



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Nº. **237**

3.^{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 **ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ADULTAS INGRESADAS EN UN CENTRO RESIDENCIAL**
E. González-Pablos / F.J. García-Sánchez / J. M. Valles de la Calle / N. Miguel de Diego / P. Paulino-Matos / C. Martín-Lorenzo
- 23 **ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL DE DIA DE LA COMARCA DEL BAGES (1.997-2.019)**
Jordi Giménez-Salinas i Botella
- 29 **EXPERIENCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR APLICADO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ (AÑOS 2016, 2017 Y 2018)**
Dra. Misericòrdia Floriach Robert
- 48 **EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DIRIGIDA POR ENFERMERÍA PARA LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y SÍNDROME METABÓLICO**
FIDMAG informa

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ADULTAS INGRESADAS EN UN CENTRO RESIDENCIAL

E. González-Pablos

F. J. García-Sánchez

J. M. Valles de la Calle

N. Miguel de Diego

P. Paulino-Matos

C. Martín-Lorenzo

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias. Palencia.

egonzalez.palencia@hospitalarias.es

Resumen

Las personas con discapacidad intelectual (DI) que presentan alteraciones de la conducta, suelen tener una tasa alta de conductas auto y heteroagresivas. Además suelen tomar fármacos psicótropos durante mucho tiempo.

Objetivo:

Conocer las características de los problemas de conducta en esta población, así como los tratamientos farmacológicos que se utilizan.

Descripción del estudio:

Epidemiológico, naturalístico, observacional, prospectivo de 3 meses de duración en un grupo de pacientes con DI.

Población:

80 pacientes adultos ingresados en una unidad residencial, que presentan Discapacidad Intelectual con alteración de la conducta.

Material:

Datos sociodemográficos, clínicos y de tratamientos. Escalas: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Escala de Impresión Clínica Global (CGI) y Escala de Agresividad Manifiesta (OAS).

Método:

Estadísticas con el SPSS v. 15.0. Estadística descriptiva y análisis de correlación.

Resultados:

53 mujeres y 27 hombres. La edad media es de 50 años. El 38,8% presentan una DI moderada, el 33,8% leve, el 25% severa y el 2,5% no especificada.

Tienen una puntuación media de 4,68 en la escala CGI, de 35,78 en la EEAG y de 7,10 en la escala OAS.

El 32.1% de los residentes presentan agresividad verbal, el 13,8% autoagresividad, el 20% heteroagresividad hacia objetos y el 23,9% heteroagresividad hacia personas, con un grado de intensidad importante.

Presentan mayor agresividad las personas más jóvenes.

El 78,8% toma antipsicóticos, el 63,8% benzodiazepinas y el 58,8% antiepilépticos.

Conclusiones:

La población estudiada se caracteriza por la gravedad de las alteraciones de la conducta, con un funcionamiento psicosocial bajo. El grado de DI se relaciona con la gravedad clínica y la funcionalidad.

La prevalencia de alteraciones de conducta es elevada, se relaciona con la gravedad clínica y es mayor en los más jóvenes.

El uso de psicofármacos es elevado y está en relación con las alteraciones de la conducta.

Palabras clave: Alteraciones de la conducta, Discapacidad Intelectual, Psicofármacos.

Abstract

BEHAVIOUR DISORDERS IN ADULT PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY LOCATED IN A RESIDENTIAL CENTRE

People with intellectual disability (ID) institutionalized usually have a high rate of behavior disorders. In addition they usually take psychotropics for a long time.

Objective:

Know the characteristics of behaviour disorders in this population. As well as the pharmacological treatments that are used.

Description of the study:

Epidemiological, naturalistic, observational, prospective study over 3 months in a group of patients with ID.

Population:

80 adult residents institutionalized in a residential centre, diagnosed of Intellectual Disability with behaviour disorders.

Material:

Sociodemographic, clinical and treatment data. Scales: Global Assessment of Functioning scale (GAF), Clinical Global Impression scale (CGI) and Overt Aggression Scale (OAS).

Method:

Statistics with the SPSS v. 15.0. Descriptive statistics and correlation analysis were performed.

Results:

53 women and 27 men. The average age is 50 years. 38.8% have moderate ID, 33.8% mild, 25% severe and 2.5% unspecified.

They have an average of 4.68 in the CGI scale, of 35.78 in the EEAG and of 7.10 in the OAS scale.

32.1% of the residents presented verbal aggressiveness, 13.8% self-aggression, 20% aggressiveness towards objects and 23.9% aggressiveness towards people, with an important degree of intensity.

Young residents present more aggressive behaviour.

78.8% take antipsychotics, 63.8% benzodiazepines and 58.8% antiepileptic drugs.

Conclusions:

The population is characterized by serious behaviour disorders with a low psychosocial functioning. The degree of ID is related to severity and functionality.

The prevalence of behaviour disorders is high, is related to the clinical severity and is higher in the youngest.

The use of psychotropic drugs is high and is related to behaviour disorders.

Key Words: Behaviour Disorders, Intellectual Disability, Psychotropic drugs.

Introducción

La discapacidad intelectual (DI) es una condición que comienza durante el desarrollo y que se define por limitaciones del funcionamiento intelectual y deficiencias en el comportamiento adaptativo. Tiene una prevalencia global del 1% de la población general. Es frecuente la comorbilidad con trastornos mentales, físicos o médicos. Así, es frecuente encontrar: trastorno de movimientos estereotipados, comportamientos autolesivos, trastornos del control de los impulsos, etc. En los casos más graves también se puede asociar auto y heteroagresividad. (1)

Para algunos autores entre el 20-35% de las personas con discapacidad intelectual no institucionalizadas presentan un diagnóstico psiquiátrico adicional (2).

Para Sadock (3), hasta dos tercios de los niños y adultos con discapacidad intelectual padecen otros trastornos mentales. Cuanto más grave es la discapacidad, más alto es el riesgo de padecer otros trastornos mentales. Entre el 2 y el 3% cumplen criterios de esquizofrenia (varias veces mayor que la tasa de la población general). Hasta el 50% padecen trastornos del estado de ánimo. Los síntomas psiquiátricos son muy frecuentes: hiperactividad, conductas autolesivas (golpearse, morderse), comportamientos estereotipados repetitivos, etc. Rasgos de personalidad frecuentes incluyen: autoestima baja, autoimagen negativa, baja tolerancia a la frustración, dependencia interpersonal y estilos rígidos en la resolución de problemas.

Los síntomas psiquiátricos aislados, que habitualmente se entienden como alteraciones del comportamiento, son muy frecuentes en esta población. Para Emerson (4), entre el 10 y el 15% presentan alteraciones de conducta. Otros autores elevan la tasa hasta el 46 y 60%. (5).

Existen varios instrumentos de medida de las alteraciones de conducta en pacientes con trastornos mentales; en este estudio hemos utilizado la OAS (Overt Agession Scale) (6), instrumento que se adapta perfectamente a la definición de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) (5): "Un problema de conducta (PC) en la persona con discapacidad intelectual se define como un comportamiento socialmente inaceptable que provoca angustia, daño o desventajas para la propia persona y los demás o daño a la propiedad, y que por lo general requiere algún tipo de intervención. Son problemas de conducta, por ejemplo, la agresión verbal, la autoagresión, la agresión física hacia otras personas o hacia la propiedad".

Respecto al uso de psicofármacos en esta población también existen resultados dispares, aunque el uso es muy frecuente. En una revisión sobre el tema, recogiendo datos de más de 30 estudios, se reconoce que el 57% de las personas con discapacidad intelectual los toman si están institucionalizadas, el 41% en el entorno comunitario y el 27% en la escuela (7).

En otro trabajo se señala que entre el 14-30% de los pacientes reciben psicofármacos para tratar problemas de conducta de tipo agresivo (8).

En un trabajo realizado en España (9) se encuentran cifras más elevadas: el uso de psicofármacos y antiepilépticos en un Hospital Psiquiátrico en personas con DI era del 87,2% y en un Centro Residencial del 62,7%.

Objetivo

En una población de personas con discapacidad intelectual adultas ingresadas en un centro residencial, conocer las características de los problemas de conducta en sus

diferentes formas, así como los tratamientos farmacológicos que se utilizan para su tratamiento.

Descripción del estudio

Estudio epidemiológico, naturalístico, observacional, prospectivo de 3 meses de duración, en un grupo de personas con discapacidad intelectual adultas ingresadas en un centro residencial.

Población

80 personas adultas diagnosticadas de Discapacidad Intelectual según CIE-10 (OMS) (10). Se trata de personas que padecen algún grado de discapacidad intelectual ingresadas en un centro residencial con patología psiquiátrica o neurológica asociada o con problemas de conducta añadidos o con dificultades de integración en otros medios residenciales o en sus propios domicilios. Es decir, se trata de cuadros graves que han pasado anteriormente por otros dispositivos residenciales o asistenciales.

Material

Datos sociodemográficos, clínicos y de tratamientos. Escalas: la Escala de la Actividad Global (EEAG) (11), la Escala de la Impresión Clínica Global (CGI) (12) y la Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Agession Scale, OAS) (6) que considera 4 tipos de agresividad: verbal, autoagresividad, hacia los objetos y hacia otras personas

Método

Evaluaciones estadísticas con el SPSS v. 15.0. Estadística descriptiva y análisis de correlación.

Resultados

80 personas con discapacidad intelectual adultas ingresadas en un centro residencial, cuyas características sociodemográficas y clínicas se exponen en tabla 1.

El resultado de las pruebas podemos verlo en las primeras filas de datos de la tabla 2. Así, podemos constatar que la población objeto del estudio tiene un nivel de gravedad clínica elevado, con una media de 4,68 en la escala CGI, con un nivel de funcionamiento global bajo (media de 35,78 en la EEAG). La media total de la escala OAS es de 7,10, que se puede considerar elevada.

En la segunda parte de la tabla 2 podemos ver con detalle cada uno de los subtipos de formas de agresividad así como la intensidad de esta, según la escala OAS. Teniendo en cuenta que puntuando 3 o más se puede considerar como intensidad importante con la presencia de incidentes violentos, el 32.1% de los pacientes presentan agresividad verbal, el 13,8% autoagresividad, el 20% agresividad hacia objetos y el 23,9% agresividad hacia otras personas, con un grado de intensidad importante. Además existe en todas las subescalas varios casos de intensidades máximas.

En la primera mitad de la tabla 3 (tres primeras filas y tres primeras columnas de la tabla) observamos que existe una relación estadísticamente significativa con la escala OAS y la CGI, de tal manera que a mayor gravedad del cuadro existe más agresividad, pero no existe una significación estadística

en la relación de la agresividad con el grado de actividad. Sí existe una relación entre la puntuación en la escala EEAG y CGI: a mayor gravedad clínica peor actividad global.

En la segunda mitad de la tabla 3 podemos ver las relaciones de las subescalas de la OAS con EEAG y CGI. Señalar como las personas con agresividad verbal tiene una relación estadísticamente significativa con aquellas que más agresividad tienen hacia objetos y personas. La subescala autoagresividad tiene una relación con la agresividad hacia objetos. La agresividad hacia objetos se relaciona con las otras tres. La agresividad hacia otras personas se relaciona con la verbal y hacia objetos.

Por otro lado aquellos que puntúan alto en EEAG (mejor funcionamiento global) correlacionan negativamente con agresividad hacia objetos (a mejor funcionamiento global, menor agresividad hacia objetos). Y también con CGI, de tal manera que el mayor nivel de funcionalidad se da en los cuadros menos graves.

Puntuaciones altas de CGI (mayor gravedad clínica) se correlaciona con puntuaciones altas en agresividad contra objetos y también con mayor agresividad contra otras personas.

En la tabla 4 podemos ver la toma de los distintos psicofármacos y la relación con cada una de las escalas utilizadas. El grupo que toma antipsicóticos tiene una puntuación mayor en varias subescalas OAS. El grupo de pacientes que toma dos o más antipsicóticos presenta puntuaciones más elevadas en la OAS autoagresión, OAS otras personas y OAS total, frente al grupo que toma un solo antipsicótico.

El grupo que toma antiepilépticos, frente al grupo que no los toma, presenta puntuaciones significativamente más elevadas en OAS objetos, OAS otras personas y OAS total.

El grupo que toma benzodiazepinas pre-

senta puntuaciones significativamente mayores en OAS verbal, OAS autoagresividad, OAS objetos, OAS otras personas y OAS total.

Además, podemos decir que en relación con el sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas entre el grupo de mujeres y el grupo de hombres.

En relación a la variable edad de la muestra, existe relación entre las variables OAS verbal, OAS autoagresión, OAS otras personas y OAS total con la variable edad, de tal manera que las personas menores de 50 años puntúan más alto en estas escalas, es decir, tienen más agresividad que las personas de más de 50 años.

Según el grado de discapacidad, las personas con DI leve tienen un nivel de funcionalidad mayor que los otros grados de discapacidad, y un nivel de gravedad menor que los otros grados de DI.

Discusión

Es elevada la prevalencia de trastornos psiquiátricos de que están diagnosticadas las personas con discapacidad intelectual adulta ingresadas en un centro residencial, en línea de lo indicado en la introducción.

Pero las cifras de alteraciones de conducta con carácter agresivo en sus diversas formas son mucho más elevadas y está también en consonancia con los hallazgos de todos los autores que estudian el tema. El 32,1% presentan agresividad verbal de intensidad importante y cifras un poco más bajas de otras formas de agresividad.

El uso de psicofármacos en personas con DI es elevado. Existen numerosos trabajos que demuestran que su consumo es elevado para tratar además problemas de conducta (6,7,8,13,14,15).

De nuestros residentes, el 78,8% toma fármacos antipsicóticos, mientras que la población diagnosticada de esquizofrenia es del 7,5%. Es decir más del 70% toma antipsicóticos, pero todo parece indicar es debido a los problemas de conducta, no por la sintomatología psicótica.

El 18,8% tienen epilepsia, pero el 58,8% toman fármacos antiepilépticos. Es decir el uso de los fármacos antiepilépticos es razonable inferir que se justifica por su acción antiagresión. Otro posible uso como eutimizante tampoco justificaría su elevado uso, porque solo el 1,3% padecen también trastorno bipolar.

El 63,8% toma benzodiazepinas, sin duda también como fármacos tranquilizantes y potenciadores de la acción de los anteriores.

Además existe una relación estadísticamente significativa con la alteración de la conducta medida en la prueba realizada, de tal manera que los sujetos que presentan alguna forma de alteración de la conducta son los que toman los psicofármacos señalados.

El uso de este tipo de fármacos para la conducta agresiva es una constante en todos los estudios sobre el tema. Hay que recordar que existen muy pocos fármacos con esta indicación.

En un trabajo realizado en Reino Unido (16), desde atención primaria con 33.016 personas con DI, hasta un 25% tenían agresividad y un 49% tomaba antipsicóticos.

En otro trabajo realizado en una zona residencial en Holanda (17), siguiendo a 2.373 personas con DI, el 32,2% tomaba antipsicóticos, y de ellos un 58% tenía problemas de conducta.

En otro trabajo reciente (18) se analiza el tratamiento de 100 personas con DI con conducta agresiva, en un medio comunitario. Con un seguimiento de 6 meses, se usaron antipsicóticos solos o con otros fármacos

como antiepilépticos. Las dosis más altas de antipsicóticos se correlacionaron positivamente con un comportamiento más agresivo, agresión física hacia los objetos, conducta autolesiva y edad avanzada. No hubo asociación significativa con otras variables demográficas, condiciones de salud física o diagnóstico psiquiátrico. A los 6 meses hubo una importante reducción de la agresividad.

En otro trabajo (19) se preconiza el uso de fármacos basados en la evidencia y recuerda que risperidona, litio, antiepilépticos o benzodiazepinas, son fármacos muy útiles y con amplia evidencia de su eficacia en el uso de personas con DI y con problemas de comportamiento o agresividad. Recuerda no obstante los efectos secundarios de estos fármacos y la necesidad de integrar estas terapias en una visión más amplia que recoja también aspectos de psicoterapia, ambientales, etc. Así mismo considera imprescindible revisar periódicamente los tratamientos y ajustar las dosis a las mínimas posibles para minimizar los efectos secundarios.

La realidad en las personas con discapacidad intelectual adultas ingresadas en un centro residencial es que las conductas problemáticas asociadas a agresividad son muy frecuentes en la práctica clínica. El tratamiento de estas conductas desadaptativas es un reto con implicación de varios factores: entorno adecuado, enfoque psicoterapéutico y farmacoterapia. Requiere de un equipo interdisciplinar capaz de aportar un tratamiento múltiple para disminuir estas conductas problemáticas y mejorar la calidad de vida de las personas con DI (20,21). Existe una Guía para la prescripción de psicofármacos en estos casos elaborada por la Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) (22). Para un enfoque integral del problema de las alteraciones de conducta en personas

con discapacidad intelectual, se recomiendan guías específicas que tienen en cuenta dimensiones biológicas, del desarrollo, sociales y psicológicas (23). El uso de psicofármacos es solamente una parte de la solución, incluso una parte de los profesionales están en contra de su utilización. Una revisión más completa de estos aspectos se puede encontrar en una publicación anterior nuestra (24)

Conclusiones

La población de nuestro estudio se caracteriza por tener un nivel de gravedad clínica elevado y un nivel de funcionamiento psicosocial bajo.

El grado de DI se relaciona con la gravedad y la funcionalidad, de tal manera, que las personas con DI más grave tienen peor funcionalidad y más gravedad.

La prevalencia de alteraciones de la conducta es elevada, particularmente la agresividad verbal (32,1% en un grado importante) y hacia personas (23,9%). Se relaciona con la gravedad clínica y es mayor en los más jóvenes.

El uso de psicofármacos es elevado: 78,8% toman antipsicóticos, el 63,8% benzodiacepinas y el 58,8% antiepilépticos. Su uso está en relación con la presencia de alteraciones de la conducta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Tablas

Tabla 1. Características de la población

Características	Hombre (n=27) N (%)	Mujer (n=53) N (%)	Total (n=80) N (%)
Edad [media; SD]	[37.74 ; 11.07]	[56.26 ; 15.54]	[50.01 ; 16.64]
Hasta 49 años	23 (28.8%)	19 (23.8%)	42 (52.5%)
50 o más	4 (5%)	34 (42.5%)	38 (47.5%)
ID diagnóstico:			
No especificado	2 (2.5%)	0	2 (2.5%)
Leve	10 (12.5%)	17 (21.3%)	27 (33.8%)
Moderado	10 (12.5%)	21 (26.3%)	31 (38.8%)
Severo	5 (6.3%)	15 (18.8%)	20 (25.0%)
Otro diagnóstico psiquiátrico:			
Esquizofrenia	4 (18.8%)	2 (3.8%)	6 (7.5%)
T. Bipolar	1 (3.7%)	0	1 (1.3%)
T. Personalidad	2 (7.4%)	1 (1.9%)	3 (3.8%)
Otros	7 (25.9%)	5 (9.4%)	12 (15%)
No	13 (48.1%)	45 (84.9%)	58 (72.5%)
Otros diagnósticos médicos:			
Epilepsia	3(3.8%)	12(15%)	5(18.8%)

Tabla 2. Características de la población

		Mínimo	Máximo	Media (Desviación Estándar)
EDAD		17	82	50,01(16,64)
ESCALAS				
Total OAS		0	13	7,10 (2,84)
EEAG		10	65	35,78 (12,82)
CGI		3	6	4,68 (,865)
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Análisis de los ítems de las subescalas de la OAS	Agresión verbal			
	1.	32	41	41
	2.	21	26,9	67,9
	3.	17	21,8	89,7
	4.	6	7,7	97,4
	5.	2	2,6	100
	Autoagresividad			
	1.	46	59	59
	2.	21	26,9	85,9
	3.	4	5,1	91
	4.	6	7,7	98,7
	5.	1	1,3	100
	Agresión a objetos			
	1.	40	51,3	51,3
	2.	22	28,2	79,5
	3.	14	17,9	97,4
	4.	2	2,6	100
	5.	0	0	100
	Agresión a personas			
	1.	40	51,3	51,3
2.	19	24,4	75,6	
3.	9	11,5	87,2	
4.	9	11,5	98,7	
5.	1	1,3	100	

Tabla 3. Correlaciones entre escalas y correlación subescalas OAS entre ellas y con otras escalas

		EEAG	CGI	OAS	SUBESCALAS DE LA OAS			
					OAS verbal	OAS Auto-agresión	OAS Objetos	OAS Personas
EEAG								
Correlación de Pearson (Sig. bilateral)		X	-,866 (,000)	-,136 (,237)	,134 (,246)	-,120 (,299)	-279 (,014)	-,138 (,231)
CGI								
Correlación de Pearson (Sig. bilateral)		-,866 (,000)	X	,278 (,015)	-,042 (,716)	,164 (,155)	,406 (,000)	,250 (,028)
OAS								
Correlación de Pearson (Sig. bilateral)		-,136 (,237)	,278 (,015)	X	X	X	X	X
Subescalas de la OAS Correlación de Pearson (Sig. bilateral)	OAS verbal	,134 (,246)	-,042 (,716)	X	X	-,073 (,526)	,293 (,009)	,342 (,002)
	OAS auto-agresión	-,120 ,299	,164 (,155)	X	-,073 (,526)	X	,412 (,000)	,067 (,560)
	OAS objetos	-279 (,014)	,406 (,000)	X	,293 (,009)	,412 (,000)	X	,475 (,000)
	OAS personas	-,138 (,231)	,250 (,028)	X	,342 (,002)	,067 (,560)	,475 (,000)	X

Tabla 4. Prueba T de diferencias de medias en cada una de las escalas para cada uno de los grupos en función de los fármacos tomados (tomar/no tomar antipsicóticos; tomar uno/dos o más antipsicóticos; tomar/no tomar antiepilépticos; tomar/no tomar benzodiazepinas).

		N	Medias	Prueba T Significación
OAS Verbal	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	2.10 /1.80	.348
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	1.91 /2.30	.167
	Antipsicóticos: Si /No	46 /32	2.17 /1.84	.189
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	2.20 /1.75	.079
OAS Auto-agresividad	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	1.76 /1.20	.045
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	1.45 /2.10	.013
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	1.70 /1.59	.654
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	1.90 /1.75	.002
OAS Objetos	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	1.79 /1.40	.108
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	1.64 /1.97	.139
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	1.89 /1.47	.030
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	1.98 /1.25	.000
OAS Otros	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	1.98 /1.40	.063
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	1.73 /2.27	.064
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	2.22 /1.38	.001
	Benzodiazepinas: Yes /No	50 /28	2.20 /1.29	.000
Total OAS	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	7.63 /5.80	.015
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	6.73 /8.63	.004
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	7.98 /6.28	.005
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	8.28 /5.50	.000
EEAG	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	35.00 /39.29	.261
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	36.21 /33.67	.440
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	35.00 /36.94	.520
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	35.50 /36.30	.797
CGI	Antipsicóticos: Si /No	63 /15	4.75 / 4.36	.129
	Antipsicóticos: Uno /Dos o más	33 /30	4.64 / 4.87	.303
	Antiepilépticos: Si /No	46 /32	4.70 / 4.65	.804
	Benzodiazepinas: Si /No	50 /28	4.76 / 4.52	.245

Referencias

- 1.- APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 2.- Menolascino F, Stark JA (eds.) Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded. Nueva York, Plenum Press; 1984.
- 3.- Kaplan-Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Novena Edición. Barcelona, Waverly Hispánica SA; 2004.
- 4.- Emerson E. Challenging Behaviours and Severe Learning Disabilities: Recent Developments in Behavioural Analysis and Intervention. Behav Cogn Psychother 1993;21(3):171-198.
- 5.- World Psychiatric Association (WPA). Sección de psiquiatría de la discapacidad intelectual (SPID). (Editores: S. Deb, L. Salvador Carulla, J. Barnhill, J. Torr, E. Bradley, H. Kwok, M. Bertelly y N. Bouras). Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Directrices internacionales para el uso de medicamentos. Madrid, Federación española de Síndrome de Down; 2010.
- 6.- Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 1986;143:35-9.
- 7.- Baumeister AA, Todd ME, Sevin JA. Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. Clin Neuropharmacol 1993;16:271-294.
- 8.- Deb S, Fraser W. The use of psychotropic medication in people with learning disability: Towards rational prescribing. Hum Psychopharmacol 1994;9(4):259-72.
- 9.- De-Anta A, Marti B, Mata G, Pol E, Quesada JA, Van-Der-Kofstadt MD, Vegara ML. Uso de psicofármacos en sujetos adultos con retraso mental ingresados en dos centros distintos. Farm Hosp 1998;22(1):23-34.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. Guía de la clasificación CIE-10. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 2000.
- 11.- American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, APA; 1987.
- 12.- Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health; 1976.
- 13.- Linaker OM. Frequency of and determinants for psychotropic drug use in an institution for the mentally retarded. Br J Psychiatry 1990;156:525-30.
- 14.- Sachedev PS. Psychoactive drug use in an institution for intellectually handicap persons. Med J Aust 1991;155:75-9.
- 15.- Martin JE, Agran M. Psychotropic and anticonvulsivant drug use by mentally retarded adults across community residential and vocational placements. Appl Res Ment Retard 1985;6:22-49.

- 16.- Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;351:h4326. doi: 10.1136/bmj.h4326
- 17.- de Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, Scholte FA, Penning C, Evenh H. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J Intellect Disabil Res.* 2010;54(7):659-667. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01275.x
- 18.- Deb S, Unwin G, Deb T. Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2015 Jan;59(1):11-25.
- 19.- Ji NY, Findling RL. Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2016 Mar;29(2):103-25.
- 20.- Ursano AM, Kartheiser PH, Barnhil LJ. Enfermedades que suelen diagnosticarse por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia. En: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (directores). *Tratado de Psiquiatría clínica*, quinta edición. Elsevier España, Barcelona 2009.
- 21.- Bhaumik S, Branford D, Barrett M, Gangadharan SK (eds.) *The Frith Prescribing Guidelines for People with Intellectual Disability*. England , Wiley-Blackwell; 2015.
- 22.- Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla, Bradley E, Torr J et al. Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual. *World Psychiatry* 2009;8:181-186.
- 23.- Dosen A, Gardner WI, Griffiths DM, King R, Lapointe A. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta. Madrid, Federación Española de Síndrome de Down; 2010.
- 24.- González-Pablos E, Paulino-Matos P, García-Sánchez FJ, Valles de la Calle JM, Esquer-Terrazas I, Miguel de Diego N. Use of Psychoactive Drugs in Intellectual Disability. *Psychiatric Disorders*./www.smgebook.com

ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL DE DIA DE LA COMARCA DEL BAGES (1.997-2.019)

Jordi Giménez-Salinas i Botella (MD,PhD)

Fundació Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Grup de recerca SaMIS.
Divisió de Salut Mental.
jgimenez@althaia.cat

Resumen

La atención sanitaria en la salud mental de Cataluña define la existencia de los recursos de hospitalización parcial en su cartera de servicios, y específicamente en la comarca del Bages.

La evolución de las políticas sanitarias en materia de salud mental, con la incorporación de recursos en la comunidad, así como la introducción de estrategias asistenciales centradas en el paciente ha determinado cambios en la forma de intervenir de la Unidad de Hospitalización Parcial en la comarca del Bages en sus treinta dos años de funcionamiento.

En este sentido se redefinen los modelos de intervención, pasando inicialmente de un sistema unidireccional, estrictamente clínico y centrado en el recurso, a un esquema polidireccional, que se define como multidisciplinar, con implicación directa del paciente y enmarcado en un modelo integral más allá del dispositivo.

Palabras clave: hospital de día, multidisciplinar, comunidad.

Abstract

The partial hospitalization was defined into the services who attend the people with mental health.

The aim of this study was to identify how the changes about community policies and the new strategies specifically focused of the patient lead to changes in the mode to treat the patients admitted in the partial hospitalization of the Bages' region.

The result was define in a polydirectional system with three basic principles: multidisciplinary team, direct involvement of the patient and integral plan.

Key words: partial hospitalization, multidisciplinary, community.

Introducción

Los hospitales de día son recursos que tienen como finalidad la resolución de problemáticas que sin ellos necesitarían una atención continua (1) (2). En Cataluña, a medida que la planificación de la atención en Salud Mental se amplía en la creación de servicios en la comunidad y los modelos asistenciales tienen como eje de atención la persona, el papel de la hospitalización parcial también experimenta cambios en el abordaje multidisciplinar de las personas ingresadas en su recurso.

El Hospital de Día de Salud Mental de la comarca del Bages, dependiente actualmente de la Fundación Althaia, ha evidenciado a lo largo de sus veintidós años de existencia una evolución en la forma de atender a las personas, en la medida que los diferentes planes directores en materia de salud mental introducían los modelos de planificación expresados con anterioridad.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el enmarque de la hospitalización parcial en el contexto y modelo sanitario de la salud mental en Cataluña.

Una vez definido dicho enmarque, la revisión bibliográfica se extiende en definir el impacto de las políticas sanitarias así como la introducción de los modelos centrados en el paciente en los planes asistenciales sobre la salud mental en Cataluña en la atención hospitalaria parcial de la comarca del Bages desde sus inicios hasta la actualidad.

La revisión bibliográfica se ha centrado en la búsqueda de palabras clave como hospitalización parcial, modelos de atención comunitarias y políticas de intervención de salud

mental sobre indexaciones de artículos, revistas y publicaciones.

Resultados

En Cataluña, hasta la década de los 90, la asistencia sanitaria dependía de las Diputaciones provinciales, y no estaba integrada dentro del sistema nacional de salud. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 15/1990, de 9 de Julio (LOSC) (3), marco normativo y jurídico establece en su disposición adicional sexta la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura del Servicio Catalán de la Salud. El Decreto 213/1999, de 3 de Agosto, del "Departament de Sanitat i Seguritat Social de Catalunya" (4) (y sus modificaciones ulteriores como la 520/2006 del 5 de diciembre, (5) hasta la 252/2008 del 16 de diciembre (6)), definen la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública, entre los cuales se incluyen los hospitales de día de salud mental.

El "Pla Director de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya (2006-10)" (7) plantea la redefinición de los hospitales de día de salud mental como paso previo a la readaptación a la comunidad más allá del tratamiento hospitalario. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009) (8) amplía los márgenes de intervención, estableciendo tanto criterios de trabajo multidisciplinar así como un objetivo de globalización asistencial de los pacientes dirigidos hacia la consecución de la autonomía de éstos.

El "Departament de Salut de la Generalitat" de Cataluña, en 2010, hace énfasis en el hecho que los tratamientos tanto terapéuticos como rehabilitadores de los hospitales de día tienen que mantener los vínculos familiares y de la comunidad durante

el proceso de intervención, dando un papel activo a los pacientes (9) (10).

Finalmente, el “Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya (2011-2015)” (11) y sobretudo el “Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya (2016-20) (12)” priorizan la atención comunitaria de la salud mental, y establece un modelo de gestión centrado en el paciente y su realidad, en base a una atención integral más allá de los recursos.

Ampliando este concepto el “Pla director de Salut Mental i Adiccions, (2017-20) define las estrategias concretas de cambio de sistema, estableciendo las líneas de actuación del cambio de modelo más allá del recurso enmarcándolo en la atención global de la persona afecta de un trastorno mental (13).

El Hospital de Día de Salud Mental en la comarca del Bages, dentro de sus veintidós años de existencia ha experimentado un cambio progresivo en su modelo de atender y abordar las personas con patología mental. Así, en sus inicios, su punto de partida era el de establecerse como alternativa a la hospitalización de agudos, priorizando la clínica sobre la funcionalidad del paciente, dada la escasa estructura existente en la comunidad de dispositivos complementarios.

A medida que el modelo comunitario se va implantando progresivamente con la creación de nuevos recursos, determina que el papel de la hospitalización parcial experimenta un cambio en el paradigma asistencial (14). En este sentido, el tratamiento del paciente tiene en cuenta las necesidades funcionales de éste, determinando un papel de equidad en el tratamiento multidisciplinar y profesional de la persona ingresada. También, la estrategia asistencial no sólo tiene en cuenta el tiempo dirigido a la directa relación profesional con el paciente, sino se invierte un tiempo en la coordina-

ción y definición de estrategias comunes.

Como consecuencia del punto anterior, el plan terapéutico del paciente tiene en cuenta cada vez más la relación del paciente con su medio social (14). A la vez, se detectan y se exponen las expectativas reales del paciente, reforzando a éste y a su entorno próximo a establecer un proyecto de vida centrado en su realidad con la enfermedad y sus posibilidades.

Finalmente, a medida que los modelos centrados en el paciente tienen en cuenta la visión integral de éste, se genera una implicación directa y progresiva del paciente en el plan terapéutico como base para su recuperación. A la vez, se tiene en cuenta que la hospitalización parcial asiste a la persona dentro de un plan integral más allá del recurso, estableciendo sinergias con los profesionales referentes de base (9) (12) (13).

En síntesis, la asistencia a las personas en la hospitalización parcial ha pasado de un modelo unidireccional, centrado en la clínica y en la figura del facultativo, a un modelo polidireccional, basado en la atención integral, con implicación directa del paciente y equitativamente multidisciplinar (13) (tabla 1).

Discusión

Los cambios de modelo asistencial en la hospitalización parcial determinan en su evolución temporal plantean una serie de interrogantes.

En este aspecto, y entre las ventajas del modelo polidireccional respecto al unidireccional figuran una implicación directa de todos los profesionales del hospital de día en la atención directa del paciente. Otro factor positivo en el modelo polidireccional viene determinado también por la detección y el

Tabla 1. Diferencias entre el modelo unidireccional y polidireccional.

1998 (Modelo unidireccional)	2018 (Modelo polidireccional)
Muy centrado en el facultativo	Atención integral
Prácticamente clínico	Abordaje clínico y funcional
Poca implicación paciente en el entorno	Importante implicación paciente en el entorno.
Modelo estrictamente asistencial	Modelo asistencial y de coordinación
Poca estructura comunitaria	Mayor visión comunitaria

abordaje de las necesidades del paciente más allá de su mejora estrictamente clínica, favoreciendo un conocimiento más realista de sus expectativas. Finalmente, el modelo polidireccional favorece la integración global asistencial más allá del propio recurso donde está ingresado, pudiendo establecer estrategias de tratamiento directo en coordinación directa con otros dispositivos (13) (14).

Sin embargo, el modelo polidireccional también plantea toda una serie de dificultades en su proceso de aplicación.

En primer lugar los modelos polidireccionales obligan a un cambio en la mentalidad del profesional, en especial del profesional médico en definir sus actuaciones sobre sistemas globales de intervención. En este sentido, el profesional médico tradicionalmente ha desarrollado su formación profesional en modelos de jerarquía vertical, en donde se establecen criterios de importancia mayor o menor en la capacidad decisoria de cada profesional (15). En el momento que los criterios decisorios se establecen sobre modelos

de equidad profesional en las intervenciones, ello puede generar una dificultad a la hora de trabajar los roles en los modelos de organización de los equipos de intervención asistencial.

En segundo lugar, y en este mismo sentido los modelos polidireccionales suponen un cambio en la relación médico-paciente. Profundizando en el concepto, el empoderamiento del paciente determina adaptar la realidad de prescripción y atención médica al concepto que tiene el paciente respecto a su concepto y tratamiento de su enfermedad en función del momento evolutivo de ésta (16). Como consecuencia, al profesional médico le puede generar complicaciones en el afrontamiento terapéutico y asistencial sobre el modo específico de acoplar la realidad médica a las necesidades y visión del paciente.

En tercer lugar, el concepto integral del abordaje del modelo polidireccional puede determinar para el paciente saber hacia quién ha de dirigir sus problemáticas concretas en las diferentes áreas de intervención.

En este sentido el modelo unidireccional, al centrar toda la en el profesional facultativo el paciente dirigía su demanda de atención sobre el personal facultativo, el cual redirigía las intervenciones posteriores. En el modelo polidireccional, el paciente puede tener dificultades a la hora de saber qué profesional le ha de ayudar respecto a sus problemáticas específicas más allá de las clínicas (15) (16). Para ello, el modelo polidireccional, en primer lugar, cabe definir y precisar los conceptos de la figura referente del caso en función de las realidades específicas de cada paciente. En segundo lugar, cabe entender que los modelos de intervención han de estar por encima de la actuación específica de cada recurso, entendiendo que el beneficio asistencial para el paciente ha de estar centrado en establecer los objetivos globales desde el profesional referente. Dicho profesional ha de ser aquél que tenga un mayor conocimiento de la realidad del paciente y su entorno independiente del lugar adonde recibe asistencia. El profesional referente establecerá las líneas generales de intervención y los objetivos generales de las intervenciones globales sobre el paciente en función de los momentos asistenciales y los recursos necesarios para el beneficio de éste.

En cuarto y último lugar, los modelos polidireccionales, redefinen una parte de su tiempo en labores de coordinación y de definición de objetivos asistenciales comunes. Como consecuencia, supone en primer lugar, la necesidad de definir los procedimientos conjuntos de intervención (15), así como los mecanismos en caso de diferencias claras y objetivas entre los diferentes componentes del equipo profesional del hospital de día. En segundo, y último lugar, la amplitud de los modelos de coordinación han de tener como objetivo optimizar y redirigir de manera efectiva el sentido de la asistencia

terapéutica sobre el paciente y su entorno, y evitar en cambio el excesivo protocolo y parcialidad de las intervenciones.

Dado que los modelos de atención centrados en el paciente necesitan aún tiempo para su aplicación en salud mental (12) (13) (15) (16) son necesarios estudios para concretar y precisar los sistemas de atención directa y evolutiva a nivel de hospitalización parcial.

Conclusión

La atención de la hospitalización parcial, y en concreto en el hospital de día de la salud mental de la comarca del Bages ha evolucionado de manera temporal influenciada tanto por la implantación de los modelos comunitarios (7) (10) (11) como en la atención centrada en el paciente (9) (12) (13) (14). En este sentido se establece un cambio que, partiendo de un modelo unidireccional, basado en elementos preferentemente clínicos, centrado estrictamente en el recurso y dirigidos por los facultativos, evoluciona hacia un modelo polidireccional basado en un modelo de implicación directa del paciente, asistido por un equipo multidisciplinar de forma equitativa, y en un contexto de atención integral más allá de la atención del propio dispositivo donde está ingresado.

Referencias

1. Álvarez M, Moreno AI, Sánchez F, Tesoro A, Vicente J. ¿Evita ingresos la Hospitalización Parcial?. *Psiquiatría Pública* 1998; 10(4): 222-228.
2. Block, VM; Lefkovitz, PM. "American Association of Partial Hospitalization Standard and Guidelines for Partial

- Hospitalization". *Int J Partial Hosp.* 1991; 7: 3-11
3. Catalunya. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 1324, 30.07.1990).
 4. Catalunya. Decret 213/1999 del 27 de juliol pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2944, 3-8-99)
 5. Catalunya. Decret 520/2006 del 5 de desembre pel qual es modifica la disposició transitòria del Decret 213/2009 (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4776, 07-12-06).
 6. Catalunya. Decret 252/2008 del 16 de desembre pel qual es modifica la disposició transitòria primera del Decret 213/2009 (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 5282, 19-12-08).
 7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla Director de Salut Mental i Addiccions a Catalunya 2006-10. Barcelona: Edicions CatSalut; 2006:1-84.
 8. Situación actual de los Hospitales Psiquiátricos. Grupo de trabajo de la AEN. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2009:1-38.
 9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Barcelona: Edicions CatSalut; 2010: 1-92.
 10. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Atlas integral dels Serveis d' Atenció a la Salut Mental de Catalunya 2010. Barcelona: Edicions CatSalut; 2010: 93-99.
 11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut 2011-15. Barcelona: Edicions CatSalut; 2011:14.
 12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut 2016-20. Barcelona: Edicions CatSalut; 2011: 67-70.
 13. Generalitat de Catalunya. Estratègies 2017-20. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona, 2017:43-50.
 14. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zipple AM. How evidence-based practices contribute to community integration. *CommunityMental Health Journal* 2004; 40: 569-88.
 15. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bulletin*, 2012; 38:881-91.
 16. Gilbert H, Slade M, Bird VM, Oduola S, Craig TKJ .Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, 2013; 13: 167-77.

EXPERIENCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR APLICADO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ (AÑOS 2016, 2017 Y 2018)

Dra. Misericòrdia Floriach Robert

Neuróloga.

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

mfloriach.merced@hospitalarias.es

Resumen

Introducción: El hospital de día de Neuropsiquiatría es un dispositivo sanitario especializado que atiende a personas adultas que presentan sintomatología cognitiva derivada de un daño cerebral sobrevenido, trastorno por uso de sustancias, enfermedad de Huntington y demencias degenerativas de inicio precoz. Se presenta la experiencia del abordaje multidisciplinar entre los años 2016 y 2018.

Métodos: La información ha sido obtenida a partir de las valoraciones realizadas según los protocolos de evaluación multidisciplinar del hospital. Se ha realizado una estadística descriptiva y se ha utilizado la prueba t para medias de dos muestras emparejadas para evaluar diferencias significativas entre las valoraciones al ingreso y al alta. La muestra

es de 179 pacientes, con una media de edad de 50.47 años, de las cuales 75 (41.90%) son mujeres. Como instrumentos de medida se han utilizado pruebas de despistaje cognitivo, de evaluación de la conducta, del equilibrio y funcionalidad, y un cuestionario de calidad de vida.

Resultados: Se objetiva una mejoría significativa de las pruebas de despistaje cognitivo, de valoración de la conducta y de la sobrecarga del cuidador. En los pacientes con trastorno por uso de sustancias hay también una mejoría significativa del equilibrio. En los pacientes con enfermedad de Huntington hay una mejoría significativa de la apatía.

Conclusiones: La intervención multidisciplinar del hospital de día de Neuropsiquiatría parece ser válida para mejorar las habilidades cognitivas, la conducta y disminuir

la sobrecarga del cuidador. Hay que destacar la mejoría de la apatía en los pacientes con enfermedad de Huntington dado que es un síntoma refractario al tratamiento farmacológico. Se propone incluir grupos de rehabilitación física en otros recursos de la red de tóxicos.

Palabras clave: hospital de día, neuropsiquiatría, multidisciplinar, daño cerebral sobrevenido, enfermedad de Huntington, demencias degenerativas de inicio precoz, enfermedad mental.

Abstract

MULTIDISCIPLINARY APPROACH EXPERIENCE OF THE NEUROPSYCHIATRY DAY HOSPITAL OF THE HOSPITAL MARE DE DEU DE LA MERCÉ (PERIOD 2016 TO 2018).

Introduction: The Neuropsychiatry day hospital is a specialized health care service that attends adults who present cognitive symptoms in the context of acquired brain damage, substance use disorder, Huntington's disease and early onset dementias. The manuscript exhibits the multidisciplinary approach experience from the period 2016 to 2018.

Methods: The information has been obtained from the assessments made according to the multidisciplinary evaluation protocols of the hospital. A descriptive statistic has been performed and the t-test for means of two paired samples has been used to assess significant differences between admission and discharge assessments. A sample of 179 patients, with an average age of 50.47 years, of which 75 (41.90%) were women, is presented. As measuring instruments, tests of cognitive screening,

behavioral assessment, balance and functionality, and a quality of life questionnaire have been used.

Results: There is a significant improvement in the tests of cognitive screening, behavior assessment and caregiver burden. In patients with substance use disorder there is also a significant improvement in balance. In patients with Huntington's disease there is a significant improvement in apathy.

Conclusions: The Neuropsychiatric day hospital intervention seems to be effective to improve cognitive abilities, behavior and caregiver burden. It is noteworthy the improvement of apathy in Huntington's disease patients, because it is a pharmacological refractory symptom. It is proposed to include physical rehabilitation groups in substance abuse programs.

Key Words: day hospital, neuropsychiatry, multidisciplinary, acquired brain damage, Huntington's disease, early onset dementias, mental disease.

Introducción

La Unidad de Neuropsiquiatría (NPQ) de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (UPBN) del Hospital Mare de Déu de la Mercè (HMDM) es un recurso sanitario especializado suprasectorial, que atiende a personas adultas con patología psiquiátrica y alteraciones de conducta en el contexto de distintas enfermedades neurológicas, que comparten un grado de deterioro cognitivo y dependencia funcional. Se trata de una población joven con patologías cuyas necesidades son sustancialmente diferentes de otros grupos de población. Entre ellos se encuentran pacientes con daño cerebral sobrevenido, pacientes con deterio-

ro cognitivo asociado a trastorno por uso de sustancias (TUS), pacientes con enfermedad de Huntington (EH) y pacientes con demencias degenerativas de inicio precoz (DDIP). En la Unidad de NPQ se ofrece una atención integral, holística y multidimensional desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual. La Unidad de NPQ dispone de una planta de hospitalización a tiempo completo y un hospital de día (HDD). La atención se completa con las consultas externas (CCEE) del SAIHD (Servicio de Atención Integral a la Enfermedad de Huntington y otras demencias de inicio precoz). El HDD de NPQ es un dispositivo sanitario de régimen diurno, siendo el tiempo de estancia concertado de 90 días.

El objetivo de este manuscrito es presentar la experiencia del abordaje multidisciplinar aplicado en el HDD de NPQ durante los años 2016, 2017 y 2018, y describir su capacidad resolutoria, entendiéndola como la capacidad para mejorar las habilidades cognitivas, funcionales y la conducta de los perfiles de pacientes anteriormente descritos.

En el año 2015 se presentó la experiencia del mismo dispositivo¹. Los aspectos que han mejorado desde entonces han sido:

- La inclusión de manera sistemática de medidas objetivas de valoración de la conducta (PBA – s¹⁵ a los pacientes con EH y NPI⁶ al resto de pacientes). Su ausencia fue un punto débil en la publicación del año 2015¹.
- La inclusión de la BBS⁷ y el TMT⁸ a todos los pacientes (salvo en los pacientes con EH que no se les realizó el TMT⁸ al realizárseles escalas más específicas).
- La inclusión de una escala de evaluación de la calidad de vida (Cuestionario WHO-QOL – BREF)⁵ al paciente y al cuidador.

Material y métodos

La información ha sido obtenida a partir de las valoraciones realizadas según los protocolos de evaluación multidisciplinar del HDD de NPQ, siguiendo la metodología utilizada en el trabajo anterior¹. La valoración inicial de todos los pacientes ingresados incluye las exploraciones psicopatológica, neurológica, de enfermería, neuropsicológica, funcional, social y la administración de escalas y valoraciones clínicas (ver tabla 1).

Una vez realizada la valoración integral al ingreso y detectadas las necesidades de los pacientes, se establecen los objetivos y se definen las intervenciones a realizar.

El equipo multidisciplinar está integrado por una neuropsicóloga, una fisioterapeuta, una terapeuta ocupacional, una educadora social, una trabajadora social, una enfermera, un auxiliar de enfermería, una neuróloga y el soporte de la psiquiatra de planta de hospitalización de NPQ y de la Pastoral de la salud.

Los grupos de terapia consisten en: Rehabilitación neuropsicológica (estimulación cognitiva, memoria, adaptación al déficit, entrenamiento en uso de agenda y terapia de manejo de la dependencia (terapia específica para pacientes con TUS) (entre cinco y 8 horas semanales según las necesidades detectadas). Fisioterapia (conéctate, terapia del movimiento, terapia de consciencia corporal (terapia específica para pacientes con EH), terapia miofuncional y de coordinación motora (terapia específica para pacientes con EH), equilibrio (terapia específica para pacientes con TUS), conéctate con el cuerpo, psicomotricidad y muévete por el barrio (entre dos y cinco horas semanales según las necesidades detectadas). Equinoterapia (terapia dirigida a pacientes con problemas de equilibrio, sobretodo pacientes con EH) (10

sesiones, a razón de una por semana). Terapia de integración a la comunidad (una hora semanal). Atención espiritual a través de la Pastoral de la salud (seis horas mensuales). Talleres multimodales (educación para la salud, hábitos de vida, activa la mente, taller de prensa, taller de música, cinefórum y asamblea) (10 horas semanales).

Las valoraciones que se describen a continuación se administran al ingreso y al alta. Los pacientes son informados de que los exámenes y las valoraciones realizadas sirven para valorar de manera objetiva su evolución a lo largo del ingreso.

Como instrumentos de medida se han utilizado el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo², el Montreal Cognitive Assessment (MoCA)³, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)⁴, el World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL – BREF)⁵, el Neuropsychiatric Inventory (NPI⁶) (salvo en los pacientes con EH), la Berg Balance Scale (BBS)⁷, el Tinetti Mobility Test (TMT)⁸ (salvo en los pacientes con EH) y una valoración neuropsicológica (VNPS) reglada. A los pacientes con EH se determina el índice de masa corporal (IMC) y se administran la Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS motora⁹ y modificada) (la UHDRS motora modificada excluye los ítems relacionados con los movimientos oculares, la distonía y la corea), la UHDRS funcional⁹, la Total Functional Capacity (TFC)⁹, el Physical Performance Test (PPT)¹⁰, la BBS⁷, el Timed Up and Go Test (TUG)¹¹, el 30 Second Chair Stand Test (30s – CST)¹², el Four Step Square Test (FSST)¹³, el Rivermead Mobility Index (RMI)¹⁴ y la Short Problem Behaviours Assessment for HD (PBA – s)^{15,16}. La PBA – s^{15,16} es considerada por los expertos como la valoración más adecuada para identificar sintomatología psiquiátrica en los pacientes con EH^{15,16}. A los pacientes con DDIP se les administra la Global Deterioration

Scale (GDS)¹⁷. (Ver tabla 1).

La valoración neuropsicológica (VNPL) reglada explora la dimensión cognitiva (orientación, atención, gnosias, praxias, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas) y la dimensión funcional (actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria). El resultado de la VNPL se resume en: normal, trastorno neurocognitivo leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado grave y trastorno neurocognitivo mayor en grado grave. La descripción de la gravedad se ha realizado según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) 5¹⁷. Los instrumentos de evaluación neuropsicológica siguen la metodología utilizada en el trabajo anterior¹. A los cuidadores de los pacientes se les ofrece contestar el WHOQOL – BREF⁵ al ingreso y al alta. No se han incluido las valoraciones de la sobrecarga del cuidador del NPI⁶ ni del cuestionario de calidad de vida WHOQOL – BREF⁵ administrado al cuidador cuando el acompañante no era el cuidador principal o no era el mismo al alta que al ingreso.

Análisis estadístico: Se realiza una estadística descriptiva de los datos sociodemográficos: para la edad (media, desviación estándar, mediana, moda y rango) y para el sexo (porcentaje). Para comparar si existen diferencias significativas entre las valoraciones al ingreso y al alta se utiliza la prueba t para medias de dos muestras emparejadas; se presentan los resultados para la totalidad de la muestra y para grupos diagnósticos (media, varianza, estadístico t y valor crítico de la t).

Resultados

Desde el 1 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2018 ingresaron 179 pacientes. La procedencia de los mismos está reflejada en la tabla 2.

Edad media al ingreso: 50.47 años (desviación estándar 9.97; mediana: 51 años; moda: 62 años; rango: 19 a 67 años). Sexo: 75 mujeres (41.90%) y 104 hombres (58.10%).

Atendiendo a las características clínicas de los pacientes ingresados éstos son agrupados en cinco perfiles diferentes: pacientes con daño cerebral sobrevenido ($n = 67$; comprende pacientes con hemorragia cerebral, ictus isquémico, anoxia cerebral, tumor cerebral, traumatismo cerebral, esclerosis múltiple, epilepsia farmacorresistente o combinación de etiologías), pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos ($n = 48$; abarca pacientes con trastorno por uso de alcohol, analgésicos opiáceos, sedantes, cocaína, opiáceos, cannabis o combinación de tóxicos), pacientes con EH ($n = 26$) y pacientes con DDIP ($n = 18$; engloba pacientes con enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, enfermedad de Parkinson de inicio precoz con sintomatología neuropsiquiátrica, probable síndrome de neuroacantocitosis, ataxia espinocerebelosa hereditaria – probable SCA 17 y enfermedad de Wilson). La muestra incluye un paciente con deterioro cognitivo asociado al VIH (este paciente solo está incluido en las valoraciones globales, no como grupo diagnóstico diferenciado); además, se incluye un grupo de pacientes con deterioro cognitivo no especificado ($n = 19$) según los criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo no especificado del DSM 5¹⁸. En 50 pacientes (27.93% del total de la muestra) hay combinación de dos o más patologías (por ejemplo, daño cerebral sobrevenido y TUS);

en estos casos, el paciente ha sido incluido en un grupo diagnóstico u otro en función de la patología que motiva el ingreso.

De acuerdo al perfil clínico del paciente, a las necesidades identificadas, a los objetivos marcados y a las intervenciones programadas, los pacientes son incluidos en los diferentes grupos terapéuticos.

En la tabla 3 se describen las variables clínicas de toda la muestra y en la tabla 4 (desglosada en 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5) se describen las variables clínicas por grupos diagnósticos. Se describen las variables al ingreso y al alta y el valor del estadístico t. Para cada variable se incluye el número de pacientes que completaron ambas valoraciones (ingreso y alta).

Tanto teniendo en cuenta el total de los pacientes como los pacientes agrupados por diagnósticos, se objetiva una mejoría significativa de las escalas que valoran el estado cognitivo (MEC² y MoCA³) salvo en los pacientes con DDIP en los que la mejoría del MEC² no es significativa y en los pacientes con EH en los que la mejoría del MEC² y MoCA³ tampoco es significativa.

Hay una mejoría significativa del NPI⁶ en el total de los pacientes y por grupos diagnósticos. La sobrecarga del cuidador mejora de manera significativa en el total de los pacientes y en los pacientes con daño cerebral sobrevenido, pero las diferencias no son significativas en el resto de grupos diagnósticos (deterioro cognitivo asociado a TUS, DDIP y deterioro cognitivo no especificado, si bien hay que tener en consideración que las muestras son muy pequeñas). En los pacientes con EH se objetiva una mejoría significativa del ítem apatía en la PBA – s^{15,16} mientras que no hay diferencias significativas en el resto de ítems (depresión, irritabilidad/agresión, psicosis y función ejecutiva).

Hay una mejoría estadísticamente significativa de las escalas que valoran el equilibrio (BBS⁷ y TMT⁸) en el total de los pacientes y en los pacientes con deterioro cognitivo asociado a TUS. En los pacientes con daño cerebral sobrevenido y en los pacientes con deterioro cognitivo no especificado las diferencias son estadísticamente significativas para la BBS⁷ pero no para el TMT⁸. En los pacientes con DDIP las diferencias no son significativas. En los pacientes con EH, por las propias características de la enfermedad, se administran escalas más específicas de valoración (ver tabla 1). Hay un empeoramiento estadísticamente significativo de la UHDRS⁹ motora y del TUG¹¹; la UHDRS⁹ motora modificada, el PPT¹⁰, la BBS⁷, el 30s - CST¹² y el FSST¹³ no muestran cambios significativos. La UHDRS Function⁹ y el RMI¹⁴, escalas que valoran la funcionalidad del paciente, no muestran cambios significativos, sin embargo, la TFC⁹ sí empeora de manera significativa.

En los pacientes con EH el IMC no muestra cambios estadísticamente significativos al ingreso (IMC = 24,68) y al alta (IMC = 24,96) (estadístico $t = -1,26$; valor crítico de $t = 1,72$).

Según la valoración neuropsicológica reglada, el grado de deterioro cognitivo al ingreso de todos los pacientes oscila entre normal (tres pacientes) y trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado - grave (dos pacientes), siendo el grupo más numeroso el de trastorno neurocognitivo mayor en grado leve (47 pacientes), es decir, dificultades exclusivamente con las actividades instrumentales cotidianas como tareas del hogar o gestión del dinero. Dos pacientes con cognición normal presentaban alteraciones a nivel ejecutivo, pero aun así la cognición se encontraba dentro de la normalidad y no podía establecerse un diagnósti-

co de trastorno neurocognitivo leve; el otro paciente con cognición normal presentaba apatía en el contexto de un daño cerebral sobrevenido tras un ictus isquémico y se consideró que se beneficiaría del programa terapéutico del HDD para dinamizar la conducta. En el momento del alta, el grupo más numeroso continua siendo el trastorno neurocognitivo mayor en grado leve. Al alta, siete pacientes tienen una cognición conservada. El 26.53% de los pacientes mejoran el grado de deterioro cognitivo al alta con respecto al del ingreso, el 66.33% se mantienen sin cambios y el 7.14% empeoran.

La EEAG⁴ considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud - enfermedad. La puntuación de la muestra al ingreso oscila entre 41 - 50 y 71 - 80, mientras que la puntuación al alta oscila entre 21 - 30 y 71 - 80, siendo el grupo más numeroso el de 51 - 60 al ingreso (síntomas moderados) y el de 61 - 70 al alta (algunos síntomas leves). La EEAG⁴ al alta incluye un paciente que precisó ingreso en planta de NPQ de la misma unidad por un trastorno psicótico debido a la EH con delirios. Con la excepción de los pacientes con EH en los que las diferencias no son significativas, teniendo en cuenta la totalidad de los pacientes y el resto de pacientes agrupados por diagnósticos, se objetiva una mejoría significativa de la EEAG⁴.

Referente a la calidad de vida, se obtiene una mejoría significativa de los ítems salud física, salud psicológica y ambiente en el total de los pacientes y en los pacientes con daño cerebral sobrevenido; de los ítems salud física y salud psicológica en los pacientes con DDIP y pacientes con deterioro cognitivo no especificado; en los pacientes con deterioro cognitivo no especificado hay un empeoramiento significativo de las relaciones sociales; en los pacientes con dete-

rioro cognitivo asociado a TUS solo hay una mejoría estadísticamente significativa del ítem ambiente; el resto de ítems no muestran cambios significativos; en los pacientes con EH no hay diferencias significativas en ninguno de los ítems.

En la tabla 5 se despliegan las puntuaciones del cuestionario WHOQOL – BREF⁵ administrado al cuidador al ingreso y al alta. El ítem con menor puntuación al ingreso es el de relaciones sociales, seguido de los ítems salud psicológica, ambiente y salud física. La mejoría no es estadísticamente significativa para ninguno de los ítems, siendo el ítem relaciones sociales el que también tiene menor puntuación al alta.

El motivo del alta en el 86,03% de los pacientes es la mejoría o la consolidación de la mejoría, en el 5,03% es ingreso por descompensación psicopatológica, en el 3,91% es desvinculación terapéutica, en el 2,23% es ingreso por descompensación de patología somática, en el 1,68% es falta de continuidad del transporte e imposibilidad de otro acompañamiento o de acudir solo, en el 0,56% es ingreso en planta de NPQ por imposibilidad del cuidador principal de ejercer su rol de manera temporal y en el 0,56% (un paciente) es éxitus.

Discusión

Desde el año 2015 se está registrando la evolución de los pacientes al ingreso y al alta del HDD de NPQ, siendo una herramienta indispensable para analizar los cambios y tendencias e implantar mejoras. La revisión periódica de los resultados sirve como control de calidad interno.

Hay pocas referencias bibliográficas que valoren la eficacia de los programas de rehabilitación multidisciplinar^{19,20}.

Como fortalezas del presente manuscrito destacamos que los resultados han sido obtenidos a partir de una muestra notable de pacientes, durante un periodo de tiempo largo, con la inclusión sistemática de medidas objetivas de valoración de la cognición, la conducta, el equilibrio, el estado funcional y la calidad de vida, en un recurso único en nuestro entorno. La ausencia de escalas objetivas de valoración de la conducta fue un punto débil en la publicación del año 2015¹.

Como debilidades señalamos que la información recogida en este manuscrito se obtiene a partir de las valoraciones realizadas según los protocolos de evaluación multidisciplinar del hospital, no dentro de un marco de un estudio reglado, de manera que no se dispone de un grupo control para poder comparar cuál sería la evolución si no se hubiera realizado ninguna intervención; tampoco se ha tenido en consideración el efecto de la intervención farmacológica ni la presencia de otras comorbilidades, dado que este análisis iría más allá del alcance del presente trabajo. Por otro lado, el despliegue de los pacientes por grupos diagnósticos, al estar basado en datos clínicos, puede ser subjetivo; asimismo, las muestras son pequeñas en algunos grupos diagnósticos. Hay que considerar que puede haber un sesgo al no estar incluidas (al no estar realizadas) algunas de las valoraciones de los pacientes, viéndose afectados sobretudo aquellos pacientes en los que el motivo del alta fue por descompensación psicopatológica, descompensación de patología somática, desvinculación terapéutica o éxitus, dado que fueron altas no programadas. Es más que probable que estos pacientes hubieran tenido peor rendimiento y peores puntuaciones.

Los pacientes con deterioro cognitivo asociado a TUS parecen ser los que más se benefician de la intervención del programa de

fisioterapia. Asimismo, a la luz de la significación estadística encontrada, hay una mejoría a nivel cognitivo. Es importante porque es un hecho que puede señalar la importancia de incorporar a la práctica clínica habitual un abordaje multidisciplinar que incluya la estimulación cognitiva como una herramienta terapéutica fundamental, así como la rehabilitación física.

En los pacientes con EH, no hay que menospreciar la mejoría de la apatía dado que es un síntoma refractario al tratamiento farmacológico, asociado a la progresión de la enfermedad y que, como otros síntomas neuropsiquiátricos de la enfermedad, genera dificultades de manejo en el cuidador^{21,22}.

El empeoramiento motor y funcional de los pacientes con EH hay que englobarlo en el contexto de una enfermedad neurodegenerativa, con un curso progresivo, para la que no existe, a día de hoy, un tratamiento curativo ni que modifique la evolución natural de la misma, y para la que el tratamiento sintomático de la sintomatología motora y declive funcional es limitado^{22,23}.

El ítem relaciones sociales del cuestionario de calidad de vida es el que tiene una puntuación más baja tanto al ingreso como al alta, y tanto para los pacientes como para los cuidadores. Dichos resultados van en la línea de la problemática social asociada al paciente con patología neuropsiquiátrica (pacientes en edad laboral que no pueden continuar trabajando, a menudo la pareja debe renunciar a su propio trabajo para ejercer el rol de cuidador y los hijos son jóvenes en edad de estudiar; todo ello conlleva a una situación económica familiar precaria, al desequilibrio familiar y al aislamiento social). Hay que subrayar que la intervención del hospital de día mejora significativamente la sobrecarga del cuidador en el total de la muestra.

Conclusiones

Como resultados más significativos destacamos la mejoría de la cognición, la conducta y el equilibrio en la totalidad de la muestra, la mejoría del equilibrio en los pacientes con deterioro cognitivo asociado a TUS, de la apatía en los pacientes con EH y de la sobrecarga del cuidador en el global de la muestra.

En base a la mejora del equilibrio en los pacientes con deterioro cognitivo asociado a TUS se propone incluir programas de rehabilitación física en otros recursos de la red de tóxicos.

Se concluye que el abordaje multidisciplinar del HDD de NPQ es válido, siendo esencial su existencia para dar respuesta a las necesidades del paciente con perfil neuropsiquiátrico.

Agradecimientos:

La autora quiere agradecer el trabajo diario de todo el equipo multidisciplinar de la Unidad de Neuropsiquiatría, sin el cual este manuscrito no habría sido posible.

Tablas

Tabla 1. Evaluaciones al ingreso y al alta:

A todos los pacientes:
Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) ²
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ³
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) ⁴
World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL – BREF) ⁵
Neuropsychiatric Inventory (NPI) ⁶ (excepto pacientes con EH)
Berg Balance Scale (BBS) ⁷
Tinetti Mobility Test (TMT) ⁸ (excepto pacientes con EH)
Valoración neuropsicológica reglada
A los pacientes con enfermedad de Huntington:
Índice de masa corporal (IMC)
Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) motora y modificada ⁹
UHDRS funcional ⁹
Total Functional Capacity (TFC) ⁹
Physical Performance Test (PPT) ¹⁰
Berg Balance Scale (BBS) ⁷
Timed Up and Go Test (TUG) ¹¹
30 Second Chair Stand Test (30s – CST) ¹²
Four Step Square Test (FSST) ¹³
Rivermead Mobility Index (RMI) ¹⁴
Short version of the Problem Behaviours Assessment for HD (PBA - s) ^{15,16}
A los pacientes con demencias degenerativas de inicio precoz:
Global Deterioration Scale (GDS) ¹⁷

Tabla 2. Procedencia de los pacientes:

Procedencia	Nº de pacientes
Planta NPQ	51
SAIHD	37
Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA)	29
Atención primaria	20
Otras unidades de neurorrehabilitación	13
HDD de toxicomanías	5
Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias (CAS)	5
Planta de hospitalización de Medicina Interna de otros hospitales	3
Consultas externas de Psiquiatría de otros hospitales	3
Planta de hospitalización de Psiquiatría de otros hospitales	3
Planta de hospitalización de Neurología de otros hospitales	2
Planta de hospitalización de Psiquiatría - Toxicomanías de otros hospitales	2
Consultas externas de Neurología de otros hospitales	1
Centros SocioSanitarios	1
Otros centros de terapia	1
Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte de Psicogeriatría (PADES PG) del HMDM	1
Unidad de Subagudos del HMDM	1
Unidad de Psiquiatría Geriátrica (UPG) del HMDM	1

Tabla 3. Variables clínicas de toda la muestra:

	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC² (n = 168)	27,81	31,51	29,43	29,59	-6,09*	1,65	
MoCA³ (n = 169)	17,98	32,67	20,56	37,11	-9,25*	1,65	
EEAG⁴ (n = 171)	55,98	22,96	61,36	38,97	-12,36*	1,65	
NPI⁶ gravedad total[↓] (n = 145)	27,00	465,19	16,90	300,74	6,44*	1,66	
NPI⁶ sobrecarga cuidador[↓] (n = 51)	16,04	140,6	12,27	113,48	3,45*	1,68	
BBS⁷ (n = 154)	47,44	78,5	48,63	98,93	-2,66*	1,65	
TMT⁸ (n = 132)	24,61	22,62	25,22	24,04	-2,41*	1,66	
WHOQOL BREF⁵ (n = 158)	Salud física	52,35	372,14	58,04	338,04	-4,69*	1,65
	Salud psicológica	49,7	450,74	55,99	437,57	-4,74*	1,65
	Relaciones sociales	49,57	473,99	51,77	504,61	-1,15	1,65
	Ambiente	58,9	277,37	62,8	264,63	-3,08*	1,65

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

Tabla 4. Variables clínicas de los pacientes por grupos diagnósticos:

Tabla 4.1

Daño cerebral sobrevenido	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC ² (n = 64)	28,84	27,47	30,14	28,6	-3,55*	1,67	
MoCA ³ (n = 64)	18,69	29,77	21,39	33,67	-6,44*	1,67	
EEAG ⁴ (n = 65)	56,25	25	61,85	28,54	-9,90*	1,67	
NPI ⁶ gravedad total [↓] (n = 63)	27,13	367,24	15,49	130,32	4,73*	1,67	
NPI ⁶ sobrecarga cuidador [↓] (n = 27)	15,11	89,72	12,04	91,11	2,40*	1,71	
BBS ⁷ (n = 57)	46,6	113,71	47,98	120,05	-1,82*	1,67	
TMT ⁸ (n = 57)	23,72	36,13	24,25	33,26	-0,26	1,67	
WHOQOL BREF ⁵ (n = 62)	Salud física	50,9	401,2	55,58	381,17	-2,37*	1,67
	Salud psicológica	47,42	435,23	54,68	373,17	-3,69*	1,67
	Relaciones sociales	47,11	541,18	49,69	532,41	-0,73	1,67
	Ambiente	49,69	532,41	58,1	291,63	-2,31*	1,67

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

Tabla 4.2

Deterioro cognitivo asociado a TUS	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC ² (n = 42)	28,02	32,52	30,93	10,97	-4,35*	1,68	
MoCA ³ (n = 45)	18,89	25,28	22,53	21,66	-6,70*	1,68	
EEAG ⁴ (n = 45)	56,51	19,71	62,49	26,03	-6,89*	1,68	
NPI ⁶ gravedad total [↓] (n = 45)	20,40	229,79	14,56	280,25	2,52*	1,68	
NPI ⁶ sobrecarga cuidador [↓] (n = 13)	10,31	50,23	7,69	45,56	1,53	1,78	
BBS ⁷ (n = 40)	48,58	34,97	51,18	34,81	-3,67*	1,68	
TMT ⁸ (n = 40)	25,15	10,95	26,38	6,65	-2,78*	1,68	
WHOQOL BREF ⁵ (n = 42)	Salud física	51,88	362,94	55,4	380	-1,44	1,68
	Salud psicológica	48,67	413,89	51,26	498,3	-1,03	1,68
	Relaciones sociales	48,07	397,58	49,43	514,74	-0,52	1,68
	Ambiente	57,48	242,79	63,12	180,55	-2,72*	1,68

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

Tabla 4.3

DDIP	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC ² (n = 18)	26,72	39,27	27,17	44,15	-0,90	1,74	
MoCA ³ (n = 18)	16,28	44,68	17,67	43,41	-2,18*	1,74	
GDS ¹⁷ ↓↓ (n = 18)	3,83	0,62	3,78	0,77	0,57	1,74	
EEAG ⁴ (n = 18)	53,56	13,79	60,5	32,03	-5,21*	1,74	
NPI ⁶ gravedad total↓ (n = 18)	35,83	905,44	26,44	996,14	2,03*	1,74	
NPI ⁶ sobrecarga cuidador↓ (n = 7)	25,00	219,00	20,86	217,81	1,35	1,94	
BBS ⁷ (n = 18)	46,89	106,93	46,83	160,15	0,03	1,74	
TMT ⁸ (n = 18)	25,56	16,73	24,89	42,69	0,75	1,74	
WHOQOL BREF ⁵ (n = 18)	Salud física	53,39	389,19	64,33	247,65	-3,16*	1,74
	Salud psicológica	51,22	532,18	61,00	414,12	-2,18*	1,74
	Relaciones sociales	51,61	469,19	59,22	300,77	-1,16	1,74
	Ambiente	58,72	279,04	61,61	275,31	-0,73	1,74

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

↓↓ A menor puntuación, menor deterioro.

Tabla 4.4

Enfermedad de Huntington	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC ² (n = 22)	26,50	23,88	26,86	36,98	-0,61	1,72	
MoCA ³ (n = 23)	16,74	46,02	16,65	43,24	0,12	1,72	
EEAG ⁴ (n = 23)	56,35	19,42	61,85	28,54	-1,23	1,72	
PBA ^{15,16} (n = 23) [↓]	Depresión	5,35	44,42	3,43	19,44	1,63	1,72
	Irritabilidad / Agresión	3,65	14,6	3,09	39,72	0,44	1,75
	Psicosis	0,87	3,94	0,87	11,57	0,00	1,72
	Apatía	7,35	25,33	5,39	29,61	2,50*	1,72
	Función Ejecutiva	6,43	30,08	7,52	42,44	-0,99	1,72
UHDRS motora modificada ¹¹¹ (n = 23)	51,74	240,66	53,83	251,7	-2,03*	1,72	
UHDRS motora modificada ¹¹¹ (n = 23)	22,96	64,77	22,22	64,18	0,96	1,72	
PPT ¹⁰ (n = 22)	23,68	41,66	22,91	56,56	1,52	1,72	
BBS ⁷ (n = 22)	46,23	95,04	45,86	127,55	0,44	1,72	
TUG ¹¹¹¹¹ (n = 21)	13,27	17,33	14,33	26,52	-2,01*	1,72	
30s - CST ¹² (n = 21)	8,14	10,53	8,810	14,26	-1,38	1,72	
FSST ¹³¹¹¹ (n = 21)	22,11	373,00	23,90	515,90	-0,69	1,72	
UHDRS ⁹ Function (n = 22)	12,45	14,26	12,27	19,16	0,30	1,72	
TFC ⁹ Function (n = 22)	4,82	3,68	4,18	4,35	2,85*	1,72	
RMI ¹⁴ Function (n = 22)	11,77	8,56	11,73	8,97	0,22	1,72	
WHOOOL BREF ⁵ (n = 19)	Salud física	62,05	261,05	68,21	112,73	-1,71	1,73
	Salud psicológica	63,42	366,92	70,16	348,47	-1,37	1,73
	Relaciones sociales	61,05	522,83	65,47	420,87	-0,65	1,73
	Ambiente	70,37	225,25	70,11	366,21	0,07	1,73

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

↓↓↓ A menor puntuación, mejor estado motor/funcional.

Tabla 4.5

Deterioro cognitivo no especificado	Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t	
	Media	Varianza	Media	Varianza			
MEC ² (n = 18)	26,83	40,50	28,83	42,50	-2,77*	1,74	
MoCA ³ (n = 18)	16,83	30,15	21,00	39,53	-5,17*	1,74	
EEAG ⁴ (n = 18)	56,00	30,12	61,56	40,38	-6,76*	1,74	
NPI ⁶ gravedad total [↓] (n = 18)	32,17	794,15	17,61	225,78	2,77*	1,74	
NPI ⁶ sobrecarga cuidador [↓] (n = 3)	18,00	399,00	14,33	324,33	1,53	2,92	
BBS ⁷ (n = 16)	50,06	14,2	52,13	12,38	-2,50*	1,75	
TMT ⁸ (n = 16)	25,81	5,90	26,81	3,10	-1,50	1,75	
WHOQOL BREF ⁵ (n = 16)	Salud física	46,50	350,8	55	209,27	-2,64*	1,75
	Salud psicológica	42,81	454,03	51,19	433,9	-2,47*	1,75
	Relaciones sociales	46,81	301,76	41,69	415,3	1,98*	1,75
	Ambiente	53,13	245,32	53,88	228,92	-0,19	1,75

* Estadístico t significativo.

↓ A menor puntuación, mejor conducta/menos sobrecarga.

Tabla 5. Variables clínicas de los cuidadores de los pacientes:

		Ingreso		Alta		Estadístico t	Valor crítico de t
		Media	Varianza	Media	Varianza		
WHOQOL BREF⁵ (n = 49)	Salud física	58,47	314,38	62,18	299,61	-1,49	1,68
	Salud psicológica	52,45	392,17	55,33	315,27	-1,32	1,68
	Relaciones sociales	45,63	433,53	45,71	361,08	-0,03	1,68
	Ambiente	55,61	231,49	58,45	201,88	-1,30	1,68

Bibliografía

1. Misericòrdia Floriach Robert y Jesús Miguel Ruiz Idiago. Experiencia del servicio de hospital de día de Neuropsiquiatría del Hospital Mare de Déu de la Mercè (2015). *Informaciones Psiquiátricas* 2017; 230: 19-48.
2. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
3. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr; 53(4): 695-9.
4. Asociación Americana de Psiquiatría, Edición en español de la cuarta edición revisada de la obra original en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - IV - TR*, Washington, Asociación Americana de Psiquiatría, 2002.
5. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28:551-558.
6. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994; 44: 2308 - 14.
7. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83: suppl 2: S7 - 11.
8. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986; 80:429 - 434.
9. Huntington Study Group. Unified Huntington's disease Rating Scale: reliability and consistency. *Mov Disord* 1996; 11: 136 - 142.
10. Reuben D.B., Siu A.L. An objective measure of Physical Function of Elderly Outpatients (The Physical Performance Test). *Journal of the American Geriatric Society* 1990; 38: 1105 - 1112.
11. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142 - 148.
12. Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s Chair-Stand Test as a Measure of Lower Body Strength in Community-Residing Older Adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 1999; 70: 113 - 119.
13. Vite W, Temple VA. A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1566 - 1571.
14. Collen FM, Wade DT, Robb GF, Bradshaw CM. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead

- Motor Assessment. *Int Disabil Stud* 1991; 13: 50 - 54.
15. Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS: Behavioral changes in Huntington Disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14: 219 - 226.
 16. Ruiz-Idiago JM, Floriach M, Mareca C, Salvador R, López-Sendón JL, Mañanes V, Cubo E, Mariscal N, Muñoz E, Santacruz P, Noguera MF, Vivancos L, Roy P, Pomarol-Clotet E, Sarró S; Spanish Huntington Disease Network. Spanish Validation of the Problem Behaviors Assessment-Short (PBA-s) for Huntington's Disease. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2017 Winter; 29(1):31 - 38.
 17. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:1136 - 1139.
 18. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 19. Walsem MR, Piira A, Mikalsen G, Fossmo HL, Howe WI, Knutsen S et al. Cognitive Performance After a One-Year Multidisciplinary Intensive Rehabilitation Program for Huntington's Disease: An Observational Study. *J Huntingtons Dis*. 2018; 7(4): 379-389.
 20. Bardakjian TM, Klapper J, Carey A, Wood J, Pauly M, Gasper K et al. Addressing the Value of Multidisciplinary Clinical Care in Huntington's Disease: A Snapshot of a New Huntington's Disease Center. *J Huntingtons Dis*. 2019; vol. Pre-press, no. Pre-press, pp. 1-7.
 21. Duijn, EV (2017). Medical treatment of behavioral manifestations of Huntington disease. En A.S. Feigin AS, y K.E. Anderson (Ed.) *Handbook of Clinical Neurology, Vol 144 (3rd series) Huntington Disease* (pp 129 - 139). Elsevier.
 22. Wyant KJ, Ridder AJ, Dayalu P. Huntington's Disease - Update on Treatments. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2017; 17: 33.
 23. McCusker E and Loy CT. Medical management of motor manifestations of Huntington's disease. En *Huntington Disease. Series Volume Editors: Andrew S. Feigin AS and Anderson KE (2017). Handbook of Clinical Neurology* (pp 141 - 150). Editorial Elsevier.

FIDMAG informa

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DIRIGIDA POR ENFERMERÍA PARA LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y SÍNDROME METABÓLICO

EFFECTIVENESS OF A COMMUNITY-BASED NURSE-LED LIFESTYLE-MODIFICATION INTERVENTION FOR PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS AND METABOLIC SYNDROME

Publicado un artículo en colaboración con investigadores de FIDMAG Hermanas Hospitalarias, en la revista International Journal of Mental Health Nursing. El estudio demuestra la efectividad de realizar un programa de promoción de la salud llevado a cabo por enfermeras de salud mental. El programa, basado en la modificación del estilo de vida, es efectivo reduciendo los criterios de síndrome metabólico y aumentando la calidad de vida y actividad física de los pacientes con trastorno mental grave y síndrome metabólico.

Sara Fernández Guijarro, Edith Pomarol-Clotet, M^a Carmen Rubio Muñoz, Carolina Miguel García, Elena Egea López, Rebeca Fernández Guijarro, Lidia Castán Pérez y M^a Assumpta Rigol Cuadra. International Journal of mental health nursing. Impact factor: 2.433.

La morbimortalidad de las personas con trastorno mental grave (TMG) es elevada. Su esperanza de vida es de 13 a 30 años menor que la población general, en parte producida por las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La presencia de factores de riesgo modificables como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad y el tratamiento farmacológico - en especial los fármacos antipsicóticos de segunda generación-, contribuyen a este exceso de morbilidad y al desarrollo de síndrome metabólico (SM). Las consecuencias de estos factores de riesgo modificables afectan negativamente a la calidad de vida de los pacientes (1-4).

Para el diagnóstico del SM, de acuerdo con el National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and

Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (NCEP-ATP III), deben estar presentes al menos 3 de los siguientes criterios: obesidad abdominal (perímetro abdominal > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres), glucemia elevada (≥ 100 mg/dL), reducción del colesterol HDL (HDL < 50 mg/dL en mujeres y < 40 mg/dl en hombres), triglicéridos elevados (TG ≥ 150 mg/dL) y elevación de la tensión arterial (TA $\geq 130/85$ mmHg) (5).

Tal y como indican las guías clínicas nacionales e internacionales, las enfermeras de salud mental realizan un cribado anual incluyendo la evaluación del peso, perímetro abdominal, tensión arterial y niveles de lípidos y glucosa en sangre, como parte del cuidado de las personas con TMG y tratamiento antipsicótico (6-8). De acuerdo con estudios publicados, la prevalencia de SM es casi el doble que en población general (2,9). Aunque el mecanismo fisiopatológico del SM aún no se conoce con certeza, los expertos coinciden en la necesidad de evaluar la salud física de los pacientes e intervenir sobre los factores de riesgo modificables. Estas intervenciones deben fomentar la adopción de un estilo de vida saludable, incluyendo el consejo nutricional y la actividad física (6,10).

Las enfermeras de salud mental trabajan proporcionando un cuidado holístico a los pacientes con TMG, promoviendo estilos de vida saludables. Sin embargo, son escasos los estudios encontrados en España, acerca del manejo no-farmacológico del SM en esta población. Intervenciones que combinaban la práctica de ejercicio con consejo nutricional, obtuvieron efectos positivos en los criterios de SM, evidenciando la necesidad de un enfoque multimodal (11,12).

Previo a realizar el estudio, se investigó la prevalencia de SM en 125 pacientes con TMG en los 2 centros de salud mental comunitarios que participaron: Benito Menni Complex Asistencial en Salut Mental, de las Hermanas Hospitalarias en Hospitalet de Llobregat y el Servicio Madrileño de Salud SERMAS, en Barajas. Esta investigación concluyó que el 60% de la muestra cumplía criterios de SM y el 58% de los pacientes eran además fumadores activos. Esta alta prevalencia motivó el diseño de un programa para la promoción de estilos de vida saludables en esta población.

Métodos

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención sobre la modificación del estilo de vida, dirigida por enfermeras, en personas con TMG que cumplían criterios de SM. Además, se evaluó el impacto de esta intervención sobre la calidad de vida y actividad física. Los participantes fueron reclutados en los dos centros de salud comunitarios, a partir del estudio de prevalencia mencionado anteriormente. La muestra final estuvo compuesta por 61 pacientes. Mediante aleatorización, 33 fueron distribuidos en el grupo control y 29 en el experimental. La recogida de datos se realizó antes y tras la intervención en ambos grupos. Los componentes de SM fueron evaluados utilizando los criterios de la NCEP-ATP III; la calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario EuroQol (EQ-5D) y la actividad física con la versión corta del cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ-SF).

El grupo control recibió el tratamiento habitual en consulta de enfermería, en la que se informa individualmente a cada usuario de los beneficios de un estilo de vida saludable y se fomenta que se lleve a cabo. El grupo experimental realizó el programa de promoción de la salud basado en una intervención enfermera grupal, en la que se trabajó sobre hábitos de vida saludable incluyendo, además, actividad física, con el fin de modificar el estilo de vida de los pacientes de manera que se reduzca el riesgo de SM. El programa tuvo una duración de 6 meses (24 sesiones, 1 por semanal). Cada sesión estuvo compuesta por una primera parte de 20 minutos de contenidos teóricos, acerca del SM y cómo prevenir o reducir su impacto mediante la adopción de un estilo de vida saludable. Se trabajó sobre hábitos dietéticos, sustancias tóxicas, estrés, actividad física e higiene del sueño. En la segunda parte se dedicaron 60 minutos para realizar actividad física: caminatas, adaptadas al nivel del grupo en todo momento, con estiramientos musculares al finalizarlas, con el fin de prevenir lesiones.

Resultados

El programa de promoción de la salud se puso en marcha en noviembre de 2017 y finalizó en abril de 2018, en ambos centros. A pesar del hecho de que todos los participantes cumplían criterios de SM, el 67,2 % no estaba recibiendo tratamiento para ninguno de los criterios del síndrome.

Efectos de la intervención en los criterios de Síndrome metabólico

No se encontraron diferencias basales ni en las medidas antropométricas ni en los resultados de la analítica de sangre entre el grupo control y el experimental. Se realizó una comparación entre los resultados pre y post intervención para cada grupo. En el grupo control se produjo un aumento significativo de 2 cm en el perímetro abdominal ($p=0,024$) y un aumento de los niveles de glucosa que no fue estadísticamente significativo. En el grupo experimental se observó una disminución media del peso de 2,42 kg ($p=0,002$), por lo que también se redujo el índice de masa corporal (IMC) significativamente ($p=0,008$). El perímetro abdominal disminuyó de media 4,07 centímetros ($p<0,001$) y el nivel de triglicéridos también presentó una disminución significativa ($p=0,036$). Tanto la glucemia como la tensión arterial diastólica no variaron significativamente, pero sí se pudo observar una disminución de la tensión arterial sistólica ($p=0,018$) y un aumento del colesterol HDL ($p=0,010$).

La **Tabla 1** muestra las diferencias entre los resultados pre y post intervención de cada criterio del SM en ambos grupos de estudio. Al comparar los resultados entre grupos tras la intervención, no se establecieron diferencias significativas ni en el peso, perímetro abdominal, glucemia ni tensión arterial sistólica. Aunque sí se observaron diferencias entre ambos grupos en las cifras de colesterol HDL, no fueron significativas ($p=0,054$). Sin embargo, sí se encontraron diferencias en el nivel de triglicéridos ($p=0,038$) y la tensión arterial diastólica ($p=0,017$).

Tabla 1. Resultados pre y post-intervención en el grupo control y grupo experimental

Basal				
Medida de resultado	GC n = 32	GE n = 29	Total n = 61	P [¶]
Peso (kg)	9228±16	96,97±22	94,51±19	0,359
Altura (cm)	167,27±9	171,84±9	169,44±9	0,057
IMC (kg/m ²)	33,16±4	32,56±6	32,88±5	0,386
Perímetro abdominal (cm)	1,13,22±13	113,02±16	113,12±14	0,958
Glucosa (mg/dL)	102,13±21	105,17±34	103,58±14	0,925
Triglicéridos (mg/L)	214,46±157	181,17±95	198,64±131	0,696
HDL (mg/dL)	41,13±7	41,90±6	41,50±7,34	0,685
TAS	134,09±12	131,86±16	133,03±14	0,532
TAD	84,19±6	80,79±8	82,57±7	0,165

Datos presentados como media ± Desviación estándar (DE)

GC: grupo Control; **GE:** Grupo Experimental; **¶:** Test U-Mann-Whitney (Mann-Whitney arterial sistólica/Tensión arterial diastólica)

Post-intervención

GC n = 30	GE n = 28	Total n = 58	P ¶
93,29±17	94,55±22	94,02±20	0,919
167,27±9	172,36±8	169,72±9	0,068
33,19±5	31,61±6	32,43±5	0,010
115,52±12	108,95±6	112,34±14	0,073
114,96±46	97,66±13	106,61±35	0,145
203,81±91	155,47±67	180,47±83	0,038
41,5±7	45,38±7	43,37±7	0,046
130,73±12	124,89±13	127,91±13	0,102
82,70±7	77,25±10	80,07±9	0,017

y-Wilcoxon); **IMC:** Índice de masa corporal; **TAS/TAD:** Tensión

Efectos de la intervención en nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ

Tras la intervención los participantes del grupo experimental declararon un aumento de la actividad, que no ocurrió en los controles ($p=0,035$). Además, la diferencia entre las horas que pasaban los participantes de ambos grupos sentados al día tras el programa de salud también fue significativa (GC $5,10\pm 1,94$ vs GE $4,07\pm 1,53$; $p=0,030$).

Efectos de la intervención en la calidad de vida percibida

En la evaluación de las 5 dimensiones del estado de salud no se establecieron diferencias en las medidas basales y finales, para ninguno de los grupos de estudio ni en la evaluación intra-grupos ($p = 0,326$ vs $p = 0,326$), ni en la evaluación basal-final entre ambos grupos ($p = 0,331$ vs $p = 0,163$). La valoración de la escala visual analógica no mostró diferencias previas a la intervención, sin embargo, tras esta, el grupo experimental declaró un mejor estado de salud que los controles ($p<0.001$).

Conclusiones

Este estudio sugiere que un programa de promoción de la salud basado en la modificación del estilo de vida, llevado a cabo por enfermería de salud mental, es efectivo reduciendo los criterios de SM y aumentando la calidad de vida y actividad física de los pacientes con TMG en tratamiento antipsicótico. Este hallazgo es particularmente importante ya que llevar a cabo intervenciones en hábitos de vida saludable supone un bajo coste en términos presupuestarios. Es necesario que se sigan realizando investigaciones sobre intervenciones basadas en la modificación del estilo de vida en personas con trastornos mentales, además de que se facilite su acceso a otras intervenciones que se realicen en la población general, mediante la coordinación entre los Centros de Salud Mental y los de Atención Primaria, proponiendo a la enfermera como responsable de dicha coordinación, dado el vínculo que mantiene con los pacientes y sus

familias. Existen muchos estudios internacionales que evalúan el efecto de las intervenciones basadas en la modificación del estilo de vida, sobre el peso y el perímetro abdominal, pero muy pocas sobre el resto de criterios del síndrome. Hasta donde conocemos, este es el primer ensayo clínico liderado por enfermeras de salud mental, en centros de salud mental comunitarios, que tiene en cuenta el efecto de la intervención tanto encada criterio de SM como en la calidad de vida y actividad física.

www.fidmag.org

Referencias

1. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011; 10:52-77.
2. Brunero S, Lamont S. Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2009.
3. Happell B, Platania-phung C, Scott D. Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *YNEDT*. 2013;33(4):396-401.
4. Happell B, Stanton R, Platania-Phung C, McKenna B, Scott D. The Cardiometabolic Health Nurse: Physical Health Behaviour Outcomes from a Randomised Controlled Trial. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35(10):768-776.
5. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of highblood cholesterol in adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-2497.

6. Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor". BARCELONA: Generalitat de Catalunya. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Departamento de Salud; 2014.
7. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E, en representación del grupo de expertos para el consenso de salud física del paciente con trastorno bipolar. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Psiquiatr Salud Ment.* 2008;1:26–37.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*; NICE Clinical Guideline 178; National Institute for Health and Care Excellence (NICE): London, UK; February; 2014.
9. Fernández Guijarro S, Miguel García C, Pomarol-Clotet E, Egea López EN, Burjales Martí MD, Rigol Cuadra MA. Metabolic Syndrome Screening in People With Severe Mental Illness: Results From Two Spanish Community Mental Health Centers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* 2019.
10. Vera EM, Aguado R, Castaño MA, López S, Martín B, Durán FJ. Evolución de la prevalencia del síndrome metabólico en personas con trastorno mental grave e intervención enfermera. *Presencia*; 10(20). <http://www.index-f.com/presencia/n20/p9358.php>.
11. Gomez-Huelgas R, Jansen-Chaparro S, Baca-Osorio AJ, Mancera-Romero J, Tinahones FJ, Bernal-López MR. Effects of a long-term lifestyle intervention program with Mediterranean diet and exercise for the management of patients with metabolic syndrome in primary care setting. *European journal of internal medicine.* 2016; 26, 317-323.
12. Mora-Rodriguez R, Ortega JF, Guio de Prada V, Fernández-Elías VE, Hamouti M, Morales-Palomo F, et al. Effects of a simultaneous or sequential weight loss diet and aerobic interval training on metabolic syndrome. *Int j Sports Med.* 2016;37: 274-281.



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.com
www.hospitalarias.es

