reichenheim M. Uma Revisão sobre Instrumentos de Avaliação do Estado Funcional do Idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005, 21(1):7-19;
39. Probst M, Knapen J, Poot G, Vancampfort D. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal* 2010; 2:105-113.

40. Martin E, Albaret JM. Psychomotor Examination and the Assessment of the Elderly. En: Psychomotor Therapy in Elderly Care. Ségard M, Hátlová B, Louková T (eds). Czech Republic, University J.E.Purkyn in Ustí nad Labem; 2013: 65-73;
41. Albaret JM, Aubert E, Sallagoity I. Evaluation psychomotrice du sujet âgé. En: Vieillesse et psychomotricité. Aubert E, Albaret JM (eds). Marseille, Solal; 2001: 155-180;
42. Morais A, Santos S, Lebre P. Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). Educational Gerontology. 2016, 42(7): 516-527;
43. van Halteren-van Tilbor I, Scherder E, Hulstijn W. Motor-Skill Learning in Alzheimer's Disease: A Review with an Eye to the Clinical Practice. Neuropsychology Review. 2007, 17:203-212;
44. Kuriyama H et al. Immunological and Psychological Benefits of Aromatherapy Massage. eCAM. 2005, 2(2): 179-184.

SOCIOTIPO GERIÁTRICO Y RED SOCIAL EN EL ANCIANO

Laura Montes Reula

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
laurareula@gmail.com

Resumen

Las personas mayores presentan mayor riesgo de sufrir pérdidas relacionales, disminuir el tamaño de la red social y aumentar los sentimientos de soledad. La soledad es un sentimiento frecuente en las personas mayores porque las relaciones sociales pueden deteriorarse. Se producen pérdidas de personas cercanas que pueden provocar sentimientos de soledad. Se plantea realizar una evaluación de la red social de las personas mayores de forma cualitativa mediante el cuestionario Sociotipo Geriátrico que evalúa la red social en cuatro áreas (familia, amigos, conocidos, y medios de comunica-

ción). Con este cuestionario podríamos conocer la red social de la persona, y como se siente en esta red social. Las personas en riesgo, como las personas mayores, podrían ser evaluadas a través de este cuestionario y poder realizar medidas de intervención para mejorar la calidad de vida y evitar las consecuencias de la soledad. Por tanto, el cuestionario Sociotipo Geriátrico podría utilizarse en la evaluación de la red social tanto desde el punto de vista de la valoración como del pronóstico respecto a la institucionalización.

Palabras clave: personas mayores, sociotipo, cuestionario sociotipo geriátrico.

Abstract

Elderly are at greater risk of suffering relational losses, reducing the size of the social network and increasing feelings of loneliness. Loneliness is a common feeling in older people because social relationships can get worse. There are losses of nearby people that can cause feelings of loneliness. It is proposed to perform an evaluation of the social network of elderly qualitatively using the Geriatric Sociotype questionnaire that assesses the social network in four areas (family, friends, acquaintances, and media). With this questionnaire we could know the social network of the person, and how he feels in this social network. People at risk, such as the elderly, could be evaluated through this questionnaire and make intervention measures to improve the quality of life and avoid the consequences of loneliness. Therefore, the Geriatric Sociotype questionnaire has shown be useful in the evaluation of the social network of the elderly for the assessment and the prognosis with respect to institutionalization.

Key Words: elderly, sociotype, the Geriatric Sociotype questionnaire.

Las personas mayores son un grupo de población en aumento, en especial la proporción de octogenarios. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de 2016, el porcentaje de población de 65 años y más en España se sitúa en el 18,2% de la población, con una estimación en el año 2064 de representar el 38,7% de la población. La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad, observándose en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años. El aumento continuado de la esperanza de vida tiene importantes repercusiones sanitarias y sociales, como son las enfermedades crónicas, las enfermedades mentales y la incapacidad para la autonomía personal en esta población.

Los investigadores tradicionalmente tendían a centrarse en el entorno físico cuando investigaban factores que influyen en la salud. Este enfoque se ha ampliado en las últimas décadas para incluir la posibilidad de que las características de las relaciones sociales no solo tengan un impacto en los comportamientos de salud sino también podrían tener efectos directos en el cerebro, la biología y la salud.

Los conceptos de soledad, aislamiento social y vida solitaria a menudo se han utilizado indistintamente, aunque son conceptos distintos pero interrelacionados. De estos, vivir solo es el concepto más directo, que puede ser medido por el tamaño del hogar. El aislamiento social denota las características objetivas sobre la ausencia de relaciones con otras personas y tiende a promover sentimientos de soledad, pero la soledad está más relacionada con lo cualitativo que con aspectos cuantitativos de los encuentros sociales. La soledad refleja la evaluación subjetiva de un individuo, solo puede ser descrito por el individuo que lo experimenta. Uno de los primeros en definir la soledad fue

Perlman and Peplau en 1982. El concepto de soledad es un estado de discrepancia que existe entre la cantidad deseada de apoyo emocional y la cantidad real que está disponible en el entorno de la persona.

Los sentimientos de soledad se han asociado con peor expectativa de los contactos sociales y peor calidad experimentada de las relaciones. Las relaciones sociales en las personas mayores cobran mucha importancia, considerándose un elemento clave en el envejecimiento exitoso. Tanto la soledad como el aislamiento social son predictores de mala salud y mortalidad.

Los individuos solitarios tienden a percibir sus interacciones sociales como más negativas, y que incluso experiencias agudas de soledad provocan sentimientos de ansiedad social, baja autoestima y falta de interés social, con déficits en la recepción de apoyo social. Por lo tanto, en días con mayor soledad, incluso aquellos con niveles constantes altos de apoyo social pueden empeorar sus percepciones e interacciones con otros. Además, las personas solitarias aumentan la vigilancia social, y presentan mayor sensibilidad a las amenazas sociales. Una vez que las personas en la vida social de una persona solitaria forman una impresión negativa, sus comportamientos hacia ese individuo pueden reforzar sus expectativas sociales negativas, promover el comportamiento hostil o de rechazo, y sostener el aislamiento del individuo solitario. Es decir se comportan como víctimas pasivas en su mundo social, porque contribuyen de forma activa a autoprotgerse pero con efectos negativos.

La descripción de cada dominio del fenotipo del sentimiento de soledad y la función adaptativa, se realiza según el grado de aislamiento (o conexión): relaciones íntimas de confidentes, relaciones cara a cara e identidades sociales. La primera dimensión son las

relaciones íntimas, y se refiere a la presencia / ausencia percibida de alguien en su vida que sirve como un confidente, alguien que afirma tu existencia. La segunda dimensión fenotípica se refiere a la presencia / ausencia de amistades de calidad percibida o conexiones familiares. La tercera dimensión fenotípica es el aislamiento o conexión colectiva, la percepción de presencia / ausencia de una conexión significativa con un grupo o entidad social más allá del nivel de individuos.

Los entornos de la infancia son fundamentales para configurar el desarrollo emocional. Las relaciones tempranas tienen efectos en el funcionamiento social, emocional y físico que se extienden hasta la edad adulta. En las personas mayores, la investigación sugiere que desempeñan un papel activo en la reducción de las redes sociales en formas más pequeñas e íntimas en la edad adulta. Las disminuciones relacionadas con la edad son principalmente por excluir a las personas menos conocidas porque el número de personas cercanas permanece estable o aumenta ligeramente con la edad. Los adultos mayores reportan un nivel más alto de experiencias emocionales positivas cuando interactúan con miembros de la familia, se vuelven más dependientes de su entorno social inmediato, en particular, en el vínculo con el cónyuge.

Los adultos mayores que brindan apoyo social a otros informan que tienen mayores niveles de emociones positivas, niveles más bajos de emociones negativas, mayor propósito en la vida, e incluso una mortalidad reducida. Por lo tanto, mientras las redes sociales son más pequeñas en la vejez, el tamaño reducido de las redes parece aportar satisfacción. Por supuesto, el tamaño de la red puede ser demasiado pequeño, de modo que las personas corren el riesgo de quedar aisladas. Se ha observado que las personas

mayores que viven solas son más solitarias que las personas de la misma edad a pesar de informar de una interacción social comparable en frecuencia y adecuación de la red personal.

La identificación de la insatisfacción con el contacto social se debería considerar como uno de los principales predictores de la soledad en la vejez, ya que resalta la importancia de evaluar a los adultos mayores la percepción subjetiva de su red social, y no solo sus propiedades objetivas (por ejemplo, frecuencia de contacto).

La soledad afecta al estado cognitivo, funcional, mental y físico, así como a la morbilidad y mortalidad de las personas mayores. Además, los efectos de la soledad parecen acumularse con el tiempo y aceleran el envejecimiento fisiológico.

En la evolución de las sociedades humanas, el lenguaje aparece como una herramienta esencial. La necesidad mental de la conversación provoca que la acción de hablar se convierta en uno de los tipos de estímulos mentales preferidos y más asequibles. Contar con una red apropiada de personas para hablar se convierte en una necesidad para el bienestar y la salud mental de las personas. Tener acceso a participar en las conversaciones divertidas se convierte en un ingrediente esencial para nuestra vida social, psicológica y física. La forma en que las diferentes emociones relacionadas con las interacciones sociales afectan a la lengua en sí mismo y se reordenan dentro de este nuevo canal de expresión representa otro factor de mayor importancia psicológica. La aptitud individual dentro del grupo social siempre está en juego, con diferencias de género relevantes en objetivos y estrategias de comunicación. Dentro de nuestra dinámica cognitiva, los vínculos y la conversación son primordiales.

El término sociotipo pretende describir la

relación dinámica de un individuo con su entorno social a lo largo de la vida. El sociotipo interactúa con la expresión del genotipo a través de la selección del compañero y la programación metabólica, y con el fenotipo para determinar la adaptación durante toda la vida desde el nacimiento hasta la vejez. El sociotipo está constituido por la salud individual, las relaciones y el entorno. Depende de la cultura y, por lo tanto, no existe una definición integral de un sociotipo "normal". Desde una perspectiva psicológica y biomédica, a pesar de la soledad dominante y la falta de relaciones significativas en las sociedades contemporáneas, hay una escasez de indicadores que midan las actividades conversacionales del individuo.

Para realizar las investigaciones sobre las relaciones sociales el principal problema ha sido la dificultad de cuantificación. El cuestionario denominado Sociotipo podría servir como medida clínica para evaluar la cantidad y calidad de las relaciones sociales y su uso como herramienta adyuvante en el diagnóstico psicosocial.

La construcción del sociotipo, podría contribuir a una mejor comprensión de las estructuras y dinámicas de la sociedad humana, y podría proporcionar cierta ayuda práctica con las actuales "epidemias de soledad" que afectan a tramos de inmigración y particularmente a las personas mayores. El sociotipo varía a lo largo del curso de vida y las circunstancias de las personas, según su sexo y edad, y se ajusta a las diferentes condiciones personales de las redes sociales.

El cuestionario sociotipo geriátrico es específico para población geriátrica. Engloba la red de relaciones y las interacciones diarias del individuo, proporcionando subescalas de familia, amigos, y conocidos. Este cuestionario se compone de varias subescalas que miden por grupos de relaciones:

familia, amigos, conocidos, sociabilidad en general y uso de medios de comunicación. Tiene un total de 40 ítems, con respuestas que se gradúan desde nunca a siempre y se mide de 0 a 5 (0 nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 a menudo, 4 casi siempre y 5 siempre). Este cuestionario ha sido diseñado y evaluado por un grupo de investigadores, (Marijuan et al), obteniendo resultados prometedores, pudiendo considerarse una herramienta útil para evaluar la red social en las personas mayores, la soledad y la percepción de calidad de las relaciones. Además de este cuestionario, se ha realizado la versión reducida, compuesto de 12 ítems, evaluando las subescalas de familia, amigos y conocidos, con puntuaciones que van de 0 a 5 puntos cada respuesta. La elaboración de la versión reducida se ha obtenido mediante análisis estadísticos donde se han tenido en cuenta los ítems más relevantes y con mayor potenciación estadística

El estudio de la estructura y dinámica de las relaciones sociales en los mayores nos pueden servir como indicadores de riesgo en salud, especialmente en la salud mental. Su uso podría detectar situaciones de riesgo en las consultas geriátricas, psicogerítricas y de atención primaria. Se considera que una de las principales aportaciones de este cuestionario es el haber incluido la valoración cualitativa de las relaciones sociales, un aspecto que no se ha tenido en cuenta en estudios previos. Esta nueva herramienta puede ser útil para guiar el desarrollo y la evaluación de programas destinados a mejorar y fortalecer las redes sociales en deterioro en personas en riesgo, dadas sus características demográficas o según la edad, donde cobran importancia las personas mayores.

Bibliografía

1. Abellán García, Antonio; Pujol Rodríguez, Rogelio (2016). "Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14.
2. de Jong Gierveld J, van Tilburg W, Dijkstra PA. 2006. Loneliness and social isolation. In *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, Vangelisti AL, Perlman D (eds.). Cambridge University Press: In; 485–501.
3. Marijuán PC, Montero-Marín J, Navarro J, García-Campayo J, del Moral R (2017) The "sociotype" construct: Gauging the structure and dynamics of human sociality. *PLoS ONE* 12(12): e0189568.
4. Dury R. Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing* 2014 March;19(3).
5. Cacioppo J, Cacioppo S, Boomsma D. Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion* 2014;28(1), 3–21.
6. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. 2016 Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS); Informes de envejecimiento en red. Número 14.
7. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older adults: A review of

quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics* 2016;28, 557–576.

8. Joan Domènech Abella J, Lara E, Rubio Valera M, Olaya B, Moneta M, Rico Uribe L, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:381–390.
9. Peplau LA, Perlman D. *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982.

PERFIL DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEL AREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA EN EL PERIODO DE 2015 A 2017

Juan Soriano Barceló

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.
jsorianobarcelo@hotmail.com

Jose Portes Cruz

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Begoña Portela Traba

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Jose Manuel Cornes Iglesias

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Julio Brenlla González

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Raimundo Mateos Álvarez

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Trabajo premiado con el primer premio de la edición 2016 – 2018 del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Introducción: Las personas de edad avanzada presentan las tasas más altas de suicidio en todo el mundo. A su vez, tienen las menores tasas de intentos de suicidio. Este hecho responde a diversos factores, que hacen que la conducta suicida en el anciano sea de alta letalidad, consumándose el suicidio al primer intento en un gran número de casos.

Objetivo: conocer el perfil sociodemográfico y clínico de las personas mayores de 65 años que son atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Santiago de Compostela por un intento de suicidio.

Material y métodos: en el periodo de Enero de 2015 a Diciembre de 2017 todas las personas mayores de 65 años atendidas por intento de suicidio en el servicio de urgencias e Interconsulta de psiquiatría del Hospital Clínico de Santiago de Compostela fueron evaluadas y entrevistadas. Se recogieron distintas variables clínicas y sociodemográficas de interés.

Resultados: se registraron 80 tentativas de suicidio, lo que supone una incidencia de 35,3/100.000. La edad media de nuestra muestra fue de 74,85±7 años, la proporción entre hombre:mujer fue de 2:3. La mitad de la muestra estaba casada y la mayoría vivían con familia. El 25% presentaba tentativas

previas, siendo la mayoría mujeres ($p < 0,01$). El diagnóstico mayoritario pertenecía al grupo de Trastornos afectivos y el método más utilizado fue el de sobreingesta medicamentosa. El desencadenante o estresante más frecuente estuvo en relación a conflictiva intrafamiliar. Se encontraron diferencias en los subgrupos por la edad del episodio índice superior o inferior a los 65 años en cuanto al sexo, diagnóstico, e ingresos previos.

Conclusiones: Las personas de más de 65 años que intentan suicidarse en nuestra área presentan un perfil sociodemográfico similar a otras muestras de nuestro entorno. Las mujeres, con ingresos previos en psiquiatría, tentativas antes de los 65 años, y con algún diagnóstico de Trastorno de la Personalidad son una población de riesgo para presentar nuevas tentativas más allá de los 65 años.

Palabras clave: intento, suicidio, adulto mayor, urgencias.

Abstract

PROFILE OF SUICIDE ATTEMPTS IN PEOPLE OVER 65 YEARS OF THE SANITARY AREA OF SANTIAGO DE COMPOSTELA IN THE PERIOD OF 2015 TO 2017

Introduction: Elderly people have the highest suicide rates in the world. In turn, they have the lowest rates of suicide attempts. This fact responds to several factors, which make suicidal behavior in the elderly a behavior of high lethality, committing suicide at the first attempt in a large number of cases.

Objective: to know the sociodemographic and clinical profile of people over 65 years who are treated in the emergency department of the Clinical Hospital of Santiago de Compostela for an attempted suicide.

Material and methods: from January 2015 to December 2017 all people over 65 years treated by suicide attempt in the emergency service and Psychiatry Interconsultation of the Clinical Hospital of Santiago de Compostela were evaluated and interviewed. Different clinical and sociodemographic variables of interest were collected.

Results: 80 suicide attempts were recorded, which represents an incidence of 35.3 / 100,000. The average age of our sample was 74.85 ± 7 years, the ratio between male: female was 2: 3. Half of the sample was married and most lived with family. 25% had previous attempts, the majority being women ($p < 0.01$). The majority diagnosis was the Affective Disorders group and the most used method was drug overdose. The most frequent trigger or stressor was related to intrafamiliar conflict. Differences were found in the subgroups by the age of the index episode above or below 65 years in terms of sex, diagnosis, and previous income.

Conclusions: People over 65 who try to commit suicide in our area have a sociodemographic profile similar to other samples from our environment. Women, with previous income in psychiatry, attempts before the age of 65, and with some diagnosis of Personality Disorder are a risk population to present new attempts beyond 65 years.

Key Words: elderly, sociotype, the Geriatric Sociotype questionnaire.

Introducción

El suicidio, el acontecimiento más temido por cualquier profesional de la salud mental. Un drama personal, familiar y social de magnitud más que considerable. Alrededor de 800.000 personas al año se quitan la vida en el mundo, un ratio de 11.4/100.000 habitantes(1). En España, cerca de 4000 personas se suicidan al año, siendo la primera causa de muerte externa(2). A nivel epidemiológico no existe homogeneidad entre los distintos países, probablemente debido a factores culturales, diferencias en el acceso al sistema sanitario, y probablemente más importante, a sesgos en los registros de defunciones. A pesar de ello, podemos asumir que los hombres se suicidan más que las mujeres, y que la tasa de suicidio aumenta con la edad. 3569 personas lo hacen en España (INE 2016), uno de los países con menores tasas de suicidio de la Unión Europea(3), la mayoría (2662-74.5%), son hombres. De todos ellos 1180 personas (33%) tenían más de 65 años. En Galicia, la cifra de personas que se suicidaron es de 338 en el año 2016, de los que 141 (48%) tenían más de 65 años. Galicia, junto a Asturias, presenta las tasas más altas de suicidio de España, y el índice de envejecimiento de población también es el mayor del estado.

Un potente predictor del acto suicida es la presencia de intentos de suicidio, un tercio de los suicidios consumados ha presentado, al menos, un intento previo(4), presentando hasta un 66% más riesgo que la población general(5). Al contrario de lo que ocurre con la tasa de suicidio, la tasa de intentos disminuye con la edad(6).

Sin duda alguna, uno de los términos más discutidos y de difícil consenso es el de "intento" de suicidio, hasta el punto que algunos autores abogan por eliminarlo(7).

Silverman et al.(8) realizaron una revisión y actualización conceptual de la conducta suicida desde la propuesta por O'Carrol(9) con intención de unificar términos entre la comunidad científica. Por su lado, la "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) no aceptaría el uso de los términos suicidio completo, suicidio consumado, intento fallido, gesto suicida, amenaza suicida o parasuicidio, considerándolos incluso como despectivos(10).

Las estadísticas actuales en torno a los intentos de suicidio no ofrecen una visión real de este problema. Esto es debido, como se apuntó en el apartado anterior, a los problemas metodológicos, que van desde el dilema conceptual, hasta la propia heterogeneidad de este subgrupo, donde existen diferentes grados de letalidad, intencionalidad, métodos...(11).

Aún así, se calcula que la prevalencia a lo largo de la vida para los intentos de suicidio a nivel mundial y en población general es del 2.7%(12). En España, esta cifra se reduce a poco más de la mitad, 1.5%(13). Como en el suicidio, los datos sobre los intentos son heterogéneos entre los distintos países, pero se asume que estos son más frecuentes en mujeres que en hombres, y en adolescentes más que en adultos(1). La conducta suicida en el adulto mayor es potencialmente letal, donde la proporción entre los intentos y los suicidios es de 4:1(14), llegando en algunas series a 1:1(15, 16), mucho más que en población general donde la proporción es de 10-20:1, y de 200:1 en el caso de adolescentes(12). Las conductas autolesivas en el anciano representan el 5% del total(17). Según la OMS, la incidencia de conductas autolesivas en mayores de 65 años es de 61.4/100.000 hab., esta cifra se reduce a la mitad en población española (Guipuzcoa, Euskadi), llegando a ser de 32.3/100.000. Centrándonos en Galicia se

estima que los mayores de 65 años tienen 2,7 veces más riesgo de cometer un intento de suicidio que los adultos más jóvenes (18-35 años)(18). Estas cifras pueden estar subestimadas por el hecho que en el anciano, las conductas autolíticas indirectas, como negativa a la ingesta o toma de tratamientos, no están registradas en la mayoría de estudios o no se consideran como tentativas.

Las tentativas en el anciano presentan una alta letalidad por diversos motivos: 1) las comorbilidades médicas existentes a estas edades; 2) la tasa de soledad con las dificultades para pedir ayuda que conlleva; 3) la alta letalidad de los métodos utilizados; y, 4) la menor tendencia a comunicar los pensamientos suicidas, sobretodo en los hombres. Por este motivo, se plantea que las estrategias preventivas de tipo indicadas serían, en general, menos efectivas en ancianos que en población más joven, especialmente si nos guiamos por la presencia de intentos previos, dado que muchos ancianos, la mayoría hombres, consuman el suicidio al primer intento(19).

Como apuntábamos, el intento de suicidio es un potente predictor de suicidio y de reintento en población general. Un 16% lo intenta otra vez al año, y de un 0.5% a un 2% llega al suicidio. Además, este riesgo de llegar al suicidio se incrementa con la edad(20, 21). Sin tener las consecuencias evidentemente trágicas del suicidio, las tentativas generan gran sufrimiento, secuelas físicas, hospitalizaciones, y un gasto sociosanitario considerable(22).

Las características del grupo de intentos de suicidio en personas mayores difieren de los adultos más jóvenes. En la edad avanzada, los intentos tienen un mayor nivel de premeditación, mayor uso de armas de fuego (EEUU), tendencia a autolesionar la cabeza, menor diferencia en la proporción hombre/

mujer, coexistencia de más problemas médicos, mayor soledad, presencia o antecedentes de enfermedad mental, y mayor presencia de enfermedad física como precipitante del intento(15).

Las razones o motivaciones para intentar suicidarse son en la mayoría de casos múltiples, aunque es cierto que son comunes en esta franja de edad. Deseo de "escape", dolor físico o problemas somáticos, reducción de funcionalidad y de autonomía, percepción de soledad, problemas sociales, conflictos familiares, y una total falta de razones y sentido para seguir viviendo. La depresión, es uno de los factores de riesgo más importantes en las tentativas de suicidio y en el suicidio, pudiendo ser una consecuencia de las citadas anteriormente, en cambio, no es un motivo que se exprese activamente por parte de los ancianos, y como dijimos mucho menos en los hombres(23, 24). Todas estas razones, se convierten en los factores de riesgo más importantes tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio en la edad avanzada(6, 25, 26).

Hasta ahora, la investigación sobre la conducta suicida tanto en la edad avanzada como en población general, se ha centrado especialmente en el estudio de los factores de riesgo y de protección para poder detectar perfiles con altas probabilidades de suicidio. En muchos casos, la técnica utilizada es la autopsia psicológica, con los sesgos que conlleva por su naturaleza retrospectiva(27). Por desgracia, los factores de riesgo más consolidados en la edad avanzada (presencia de un episodio depresivo, problemas físicos incapacitantes, duelos...) no ofrecen una buena especificidad en este grupo etario. Por ello, en los últimos tiempos, se está cuestionando la línea y el enfoque de estudio en el suicidio, sugiriendo la introducción de técnicas que emplean nuevas tecnologías,

y proponiendo un estudio y prevención casi personalizada(28).

Conwell et al.(26) proponen un modelo en el que se entiende al suicidio como un proceso de desarrollo que evoluciona en el tiempo, planteando en consonancia enfoques preventivos longitudinales –de más distales a más proximales al suicidio- y niveles de intervención –indicados, selectivos, y universales-, con programas a nivel comunitario, en centros de salud, o individualizados(29).

En el presente estudio se pretende describir el perfil sociodemográfico y clínico de los adultos mayores de 65 años que cometen un intento de suicidio en el área sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo 2015 al 2017.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Selección de la muestra

Todas las personas mayores de 65 años que fueron atendidas por el servicio de urgencias psiquiátricas y de interconsulta psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) por un intento de suicidio, en el periodo de Enero de 2015 a Diciembre de 2017, fueron entrevistadas y evaluadas. Se recogieron distintas variables clínicas y sociodemográficas de interés. Este registro se realiza a través de la historia Clínica Electrónica.

Este servicio de urgencias atiende todos los intentos de suicidio en su área sanitaria de referencia, con una población de 384.852

habitantes. La media de población mayor a 65 años para esos tres años fue de 75.538 personas.

En total, el número de atenciones por intento de suicidio en mayores de 65 años en el periodo de 2015 a 2017 fue de n=80, correspondientes a 78 individuos.

Entendemos como “intento de suicidio” el acto autolesivo con intención de causar la muerte, con independencia del grado de letalidad y su intencionalidad real. En la práctica, utilizamos la nomenclatura revisada de Silverman et al.(30), en el estudio se incluirían los grupos de “Conducta suicida” A1, A2, C1 y C2.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa informático “IBM SPSS Statistics 20” para Macintosh. El nivel de significatividad utilizado fue para una $p < 0,05$.

Resultados

Variables sociodemográficas

En la tabla 1 mostramos las variables sociodemográficas de los intentos de suicidio que conforman la muestra a estudio.

Por grupos de edad observamos como a medida que aumenta la edad, los intentos brutos en nuestra muestra son menos numerosos, siendo de un 48.8% para el grupo de 65 a 74, de 38,8% de 75 a 84 años y el 12,5% de los 85 años en adelante.

La incidencia media para estos tres años fue de 35,3/100.000 hab.. Para hombres la incidencia media para estos tres años fue de 34,7/100.000 hab, mientras que en mujeres se reduce a 31,8/100.000 hab.

Ingresos previos

Respecto a la presencia de ingresos previos en Unidades de Agudos de Psiquiatría la media total fue de $0,44 \pm 0,898$, siendo de $0,21 \pm 0,485$ para hombres y $0,60 \pm 1,077$ para mujeres. 6 hombres y 17 mujeres presentaron ingresos previos en psiquiatría, por el contrario, 27 hombres y 30 mujeres no presentaban antecedentes de este tipo. Aún habiendo una mayoría de mujeres con antecedentes de ingreso la diferencia no es significativa ($p=0,080$).

Tentativas previas

En cuanto a los antecedentes de tentativas previas al episodio a estudio se hallaron diferencias significativas por sexo ($p<0,005$), siendo mayoritaria la presencia de esta variable en las mujeres.

Examinando el episodio índice (el primer intento de suicidio en la vida del individuo) observamos como 8 (10,1%) lo presentaron antes de los 65 años.

Método utilizado

En la tabla 2 mostramos los métodos utilizados en las tentativas estudiadas haciendo una comparación también por sexos. La diferencia fue significativa, $p<0,05$.

Grado de intencionalidad de la tentativa.

Para valorar el grado de intencionalidad realizamos una división dicotómica a partir de la escala de intencionalidad suicida de Beck(31), donde el grado de intencionalidad "medio-alto" correspondería a los grados medio y alto de dicha herramienta. Esta decisión fue tomada por no contar con la uti-

lización sistemática de esta escala en toda la muestra, recogiendo numerosas puntuaciones de forma retrospectiva a través de la historia clínica.

El nivel de intencionalidad suicida según la categorización dicotómica realizada mostro un nivel de significación estadística de $p<0,001$ en la comparación entre sexos. El 30,3% de hombres y el 68,1% de mujeres presentaron un grado de intencionalidad "baja", mientras que el 69,7% de hombres y el 31,9% de las mujeres alcanzaron un grado "medio-alto".

Diagnósticos principales según grupos de la CIE-10.

En la tabla 3 reflejamos los diagnósticos principales categorizados según codificación por grupos de la CIE-10. El nivel de significación estadística para esta variable según sexo fue de $p=0,030$. Existe significación estadística para el grupo de "Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto" (CIE-10) con una casi totalidad de mujeres, así como para el grupo de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", donde prácticamente la mitad de la muestra con estos diagnósticos es hombre.

Estresantes/d desencadenantes principales.

El desencadenante más frecuente fue el de "conflictiva intrafamiliar ($n=22$, 27,5%), seguido por las conflictivas conyugales ($n=6$, 7,5%), que consideradas en conjunto forman el 35% de la muestra. En un total de 12 individuos no es posible confirmar el desencadenante a través del análisis retrospectivo. Analizando la muestra según el sexo existe una significación estadística ($p=0,034$) (tabla 4).

Episodio índice <65 años vs. episodio índice ≥ 65 años.

Comparativa según la edad del episodio índice.

Se realizó una categorización de la edad del episodio índice entre los ocurridos por debajo de los 65 años y a partir de esta edad. En un caso no fue posible conocer la edad del episodio índice, por lo que el análisis fue para $n=79$.

Analizamos algunas características de las tentativas en relación a estos subgrupos (tabla 5).

Discusión

Incidencia

En relación a los datos sociodemográficos encontrados en nuestro estudio son similares a otros resultados de nuestro entorno. En cuanto a la incidencia encontrada en mayores de 65 años (35,3/100.000) está en consonancia con otros centros del estado como en Guipuzcoa (32,3/100.000), que a su vez es inferior a otras tasas del norte de Europa, 116,9/100.000 en Estocolmo, ambas procedentes del mismo estudio multicéntrico(16) donde la media para todos los centros fue de 61,4/100.000 hab.. En ámbito europeo encontramos cifras incluso inferiores, en Würzburg (Alemania) obtuvieron una tasa de 14/100.000(32). La tasa de incidencia de tentativas en población general registradas durante cinco años en el área sanitaria colindante a la nuestra ($n=285$) fue de 76,1/100.000, la media de edad fue de 35 ± 15 años(33).

Perfil sociodemográfico

Edad.

Al igual que en el estudio multicéntrico de De Leo et al.(16) la mayoría de intentos se concentran en el grupo más joven. Nuestra media de edad, $74,85 \pm 7,10$, es prácticamente idéntica a este gran estudio europeo, $74,7 \pm 6,9$ ($n=1734$ tentativas), así como otros más recientes, $77 \pm 7,9$ (34) o $78,6 \pm 7,94$ (está muestra en mayores de 60 años)(35).

Sexo

La proporción entre hombres y mujeres de 2:3 está en línea con otras anteriores(17, 36, 37), pero varía respecto al porcentaje de 5:2 de otros estudios(38).

Estas diferencias desaparecen en los grupos de edades centrales (en nuestro caso 75-84 años) del mismo modo que en el estudio multicéntrico, aunque en este caso situaron el grupo central entre los 70-80 años(16).

Otros

En nuestra muestra el 50% estaba casado, un 28,7% estaba viudo, y un 15% separado o divorciado, mientras que solo el 5% estaba soltero/a. Esta variable está asociada a factores culturales, habiendo una gran variación entre los diferentes países. En la muestra guipuzcoana, francesa, y Suiza también había una mayoría de individuos casados(16). En cuanto al sexo, también encontramos una mayor proporción de viudas entre las mujeres (36,2%), que entre los hombres (18,2%), pero en ambos casos el mayor porcentaje dentro de cada grupo fue para los casados/as (66,7% en hombres, 38,3% en mujeres), cuando en la muestra europea las mujeres eran mayoritariamente viudas (50%).

Respecto al nivel de educación académica encontramos mayoritariamente un nivel bajo, 77,5%. Estas cifras van en consonancia con el nivel educativo de la población española mayor de 65 años, donde el 70% tiene estudios primarios, y un 7% son analfabetos, es decir, el 77% (IMSEORSO, 2016), para la población gallega los porcentajes son similares. No podemos comparar con otras cohortes de edad pero probablemente este en la línea de un menor nivel educativo respecto a muestras con tentativas en generaciones más jóvenes, evidentemente por mayores dificultades en el acceso a la educación en esta generación(38).

El tipo de convivencia también varía entre los distintos países, en el estudio de la OMS/EURO en general predominan los individuos que viven solos (40,9%), pero de nuevo las diferencias las marcan las muestras en Guipuzcoa, Berna, Innsbruck y Padova, donde la mayoría viven en pareja, al igual que en nuestra muestra (33,8%). Aún así, este porcentaje es similar al porcentaje de toda la muestra europea que vive en pareja(31,2%). Al igual que estos estudios, la mayoría de los hombres viven en pareja (54,5%). Por otra parte, la mayoría de las mujeres viven solo con los hijos/as (29,8%) en nuestra muestra, siendo mayoría las que viven solas en el resto de centros europeos. En el total de la muestra las personas que vivían solas fue del 21,1%. Estas cifras de convivencia son similares a las de la población española mayor de 65 años, donde el 22,4% viven solas, siendo la mayoría mujeres(39), por lo que no sería un factor diferenciador de forma individual. En nuestro estudio no existen individuos residentes en centros sociosanitarios, al igual que en la mayoría de estudios, estas cifras están probablemente sesgadas por el abordaje de los episodios en los mismos centros.

Por la incidencia de tentativas, estado ci-

vil, tipo de convivencia, nivel educativo y, probablemente -aunque no evaluado en este estudio- prácticas religiosas de mayoría católica, nuestra muestra coincide con el subgrupo diferenciado que conforman Würzburg (Alemania) y los países del sur de Europa en la muestra de la OMS/EURO(16).

Perfil de las tentativas

Tentativas previas

Según la revisión de Chan et al.(38) la presencia de tentativas previas varía desde 11,9-61,7%, y en la revisión de Draper et al. de estudios de 1985-1994 fue de 7-45%. En nuestra muestra se encuentra en un punto intermedio del 25%, similar a la encontrada por Dennis et al.(29%)(34) pero la mitad de un reciente estudio taiwanés (n=43, >60 años), con un 53,5%.

De los "repetidores", un 25% realizó la penúltima tentativa el año previo, en contraste con el 11,9% del estudio de la OMS/EURO.

La edad media de los que no presentaban tentativas previas fue de $75,58 \pm 7,368$, y la media de los "repetidores" fue de $73,17 \pm 5,945$, como vemos, los "repetidores" eran más jóvenes, al igual que el estudio europeo, pero en nuestro caso la diferencia no fue significativa ($p=0,190$), probablemente por el tamaño muestral.

Métodos utilizados

En la mayoría de intentos de suicidio en adultos mayores se utiliza la sobreingesta medicamentosa, también en nuestro estudio, con un 48,8%, similar a algunos estudios previos como Lykouras et al. (55%)(40), Liu et al. (48%)(35), o Nieto et al. en España (42%)(41) aunque en este estudio se trataba de una comparativa de pacientes con depre-

sión y síntomas psicóticos y depresivos sin cuadro psicótico. En el resto el porcentaje es mayor, 69,1-89%(16, 36, 42-45).

La tendencia mayoritaria de las mujeres por la sobreingesta medicamentosa y la tendencia de los hombres a métodos más letales se refleja en nuestra muestra al igual que estudios previos(38, 42). Llama la atención el porcentaje de intentos de ahorcamiento de nuestra muestra (20%) comparado con otras muestras europeas donde este porcentaje es realmente bajo, 2,5-4,8%(38), acercándose más a muestras asiáticas, 9,3-19,2%(46, 47), donde los métodos con más letalidad tienen una mayor frecuencia. Del mismo modo ocurre con la utilización de métodos cortantes (21,3%), donde nuestro porcentaje es superior al de estudios anteriores (2-18%)(38) y de nuevo con tendencia similar a población asiática, 27,9%(35).

Intencionalidad

Al igual que comentamos en el apartado anterior sobre el mayor uso de métodos con mayor letalidad en los hombres, también encontramos un mayor grado de intencionalidad en estos ($p < 0,001$). En comparación con el estudio de Hepple y Quinton donde se dividieron los grados en tres (alto-40%, medio-23%, bajo-28%) en nuestra muestra encontramos una mayor proporción de individuos con un grado de intencionalidad "bajo" (52,5%), y en grado "medio-alto" (correspondiente a medio-alto) de un 47,5% (63% en el estudio comentado). De todos modos, esta lectura de resultados está limitada, ya que no se sistematizó la recogida de variables de la escala de Beck como se comentó. Aun así, creemos que hay que tenerlos en cuenta, ya que el grado de intencionalidad estaba relacionado con la decisión de ingreso (psiquiátrico o no psiquiátrico), un 81,6% de los

individuos con un grado de intencionalidad "medio-alto" fueron ingresados, mientras que solo el 30,9 % de los "bajos" se admitieron en el Hospital ($p < 0,001$).

Diagnósticos

Los diagnósticos mayoritarios fueron los trastornos afectivos (41,3%), seguidos por los trastornos neuróticos, relacionados con estresantes o somatomorfos (25%) y los trastornos de personalidad (21,3%). Esta mayor frecuencia de trastornos afectivos es común a la mayoría de estudios anteriores, aunque muy variable en los porcentajes, desde 25,4-93%(34, 38, 42). Nuestro porcentaje de Trastornos de personalidad contrasta con la mayoría de estudios anteriores, donde los porcentajes suelen ser bajos (2,5-7%)(38), aunque en estudios más antiguos las cifras llegaban a 23-26%(42, 48). Estas diferencias son debidas a la forma de confirmar diagnósticos, algunos utilizando diagnósticos clínicos mientras que otros se basan en criterios diagnósticos más rígidos; otros considerando varios ejes, o realizando diagnósticos de forma retrospectiva, mientras que otros lo hacían prospectivamente en citas posteriores a la tentativa. En nuestra muestra solo hemos considerado el diagnóstico principal. Por ejemplo, en el estudio de Draper et al.(48) los trastornos de personalidad se consideraron "diagnósticos secundarios". La comorbilidad de los Trastornos de Personalidad con los trastornos afectivos es bien conocida(49). En nuestro estudio un gran porcentaje de los individuos con Trastornos de personalidad presentaban como diagnóstico comórbido el de Distimia, en la CIE-10, situado en los Trastornos afectivos, por lo que la elección del diagnóstico principal influye en nuestro análisis. El bajo porcentaje (3,8%) de trastornos psicóticos mantiene la línea de estudios

previos(38). En nuestra muestra únicamente el 2,5% presentaba un trastorno relacionado con el alcohol, aunque los porcentajes de estudios previos pueden variar de 5-32%, la mayoría de estudios se encuentran por encima del 10%(42). De nuevo, la utilización únicamente del diagnóstico principal así como las diferencias en el procedimiento diagnóstico, deben influir en esta variabilidad. Lo que parece claro, más allá del diagnóstico, es que la presencia de sintomatología depresiva está presente en prácticamente toda la muestra. De todos modos, no parece que sea de tal magnitud como para diagnosticar un trastorno depresivo. En el estudio caso-control de Liu y Chiu(35) con 43 individuos mayores de 60 años con intentos de suicidio, llegaron a poder detectar un trastorno depresivo en un 60% de la muestra con entrevista clínica un mes después del episodio, y el 69,8% puntuaba más de 5 puntos en la Brief Symptom Rating Scale, esta sintomatología era significativamente mayor que el grupo control. En este mismo estudio el 16,3% cumplía criterios de demencia, en nuestra muestra 3 individuos cumplían criterios de trastornos categorizados dentro de F00-F09, pero ninguno llegaba a cumplir criterios de demencia.

Estresantes/descadenantes

El desencadenante mayoritario de una forma clara fueron los relacionados con la conflictiva intrafamiliar, que en suma llegan al 36,3%. Los datos que se conocen de algunos estudios previos que valoraban este tipo de variable van en consonancia con estos resultados, en dos de ellos los porcentajes fueron de 38-44%(42), o 30,2%(35). En cambio, en un reciente estudio cualitativo sobre tentativas en población sueca mayor de 70 años, los problemas interpersonales y familiares solo supusieron el 12,9% de los motivos, el moti-

vo más prevalente (28,7%) fue “escapar” de la vida(23). En nuestro estudio este último motivo no se registró, probablemente esta diferencia es debido a la naturaleza cualitativa del estudio sueco. Respecto al bajo porcentaje de conflictivas intrafamiliares puede estar en relación con el alto porcentaje de personas que vivían solas en Suecia(68%), comparado con nuestro estudio (21,3%).

Un 20% presentaban desencadenantes relacionados con la salud física, en el estudio de Pierce et al.(50), un tercio de la muestra indicaba un factor de salud física como estresante principal, de todos modos el estado de salud física es un mal discriminador entre personas con riesgo suicida y el resto a estas edades(42).

5 personas (6,3%) reflejaron la viudedad como estresante principal, además, 4 de ellos quedaron viudos en el último año. Nuestras cifras contrastan con los estudios de Draper et al. y Smichd et al. citados anteriormente, donde se refleja un porcentaje de 13-44%, además mayoritario en los hombres, al contrario que nuestra muestra.

El 16,3% estaba directamente relacionado con descompensaciones psicopatológicas, contrastando con la muestra de Murphy et al.(51), donde hallaron un 30%.

Estos menores porcentajes podrían estar en relación con el 15% de nuestra muestra que no se consiguió esclarecer el desencadenante o no se recogió debidamente durante la evaluación.

Episodio índice <65 años vs. >65 años

La edad del episodio índice fue desde los 20 años hasta los 91 años, similar al estudio de Liu et al. de tentativas mayores a 60 años (n=43), donde fue desde los 25 a los 92 años(35).

En nuestro estudio encontramos un perfil claro diferenciador entre los individuos con un episodio índice por debajo de los 65 años y el resto. Las personas con un intento previo a los 65 años que repiten tentativas más allá de esta edad son principalmente mujeres ($p<0,05$), con ingresos psiquiátricos previos ($p<0,01$) y con algún trastorno de la personalidad ($p<0,01$). Esto va en consonancia con el perfil clásico de los “repetidores” de tentativas(52) y permite a nivel psicogeriátrico concretar un subgrupo de riesgo al que hay que prestar especial atención y que además, ya están identificados.

Conclusiones

- Las personas de más de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela que cometen un intento de suicidio cumplen el perfil sociodemográfico correspondiente a los países del sur de Europa: menor incidencia de intentos de suicidio, casados como estado civil mayoritario, mayor convivencia en pareja y/o con familiares, y bajo nivel educativo.
- Las personas con intentos de suicidio previos a los 65 años que realizan nuevos intentos más allá de esta edad son: principalmente mujeres con diagnóstico de algún Trastorno de la Personalidad y con ingresos previos en Unidades de Psiquiatría.
- Para futuros estudios sobre conducta suicida se hace imprescindible analizar muestras que incluyan igualmente personas con tentativas y con suicidios, dado que numerosos individuos se solapan en ambos subgrupos y, por lo tanto, existe un sesgo muestral por definición.

Tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los intentos de suicidio en mayores de 65 años.

		n=80	%
Sexo	Hombre	33	41,3
	Mujer	47	58,8
	H:M	2:3	
Edad	74,85±7,104 (65-91) H:76,19±9,424 M:73,92±6,473		
País de nacimiento	España	77	96,3
	Brasil	1	1,3
	Portugal	2	2,5
Estado civil	Soltero	4	5
	1º matrimonio	40	50
	Divorciado	8	10
	Viudo	23	28,7
	Separado	4	5
	No preguntado	1	1,3
Viudead	Nunca	55	68,8
	Doce meses previos	3	3,8
	Hace más de un año	18	22,5
	Seis meses previos	2	2,5
	Desconocido	1	1,3
	En el último mes	1	1,3
Tipo de convivencia	Vive solo	17	21,3
	Con pareja sin hijos	27	33,8
	No preguntado	1	1,3
	Con pareja e hijos	13	16,3
	Solo con hijos	17	21,3
	Vive con padres	1	1,3
	Con nieto/a	1	1,3
	Otros familiares	2	2,5
	En institución	1	1,3
Nivel de estudios	No preguntado	9	11,8
	Bajo	62	77,5
	Medio	7	8,8
	Alto	2	2,5
Empleo	Jubilado/a	80	100

Tabla 2. Método utilizado en la tentativa según sexo.

Método	H (n, %)	M (n, %)	Total (n, %)
Ingestión de tóxicos y medicamentos	10 (30,3)	29 (61,7)	39 (48,75)
Instrumento cortante	9 (27,27)	8 (17)	17 (21,25)
Ahorcamiento	10 (30,3)	6 (12,76)	16 (20)
Saltar desde altura	0 (0)	1 (2,12)	1 (1,25)
Ahogamiento	1 (3)	3 (6,38)	4 (5)
Inhalación de gases	1 (3)	0 (0)	1 (1,25)
Otros	2 (6)	0 (0)	2 (2,50)
Total	33	47	80
			p=0,021

Tabla 3. Diagnósticos principales según grupos de la CIE-10.

Método	Desc.	F00-09	F10-19	F20-29	F30-39	F40-49	F60-69	Total
Hombre	1 (30,3)	1 (30,3)	1 (30,3)	1 (30,3)	15 (45,5)	13 (39,4)	1 (30,3)	33
Mujer	1 (21,3)	2 (42,6)	1 (21,3)	2 (42,6)	18 (38,3)	7 (14,9)	16 (34)	47
Total (n, %)	2 (2,5)	3 (3,8)	2 (2,5)	3 (3,8)	33 (41,3)	20 (25)	17 (21,3)	80

Tabla 4. Estresantes/desencadenantes principales en muestra total y por sexos.

	Hombre	Mujer	Total n (%)
Desconocido	4 (12,1)	8 (17)	12 (15)
Viudedad	1 (30,3)	4 (8,5)	5 (6,3)
Vivir solos/soledad	0 (0)	2 (4,3)	2 (2,5)
Pérdida de funcionalidad	7 (21,2)	2 (4,3)	9 (11,3)
Problemas físicos menores	1 (30,3)	0 (0)	1 (1,3)
En relación a cuadro depresivo mayor	4 (12,1)	3 (6,4)	7 (8,8)
Dolor importante	1 (30,3)	2 (4,3)	3 (3,8)
Económicos	1 (30,3)	0 (0)	1 (1,3)
Fallecimiento seres queridos	0 (0)	1 (2,1)	1 (1,3)
Enfermedad grave	3 (9)	0 (0)	3 (3,8)
Enfermedad grave ajena	0 (0)	1 (2,1)	1 (1,3)
Conflictiva intrafamiliar	7 (21,2)	15 (31,9)	22 (27,5)
Desagrado/conflictiva relación conyugal	1 (30,3)	6 (12,8)	7 (8,8)
En relación a cuadro delirante	3 (9)	3 (6,3)	6 (7,5)

Tabla 5. Comparativa de tentativas según edad de episodio índice (<65 años vs. ≥65 años).

		<65 años	≥65 años	Total (n=79)	p
Sexo	Hombre	1	32	33	0,033
	Mujer	8	38	46	
Ingresos previos	SI	6	16	22	0,009
	NO	3	54	57	
Estresantes/ desestresantes	Desconocido o inexistente	3	9	12	0,644
	Viudedad				
	Vivir solos/soledad	0	5	5	
	Pérdida de funcionalidad	0	2	2	
	Problemas físicos menores	0	9	9	
	Dolor importante	0	1	1	
	Económicos	0	3	3	
	Fallecimiento seres queridos	0	1	1	
	Enfermedad grave	0	1	1	
	Enfermedad grave familiar	0	3	3	
	Conflictiva intrafamiliar	0	1	1	
	Desagrado/conflictiva conyugal	4	17	21	
	En relación a cuadro depresivo	1	6	7	
	En relación a cuadro delirante	1	6	7	
Método empleado	Ingestión de tóxicos y medicamentos	5	33	38	0,127
	Ahorcamiento	1	15	16	
	Instrumento cortante	1	16	17	
	Saltar desde altura	1	0	1	
	Inhalación de gases	0	1	1	
	Ahogamiento/inmersión	1	3	4	
	Otros	0	2	2	
	Desconocido	1	1	2	
Categoría CIE-10	F00-09	0	3	3	0,007
	F10-F19	0	2	2	
	F20-F29	0	3	3	
	F30-F39	1	32	33	
	F40-F49	1	19	20	
	F60-F69	6	10	16*	
Intencionalidad	Baja	7	34	41	0,089
	Medio-alta	2	36	36	

*p<0,01

Referencias bibliográficas

1. WHO. Preventing Suicide - 2014 A Global Imperative. available: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
2. INE. España en Cifras 2017. 2017.
3. SCIII. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III Madrid. 2018. <http://docplayer.es/71194802-Salud-mental-y-salud-publica-en-espana-vigilancia-epidemiologica.html> - show_full_text.
4. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):379-85. PubMed PMID: 11728849.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42. PubMed PMID: 12777346.
6. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):179-83. PubMed PMID: 24786686.
7. Freedenthal S. Challenges in assessing intent to die: can suicide attempters be trusted? *Omega*. 2007;55(1):57-70. PubMed PMID: 17877081.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):264-77. PubMed PMID: 17579539.
9. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996 Fall;26(3):237-52. PubMed PMID: 8897663.
10. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. PubMed PMID: 26772209.
11. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría - Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Editorial Triacastela. 2011.
12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:133-54. PubMed PMID: 18653727. Pubmed Central PMCID: 2576496.
13. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)*. 2007 Oct 13;129(13):494-500. PubMed PMID: 17980118. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.

14. McIntosh JL. Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav.* 1992 Spring;22(1):15-35. PubMed PMID: 1579984.
15. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med.* 1991 Jan;151(1):141-4. PubMed PMID: 1985589.
16. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001 Mar;16(3):300-10. PubMed PMID: 11288165.
17. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, Holman CD. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med.* 2000 Jul;30(4):813-21. PubMed PMID: 11037089.
18. Mateos R, Gómez-Beneyto M, Domínguez MD, Haro JM, Montero I, PE M. Prevalencia dos Trastornos Mentais en Galicia. Informe del Estudio de Epidemiología Psiquiátrica sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Galicia, encargado por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP). Disponible en https://librariaxuntagal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia_dos_trastornos_mentais_galego_def2pdf 2017.
19. Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):240-51. PubMed PMID: 26179380. Pubmed Central PMCID: 4809416.
20. Goni-Sarries A, Blanco M, Azcarate L, Peinado R, Lopez-Goni JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema.* 2018 Feb;30(1):33-8. PubMed PMID: 29363468.
21. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Martinez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebria-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017 May 4;17(1):163. PubMed PMID: 28472923. Pubmed Central PMCID: 5415954.
22. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Jr., Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016 Jun;46(3):352-62. PubMed PMID: 26511788. Pubmed Central PMCID: 5061092.
23. Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, Berg AI, Fassberg MM, Waern M. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015 May;23(5):536-44. PubMed PMID: 25158916. Pubmed Central PMCID: 4305033.
24. Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011;32(4):194-203. PubMed PMID: 21940260.
25. Ajilore OA, Kumar A. Suicide in Late Life. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide.* Frontiers in Neuroscience. Boca Raton (FL)2012.

26. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):451-68, ix. PubMed PMID: 21536168. Pubmed Central PMCID: 3107573.
27. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kolves K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res.* 2013 Jul;47(7):980-8. PubMed PMID: 23522934.
28. Barrigon ML, Baca-Garcia E. Current challenges in research in suicide. *Revista de psiquiatría y salud mental.* 2018 Jan - Mar;11(1):1-3. PubMed PMID: 29169999. Retos actuales en la investigación en suicidio.
29. Lapiere S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis.* 2011;32(2):88-98. PubMed PMID: 21602163. Pubmed Central PMCID: 3728773.
30. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Jun;37(3):248-63. PubMed PMID: 17579538.
31. Beck AT, Schuyler D, herman I. Development of suicide intent scales. In *The Prediction of Suicide.* Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ (eds) Charles Press: Bowie MI. 1974b:45-56.
32. DeLeo D, Bille-Braha U, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Kerkhof A, et al. Parasuicide in the elderly: Results from the WHOiEU-RO Multicentre study, 1989-1993. A short report. *IPA Bull.* 1994;11:15-7.
33. Vázquez TAR, Cesareo & López-Rivadulla, Manuel & Cruz Landeira, Angelines & Abellas Alvarez, Concepcion. . Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2012;24:121-5.
34. Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T. A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Aging Ment Health.* 2007 Sep;11(5):520-5. PubMed PMID: 17882589.
35. Liu IC, Chiu CH. Case-control study of suicide attempts in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 2009 Oct;21(5):896-902. PubMed PMID: 19538823.
36. De Leo D, Padoani W, Lonqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, et al. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2002 Dec;72(3):291-5. PubMed PMID: 12450647.
37. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry.* 1996 Aug;169(2):202-8. PubMed PMID: 8871797.
38. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007 Aug;22(8):720-32. PubMed PMID: 17310495.

39. IMSERSO. INFORME 2016: Las personas mayores en España. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-personapdf.
40. Lykouras L, Gournellis R, Fortos A, Oulis P, Christodoulou GN. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 2002 May;69(1-3):225-9. PubMed PMID: 12103470.
41. Nieto E, Vieta E, Lazaro L, Gasto C, Cirera E. Serious suicide attempts in the elderly. *Psychopathology*. 1992;25(4):183-8. PubMed PMID: 1492141.
42. Draper B. EDITORIAL REVIEW Attempted Suicide in Old Age. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*. 1996;11(7):577-87.
43. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2002 Spring;32(1):1-9. PubMed PMID: 11931007.
44. Marriott R, Horrocks J, House A, Owens D. Assessment and management of self-harm in older adults attending accident and emergency: a comparative cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jul;18(7):645-52. PubMed PMID: 12833309.
45. Hepple J, Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul;171:42-6. PubMed PMID: 9328493.
46. Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, Asakawa O, Kido M, Onose H, et al. Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. *Int Psychogeriatr*. 1995 Summer;7(2):239-51. PubMed PMID: 8829430.
47. Chiu HF, Lam LC, Pang AH, Leung CM, Wong CK. Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Nov;18(6):444-7. PubMed PMID: 8937913.
48. Draper B. Suicidal behaviour in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1994b;9:655-61.
49. Vilaplana M, McKenney K, Riesco MD, Autonell J, Cervilla JA. Depressive comorbidity in personality disorders. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2010 Jan;3(1):4-12. PubMed PMID: 23017486.
50. Pierce D. Deliberate self-harm in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1987;2(105-110).
51. Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H, et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):399-404. PubMed PMID: 22157801.
52. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011 Oct;29(8):908-12. PubMed PMID: 21641159.

PREVALENCIA DE PRIMER EPISODIO DE DELIRIO, FACTORES RELACIONADOS Y SU IMPACTO SOBRE MORTALIDAD, EN PACIENTES INGRESADOS EN CONVALECENCIA

Javier Santolaria Giner

Médico Geriatra . Hospital de Mollet del Vallès
javiersantolariaginer@hotmail.com

Alvaro José Betancourt

Médico Internista. Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Paula Ariana Bozin

Médico Geriatra. Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Trabajo premiado con el tercer premio de la edición 2016 – 2018 del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de aparición de primer episodio de delirium en mayores de 65 años, su impacto sobre mortalidad y factores relacionados.

Métodos: Estudio cross-sectional, prospectivo. Durante 4 meses se incluyeron pacientes ≥ 65 años ingresados en una unidad de convalecencia, excluyéndose sujetos con demencia avanzada, diagnóstico de encefalopatía orgánica o evidencia de delirium al momento del ingreso. Se estudiaron variables específicas de la valoración geriátrica y mediante un cuestionario se observaron probables factores predisponentes (deterioro visual/auditivo, uso de medicamentos psicoactivos) y factores precipitantes (uso de catéter urinario, fiebre, mal control del dolor o alteraciones en el sueño). El delirium

se diagnosticó mediante la escala CAM. Se realizó análisis multivariable utilizando métodos de regresión logística para descripción de factores relacionados con delirium; y método proporcional de Cox para descripción de los predictores de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes. El 39% (76/195) fueron hombres, con edad media de 81.9 años (8.5). El índice de Barthel al ingreso fue 45 (IQR 25-60) y el índice de Charlson 2 (IQR 1-4). El 21% (41/195) presentó delirium previo. La prevalencia de primer episodio de delirium fue de 23.1% (95% CI: 17.7-29.5). Los principales factores relacionados con el riesgo de desarrollo de delirium fueron: la edad OR:1.6 (95%CI 1.01-1.11), el número de errores según Test de Pfeiffer OR:1.4 (95%CI 1.2-1.64) y el Índice de Charlson al ingreso OR:1.25 (95%CI 1.02-1.53). La estancia media fue de 37.1

(21.2) días y el tiempo para desarrollo de delirium fue de 15 días. Fueron éxitos 11 sujetos (5.7%). Los principales predictores de mortalidad global, ajustados por edad e índice de Charlson, fueron: Delirium HR:5.26 (95%CI 1.30-21.29) y derivación desde Urgencias (Subagudos) HR:5.34 (95%CI 1.62-17.56).

Conclusión: Las variables relacionadas con deterioro cognitivo fueron las más importantes relacionadas con el desarrollo de delirium en una unidad de convalecencia. El delirium es un factor independiente de mortalidad en estas unidades.

Palabras clave: Delirium, Déficit cognitivo, mortalidad.

Abstract

PREVALENCE OF THE FIRST EPISODE OF DELIRIUM, RELATED FACTORS AND THEIR IMPACT ON MORTALITY, IN PATIENTS ADMITTED IN A CONVALESCENCE UNIT

Objectives: To determine the prevalence of the first episode of delirium in patients older than 65 years, its impact on mortality and related factors.

Methods: Prospective and cross-sectional study. During 4 months of follow-up, patients older than 65 years admitted in a post-acute convalescence unit were included. Using a questionnaire, we studied probable predisposing factors (visual and hearing impairment, psychoactive drugs) and precipitating factors (bladder catheter, fever, poor control of pain and sleep disturbances). Additionally, demographic data, comorbidity, pre-existing cognitive impairment and physical function were recorded. Subjects with advanced dementia, diagnosis of any organic encephalo-

pathy or evidence of delirium at the time of the admission were excluded. Delirium was defined according to the Confusion Assessment Method. The factors associated with delirium were studied by a multivariate analysis performed by logistic regression. A multivariate Cox proportional hazards regression analysis was used to examine predictors of mortality with competing endpoints (death and discharge alive) and estimated both the daily hazard and cumulative risk of death.

Results: A total of 195 patients received follow-up during the observation period. A 39% (76/195) were men (mean 82.1 years). Admission Barthel index score was 45 (IQR 25-60) and Charlson comorbidity score was 2 (IQR 1-4). A 21% (41/195) had presented history of delirium prior. Prevalence of first episode of delirium was 23.1% (95% CI: 17.7-29.5). Principal related factors to delirium were: Age OR:1.6 (95%CI 1.01-1.11), total errors according to Pfeiffer's Test OR:1.4 (95%CI 1.2-1.64) and Charlson comorbidity score OR:1.25 (95%CI 1.02-1.53). Mean time for development of delirium was 15 days and average time for hospital discharge was 37.1 days. 11 subjects (5.7%) died during follow-up. Adjusted by age and Charlson score, main predictors for mortality were: Delirium HR:5.26 (95%CI 1.30-21.29) and derivation from emergency room HR:5.34 (95%CI 1.62-17.56).

Conclusions: Associated variables with cognitive impairment were the most important with development of first episode of delirium in a convalescence unit. Delirium is an independent factor of mortality in these units.

Key Words: Delirium, cognitive impairment, mortality.

Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA), también llamado delirium, es uno de los trastornos cognitivos más prevalentes en las personas mayores[1]. Se caracteriza por ser una alteración mental de inicio agudo, potencialmente prevenible y reversible con afectación a nivel de las funciones cognitivas superiores (atención, memoria, orientación, percepción y lenguaje) además de fluctuaciones del nivel de consciencia[2]. Tradicionalmente se han descrito tres formas de presentación del delirium en función de las alteraciones psicomotrices: el hiperactivo, que se detecta en un 15% de los casos y se caracteriza por presencia sobre todo de agitación; el hipoactivo, definido por tendencia a disminución en el nivel de consciencia y se presenta en un 19% de los casos; y el mixto, que representaría el 66% del total, en el que co-existen tanto periodos de agitación como de somnolencia[3].

El delirium se puede desarrollar a cualquier edad, siendo más frecuente en el grupo de ancianos frágiles que presentan un umbral más bajo para su aparición, además de la presencia de factores precipitantes conocidos como hospitalización, cirugía previa o descompensaciones agudas de tipo médicas [4,5]. En este grupo de pacientes, el delirium puede ser la forma atípica de presentación de diversas patologías médico-quirúrgicas, o aparecer en el transcurso de ellas, suponiendo una amenaza potencial para la vida del paciente[6].

Se considera que entre un 30-40% de los episodios de delirium podrían prevenirse[7,8], motivo por el que actualmente se encuentra incluido en los programas hospitalarios de seguridad del paciente siendo un indicador de la calidad sanitaria para los pacientes ancianos[9]

Por todo lo anterior, el delirium, como condición médica, puede conllevar a una cascada de eventos clínicos no deseados que provocan la aparición o empeoramiento de la dependencia funcional y en consecuencia, un potencial aumento de la morbi-mortalidad, así como mayor riesgo de institucionalización y aumento de los costes sanitarios.

Los datos epidemiológicos en la población comunitaria global sitúan la prevalencia del delirium en un porcentaje bajo entre 1-2%[10]. En cuanto a las personas mayores de 85 años la situación cambia, puesto que pueden presentar delirium hasta en un 14%[3]. La prevalencia de delirium en personas mayores en el momento del ingreso hospitalario aumenta hasta un 24-50% de los casos[2]. Cabe destacar la elevada prevalencia de delirium en condiciones específicas, como por ejemplo en el postoperatorio inmediato (hasta el 41% de los casos de fractura de cadera). Esta situación inevitablemente conlleva, aparte de una mayor lentitud en la recuperación funcional, un mayor riesgo de incremento de la morbi-mortalidad y de una elevada posterior institucionalización alta[11].

La prevalencia del delirium al ingreso en unidades de convalecencia se sitúa entre un 14-23% (al cabo de una semana post-ingreso) y otro 30%, pasadas las dos semanas del ingreso. Adicionalmente se ha descrito un 22% de recaídas del delirium durante el ingreso y un 28% de los casos no se recuperaron durante todo el seguimiento.[12,13]

La etiología del delirium en las personas mayores habitualmente es multifactorial y pocas veces está causado por solo un factor desencadenante. Desafortunadamente la patogénesis del delirium no está del todo aclarada. Algunas hipótesis postuladas la han relacionado con ciertas moléculas neurotransmisoras (siendo los más relevantes

las teorías sobre el déficit colinérgico y el exceso dopaminérgico), con la presencia de un proceso inflamatorio (citoquinas), con el estrés crónico, o con otras alteraciones de tipo metabólica o electrolítica [10]

Entre los factores predisponentes descritos de acuerdo a algunos estudios observacionales, constan: demencia, deterioro cognitivo previo, evidencia de delirium previo, depresión, focalidad neurológica previa, deterioro funcional, déficits sensoriales, comorbilidad, enolismo y edad avanzada. Entre los factores precipitantes se han descrito las restricciones físicas, polifarmacia y el uso de psicofármacos, utilización de sondas, catéteres, eventos iatrogénicos de cualquier clase, infecciones e intervenciones quirúrgicas[12-14].

El diagnóstico de delirium es eminentemente clínico y en muchas ocasiones infra-diagnosticado. Las principales causas, entre otras, son la dificultad en la identificación del cuadro, así como la falta de conocimiento por parte de los mismos profesionales sanitarios.

El instrumento más utilizado para la detección del delirium es el CAM (Confusion Assessment Method) descrito por Sharon K. Inouye, con una sensibilidad del 94-100% y una especificidad de 90-95%[15]. Se basa en la presencia de 4 ítems, 1) inicio agudo y curso fluctuante, 2) inatención, 3) pensamiento desorganizado y 4) alteración del nivel de conciencia. Para establecer el diagnóstico de delirium, son necesarios los dos primeros criterios más uno de los dos segundos.

Bajo este marco conceptual, hemos considerado como principal objetivo de nuestro trabajo, determinar la prevalencia del primer episodio de delirium durante el ingreso en una unidad de convalecencia, describiendo los principales factores relacionados y como objetivo secundario, observar la relación del delirium con la mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos

Estudio transversal, de tipo cross-sectional. Se ofreció participar a todos los pacientes ≥ 65 años ingresados en el servicio de convalecencia del Centro Sociosanitario Hestia Duran i Reynals de L'Hospitalet de Llobregat durante el periodo del 1 de enero hasta el 30 de abril de 2018. Este hospital dispone de 390 camas con un número total de 115 camas destinadas al Servicio de convalecencia. Se determinó como criterio de exclusión, diagnóstico previo de demencia severa (con escala de deterioro global, GDS 7) y/o diagnóstico de delirium al ingreso mediante el método de evaluación CAM.

La información aportada para el estudio se ha realizado a partir de la revisión de la historia clínica al ingreso, al alta del paciente, y de entrevista clínica con el paciente y/o acompañante durante las primeras 48 horas posteriores a la admisión.

A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para la participación, se les solicitó un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. El proyecto fue autorizado por el comité de ética del hospital y los sujetos seleccionados no fueron sometidos a pruebas o analíticas adicionales diferentes a las consideradas dentro de su seguimiento clínico habitual en el centro de convalecencia.

Se recogieron datos tanto demográficos como clínicos que incluían desde el sexo, edad, lugar de residencia, antecedentes de delirium previo y deterioro cognitivo, la comorbilidad mediante Índice de Charlson, tipos y número de fármacos pautados, capacidad funcional previa y al ingreso mediante Índice de Barthel, estado cognitivo al ingreso mediante test de Pfeiffer, síndromes geriátricos (estreñimiento, déficit visuales y auditivos importantes) que pudieran es-

tar relacionados con la aparición del delirium durante el ingreso. Adicionalmente se recogieron datos sobre mortalidad, destino y fecha del alta.

Previo al inicio del estudio, con el fin de optimizar la identificación de los posibles casos, se realizaron sesiones formativas tanto al personal médico como a enfermería y auxiliares de cada planta sobre el delirium, enfatizando en su detección temprana y de esta manera optimizar la identificación de episodios, siguiendo las recomendaciones de otros estudios.

La asociación entre el delirium y factores relacionados se realizó en el análisis estadístico univariante, mediante estadísticos de χ^2 o el test exacto de Fisher para las variables categóricas, y la prueba de T-student para las variables cuantitativas. Se realizó el método de regresión logística en el análisis multivariante para el ajuste de posibles variables confusoras, previo análisis de correlación entre la variable dependiente con las demás variables del estudio.

Adicionalmente se determinaron los principales factores predisponentes para mortalidad mediante análisis de supervivencia utilizando el método de regresión de Cox. Se utilizó el programa STATA, v 12 para el análisis de los datos.

Resultados

Durante el periodo de seguimiento del 1 de enero 2018 hasta el 30 de abril 2018 ingresaron en la unidad de convalecencia un total de 306 pacientes. De éstos se descartaron 25 por ser menores de 65 años. Se incluyeron en el seguimiento los 281 restantes, de los cuales se excluyeron 44 por diversas razones por lo que finalmente ingresaron al estudio 195 sujetos (Figura 1).

Los pacientes que ingresaron al estudio presentaron una estancia media de 37 días en convalecencia y el tiempo medio para el desarrollo del primer episodio de delirium fue de 14 días (Tabla 1). La prevalencia de delirium en los sujetos evaluados durante el tiempo de seguimiento fue del 23.1% (45/195) (95% CI: 17.7-29.5)

Mediante análisis univariable, los principales factores relacionados con delirium fueron la edad, evidencia de déficit cognitivo y/o delirium previo, así como el índice de comorbilidad al ingreso y que hubieran sido derivados desde el servicio de urgencias (Tabla 1). Posterior al análisis multivariable, utilizando análisis de regresión logística, los principales factores relacionados con el delirium fueron la edad, el número de errores en el test de Pfeiffer y la comorbilidad al ingreso (Tablas 2 y 3).

El análisis de supervivencia se realizó utilizando el método de regresión de Cox, teniendo en cuenta que murieron un 5.7% (11/195) de los pacientes ingresados a convalecencia. Los principales factores predisponentes -ajustados por edad y comorbilidad- para mortalidad fueron, haber presentado delirium durante su ingreso en convalecencia (Figura 2) y haber sido derivados desde urgencias (Tablas 4 y 5).

Discusion

El delirium es un síndrome geriátrico de gran importancia en virtud de su alta prevalencia, por la gravedad del evento clínico subyacente, el importante aumento de la morbimortalidad, además del incremento del gasto sanitario, tal y como hemos constatado en nuestro estudio.

El tipo de delirium más frecuentemente detectado en este estudio fue el activo a pesar

de ser el mixto el más descrito por la literatura[1,2]. El delirium activo, probablemente por su fluctuación temporal, ha sido el más fácil de detectar en nuestro caso dado que, dentro del diseño del estudio, no se planteó un seguimiento en el tiempo más allá de la detección del primer episodio de delirium.

Hemos observado que, similar a otros estudios, la edad, el deterioro cognitivo y el delirium previos son factores relevantes en el desarrollo del síndrome confusional agudo [10,16]. Por otra parte, en nuestro estudio hemos detectado significación estadística en la relación del delirium con un mayor número de errores en el test de Pfeiffer, lo cual nos lleva a pensar que la alta puntuación del test viene producida por la presencia de deterioro cognitivo, en muchas ocasiones, no detectado previamente.

Las unidades de subagudos ubicadas en centros sociosanitarios, son destinadas a dar soporte a los servicios de urgencias hospitalarias, siendo los principales beneficiarios aquellos pacientes crónicos complejos que presentan descompensaciones de su patología de base. En nuestra muestra ha sido relevante y ha presentado significación estadística la presencia de delirium en pacientes derivados desde la unidad de subagudos, que al no poder ser dados de alta, tuvieron que pasar a la unidad de convalecencia prolongando así su estancia hospitalaria.

A diferencia de otros estudios en los cuales oscilaba la prevalencia de un sexo sobre otro (más frecuente en hombres) en el desarrollo del síndrome, en nuestro trabajo no hemos encontrado significaciones estadísticas al respecto.

Tampoco hemos demostrado relación directa entre pacientes con trastornos del sueño, dolor mal controlado, estreñimiento, ser portador de sonda vesical, contención mecánica, como factores precipitantes del cuadro.

Sin embargo, dentro de las recomendaciones para evitar el delirium y también de abordaje siguen siendo las no farmacológicas y el manejo multidisciplinar las más importantes[17]

Adicionalmente, hemos observado, independiente de la edad y la comorbilidad, una relación significativa entre delirium y el estar ingresado en una unidad de subagudos (análisis univariable como en el multivariable), con la supervivencia dentro del grupo de pacientes estudiados. Estos hallazgos van en concordancia con lo encontrado en otros trabajos[6] y demuestra la necesidad de implementar medidas para la detección temprana y en lo posible, asegurar las condiciones requeridas para la prevención de esta condición clínica en los pacientes mayores ingresados en unidades de convalecencia.

Es importante anotar que nuestro trabajo ha contado con importantes limitaciones. Además de las típicamente presentadas en los estudios observacionales, nuestro trabajo no contó con la realización de otras pruebas y/o estudios complementarios, que pudieran aclarar condiciones clínicas subyacentes en este grupo de pacientes.

Finalmente, ha llamado la atención durante la recogida de datos el déficit de diagnósticos de deterioro cognitivo recogidos por HCCC (Historia Clínica Compartida de Cataluña) y en los informes de derivación de los Hospitales, lo cual contrastaba de manera importante con lo encontrado en la entrevista con los pacientes y los familiares e incluso al pasar el test de Pfeiffer a modo de screening, donde quedaba constancia de un deterioro cognitivo pre-establecido, e incluso cuadros de demencia evidente, diagnósticos meramente clínicos que no se recogían en ningún otro informe, ni se habían estudiado correctamente durante el ingreso hospitalario previo.

Referencias

- [1] Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157-65. doi:10.1056/NEJMra052321.
- [2] Cole MG, McCusker J, Marques Windholz S. [Delirium in older patients: clinical presentation and diagnosis]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:13-8.
- [3] Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* (London, England) 2014;383:911-22. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
- [4] Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:4-9.
- [5] Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med* 1999;106:565-73.
- [6] Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK, Shaffer ML, Bergmann MA, Yang FM, et al. Persistent delirium predicts greater mortality. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:55-61. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02092.x.
- [7] Kalisvaart K, Vreeswijk R. Prevention of delirium in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:19-24.
- [8] Martinez Velilla NI, Petidier-Torregrosa R, Casas-Herrero A. [Delirium in the elderly patient: update in prevention, diagnosis and treatment]. *Med Clin (Barc)* 2012;138:78-84. doi:10.1016/j.medcli.2011.03.015.
- [9] Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* 2017;318:1161-74. doi:10.1001/jama.2017.12067.
- [10] Veiga Fernandez F, Cruz Jentoft AJ. [Delirium: etiology and pathophysiology]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:4-12.
- [11] Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:618-24.
- [12] Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics associated with delirium persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:344-9.
- [13] Kosar CM, Thomas KS, Inouye SK, Mor V. Delirium During Postacute Nursing Home Admission and Risk for Adverse Outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1470-5. doi:10.1111/jgs.14823.
- [14] Miu DKY, Chan CW, Kok C. Delirium among elderly patients admitted to a post-acute care facility and 3-months outcome. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16:586-92. doi:10.1111/ggi.12521.
- [15] Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion as-

essment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.

[16] Kiely DK, Jones RN, Bergmann MA, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Association between delirium resolution and functional recovery among newly admitted postacute facility patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:204-8.

[17] Duran Alonso JC, Pageo Gimenez M del M. [Non-pharmacological treatment of delirium]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:25-32.

Anexos

Figura 1. Diagrama de flujo.

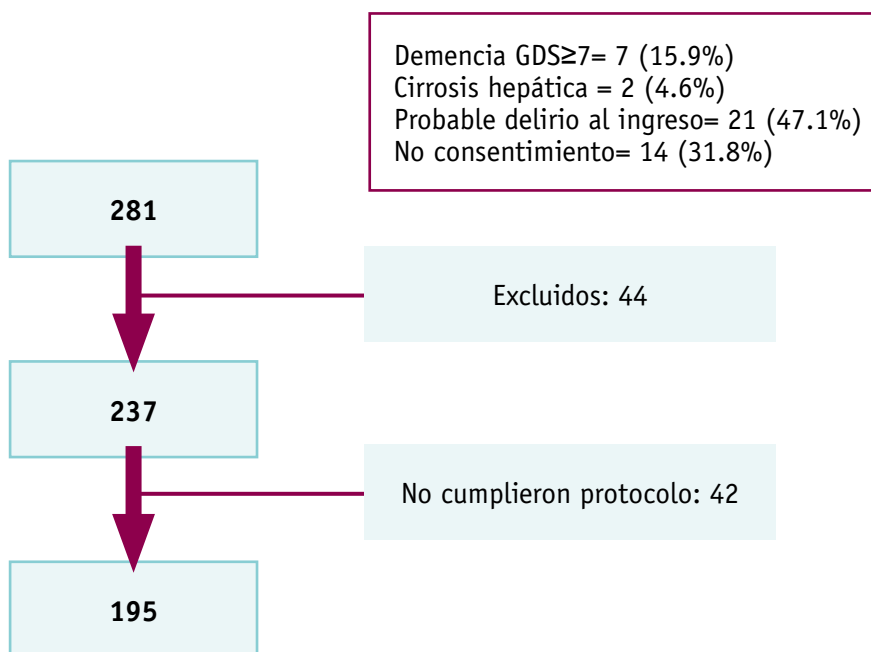


Tabla 1. Características basales de la población

Variable*	n (%) media (SD) mediana (IQR)
Edad años (SD)	81,9 (8,7)
Hombres n (%)	76 (39)
Origen de derivación	
Médica n (%)	101 (51,8)
Quirúrgica n (%)	74 (38)
Urgencias (Subagudos) n (%)	20 (10,3)
<i>Características Geriátricas a la admisión</i>	
Barthel basal Score (IQR)	80 (55-95)
Barthel Score al ingreso (IQR)	45 (25-60)
Número de medicamentos (SD)	11 (3,6)
Índice de comorbidad de Charlson ingreso (IQR)	2 (1-4)
Número de errores Test de Pfeifer (IQR)	2 (1-5)
<i>Hospitalización y delirium</i>	
Estancia, días (SD) n=194	37,1 (21,2)
Tiempo para desarrollo de Delirium, días (SD) n=45	14,7 (15,2)
Tiempo para Exitus, días (SD) n=11	17,2 (14,5)
<i>Antecedentes</i>	
Déficit cognitivo n (%)	68 (34,9)
Delirium previo n (%)	41 (21)
Estreñimiento n (%)	97 (49,7)
Enolismo n (%)	21 (10,8)
Tabaquismo n (%)	19 (9,7)
<i>Condiciones clínicas</i>	
Déficit auditivo n (%)	86 (44,1)
Déficit visual n (%)	162 (83,1)
Transtornos del sueño n (%)	102 (52,3)
Inadecuado control del dolor n (%)	84 (43,1)
Cateterismo urinario n (%)	19 (9,7)
Uso de medicamentos con potencial efecto en SNC	
Ningún tratamiento n (%)	32 (16,4)
Al menos uno n (%)	70 (35,9)
Dos o más n (%)	93 (47,7)

Variable*	n (%) media (SD) mediana (IQR)
<i>Condiciones de la habitación en convalecencia</i>	
Habitación doble n (%)	194 (99,5)
Cerca de la ventana n (%)	98 (50,3)
Tiempo estimado de acompañamiento, horas/día (IQR)	5 (3-8)
<i>Condiciones del hogar</i>	
Vive solo (a) n (%)	50 (26,5)
Domicilio propio n (%)	190 (97,4)
<i>Destino al alta n=194</i>	
Domicilio/Residencia n (%)	112 (57,7)
Hospital Agudos n (%)	33 (17)
Larga estancia/Paliativos n (%)	38 (19,6)
Exitus n (%)	11 (5,7)

*SD desviación estándar, IQR rango intercuartil, SNC sistema nervioso central, medicamentos estudiados fueron benzodiazepinas, neurolécticos, anti-colinesterásicos, antidepresivos.

Tabla 2. Factores relacionados con primer episodio de delirio. Análisis univariable

Variable*	No Delirium (n=150)	Delirium (n=45)	p value
Edad años (sd)	80,7 (0,7)	86,2 (1,4)	<0,001
Mujer n (%)	89 (59,3)	30 (66,7)	0,378†
<i>Características Geriátricas a la admisión</i>			
Barthel basal Score (sd)	73 (2)	62 (4,3)	0,013
Barthel Score al ingreso (sd)	45 (1,8)	38 (3,9)	0,059
Número de medicamentos (sd)	11,4 (0,3)	11,8 (0,5)	0,466
Índice de comorbidad de Charlson ingreso (sd)	2,6 (0,2)	3,3 (0,3)	0,025
Número de errores Test de Pfeifer (sd)	2,5 (0,2)	5,5 (0,4)	<0,001
Derivación desde Subagudos n (%)	11 (7,3)	9 (20)	0,023‡
<i>Antecedentes</i>			
Déficit cognitivo n (%)	39 (26)	29 (64,4)	<0,001†
Delirium previo n (%)	22 (14,7)	19 (42,2)	<0,001†
Estreñimiento n (%)	77 (51,3)	20 (44,4)	0,419†
Enolismo n (%)	17 (11,3)	4 (8,9)	0,788‡
Tabaquismo n (%)	17 (11,3)	2 (4,4)	0,253‡
<i>Condiciones clínicas</i>			
Trastornos del sueño n (%)	80 (53,3)	22 (48,9)	0,602†
Inadecuado control del dolor n (%)	66 (44)	18 (40)	0,635†
Cateterismo urinario n (%)	15 (10)	4 (8,9)	0,826†
Déficit auditivo n (%)	65 (43,3)	21 (46,7)	0,694†
Déficit visual n (%)	126 (84)	36 (80)	0,531†
<i>Uso de medicamentos con potencial efecto en SNC</i>			
Al menos uno n (%)	120 (80)	43 (95,6)	0,011‡
Uso de Neurolépticos n (%)	35 (23,3)	19 (42,2)	0,013†
Uso of Acetil-cholinesterásicos n (%)	26 (17,3)	17 (37,8)	0,004†
<i>Condiciones de la habitación en convalecencia</i>			
Cama cerca de la ventana n (%)	72 (48)	26 (57,8)	0,251†
Tiempo estimado de acompañamiento, horas/día (sd)	6,4 (0,5)	6,4 (0,6)	0,996
<i>Condiciones del hogar</i>			
Vive solo (a) n (%)	44 (29,7)	6 (14,6)	0,053†
Vive en residencia n (%)	2 (1,3)	3 (6,7)	0,081‡

*Variable categóricas informadas como n(%) y variables continuas como media (sd). Respecto no tratamiento: † Mantel-Haenzel method; ‡ Fisher's exact test.

Tabla 3. Factores relacionados con primer episodio de delirio. Análisis multivariable Regresión logística

Análisis Multivariable Regresión Logística Variable	OR	95%CI	p value
Edad	1,06	1,01-1,11	0,02
Delirio previo	1,82	0,73-4,51	0,2
Barthel Score al ingreso	10,1	0,99-1,03	0,14
Número de errores Test de Pfeifer	1,4	1,2-1,64	<0,001
Índice de Charlson ingreso	1,25	1,02-1,53	0,03

Figura 2. Impacto del delirio sobre mortalidad en una unidad de de convalecencia. Análisis De Supervivencia, Kaplan-Meier

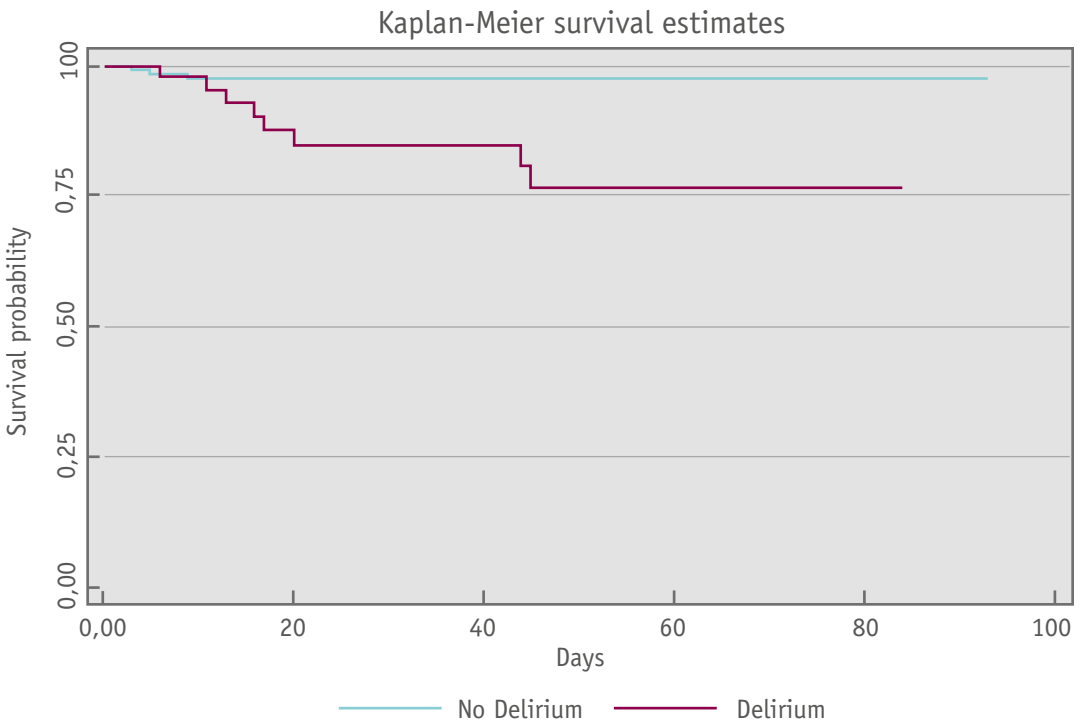


Tabla 4. Factores relacionados con mortalidad. Análisis univariable. Regresión de Cox

Análisis Univariable Regresión de Cox Variable*	HR	95%CI	p value
Presencia de Delirium	5,26	1,30-21,29	0,02
Barthel basal	1,01	0,99-1,03	0,36
Barthel al ingreso	1,02	0,99-1,06	0,25
Número de errores Test de Pfeifer	1,18	0,98-1,42	0,09
Historia de deterioro cognitivo	2,34	0,67-8,17	0,18
Historia de Delirium	1,64	0,46-5,86	0,45
Derivación desde Urgencias (Subagudos)	5,34	1,62-17,56	0,01

Tabla 5. Factores relacionados con mortalidad. Análisis multivariable. Regresión de Cox

Análisis Univariable Regresión de Cox Variable*	HR	95%CI	p value
Presencia de Delirium	4,02	0,89-18,07	0,07
Número de errores Test de Pfeifer	1,07	0,96-1,12	0,574
Derivación desde Urgencias (Subagudos)	3,95	1,15-13,5	0,03

* Ajustado por edad.

FIDMAG informa

INTERFERENCIAS DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS VERBALES RECURRENTES SOBRE EL RENDIMIENTO EN UNA TAREA DE SHADOWING (SOMBREADO) EN LA ESQUIZOFRENIA

Este estudio, realizado por investigadores de diferentes centros de Hermanas Hospitalarias en Barcelona y Zaragoza, tiene como objetivo examinar la naturaleza perceptiva de las alucinaciones auditivas verbales en la esquizofrenia, según propone el modelo neurológico. Para ello, se evaluó el rendimiento durante la realización de una tarea de shadowing (sombreado), en la que los pacientes debían repetir literalmente las grabaciones que escuchaban. Se compararon pacientes con y sin alucinaciones auditivas verbales recurrentes, así como sujetos sanos. El rendimiento no difirió significativamente entre los grupos de pacientes, ni en comparación con los sujetos sanos. Los resultados negativos no apoyarían el modelo neurológico de las alucinaciones verbales auditivas en la esquizofrenia.

Paola Fuentes-Claramonte, Joan Soler, Wolfram Hinzen, Nuria Ramiro-Sousa, Alfonso Rodríguez-Martínez, Carmen Sarri-Closa, Salvador Sarró, Jesús Larrubia, Pedro P. Padilla, Peter J. McKenna, Edith Pomarol-Clotet. Schizophrenia Research [IF=3.958], enero 2019.

Las alucinaciones verbales auditivas son un síntoma frecuente en la esquizofrenia, sin embargo su etiopatogenia es poco conocida. Hasta la actualidad, se han descrito dos modelos teóricos que podrían estar implicados (Jones, 2010). El modelo 'neurológico' propone que las alucinaciones son esencialmente de naturaleza perceptiva y que se producirían por una hiperactividad patológica de las regiones cerebrales implicadas en la percepción auditiva. Por el contrario, el modelo 'cognitivo' sugiere que se deben a un error en el reconocimiento de los estímulos internos autogenerados, no perceptivos, como por ejemplo el habla interna, las imágenes mentales o los recuerdos intrusivos. Este último modelo se ha probado usando una variedad de paradigmas experimentales (Waters et al., 2012), en cambio, el principal apoyo del modelo neurológico proviene de observaciones clínicas en las que fenómenos auditivos, incluyendo voces o conversaciones, pueden aparecer en pacientes con epilepsia (Bisulli et al., 2004) o inducidos por la estimulación eléctrica del giro temporal

superior en pacientes sometidos a neurocirugía (Penfield y Perot, 1963). Partiendo de esta teoría, el modelo neurológico nos permitiría comprobar la siguiente hipótesis: si las alucinaciones auditivas son de naturaleza perceptiva, su presencia a alta frecuencia debería interferir en la realización de tareas en las cuales las demandas audio-perceptivas compiten con las mismas.

Para realizar el estudio se buscaron en cinco hospitales en Barcelona y Zaragoza pacientes que experimentaban alucinaciones verbales auditivas prácticamente de forma continuada. Se reclutaron 22 pacientes (17 hombres y 5 mujeres), con una edad media de 41 años y un coeficiente intelectual (CI) premórbido estimado mediante el Test de Acentuación de Palabras (TAP, Gomar et al., 2011) de $100,38 \pm 8,27$. Como grupo de comparación, se reclutaron 28 pacientes que experimentaban alucinaciones auditivas menos de una vez a la semana (edad: $43,29 \pm 11,47$; 11 mujeres y 17 hombres; CI premórbido estimado: $100,29 \pm 8,96$). Paralelamente, se evaluó un grupo control de 20 sujetos sanos (edad media $43,70 \pm 9,93$; 6 mujeres y 14 hombres; CI premórbido estimado $103,60 \pm 5,08$). Los tres grupos estaban bien emparejados en edad ($F = 0,34$; $p = 0,71$), sexo ($\chi^2 = 1,59$; $p = 0,45$) y CI premórbido estimado ($F = 1,25$; $p = 0,29$). Todos los pacientes tenían un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, según los criterios diagnósticos del DSM-5 y todos recibían tratamiento farmacológico. Los participantes dieron su consentimiento informado por escrito y el estudio fue aprobado por el comité de ética local.

La frecuencia subjetiva de la aparición de las alucinaciones auditivas en el grupo alucinador se confirmó pidiendo a los pacientes que tocaran la mesa (tapping) cada vez que oían una voz durante un período de 5 minutos. Todos los pacientes que señalaron menos de 5 alucinaciones en 5 minutos fueron excluidos.

Todos los participantes escucharon 12 grabaciones de lenguaje hablado que se presentaron de forma binaural a través de auriculares y se les indicó que las repitieran literalmente a medida que las escuchaban (técnica de sombreado o shadowing). La mitad de las

grabaciones eran narraciones cortas, obtenidas de dos baterías de memoria: la Prueba de memoria conductual de Rivermead (RBMT) (Wilson et al., 1985) y la Escala de memoria de Wechsler (WMS-III) (Wechsler, 2000). En las grabaciones, todas las historias fueron leídas por la misma persona; tenían una longitud de 62-90 palabras (media = 70,50) y duraron 24-36 segundos (media = 28,33). Las otras 6 grabaciones eran conversaciones cortas entre dos hablantes sobre los mismos temas que las narraciones. Los diálogos tenían una longitud de 81-120 palabras (media = 92,67) y una duración de 25-38 segundos (media = 29,83).

Las respuestas fueron registradas en un ordenador portátil. Tres evaluadores independientes, que eran ciegos al grupo y al diagnóstico del participante, puntuaron las respuestas. Previamente, los evaluadores se habían formado para asegurar la fiabilidad inter-evaluador.

Se evaluó el rendimiento de los tres grupos durante la realización de la tarea (ver figura 1). Se observaron diferencias significativas entre los tres grupos (χ^2 de Kruskal-Wallis = 16,09, $p < 0,001$). Los dos grupos de pacientes realizaron la tarea significativamente peor que los sujetos sanos (Mann-Whitney, $p = 0,001$ en ambos casos). Sin embargo, el rendimiento no difirió significativamente entre los pacientes con y sin alucinaciones verbales auditivas (Mann-Whitney, $p = 0,95$).

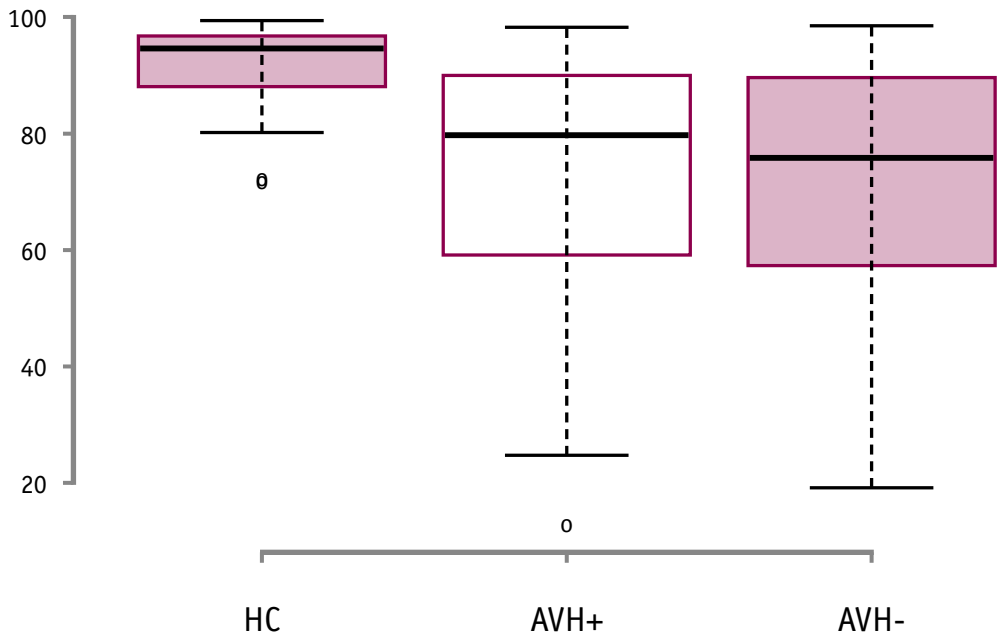
Tampoco se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes cuando las condiciones narrativas y de diálogo se consideraron por separado. En los pacientes alucinadores, la frecuencia de las voces, medida con la prueba de tapping, no se asoció de forma significativa con el rendimiento durante la realización de la tarea de shadowing ($\rho = 0,17$, $p = 0,46$).

Este estudio es, hasta donde sabemos, el primero que intenta probar el modelo neurológico de las alucinaciones verbales auditivas en la esquizofrenia, y sorprendentemente no encuentra resultados que lo apoyen. El hallazgo negativo es poco probable que se deba a la tarea utilizada, ya que las interferencias producidas por material auditivo irrelevante en la tarea de shadowing son bien conocidas y, por ejem-

plo, son la base de la tarea de escucha dicótica que se utiliza ampliamente. Por otro lado, es poco probable que la frecuencia de las voces que experimentaron los pacientes fuera insuficiente para interferir en el rendimiento, ya que el 45% del grupo de pacientes con alucinaciones auditivas frecuentes reconoció oír voces con una frecuencia de ≥ 20 veces por minuto. También estaría en contra de esta interpretación el hecho de que no hubo una correlación significativa entre el rendimiento en la tarea y la frecuencia de las alucinaciones, medida por la prueba de tapping. Sin embargo, existe la posibilidad de que el hecho de hablar durante la tarea pueda suprimir las alucinaciones de los pacientes, aunque con escasa evidencia que lo apoye (Bick y Kinsbourne, 1987; Gallagher et al., 1994; Green y Kinsbourne, 1990).

www.fidmag.org

Figura 1. Rendimiento durante la realización de la tareas en los tres grupos de sujetos. El eje vertical indica el porcentaje de palabras repetidas correctamente (HC: sujetos sanos, AVH+, pacientes con alucinaciones verbales auditivas, AVH-, pacientes con alucinaciones verbales poco frecuentes).



Referencias

- Bick, P.A., Kinsbourne, M., 1987. Auditory hallucinations and subvocal speech in schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry* 144, 222-225.
- Bisulli, F., Tinuper, P., Avoni, P., Striano, P., Striano, S., d'Orsi, G., Vignatelli, L., Bagattin, A., Scudellaro, E., Florindo, I., Nobile, C., Tassinari, C.A., Baruzzi, A., Michelucci, R., 2004. Idiopathic partial epilepsy with auditory features (IPEAF): a clinical and genetic study of 53 sporadic cases. *Brain* 127, 1343-1352.
- Gallagher, A.G., Dinan, T.G., Baker, L.J., 1994. The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations: a replication. *Br. J. Med. Psychology* 67, 67-75.
- Gomar, J.J., Ortiz-Gil, J., McKenna, P.J., Salvador, R., Sans-Sansa, B., Sarro, S., Guerrero, A., Pomarol-Clotet, E., 2011. Validation of the Word Accentuation Test (TAP) as a means of estimating premorbid IQ in Spanish speakers. *Schiz. Res.* 128, 175-176.
- Green, M.F., Kinsbourne, M., 1990. Subvocal activity and auditory hallucinations: clues for behavioral treatments? *Schiz. Bull.* 16, 617-625.
- Jones, S.R., 2010. Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schiz. Bull.* 36, 566-575.
- Penfield, W., Perot, P., 1963. The Brain's Record of Auditory and Visual Experience. A Final Summary and Discussion. *Brain* 86, 595-696.
- Waters, F., Allen, P., Aleman, A., Fernyhough, C., Woodward, T.S., Badcock, J.C., Barkus, E., Johns, L., Varese, F., Menon, M., Vercammen, A., Laroi, F., 2012. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schiz. Bull.* 38, 683-693.
- Wechsler, D., 2000. Escala de memoria de Wechsler. WMS-III. TEA, Madrid.
- Wilson, B.A., Cockburn, J., Baddeley, A.D., 1985. The Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT). Thames Valley Test Co, Reading, UK.

Máster y Diplomatura de Postgrado en **PSICOGERIATRÍA**

22ª Edición
2019 - 2021

Organizan: Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona y el Hospital Sagrat Cor de Martorell (Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón).

Avalado por: la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).

Objetivos: conocimiento y práctica clínica en el manejo de los trastornos mentales en el anciano.

Contenidos: Gerontología fundamental. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento. Evaluación clínica e instrumental de los trastornos psicopatológicos en Geriatría. Trastornos afectivos, psicosis, trastornos conductuales y deterioro cognitivo. Demencias. Terapéuticas biológicas. Psicoterapias. Aspectos asistenciales, éticos y legales.

Dirigido a: médicos, psicólogos, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y fisioterapia (itinerarios diferenciados).

Inicio del curso: 25 de Octubre de 2019.

Información:

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal UAB - Tel. 93 581 23 81
Hospital Sagrat Cor - Tel. 93 775 22 00



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.com
www.hospitalarias.es

