



Hermanas  
Hospitalarias

# Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

XXIV Jornadas de  
Actualización en  
Psicogeriatría

Barcelona, 24-25 de mayo de 2019

Nº. **239**

**1.<sup>er</sup>** Trimestre

**2020**



# Informaciones Psiquiátricas

N.º **239**

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<sup>a</sup>. Dra. M<sup>a</sup> 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](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es)

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)

[www.hospitalarias.es](http://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](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es) o mediante acceso directo en [www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)
4. Se admiten trabajos redactados en español y en inglés.
5. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
6. 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).
7. 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.
8. 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.
9. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
  - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
  - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
    - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
    - Título del trabajo en su lengua original.
    - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
    - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Shelves 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 claudatos.
    - 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>
  10. 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.
  11. 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.

8	<b>PREFACIO</b>
10	<b>INTRODUCCIÓN</b>
13	<b>SENTIMIENTOS DE AMBIVALENCIA Y CULPA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA. ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS.</b> Andrés Losada / María del Sequeros Pedroso Chaparro / Laura Gallego-Alberto / Cristina Huertas / María Márquez González
27	<b>LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO VISTA POR EL NEURÓLOGO</b> Juan Bello López
37	<b>LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO VISTA POR EL GERIATRA</b> José Galindo Ortiz de Landázuri / F. Javier Olivera Pueyo
43	<b>CREACIÓN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN EN CRISIS AL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO EN DOMICILIO (UAC PG)</b> Dra. Carme Bassedas Ballús / Dra. Eva Mateu / Isabel Molina / Laura Beraza / Lluç Martin
61	<b>EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN PSICOGERIATRÍA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS</b> Fca. Almansa-Cruz
75	<b>HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL PACIENTE ANCIANO</b> Dr. Luis de Miguel Izquierdo

- 
- 83    **DEPRESIÓN Y DEMENCIA: RELACIONES COMPLEJAS**  
Manuel Gonçalves-Pereira
- 91    **ESTUDIO DE LA SOLEDAD EN LOS PACIENTES**  
**PSICOGERIÁTRICOS DEL BARRIO DE COLLBLANC DE**  
**L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, BARCELONA**  
Joan Marc Vidal Martínez
- 144   **PRIMER ENSAYO CLÍNICO EMPLEANDO LA**  
**ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN PACIENTES**  
**CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE**  
FIDMAG informa

# Prefacio

---

XXIV JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRIA  
Barcelona, 24-25 mayo 2019

---

**Dr. Carlos Franquelo**

Psiquiatra.

Director Médico. Hospital Sagrat Cor Martorell (Barcelona).

**H**emos elaborado este número de manera monográfica, como es habitual desde hace años, con los trabajos presentados en las jornadas de actualización en psicogeriatría que organiza anualmente el Hospital Sagrat Cor de Martorell junto con el Departamento de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

En el año 1996 se celebraron las primeras jornadas de actualización en psicogeriatría que sirvieron de embrión al Master y post grado en psicogeriatría de la UAB que se inició un año después. Desde entonces el Master y las Jornadas han ido caminando en paralelo bajo el impulso y amparo de los profesores Miquel Casas y Antoni Bulbena de la Universidad Autónoma de Barcelona, y la tenacidad y el buen hacer del Dr. Manuel Sánchez Pérez, subdirector médico, coordinador del área de hospitalización en salud mental y coordinador de la unidad de psiquiatría geriátrica del Hospital Sagrat Cor de Martorell.

Como es habitual, y ya vamos por la 24 edición, el Dr. Sánchez y su equipo nos ha presentado en estas jornadas un amplio y actualizado abanico de temas relacionados con el envejecimiento y la salud mental del anciano. Digo salud mental del anciano y no psicogeriatría puesto que las propuestas que nos hacen año tras



año los organizadores de este evento van más allá de una visión puramente médica o psiquiátrica del sufrimiento psíquico. Sus ponencias y mesas redondas no sólo versan sobre los aspectos asistenciales, diagnósticos, terapéuticos, de cuidados, sino que también se abordan otros aspectos psicosociales y éticos que conforman una mirada amplia, integral e innovadora de campo de la psicogeriatría.

Cuando se publique la edición de este monográfico aún estaremos enfrentándonos a la crisis sanitaria provocada por la nueva infección por coronavirus. Estamos abrumados por el terrible impacto que esta pandemia está causando a nuestros mayores. No hay duda de que esta crisis nos hará replantear algunas cuestiones ligadas al cuidado de nuestros ancianos y a los recursos necesarios para procurarles un entorno seguro y protector.

# Introducción

---

XXIV JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRIA  
Barcelona, 24-25 mayo 2019

---

**Dr. Manel Sánchez Pérez**

Psiquiatra.

Coordinador de hospitalización en salud mental. Hospital Sagrat Cor.  
Martorell (Barcelona).

**E**l presente número de Informaciones Psiquiátricas recoge, una vez más, parte de los contenidos presentados en las XXIV Jornadas de Actualización en Psicogeriatría celebradas en Barcelona en mayo de 2019.

En esta ocasión se publican diferentes trabajos organizados en varias áreas de interés de la Psicogeriatría Clínica. Entre ellos, uno aportado por el equipo del departamento de psicología de la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, liderado por el profesor Andrés Losada, constituye un interesante desarrollo en relación a los sentimientos de ambivalencia y culpa que sufren con cierta frecuencia los cuidadores de personas mayores con demencia, uno de los efectos del esfuerzo en la prolongación de los cuidados que recae sobre los cuidadores y que no siempre ha recibido una adecuada atención, a pesar del elevado impacto que supone en términos de salud mental y de salud general, en las personas que ven hipotecada una buena parte de su vida en la atención cercana y constante a un anciano dependiente con deterioro cognitivo.

Otro aspecto en el que profundiza uno de los trabajos publicados a cargo, en este caso, del Dr. Manuel Gonçalves, de la Universidad Nova de Lisboa, es la frontera entre la depresión y la demencia, dos paradigmas por excelencia de la psiquiatría geriátrica, separados por fronteras biológicas y clínicas consideradas cada vez más permeables y que otorgan a este reto una dimensión de

complejidad y, a la vez, sumamente enriquecedora para el ámbito de la investigación y del conocimiento psicopatológico de esta indudable realidad de la fenomenología psicogeriátrica.

Una de las mesas alrededor de las que giró la temática de estas jornadas recogió el punto de vista que diferentes especialidades médicas (neurología, geriatría, psiquiatría) tienen sobre uno de los grandes síndromes geriátricos: la depresión. La aproximación clínica desde el foco de cada una de las especialidades presenta análisis diferenciados muy sugerentes en relación a la aportación que cada especialista implica desde su propio campo de conocimiento. Como ante otras enfermedades, la visión transdisciplinar, cuando se aplica de forma auténtica, multiplica exponencialmente la profundidad del conocimiento clínico y terapéutico de un síndrome, especialmente complejo, como el de la depresión en la edad avanzada.

La visión de la psicogeriatría asistencial suele estar representada habitualmente en los contenidos del programa desde los inicios de estas Jornadas de Actualización. En esta ocasión, esta perspectiva se centró en la atención comunitaria a los problemas de salud mental de los ancianos, analizando la experiencia de tres recursos diferentes como el centro de salud mental de adultos, la hospitalización psiquiátrica domiciliaria y la atención sociosanitaria psicogeriátrica en domicilio. Las tres experiencias

orientadas a reflejar una parte de una realidad asistencial, no menos compleja que la clínica o terapéutica, arrojan luces interesantes ante la escasez de desarrollos comunitarios organizados específicamente para atender las necesidades de los pacientes psicogerítricos.

Finalmente, y como es habitual en la composición de este monográfico, se incluye en él la publicación del trabajo premiado en la última edición del Máster y Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría, que el área de Psicogeriatría del Hospital Sagrat Cor de Martorell, de Hermanas Hospitalarias, organiza desde 1998 junto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona. En la edición 2017-2019, el trabajo premiado corresponde a una interesante investigación original centrada en el estudio de la soledad en una muestra clínica de pacientes ancianos atendidos en un centro de salud mental comunitario. La oportunidad de este estudio radica en la puesta en valor, de una forma práctica y asistencial, de la dimensión de la soledad en la comprensión global de los determinantes, cada vez más frecuentes, de la salud mental de nuestros mayores.

La publicación de estos trabajos da cuenta de la vitalidad de un campo de interés que no ha dejado de crecer y que, en estos tiempos difíciles donde vemos cómo la actual pandemia del virus COVID 19 se encarniza, especialmente, con la población anciana, esperamos que esta vitalidad de investigadores y clínicos empuje, todavía con más fuerza, en favor de nuestros mayores.

---

## SENTIMIENTOS DE AMBIVALENCIA Y CULPA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA. ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS

---

### **Andrés Losada**

Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.  
andres.losada@urjc.es

### **María del Sequeiros Pedroso Chaparro**

Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

### **Laura Gallego-Alberto**

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología.  
Universidad Autónoma de Madrid.

### **Cristina Huertas**

Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

### **María Márquez González**

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología.  
Universidad Autónoma de Madrid.

## **Resumen**

El cuidado familiar de personas con demencia se asocia con consecuencias negativas para la salud mental de los cuidadores. Si bien problemas como la depresión o la ansiedad han recibido mucha atención, otras problemáticas habituales que se asocian a importantes niveles de sufrimiento en los cuidadores, como los sentimientos ambivalentes o la culpa, apenas han sido estudiadas. En este trabajo se realiza una revisión del papel de los sentimientos de ambivalencia y culpa en el proceso de estrés del cui-

dado. Se incluye un modelo descriptivo en el que se describe cómo se relacionan estas dimensiones con otras variables relevantes como los síntomas conductuales y psicológicos asociados a las demencias o la sintomatología depresiva. Finalmente, se plantean potenciales implicaciones del modelo para las intervenciones dirigidas a prevenir la aparición o reducir el impacto de consecuencias emocionales negativas asociadas al cuidado de personas con demencia.

**Palabras clave:** ambivalencia emocional, culpa, cuidadores, demencia.

## AMBIVALENT AND GUILT FEELINGS IN DEMENTIA FAMILY CAREGIVERS. THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS

## Introducción

### El cuidado familiar de personas con demencia

### Abstract

Dementia family caregiving is linked to negative consequences for caregivers' mental health. Even though depression or anxiety have received much attention in research studies, other negative emotions that are frequently suffered by caregivers, such as emotional ambivalence or guilt, have been scarcely studied. In this work we review the role of ambivalent feelings and guilt in the caregiving stress process. We describe a theoretical model in which these variables are related with other relevant dimensions such as behavioral and psychological symptoms of the dementias or depressive symptomatology. Finally, we discuss potential implications of the model for the development of interventions aimed at preventing the occurrence or reducing the impact of negative emotional consequences linked to caring for a relative that has dementia.

**Key Words:** caregivers, dementia, emotional ambivalence, guilt.

El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población se asocian a un aumento significativo en el número de personas que padecen demencia (1). Como es sabido, las personas con demencia necesitan a lo largo del proceso de la enfermedad importantes niveles de supervisión y ayuda para multitud de tareas como, por ejemplo, realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana (por ej., vestirse, manejo de dinero, etc.), así como en el manejo de síntomas psicológicos y conductuales asociados a las enfermedad (por ej., repetición de preguntas, agitación, tristeza o soledad, etc.). La mayoría de estas tareas son realizadas por familiares y, concretamente, por una persona –cuidador principal– que suele ser mujer (hija o esposa de la persona que padece la demencia). Como es lógico, el incremento en millones de personas que padecen demencia se ve traducido en un aumento en número de personas y familias que cuidan a este grupo poblacional.

La situación del cuidado de una persona mayor dependiente, debido a avances socio-sanitarios, se incrementa cada vez más en el tiempo, pudiendo incluso extenderse en más de 20 años (2). Los cuidadores dedican al día un elevado número de horas a las demandantes tareas asociadas al cuidado (2), lo que les lleva a reducir el tiempo dedicado a actividades como el descanso, ocio, relaciones familiares o sociales, etc. Por lo tanto, no resulta sorprendente que el cuidado haya sido definido como una situación pro-

totípica de estrés crónico (3) que se asocia con importantes niveles de malestar físico y psicológico, superiores a los manifestados por personas no cuidadoras (4). Igualmente, los argumentos anteriores permiten comprender por qué modelos teóricos dirigidos a estudiar el estrés, como el modelo socio-cultural de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado (5), han recibido un abundante apoyo empírico.

Las manifestaciones psicológicas que más se han estudiado son la depresión y la carga o sobrecarga, y en menor medida la sintomatología ansiosa. Los datos disponibles muestran tasas de prevalencia destacadas de estas problemáticas. Por ejemplo, metaanálisis recientes muestran un porcentaje de problemas de depresión en un 27.7 y 35.01 % de cuidadores (6), y de ansiedad en un 20.6 y un 46.2 % de cuidadores (7).

Sin embargo, y sorprendentemente, otras manifestaciones de sufrimiento que se observan en muchos cuidadores, como es la ambivalencia emocional (sentimientos mixtos hacia el familiar cuidado) o la culpa, se han estudiado poco, a pesar de que pueden ser relevantes a la hora de comprender el desarrollo de la sintomatología depresiva en los cuidadores (8).

El objetivo principal del presente trabajo es describir los sentimientos de ambivalencia y culpa en cuidadores, presentando un modelo que permita comprender su importancia a la hora de entender el surgimiento y mantenimiento de síntomas depresivos en los cuidadores.

## Ambivalencia en el cuidado

La ambivalencia emocional, definida como la experimentación simultánea de emociones positivas y negativas (9), se ha estudiado

principalmente en padres que presentan actitudes o sentimientos mixtos hacia sus hijos (10; 11), y se ha asociado a menor bienestar psicológico (12). Estudios en los que también se analizan relaciones interpersonales han vinculado también la experiencia de ambivalencia con mayor riesgo de problemas de salud (13; 14).

Si bien se ha considerado que un escenario muy apropiado para su estudio es la situación del cuidado (15), y estudios cualitativos como el de Shim, Barroso y Davis (2012) respaldan la existencia de sentimientos positivos y negativos de forma simultánea hacia la persona cuidada o la experiencia del cuidado, apenas se ha analizado el papel de la ambivalencia en este contexto. Son muchas las situaciones que se producen a lo largo del proceso del cuidado que pueden favorecer la aparición de emociones ambivalentes. Por ejemplo, tal y como indica Coser (1966), la ambivalencia podría ser especialmente intensa en las transiciones de rol, haciéndose más probable una mayor ambivalencia cuando se produce una transición de rol hacia ser cuidador (18). Y algo similar puede pasar en fases finales del proceso, como la institucionalización del familiar enfermo, cuando se pueden dar sentimientos de culpa por “abandonar” al familiar y ansiedad con respecto a su seguridad y bienestar y, a su vez, alivio al verse liberado de las demandas diarias del cuidado y felicidad ante la posibilidad de pasar tiempo libre de forma personalmente valiosa (18). A su vez, los sentimientos de ambivalencia pueden ser más probables en las situaciones de cuidado en las que existía una mala relación previa a la enfermedad, y a su vez la existencia de ambivalencia puede prolongar el sufrimiento de los cuidadores por dificultar un proceso normal de duelo (19). Tal y como mencionan Penning y Wu (2016), los sentimientos de ambivalencia pueden ser

especialmente importantes en mujeres dado que sufren una mayor presión para proporcionar cuidados, incrementándose la posibilidad de que experimenten consecuencias psicológicas negativas.

Con el objetivo de realizar un análisis cuantitativo de la ambivalencia en cuidadores, Losada y colaboradores (2017) desarrollaron un instrumento para su medida de forma directa, la Escala de Ambivalencia del Cuidador (Caregiving Ambivalence Scale; CAS). En una muestra de 401 cuidadores españoles la escala CAS ha mostrado una asociación significativa entre la ambivalencia en el cuidador y el malestar psicológico (21). La escala CAS ha recibido respaldo empírico a través de trabajos como el realizado por AboJabel, Schiffman y Werner (2020), quienes la han validado al árabe y al hebreo. A su vez, a través de la mencionada versión de la escala se ha encontrado una asociación positiva y significativa entre ambivalencia y sintomatología depresiva (22).

## La emoción de culpa en el cuidado

Tradicionalmente, la culpa ha sido descrita como el sentimiento negativo producido por el reconocimiento de la propia violación de un valor o un estándar social relevante para el individuo (23). En el caso de los estudios realizados con cuidadores, la culpa ha sido descrita como la percepción de haber violado (o ser capaz de violar) una norma moral o social relacionada con el cuidado del familiar, tanto en términos de pensamiento como de acción (24; 25). Así mismo, la culpa incluye la expectativa de una responsabilidad moral de cuidar a quien padece la demencia, incluyendo una evaluación negativa y subjetiva del desempeño del cuidador y una sensación de transgresión moral en el desempeño de

las tareas del cuidado (26). La culpa es una emoción con una gran influencia sociocultural, por lo que puede que ciertas manifestaciones de la misma se produzcan más en unas culturas que en otras (27).

Si bien los sentimientos de culpa pueden tener un papel adaptativo, favoreciendo que se produzcan cambios en el comportamiento de una persona (por ejemplo, favorecer el autocontrol (27), en ocasiones pueden aparecer dificultades para regularla que favorezcan que su aparición sea más intensa o recurrente de lo habitual. Por lo tanto, podría diferenciarse entre culpa adaptativa (lleva al cambio) y culpa desadaptativa o patológica (bloquea al individuo o inicia procesos patológicos de rumiación y evitación de conductas adaptativas). Así, por ejemplo, el sentimiento de culpa puede llevar a doblar el esfuerzo que se dedica al cuidado que, ya de por sí, era agotador. Por lo tanto, el grado en el que entre las motivaciones para el cuidado se encuentre la culpa, o el grado en el que las acciones del cuidador sean guiadas por sentimientos de culpa, puede favorecer el desarrollo de un proceso psicopatológico con importantes consecuencias negativas para el proceso del cuidado (28). El contexto del cuidado, muy unido a conceptos como el sufrimiento o la pérdida, favorece mucho el surgimiento de la culpa. Por ejemplo, y basándonos en el trabajo de Meuser y Marwit (2001), es frecuente que aparezca tras una fase de rechazo inicial de la enfermedad del familiar, cuando ya no se puede evitar la realidad de la enfermedad, tras la decisión de ingresar al familiar en una residencia, tras la pérdida (duelo real o duelo anticipado), u otras situaciones habituales en el proceso del cuidado. Y la probabilidad de padecer sentimientos de culpa puede mantenerse tras el cuidado, asociada a importantes sentimientos de pérdida, fruto de conflictos no



resueltos asociados a culpa o arrepentimiento por decisiones que se tomaron durante el cuidado (30). Un ejemplo de la importancia de la culpa tras momentos críticos en el proceso del cuidado, es el del ingreso del familiar en una residencia. Así, por ejemplo, la culpa evaluada con el Cuestionario de Culpa tras el Ingreso (31) muestra importantes asociaciones con depresión, carga, bienestar e incluso conflictos con el personal de la residencia (31).

A pesar del limitado número de estudios sobre esta variable, la culpa ha sido propuesta como un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento del malestar psicológico experimentado por los cuidadores familiares, ya sea aquellos en los que su familiar padece algún tipo de demencia (32), cáncer (25) o, esquizofrenia (33; 34).

En cuidadores de familiares con demencia, los estudios han revelado que la culpa es un constructo multidimensional y complejo. En este sentido, Losada y cols. (2010) crearon el Cuestionario de Culpa del Cuidador y obtuvieron hasta cinco factores componentes del constructo de la culpa en cuidadores: culpa por comportarse de forma inadecuada con el familiar; por no superar los desafíos del cuidado; por auto-cuidarse; por abandonar a otros familiares; y por experimentar emociones negativas hacia otros. A su vez, los autores obtuvieron asociaciones significativas entre los sentimientos de culpa y una mayor frecuencia de problemas conductuales en la persona con demencia, mayor sintomatología depresiva, ansiedad, carga y una menor frecuencia de actividades de ocio y tiempo libre. Otras investigaciones más recientes han obtenido datos similares, obteniendo asociaciones significativas entre la culpa y mayores niveles de depresión, ansiedad, ambivalencia, fusión cognitiva e incluso menor nivel de compromiso con valores relevantes

para la persona (8; 35; 36; 37; 38; 39).

Por otro lado, otros estudios han encontrado evidencias que sugieren que la emoción de culpa también juega un papel modulador en el proceso de estrés y afrontamiento, potenciando el impacto del cuidado en el bienestar del cuidador. Así, por ejemplo, Romero-Moreno y cols. (2014) mostraron que la culpa moderaba la relación entre la frecuencia de actividades de ocio y la depresión, en concreto, en las hijas cuidadoras. Específicamente, la asociación entre la escasa realización de actividades de ocio y la sintomatología depresiva era mayor en las cuidadoras que informaban de mayores niveles de culpa. A su vez, Feast et al. (2017) han encontrado datos que sugieren que la culpa lleva a los cuidadores a sentirse menos competentes y a percibir más carga del cuidado, lo que a su vez favorece que informen de más estrés asociado a los comportamientos problemáticos asociados a las demencias.

La literatura disponible sobre culpa en cuidadores parece sugerir la importancia del parentesco como variable relevante para el estudio de esta emoción. Aquellos cuidadores que cuidan de un progenitor, especialmente las mujeres, parecen ser especialmente vulnerables a la culpa, informando de elevados niveles de culpa y mayor malestar asociado a esta (8; 37; 38; 40; 41). Una de las explicaciones propuestas más extendidas en la literatura ha sido la mayor posibilidad de presencia de incompatibilidad de roles en hijas (p. ej., cuidar de su familiar y dedicar tiempo al trabajo, otros familiares, etc.), que podría asociarse con mayores niveles de culpa (42; 43).

En relación con factores que contribuyen al surgimiento de la emoción de culpa, algunas aproximaciones al estudio de esta emoción (44) sugieren que ésta no sólo tiene origen a partir de la auto-evaluación que hace el

cuidador sobre la adecuación de sus acciones a sus estándares referentes al cuidado, sino que diferentes acciones realizadas por otras personas del entorno (por ej., críticas hacia el rol de cuidador, realizadas bien por el familiar que padece demencia, bien por otros familiares), pueden favorecer la aparición de sentimientos de culpa en cuidadores. En la Tabla 1 se muestra un resumen de potenciales fuentes generadoras de sentimientos de culpa en cuidadores familiares de personas con demencia.

Tabla 1. Potenciales fuentes generadoras de culpa en el cuidado.

Comportamientos calificados por el propio cuidador como inadecuados o erróneos hacia el familiar (por ej., perder los nervios y gritar)
Culpa por realizar actividades dirigidas a su autocuidado u otras áreas de valor (por ej., sentirse culpable por salir a tomar un café sin su familiar)
Culpa derivada de la experimentación de emociones negativas tanto hacia la persona con demencia como hacia otros (culpabilidad por sentirse mal, triste o enfadado)
Culpa por abandonar otras áreas o actividades de su vida (por ej., dedicar menos tiempo a su pareja o hijos por realizar el cuidado de un progenitor con demencia)
Culpa por los cambios en dinámicas y roles en la relación con la persona con demencia (por ej., dejar de ser el “hijo” para asumir un rol más directivo hacia el progenitor afectado por la demencia)
Culpa inducida o derivada de las acciones realizadas por la persona con demencia (por ej., sentirse culpable por salir de casa, tras ser criticado por esta conducta por el familiar enfermo (“me abandonas”))
Culpa inducida o derivada de las acciones y comentarios de otros familiares (por ej., sentirse culpable tras críticas recibidas por su actuación como cuidador por parte de otros familiares)

## Un modelo teórico para comprender la influencia de la ambivalencia y la culpa sobre la sintomatología depresiva

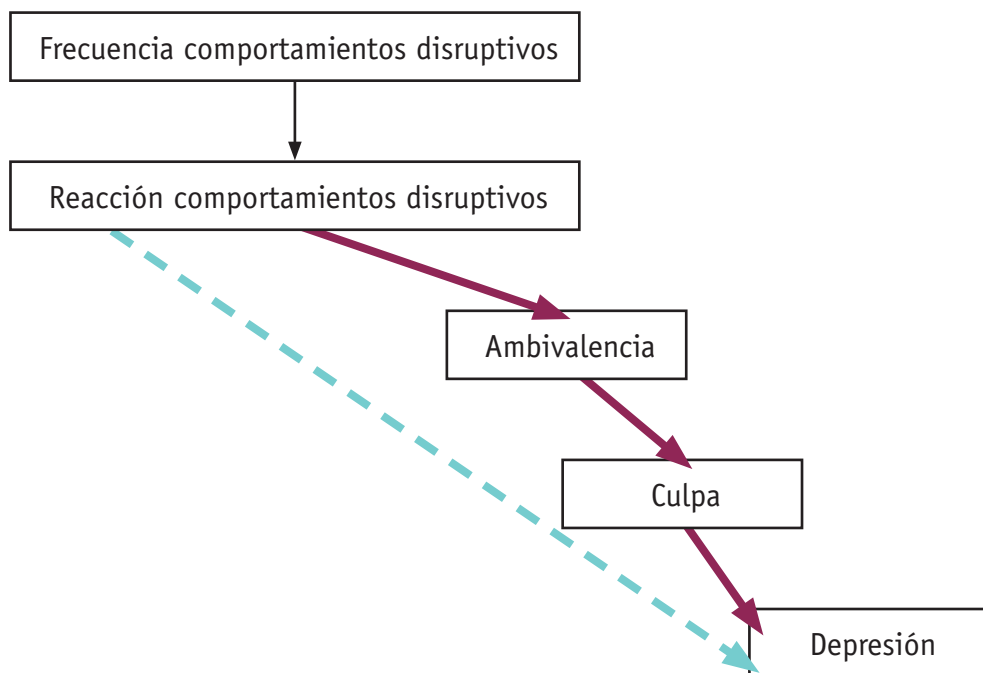
Diferentes modelos teóricos cuentan con una fuerte evidencia empírica a la hora de explicar la presencia de angustia emocional en los cuidadores, como es el caso del modelo de estrés y afrontamiento (5). El elemento central de este modelo tiene que ver con el papel de los estresores del cuidado (por ej., los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, como la agresividad o la repetición de preguntas) en la explicación de los importantes niveles de malestar psicológico y físico en los cuidadores (45). La gran mayoría de estudios que han analizado el malestar psicológico de los cuidadores se han centrado en la depresión, la carga y la ansiedad. Sorprende, sin embargo, que a pesar del importante número de cuidadores que experimentan ambivalencia emocional o culpa, el papel de estas variables en el proceso de estrés de los cuidadores apenas se haya estudiado. Esto es especialmente llamativo si se tiene en cuenta la importante asociación existente entre estas experiencias emocionales y la sintomatología depresiva (32; 37).

Losada, Márquez-González, Vara-García, Gallego-Alberto, Romero-Moreno y Pillemer (2018) obtuvieron apoyo empírico para un modelo de estrés y afrontamiento que incluía el análisis del papel de la ambivalencia emocional y la culpa en la explicación de la sintomatología depresiva de los cuidadores. En el mencionado estudio se encontró que los sentimientos de ambivalencia y culpa de los cuidadores de personas con demencia tienen una especial influencia sobre la sintomatología depresiva cuando la persona cuidada presenta comportamientos disruptivos (8).

Si bien parece existir un claro consenso en la literatura acerca del impacto de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias sobre el malestar de los cuidadores (por ej., depresión y ansiedad), los datos del estudio de Losada et al. (2018) sugieren que la relación entre ambas variables no es directa, sino que podría estar mediada por los sentimientos de ambivalencia y culpa (ver Figura 1), entre otras posibles variables. En este punto es importante partir de una situación al origen del cuidado en la que una persona asume el cuidado de un familiar que, normalmente, es muy querido (por ej., madre o padre, o pareja). Así, cuando la persona con demencia presenta conductas disruptivas de manera frecuente y estresante para el cuidador, es fácil comprender que surjan pensamientos o emociones hasta ahora poco presentes en la vida de los cuidadores (por ej., ira, rabia, odio, deseo de que “esto se acabe pronto” o de que “sería mejor para todos que muriese”). Estos pensamientos o emociones negativas conviven con el cariño o amor hacia la persona cuidada, generando sentimientos ambivalentes, que generan un conflicto interno en el cuidador que es percibido como muy desagradable (46). El padecimiento de pensamientos, emociones o conductas desagradables generan a su vez pensamientos o emociones asociadas a la culpa, puesto que chocan por completo con valores culturales fundamentales como el amor y respeto a la familia. Tal y como encontraron Losada et al. (2018), tales sentimientos de culpa se relacionan de manera significativa con una mayor sintomatología depresiva en los cuidadores.

Como sugiere en la Figura 1, los datos transversales obtenidos en el estudio de Losada et al. (2018) sugieren que el impacto de los comportamientos disruptivos sobre la depresión de los cuidadores tiene lugar

Figura 1. Efecto mediador de la ambivalencia y la culpa en la relación entre comportamientos disruptivos asociados a la demencia y depresión del cuidador.



cuando éstos generan sentimientos de ambivalencia y culpa en los cuidadores. Estos resultados sugieren que esto ocurre cuando la intensidad de la frecuencia de los comportamientos y el malestar que estos comportamientos generan en el cuidador es elevada.

### Intervención psicológica dirigida a los sentimientos de culpa asociados al cuidado

A pesar de que los sentimientos de culpa son frecuentemente experimentados por los cuidadores y pueden tener evidentes con-

secuencias negativas, la mayoría de intervenciones psicológicas desarrolladas en el ámbito del cuidado han estado dirigidas a reducir sintomatología depresiva (47) y apenas se ha abordado la experiencia de culpa. Una de las posibles razones podría ser que la culpa es una experiencia emocional compleja y multicausal, difícil de operativizar, y cuyo papel en el proceso de afrontamiento del estrés está aún poco claro.

Recientemente, Gallego-Alberto, Márquez-González, Romero-Moreno, Cabrera y Losada (2019) han desarrollado un estudio piloto sobre una intervención dirigida específicamente hacia los sentimientos de culpa en cuidadores. En el programa participaron ex-

clusivamente cuidadores con altos niveles de culpa y malestar (depresión y/o ansiedad), y se obtuvieron reducciones clínicamente significativas no sólo en culpa, sino también en sintomatología ansiosa y depresiva (48).

El programa de intervención está basado en estudios previos de intervención (por ej., 49; 50) así como en estudios sobre la culpa en el cuidado (25; 32; 37; 40). Los contenidos del programa giran en torno a tres creencias disfuncionales que se relacionan con el origen o mantenimiento de los sentimientos de culpa en cuidadores. Concretamente, las creencias son: “Debo ser un cuidador competente y perfecto. Debo tener el cuidado bajo control”, “El autocuidado es una conducta egoísta. El bienestar y satisfacción de mi familiar es mi mayor y única responsabilidad”, y “Debo experimentar emociones y pensamientos positivos hacia mi familiar y hacia mi papel como cuidador. No es correcto experimentar emociones y pensamientos negativos asociados al cuidado”. A lo largo del programa de intervención se realizan ejercicios para ayudar a los cuidadores a explorar sus sentimientos de culpa u otras emociones negativas asociadas a las creencias mencionadas. Por ejemplo, se analiza cómo se han sentido los cuidadores cuando han realizado alguna actividad de ocio sin su familiar o si no la han realizado para evitar la posibilidad de sentirse culpable por hacer algo sin el familiar. Igualmente, se analiza como en el cuidado existen diferentes “disparadores” de sentimientos de culpa (por ej., cometer “errores” como gritar o perder el control, tener emociones o pensamientos negativos) que llevan a que el cuidador emita un juicio personal negativo hacia sus acciones realizadas. Tales juicios pueden tener a su vez consecuencias cognitivas, emocionales o conductuales negativas como, por ejemplo, evitar actividades placenteras, no ser

asertivo y no poner límites, evitar el autocuidado, etc.

A pesar de que se analiza el efecto de las creencias o conductas del cuidador en el proceso del cuidado, el objetivo de esta intervención no es cambiar las creencias, como se hace en terapias cognitivo-conductuales (51), sino ayudar a los cuidadores a que comprendan, acepten y toleren la emoción de culpa u otras emociones negativas que surjan, siguiendo pautas basadas en la terapia de Aceptación y Compromiso (52) y la terapia centrada en la compasión (53). Los objetivos de la terapia son incrementar la conciencia sobre la existencia de las creencias mencionadas, su relación con la culpa y las consecuencias de actuar “fusionados” con tales creencias. Se trata de lograr evitar los efectos de la culpa patológica, que lleva a las personas a renunciar a sus intereses personales desviándose de los caminos que les llevan a sus valores. En este sentido, se entrena en la aceptación de las emociones negativas (especialmente la culpa) y la realización de actividades orientadas a valores personales a pesar de experimentar culpa al realizarlas. Todo esto se complementa con ejercicios dirigidos a aumentar los niveles de autocompasión (48).

## Conclusiones

Tal y como se ha revisado en este trabajo, los sentimientos de ambivalencia y culpa son emociones negativas y muy dolorosas para los cuidadores. Estas emociones están muy presentes en el contexto del cuidado, en el que el afecto y el estrés se mezclan, algo que favorece su aparición. Las hijas son especialmente vulnerables a su padecimiento, posiblemente porque afrontan multitud de tareas y responsabilidades que entran en conflicto

con el rol de cuidadoras que, a su vez, tiene una saliencia especial por la influencia de la sociedad y lo cultural, que dificulta actuar de forma contraria a “lo que se debe esperar de un familiar que cuida de otro que está enfermo”.

Como se ha visto, son muchas las fuentes potenciales de sentimientos de culpa en el cuidador, siendo precisamente la ambivalencia emocional una causa destacada para su padecimiento. El estrés al que están sometidos los cuidadores, fundamentalmente cuando existen altos niveles de frecuencia de síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, favorece el surgimiento de emociones o pensamientos negativos en el contexto del cuidado de una persona querida. La importancia de la familia, moldeada por la cultura y los procesos de socialización, favorece que la aparición de emociones o pensamientos negativos los familiares hacia sean valorados como el fruto de una afrenta o violación a valores principales del sujeto, lo que es percibido como muy aversivo por parte de las personas que cuidan. Esta aversión se traduce en sentimientos de culpa que promueven conductas posteriores dirigidas a evitar su padecimiento.

Tal y como se sugiere en este trabajo, los resultados preliminares obtenidos a través de una intervención específicamente diseñada para reducir sentimientos de culpa en las personas que cuidan sugieren que se puede ayudar a reducir los niveles significativos de culpa y malestar asociado (depresión y ansiedad). Los resultados del estudio piloto de intervención en culpa (48) parecen confirmar la importancia de diseñar intervenciones lo más individualizadas posibles dirigidas a objetivos específicos relevantes para la problemática manifestada por los cuidadores (47; 50). Sin embargo, a pesar del optimismo al que tales resultados provisionales pue-

den llevar, son necesarios estudios adicionales y con mayor potencia metodológica (por ejemplo, mayor tamaño muestral y diseños aleatorizados y controlados) que permitan obtener conclusiones con mayor respaldo empírico acerca del efecto de intervenciones dirigidas a reducir los niveles de culpa en cuidadores.

En cualquier caso, consideramos que la mayor atención que está recibiendo en los últimos años el estudio de la ambivalencia y la sintomatología de culpa en cuidadores favorecerá que en un futuro próximo se pueda disponer de recursos terapéuticos que ayuden a reducir el malestar psicológico asociado a la culpa y el sufrimiento que padecen muchos cuidadores.

## Agradecimientos

Este trabajo ha sido respaldado por el proyecto PSI2015-65152-C2-1-R, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

## Referencias

1. World Health Organization. Dementia. [en línea]. 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Alzheimer's Association. 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2019; 15(3): 321-387.
3. Vitaliano PP, Young HM, Zhang Y. Is caregiving a risk factor for illness?. *Curr Dir Psychol Sci*. 2004; 13(1): 13-16.
4. Schulz R, Beach SR, Czaja, SJ, Martire LM., Monin JK. Family caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol*. 2020; 71: 635-659.
5. Knight BG, Sayegh P. Cultural values and caregiving: The updated sociocultural stress and coping model. *J Gerontol B*. 2010; 65 (1): 5-13.
6. Collins RN, Kishita N. Prevalence of depression and burden among informal care-givers of people with dementia: a meta-analysis. *Ageing Soc*. 2019: 1-38.
7. Kaddour L, Kishita N. Anxiety in informal dementia carers: a meta-analysis of prevalence. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2019.
8. Losada A, Márquez-González M, Vara-García C, Gallego-Alberto L, Romero-Moreno R, Pillemer K. Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25(1): 59-64.
9. van Harreveld F, Nohlen HU, Schneider IK. You shall not always get what you want: The consequences of ambivalence toward desires. En: *The psychology of desire*. Hofmann W. y Nordgren F. L. (Eds.) New York, The Guilford Press; 2015: 267-285.
10. Pillemer K, Suitor JJ. Explaining mothers' ambivalence toward their adult children. *J Marriage Fam*. 2002; 64(3): 602-613.
11. Pillemer K, Suitor JJ, Mock SE, Sabir M, Pardo TB, Sechrist J. Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families. *J. Soc. Issues*. 2007; 63(4): 775-791.
12. Fingerman KL, Pitzer L, Lefkowitz ES, Birditt KS, Mroczek D. Ambivalent relationship qualities between adults and their parents: Implications for the well-being of both parties. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008; 63(6): 362-371.
13. Birmingham WC, Uchino BN, Smith TW, Light KC, Butner J. It's complicated: Marital ambivalence on ambulatory blood pressure and daily interpersonal functioning. *Ann Behav Med*. 2015; 49(5): 743-753.
14. Uchino BN, Cawthon RM, Smith TW, Light KC, McKenzie J, Carlisle M, et al. Social relationships and health: Is feeling positive, negative, or both (ambivalent) about your social ties related to telomeres?. *Health Psychol*. 2012; 31(6): 789.

15. Connidis IA, McMullin JA. Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective. *J Marriage Fam.* 2002; 64(3): 558-567.
16. Shim B, Barroso J, Davis LL. A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(2): 220-229.
17. Coser RL. (1966). Role distance, sociological ambivalence, and transitional status systems. *Am J Sociol.* 1966; 72(2): 173-187.
18. Pillemer K, Sutor JJ, Losada A. Ambivalence, families and care. *Int J Care Caring.* 2019; 3(1): 9-22.
19. Lindgren CL, Connelly CT, Gaspar HL. Grief in spouse and children caregivers of dementia patients. *West J Nurs Res.* 1999; 21(4): 521-537.
20. Penning MJ, Wu Z. Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist.* 2016; 56(6): 1102-1113.
21. Losada A, Pillemer K, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Gallego-Alberto L. Measuring ambivalent feelings in dementia family caregivers: The caregiving ambivalence scale. *Gerontologist.* 2017; 57(3): e37-e46.
22. AboJabel H, Schiffman IK, Werner, P. The Arabic and Hebrew versions of the caregiving ambivalence scale (CAS): examining its reliability, validity, and correlates among Israeli caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health.* 2020: 1-7.
23. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 62(2): 318.
24. Duggleby W, Doell H, Cooper D, Thomas R, Ghosh S. The quality of life of male spouses of women with breast cancer: Hope, self-efficacy, and perceptions of guilt. *Cancer Nurs.* 2014, 37(1): E28-E35.
25. Spillers RL, Wellisch DK, Kim Y, Matthews A, Baker F. Family caregivers and guilt in the context of cancer care. *Psychosomatics.* 2008; 49(6): 511-519.
26. Prunty MM, Foli KJ. Guilt experienced by caregivers to individuals with dementia: A concept analysis. *Int J Older People Nurs.* 2019; 14(2): e12227.
27. Etxebarria I. (2000). Guilt: an emotion under suspicion. *Psicothema*, 12, 101-106.
28. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009; 11(2): 217.
29. Meuser TM, Marwit SJ. A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *Gerontologist.* 2001; 41(5): 658-670.
30. Sanders S, Ott CH, Kelber ST, Noonan P. The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Stud.* 2008, 32(6): 495-523.



31. Davis JD, Hill BD, Pillemer S, Taylor J, Tremont G. Guilt after placement questionnaire: a new instrument to assess caregiver emotional functioning following nursing home placement. *Aging Ment Health*. 2019; 23(3): 352-356.
32. Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Romero-Moreno R. Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(4): 650-660.
33. Boye B, Bentsen H, Malt UF. Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia?. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106(5): 351-357.
34. Cherry MG, Taylor PJ, Brown SL, Rigby JW, Sellwood W. Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2017; 249: 139-151.
35. Feast A, Orrell M, Russell I, Charlesworth G, Moniz-Cook E. The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioural and psychological symptoms in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017; 32(1): 76-85.
36. Gallego-Alberto L, Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Vara C. Commitment to personal values and guilt feelings in dementia caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2017; 29(1): 57-65.
37. Gonyea JG, Paris R, de Saxe Zerden L. Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2008; 12(5): 559-567.
38. Roach L, Laidlaw K, Gillanders D, Quinn K. Validation of the Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ) in a sample of British dementia caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(12): 2001-2010.
39. Romero-Moreno R, Márquez-González M, Losada A, Gillanders D, Fernández-Fernández V. Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the spanish version of the cognitive fusion questionnaire. *Psicol Conductual*. 2012; 22(1).
40. Romero-Moreno R, Losada A, Marquez M, Laidlaw K, Fernández-Fernández V, Nogales-González C, López J. Leisure, gender, and kinship in dementia caregiving: psychological vulnerability of caregiving daughters with feelings of guilt. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; 69(4): 502-513.
41. Ankri J, Andrieu S, Beaufils B, Grand A, Henrard JC. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(3): 254-260.
42. Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, Zanetti O. Needs of caregivers of the patients with dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 51(1): 54-58.
43. Stephens M.A.P, Townsend AL, Martire LM, Druley JA. Balancing parent care with other roles: Interrole conflict of adult daughter caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56(1): 24-34.

44. Fisher L, Lieberman MA. The effects of family context on adult offspring of patients with Alzheimer's disease: A longitudinal study. *J Fam Psychol.* 1996; 10(2): 180.
45. Fauth EB, Gibbons A. Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2014; 29(3): 263-271.
46. Pillemer K, Suitor JJ. Ambivalence in intergenerational relations over the life-course. En: *Intergenerational relations across time and place.* Silverstein, M., Giarrusso, R., y Bengtson V. L. (Eds.), New York: Springer; 2005: 3-28.
47. Cheng ST, Li KK, Losada A, Zhang F, Au A, Thompson L, Gallagher-Thompson D. The Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Informal Dementia Caregivers: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology and Aging.* En Prensa
48. Gallego-Alberto L, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Cabrera I, Losada A. Pilot study of a psychotherapeutic intervention for reducing guilt feelings in highly distressed dementia family caregivers (Innovative practice). *Dementia.* En prensa.
49. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, López J, Fernández-Fernández V, Nogales-González C. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(4): 760.
50. Márquez-González M, Romero-Moreno R, Cabrera I, Olmos-Albacete R, Pérez-Miguel A, Losada A. Tailored versus Manualized interventions for Dementia Caregivers: the Functional Analysis-guided Modular Intervention. *Psychol Aging.* En prensa.
51. Márquez-González M, Losada A, Izal M, Pérez-Rojo G, Montorio I. Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging Ment Health.* 2007; 11(6): 616-625.
52. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy.* Washington, DC: American Psychological Association. 2009.
53. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009; 15(3): 199-208.

---

## LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO CON OJOS DE NEURÓLOGO

---

### Juan Bello López

Jefe de Área de Enfermedades Neurodegenerativas.

Servicio de Neurología. Hospital Moisès Broggi. L'Hospitalet y Sant Joan Despí.

Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

jbello@csi.cat

### Resumen

La depresión es un proceso que se observa más frecuentemente en personas con enfermedades neurológicas que en la población general. Las manifestaciones clínicas de la depresión en los pacientes neurológicos pueden ser algo diferentes de las habituales. Por otra parte, supone un factor de riesgo para sufrir enfermedades neurodegenerativas y, a su vez, empeora el pronóstico de la patología neurológica.

Aunque la depresión es frecuente en diversas enfermedades neurológicas, nos centraremos en las patologías vascular y neurodegenerativa, mucho más frecuentes en población geriátrica. La depresión postictus ocurre en uno de cada tres pacientes que han sufrido un ictus y es uno de los principales factores

que dificultan la recuperación. La depresión es el segundo síndrome neuropsiquiátrico más frecuente en la enfermedad de Alzheimer tras la apatía. En la enfermedad de Parkinson la depresión es la manifestación psiquiátrica más frecuente.

Las técnicas de neuroimagen están haciendo avanzar nuestros conocimientos sobre la neurobiología de la depresión y podrían ayudarnos, en un futuro, en el diagnóstico y en el control del tratamiento.

El diagnóstico de la depresión en el paciente geriátrico con enfermedad neurológica concomitante adolece de la falta de escalas de evaluación específicas por lo que se siguen los criterios diagnósticos generales. En cuanto al tratamiento, tampoco existen protocolos terapéuticos específicos para el paciente neurogeriátrico con depresión.

## Abstract

Depression is a process that is observed more frequently in people with neurological diseases than in the general population. The clinical manifestations of depression in neurological patients may be somewhat different than usual. On the other hand, it represents a risk factor for neurodegenerative diseases and, in turn, worsens the prognosis of neurological pathology.

Although depression is common in various neurological diseases, we will focus on vascular and neurodegenerative pathologies, much more frequent in geriatric population. Post-stroke depression occurs in one in three patients who have suffered a stroke and is one of the main factors that make recovery difficult. Depression is the second most common neuropsychiatric syndrome in Alzheimer's disease after apathy. In Parkinson's disease, depression is the most frequent psychiatric manifestation.

Neuroimaging techniques are advancing our knowledge about the neurobiology of depression and could help us, in the future, in the diagnosis and control of treatment.

The diagnosis of depression in the geriatric patient with concomitant neurological disease suffers from the lack of specific evaluation scales, so the general diagnostic criteria are followed. Regarding treatment, there are no specific therapeutic protocols for the neurogeriatric patient with depression.

## Introducción

La depresión es frecuente en los pacientes con enfermedades neurológicas, mucho más que en la población general (1). En diversos estudios epidemiológicos se observa una prevalencia vital de depresión de alrededor del 10-12% en hombres y del 20-25% en mujeres. En cambio, en pacientes con enfermedades neurológicas estas cifras son notablemente mayores, situándose, en general, entre el 30 y el 50% (tabla 1) (1,2).

Las manifestaciones clínicas de la depresión pueden ser algo diferentes en los pacientes con enfermedades neurológicas debido a la coexistencia del déficit neurológico, que puede conllevar problemas de comunicación, con lo cual el diagnóstico se hace más difícil. En el anciano, además, existe un predominio de sintomatología somática y cognitiva y esto hace que la depresión en el paciente geriátrico con enfermedad neurológica esté infradiagnosticada e infratratada (3).

La depresión y las enfermedades neurológicas tienen unas relaciones bidireccionales complejas. Así, la depresión puede ser factor de riesgo para desarrollar determinadas enfermedades como los ictus o el Alzheimer y viceversa, las enfermedades cerebrovasculares y las demencias asocian un mayor riesgo de depresión. Por otra parte, en los procesos neurodegenerativos la sintomatología depresiva puede ser una primera manifestación clínica o una complicación que aparezca durante el curso evolutivo de la enfermedad (1,3).

En este artículo, no revisaré la depresión asociada a algunas enfermedades como migraña, epilepsia y esclerosis múltiple, sino que me centraré en patologías más propias de la edad geriátrica como lo son las enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas.

Tabla 1. Frecuencia de depresión en diversas enfermedades neurológicas

Enfermedad neurológica	Porcentaje
Migraña	10-50%
Epilepsia	25-40%
Esclerosis múltiple	25-65%
Ictus	30-50%
Alzheimer	35-50%
Parkinson	25-40%

## Sintomatología de la depresión en el paciente neurogeriátrico

El paciente anciano con depresión a menudo no expresa tristeza, incluso cuando se le pregunta directamente si está triste responde que no. En cambio, otros síntomas son más frecuentes como la anhedonia, la ansiedad y la falta de concentración. Datos como la pérdida de peso, las alteraciones del sueño y la fatiga pueden deberse tanto a la depresión como a la enfermedad neurológica asociada, por lo que no son útiles para el diagnóstico diferencial. Como tampoco lo es la apatía, un síntoma muy frecuentemente acompañante de la depresión, pero también de los procesos neurodegenerativos (4)

Los problemas de lenguaje que pueden tener los pacientes con enfermedad neurológica dificultan la expresión verbal de los sentimientos. También, otros déficit neurológicos, la lentitud motora, la hipomimia pueden ser elemento de confusión para el diagnóstico de depresión. Por otra parte, en

muchos pacientes se mezclan los síntomas cognitivos y afectivos contribuyendo a dificultar el diagnóstico. Todo lo anteriormente expuesto exige del médico una mayor atención y alerta para detectar sintomatología depresiva en esta población (3)

## La depresión en las enfermedades vasculares cerebrales

### Depresión postictus

La depresión ocurre en aproximadamente un tercio de personas que sufren un ictus, pudiendo aparecer de forma precoz, en los primeros tres meses tras el evento vascular cerebral, o de forma tardía.

Se ha intentado encontrar relación entre el tamaño y la topografía lesional y la mayor o menor incidencia de depresión posictus. En general, se admite que los ictus que afectan

a regiones frontales, sobre todo izquierdas, se asocian con una mayor frecuencia de depresión. También a mayor tamaño de la lesión vascular, mayor riesgo de depresión. Las lesiones subcorticales ocasionan más depresión que las corticales.

La existencia de depresión complica la evolución del ictus, siendo uno de los factores que más dificultan la rehabilitación.

Al igual que ocurre en otras enfermedades neurológicas, no existe acuerdo sobre el antidepresivo de elección en el paciente con depresión postictus. En algunos estudios se especula que determinados antidepresivos podrían mejorar las funciones motora y cognitiva aparte de los síntomas afectivos, pero no existen resultados concluyentes a este respecto (5).

## Depresión tardía y depresión vascular

La depresión tardía se define como la presentación de un primer episodio depresivo en un paciente mayor de 60 años. En este grupo de edad, la depresión se asocia con una alta incidencia de deterioro cognitivo (6). Cuando existen factores de riesgo vascular concomitantes y se objetivan lesiones isquémicas de sustancia blanca en la resonancia magnética, hablamos de depresión vascular, término introducido en los años 90 del pasado siglo por Alexopoulos y colaboradores (7). La depresión tardía y, sobre todo, la depresión vascular aumentan de forma importante el riesgo de demencia.

## La depresión en enfermedades neurodegenerativas

### Depresión en las demencias

- 1.- *Enfermedad de Alzheimer.* La depresión es el síndrome neuropsiquiátrico más frecuente en el Alzheimer después de la apatía, pudiendo estar presente en el 30-50% de los pacientes a lo largo de toda la enfermedad. La presencia de depresión se asocia con un empeoramiento cognitivo y funcional más rápido, institucionalización precoz y mayor mortalidad en el paciente con demencia tipo Alzheimer. En esta, como en otras enfermedades neurodegenerativas, la depresión puede actuar tanto como factor de riesgo, como síntoma de presentación o como complicación. La sintomatología depresiva en estos pacientes muestra un predominio de ansiedad, irritabilidad, fatiga y menor sentimiento de culpa y tendencia al suicidio (3,8). En 2002, Olin y colaboradores propusieron unos criterios diagnósticos específicos para la depresión en la enfermedad de Alzheimer, pero no han alcanzado una aplicación general en la práctica clínica (9).
- 2.- *Demencia vascular.* Segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular conlleva una prevalencia de depresión similar o incluso más alta, 40-50% de los pacientes la presentarán. Aquí influyen diversos factores como son el tipo de demencia vascular (de gran vaso, de pequeño vaso, infarto estratégico) y la topografía de las lesiones, siendo más frecuente la sintomatología depresiva en la patología vascular subcortical. Conviene recordar en este punto que los pacientes

con acumulación de lesiones vasculares cerebrales pueden presentar un síndrome pseudobulbar, caracterizado por labilidad emocional (llanto espasmódico), entre otros síntomas, que puede confundirse con la sintomatología depresiva (10)

3.- *Demencia con cuerpos de Lewy*. La demencia con cuerpos de Lewy se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo, con predominio de manifestaciones disejecutivas y visuoespaciales, acompañado de parkinsonismo, alucinaciones visuales, que ya aparecen en las fases iniciales, y fluctuaciones cognitivas. La prevalencia de depresión se sitúa entre el 15 y el 50% y, en este caso, se ha asociado con la depleción de dopamina. Suele ocurrir en fases más precoces del curso evolutivo y ser más grave clínicamente que en la enfermedad de Alzheimer. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, molecularmente también una alfasinucleinopatía, se considera hoy en día como otro extremo del mismo espectro clínico (11)

4.- *Demencia frontotemporal*. La demencia frontotemporal agrupa un grupo heterogéneo de enfermedades, tanto desde el punto de vista clínico, con dos grandes síndromes que son la variante conductual de la demencia frontotemporal y la afasia progresiva primaria, variantes no fluente y semántica, como desde el punto de vista molecular, pudiendo existir depósito de diversas proteínas como tau, TDP-43 y otras. En este grupo de demencias, sobre todo en la variante conductual, existe historia familiar en el 30-40% de los casos, aunque sólo del 10-20% de los casos tienen herencia autosómica dominante. La prevalencia de depresión se sitúa en torno al 40% y

es una entidad que, con frecuencia, se diagnostica de patología psiquiátrica en fases iniciales (12)

5.- *Diagnóstico diferencial entre depresión y demencia*. En el paciente anciano deprimido nos encontramos con frecuencia con el problema de saber si el deterioro cognitivo está simplemente asociado a la depresión o se trata de una manifestación de un proceso neurodegenerativo subyacente. En este contexto, el diagnóstico diferencial puede ser especialmente difícil, ya que la depresión suele afectar de forma predominante atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento mental, pero también pueden producir alteración de la memoria. Se recomienda, en estos casos, realizar tratamiento antidepressivo y reevaluación cognitiva en 3-6 meses.

Todavía se utiliza el término pseudodemencia depresiva para designar aquellos casos de depresión que se acompañan de un síndrome demencial que es reversible con el tratamiento antidepressivo. Sería recomendable no usar esta terminología pues implica un concepto falso de benignidad, ya que se ha comprobado que los pacientes con la llamada pseudodemencia depresiva tienen un riesgo alto de presentar demencia en el futuro. Los biomarcadores de enfermedad de Alzheimer, bioquímicos y de neuroimagen, pueden ser de ayuda diagnóstica en casos seleccionados (13).

## Depresión en los trastornos del movimiento

1.- *Enfermedad de Parkinson*. La depresión es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente en la enfermedad de Parkinson

y, además, comparten algunos síntomas como lentitud, hipomimia, disminución de la fluencia verbal, con lo que pueden existir, ocasionalmente, dificultades de diagnóstico diferencial. Actualmente, la depresión está catalogada dentro de la sintomatología no motora de la enfermedad de Parkinson, pudiendo ser un síntoma premotor o prodrómico. Al igual que ocurre en la enfermedad de Alzheimer, la depresión actúa también como factor de riesgo. El paciente parkinsoniano también presenta con frecuencia apatía que no hay que confundir con la depresión (8).

- 2.- *Otros trastornos del movimiento.* Los síndromes parkinsonianos atípicos, atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva y degeneración corticobasal, sobre todo esta última, asocian depresión con frecuencia. También es muy alta la prevalencia de depresión en el parkinsonismo vascular. La corea de Huntington es una enfermedad autosómica dominante con manifestaciones motoras, cognitivas y psiquiátricas que suele iniciarse clínicamente en torno a los 30-40 años. La depresión es la alteración psiquiátrica más frecuente. Es conveniente recordar que en un 10% de los pacientes la enfermedad se inicia por encima de los 60 años (Huntington tardío) y en este grupo el 30% se presentan con síntomas no motores (3).

## Neuroimagen en la depresión

En los últimos años se han producido avances tecnológicos que han permitido conocer mejor los cambios estructurales y funcionales que ocurren en el cerebro de las personas depresivas (14)

- 1.- *Neuroimagen estructural.* Numerosos estudios neuropatológicos concuerdan en que la depresión se asocia con una reducción del volumen de la sustancia gris, sobre todo en determinadas áreas como el córtex prefrontal dorsolateral, medial y orbitofrontal y áreas límbicas como hipocampo, amígdala y córtex cingulado anterior (15). Estos hallazgos se han confirmado mediante técnicas de neuroimagen que muestran alteraciones no sólo de sustancia gris, sino también de sustancia blanca (14,16). Actualmente, con técnicas de imagen por tensor de difusión, mediante resonancia magnética, se pueden identificar las fibras de la sustancia blanca que conectan las diversas áreas corticales. Esto es útil, no solo para evidenciar los problemas de conectividad estructural en el cerebro, sino también para diseñar tratamientos de estimulación cerebral profunda (17). Hoy en día, la depresión podría ser considerada como una enfermedad de la conectividad cerebral que afectaría a determinadas redes neurales predominantemente. Entre estas redes estarían la red neuronal por defecto, cuya alteración ocasionaría rumiación, la red de saliencia, cuya alteración ocasionaría conductas evitativas, o la red de afecto positivo, cuya alteración ocasionaría anhedonia (18). Las enfermedades neurológicas pueden afectar las citadas redes cerebrales ocasionando así un mayor riesgo de depresión.

- 2.- *Neuroimagen funcional.* En este apartado incluimos las técnicas de imagen molecular como la tomografía por emisión de fotón único (SPECT) y la tomografía de emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa (PET-FDG) y, también, la resonancia magnética funcional, ésta última



con aplicaciones, hasta el momento, solo en investigación. Los pacientes con depresión muestran hipoperfusión (SPECT) o hipometabolismo (PET-FDG) en áreas como cíngulo anterior, áreas frontales anteriores y núcleos estriados (19).

Estas técnicas de neuroimagen funcional pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia por enfermedad de Alzheimer, mostrando el citado hipometabolismo anterior en la depresión, mientras que en la enfermedad de Alzheimer se observa un hipometabolismo temporoparietal bilateral (20).

## Diagnóstico de la depresión en el paciente neurogeriátrico

En la práctica clínica se usa poco las escalas para la depresión en el paciente neurológico, por lo que seguiremos las normas generales de diagnóstico. En la entrevista clínica hemos de recordar que puede existir solapamiento entre manifestaciones psiquiátricas y neurológicas y que suelen predominar los síntomas cognitivos y somáticos sobre los síntomas afectivos. Es recomendable realizar la visita con un familiar o cuidador, aunque, dependiendo del caso, puede ser conveniente entrevistar al paciente solo. En el interrogatorio, hay que preguntar sobre todo por la anhedonia, ya que muchos pacientes no referirán tristeza. Cuando existan dudas diagnósticas se deberá remitir el paciente al psiquiatra (4, 21).

## Tratamiento de la depresión en el paciente neurogeriátrico

No existen pautas específicas de tratamiento antidepresivo en los pacientes neurogeriátrico. Como recomendación general, habrá que intentar individualizar el tratamiento en base al perfil clínico de cada paciente. Actualmente, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), como sertralina o citalopram. Si no se obtiene buena respuesta con la primera línea de tratamiento, se puede cambiar a otro ISRS, un dual, como venlafaxina, o mirtazapina. Si no se observa efectividad puede añadirse un segundo antidepresivo o un antipsicótico como potenciador. En los pacientes con enfermedad de Parkinson, añadir un agonista dopaminérgico como primera medida es útil en algunos casos. En determinados casos, se puede valorar la utilización de fármacos que, en algunos estudios, han mostrado efectos procognitivos como son tianeptina y vortioxetina. En este grupo de pacientes, no se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos (22,23).

## Conclusiones

La depresión es muy frecuente en el anciano con enfermedad neurológica y, además, supone un factor de riesgo para sufrir enfermedades cerebrales, tanto vasculares como degenerativas. En las enfermedades neurodegenerativas, la depresión puede ser tanto un factor de riesgo como una forma de presentación o una complicación tardía. El diagnóstico es más difícil que en otros pacientes y, en el caso de que se plantee el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, las técnicas de neuroimagen pueden

ser útiles. No existen pautas específicas de tratamiento antidepressivo para los pacientes neurológicos por lo que nos tendremos que guiar por las recomendaciones generales del tratamiento de la depresión.

## Bibliografía

1. Kanner AM. Depression in Neurological Disorders: Comorbidity or Another Clinical Manifestation? In Strain JJ, Blumenfeld M. Depression as a Systemic Illness. Oxford University Press. London 2018.
2. Benedetti F, Bernasconi A, Pontiggia A. Depression and neurological disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(1):14-8.
3. Baquero M, Martín N. Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. *World J Clin Cases* 2015 3(8):682-693.
4. Coffey MJ, Coffey CE. Mood disorders. In: Coffey CE, Cummings JL eds. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Third edition. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC 2011
5. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry* 2016;173(3):221-31
6. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*; 2013 202(5):329-335
7. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular Depression' Hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:915-922
8. Goodarzi Z, Ismail Z. A practical approach to detection and treatment of depression in Parkinson disease and dementia. *Neurol Clin Pract* 2017; 7:1-13
9. Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, Breitner JC et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:125-128
10. Dichgans M, Leys D. Vascular cognitive impairment. *Circ Res* 2017; 120:573-591
11. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D et al. *Neurology* 2017; 89:88-100
12. Convery R, Mead S, Rohrer JD. Clinical, genetic and neuroimaging features of frontotemporal dementia. *Neuropathology and Applied Neurobiology* 2019; 45:6-18
13. Drag LL, Bieliauskas LA. Differential diagnosis of depression and dementia. In: Ravdin LD, Katzen HL eds. *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia*. Springer, New York 2019.
14. Schmaal L, Hibar DP, Samann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based

- on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Molecular Psychiatry* 2017; (22):900-909
15. Lener MS, Iosifescu DV. In pursuit of neuroimaging biomarkers to guide treatment selection in major depressive disorder: a review of the literature. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2015;1344: 50-65
  16. Dunlop BW, Mayberg HS. Neuroimaging advances for depression. *Cerebrum* 2017; nov-dec:1-17
  17. Wise T, Radua J, Nortje G, Cleare AJ, Young AH and Arnone D. Voxel-Based Meta-Analytical Evidence of Structural Disconnectivity in Major Depression and Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry* 2016; 79:293-302
  18. Williams LM. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(5):472-480
  19. Zhang, K., Zhu, Y., Zhu, Y., Wu S, Liu H, Zhang W et al. Molecular, Functional, and Structural Imaging of Major Depressive Disorder. *Neurosci. Bull.* 2016; 32: 273-286
  20. Capitanio S, Bauckneht M, Arnaldi D, Massa F, Meli R, Ceriani V et al. FDG-PET/CT in neurodegenerative disease. In: Fraioli F, de. *PET/CT in brain disorders*. Springer, Berlin 2019: 37-48.
  21. Kaplan & Sadock. *Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Eds. Wolters Kluwer. Philadelphia, 2018.
  22. Schwartz TL. *Practical psychopharmacology. Basic to Advanced Principles*. Routledge, New York 2017.
  23. Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults. A Review. *JAMA* 2017; 317(20):2114-2122.



---

## LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO VISTA POR EL GERIATRA

---

### José Galindo Ortiz de Landázuri

SALUD. Hospital Sagrado Corazón de Jesús.  
Servicio de Geriatria/Programa de Psicogeriatría. Huesca.  
jgalindoo@aragon.es

### F. Javier Olivera Pueyo

SALUD. Hospital San Jorge.  
Servicio de Psiquiatría/ Programa de Psicogeriatría. Huesca.

## Resumen

La depresión es un problema de elevada prevalencia en los mayores; sin embargo, con frecuencia, la depresión geriátrica es infradiagnosticada e infratratada. Los estudios epidemiológicos indican que la fragilidad, un estado de elevada vulnerabilidad a los malos resultados de salud, es común en la edad avanzada. La evidencia reciente sugiere que la depresión comparte muchas características y síntomas con fragilidad y, por lo tanto, también puede desempeñar un papel importante en la determinación de vulnerabilidad a resultados adversos para la salud. La presentación clínica de la depresión en el anciano puede ser distinta a la del adulto

joven, siendo menos común que en los adultos más jóvenes el estado de ánimo bajo, mientras que la irritabilidad, la ansiedad y los síntomas somáticos pueden ser más frecuentes, y con frecuencia se asocia a comorbilidad somática y/o deterioro cognitivo. El proceso diagnóstico de la depresión en el anciano debe comenzar por la diferenciación del origen del cuadro depresivo. Teniendo en cuenta estas particularidades, el tratamiento de la depresión en los ancianos puede ser tan eficaz como en el resto de la población, y por ello es fundamental su detección y correcto diagnóstico.

**Palabras clave:** Anciano. Depresión. Fragilidad.

## Abstract

Depression is a problem of high prevalence in the elderly; however, often, geriatric depression is underdiagnosed and under-treated. Epidemiological studies indicate that frailty, a state of high vulnerability to poor health outcomes, is common in old age. Recent evidence suggests that depression shares many characteristics and symptoms with fragility and, therefore, may also play an important role in determining vulnerability to adverse health outcomes. The clinical presentation of depression in the elderly may be different from that of the young adult, with less common lower mood than in younger adults, however irritability, anxiety and somatic symptoms may be more frequent, and It is often associated with somatic comorbidity and/o cognitive impairment. The diagnostic process of depression in the elderly should begin by differentiating the origin of the depressive condition. Taking into account these particularities, the treatment of depression in the elderly can be as effective as in the rest of the population, and therefore its detection and correct diagnosis is essential.

**Key Words:** Elderly. Depression. Fragility.

## Introducción

La presentación clínica de la depresión en el anciano puede ser distinta a la del adulto joven, y con frecuencia se asocia a comorbilidad somática y/o deterioro cognitivo. La relación entre la depresión y una enfermedad médica coexistente pueden ser bidireccional: problemas médicos como el dolor crónico puede conferir una predisposición a la depresión, y la depresión está asociado con peor pronóstico para otras enfermedades como la enfermedad cardíaca. Además, se trata de un trastorno que genera un importante sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, favorece la discapacidad y puede incrementar la mortalidad en los mayores <sup>1</sup>.

## Epidemiología

La prevalencia de la depresión en los ancianos varía notablemente en función de la muestra poblacional seleccionada así como de los criterios diagnósticos utilizados.

En las muestras comunitarias, también en nuestro país, la prevalencia puede ser superior al 9% - 10% <sup>2-3</sup>. En los mayores hospitalizados las prevalencias pueden ser cercanas al 30% <sup>4</sup> y en los que se encuentran institucionalizados en residencias superiores al 35% <sup>5</sup>.

## Etiología de la depresión en los mayores

Los trastornos depresivos en los ancianos no tienen una causa única. Existen numerosas condiciones y muy heterogéneas que pueden desencadenar, favorecer o perpetuar los síntomas depresivos. Podemos distinguir distintos factores de riesgo, algunos asocia-

dos al propio envejecimiento cerebral, otros a la comorbilidad somática asociada y otros también a los condicionantes sociales que acompañan a la vejez (aislamiento social, soledad, descenso del nivel económico, cambios de domicilio, institucionalización en residencias, impacto de la discapacidad, duelo y otras pérdidas).

Durante el envejecimiento se producen una serie de modificaciones a nivel cerebral que podrían favorecer la aparición de sintomatología afectiva, entre ellas las más destacables: disminución serotoninérgica, dopaminérgica y noradrenérgica, cambios endocrinológicos, alteraciones en los circuitos frontosubcorticales, modificaciones en la amígdala y el hipocampo, y disfunción microvascular generalizada.

Los factores psicológicos también pueden suponer un riesgo a la hora del desarrollo de la depresión en el anciano, el “envejecer bien” es un proceso que implica la necesidad de adaptación a una serie de cambios en uno mismo y en el entorno, por ello los condicionantes psicológicos personales supondrán un factor importante en la problemática asociada a estas adaptaciones y el posible desarrollo de trastornos afectivos asociados, sobretodo algún tipo de personalidad más vulnerable.

Los estudios epidemiológicos indican que la fragilidad, un estado de elevada vulnerabilidad a los malos resultados de salud, es común en la edad avanzada. La probabilidad de ser considerado frágil aumenta sustancialmente con la edad<sup>6</sup>, y la fragilidad se ha relacionado con un mayor riesgo de resultados adversos, como caídas, ingreso a hogares de ancianos, hospitalización, costos médicos más altos y mortalidad temprana<sup>7</sup>. La evidencia reciente sugiere que la depresión, una condición común entre los adultos mayores, comparte muchas características y síntomas

con fragilidad<sup>8</sup> y, por lo tanto, también puede desempeñar un papel importante en la determinación de vulnerabilidad a resultados adversos para la salud.

## Formas clínicas

En los mayores podemos observar una amplia relación de trastornos depresivos de forma similar al de los adultos más jóvenes: trastorno depresivo mayor, distimia, trastornos de adaptación con síntomas depresivos, trastorno bipolar tipo I (con fases maníacas) y tipo II (con episodios hipomaníacos). Sin embargo, aunque no exista un consenso universal, la depresión del anciano tal y como sugieren algunos autores presenta con frecuencia unas particularidades clínicas que merece la pena destacar<sup>9</sup>: expresión facial de tristeza, clinofilia, entrecejo fruncido, hombros caídos, cabeza abajo y adelante, hipomimia y enlentecimiento psicomotor, lenguaje enlentecido y con escaso tono emocional (disprosodia), ideación de culpa y pesimismo, sensación de bloqueo cognitivo general, disfunción en tareas ejecutivas y de planificación, quejas somáticas desproporcionadas, somatizaciones, hipocondría. Precisamente los síntomas hipocondríacos deben suponer una alerta en pacientes no habituados a la queja, dado que además la depresión de corte hipocondríaco aumenta el riesgo de suicidio en los ancianos<sup>10</sup>.

## Diagnóstico de la depresión en los ancianos

Quizá el proceso diagnóstico de la depresión en el anciano comience por la diferenciación del origen del cuadro depresivo, especialmente si es de aparición tardía,

abordando cuatro posibilidades: un trastorno depresivo mayor unipolar de aparición tardía, un cuadro depresivo como pródromo de un trastorno orgánico cerebral (demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson,...), un trastorno depresivo secundario a una enfermedad médica (algunos síntomas depresivos como la apatía, la astenia o la disminución del apetito pueden dificultar el diagnóstico entre la depresión y algunas enfermedades físicas), o un trastorno de adaptación secundario a las modificaciones psicosociales y las pérdidas asociadas con frecuencia al envejecimiento.

Para el diagnóstico de depresión debere- mos adoptar la siguiente estrategia:

- a) Exploración clínica: El diagnóstico de la depresión en los mayores es un diagnóstico eminentemente clínico. Los criterios utilizados son los mismos que para la población adulta joven, es decir los correspondientes a las clasificaciones DSM-5 y CIE-10.
- b) Exploración neuropsicológica básica. Para descartar afectación cognoscitiva.
- c) Pruebas complementarias, que evidencien enfermedad somática asociada.
- d) Instrumentos de evaluación de la depresión en los mayores, entre ellos destacaremos la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, la más utilizada específicamente en ancianos<sup>11</sup>.

## Tratamiento de la depresión en el anciano

Los objetivos del tratamiento de la depresión en el anciano deben ir dirigidos a<sup>12</sup>:

- e) Disminuir o atenuar los síntomas depresivos
- f) Prevenir las ideas de suicidio
- g) Evitar las recaídas y las recurrencias

- h) Mejorar la situación cognitiva y funcional
- i) Ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de adaptación apropiadas para afrontar la discapacidad o las adversidades sociales

El tratamiento además debe englobar intervenciones psicológicas que han demostrado su efectividad en las depresiones de los mayores leves y moderadas<sup>12</sup>, la psicofarmacología que debe tener en cuenta las modificaciones que genera el envejecimiento en la farmacocinética y la farmacodinamia, y en ocasiones se deberá recurrir a la terapia electroconvulsiva (TEC), fundamentalmente en el tratamiento de la depresión geriátrica grave, con cifras de mejoría cercanas al 80% (Baldwin y Wild, 2004). Dadas las comorbilidades y diversos problemas de este grupo de edad se recomienda que el plan terapéutico sea multidisciplinar (con la ayuda de diferentes profesionales incluyendo enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, nutricionistas,...).

## Bibliografía

1. Rodda J, Boyce N, Walker Z. The Old Age Psychiatry Handbook. A practical guide. Chichester (West Sussex): Wiley. 2008.
2. Martín-Carrasco M, Agüera-Ortiz L, Caballero-Martínez L, Cervilla J, Menchón-Magriñá JM, Montejo-González AL et al. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. Psicogeriatría. 2011; 3(2): 55 – 65.
3. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly communi-



- ty in a Southern European population: The Zargoza Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 497 – 506.
4. Olivera J. Pronóstico asistencial y comorbilidad psíquica en pacientes geriátricos hospitalizados. *Informaciones Psiquiátricas*. 2004; 176(2): 163 – 171
  5. Blazer DG. Depresión in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci*. 2003. 56: 249 – 65.
  6. Collard, Boter, Schoevers y Oude Voshaar, Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 60:1487–1492, 2012.
  7. Buigues C., Padilla-Sanchez C., Fernandez Garrido J., Navarro-Martínez R., Ruiz-Rosa V., Cauli O.. The relationship between depression and frailty syndrome: a systematic review. *Aging & Mental Health*, Vol. 19, No. 9, 762-772, 2015
  8. Katz, 2004; Mezuk, Edwards, Lohman, Choi y Lapane, Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 879–892.
  9. Cervilla J. Síndromes Depresivos. En: Agüera L, Cervilla J, Martín M. *Psiquiatría Geriátrica*. 2ª ed. Barcelona. Masson. 2006: 409 – 435.
  10. Sánchez M. Trastornos afectivos en el anciano. En: Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. *Guía Esencial de Psicogeriatría*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2011: 167 – 212.
  11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983; 17: 37 – 49.
  12. Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Ad Psychiatr Treat*. 2004; 10: 131 – 139.



# CREACIÓN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN EN CRISIS AL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO EN DOMICILIO (UAC PG)

**Dra. Carme Bassedas Ballús**

Coordinadora médico UAC PG Hospital Mare de Déu de la Mercè. Horta. Barcelona.  
mcbassedas.merced@hospitalarias.es

**Dra. Eva Mateu**

**DTS Isabel Molina**

**DUI Laura Beraza**

**DUI Lluç Martin**

## Resumen

A causa del envejecimiento de la población, se cree que entre 2015 y 2050 la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% (Diciembre 2017), conllevando como consecuencias, un cambio de paradigma y unos nuevos retos sociales y sanitarios. En Catalunya se prevé un aumento de la proporción de personas de más de 65 años, cerca de 1,5 millón en el 2020. Debido a estas evidencias se crea la **Unidad de Atención en Crisis al paciente Psicogeriatrico en el domicilio**.

Se crea un programa piloto durante el año 2013, actuando en área Barcelona Norte, hasta que a finales de 2015 empezamos a dar servicio a la ciudad de Barcelona. En 2018 se desarrolla por completo la Unidad, concierto con el CatSalut.

La población atendida son pacientes psicogeriatricos con alteraciones conductuales disruptivas en domicilio. Se podrían dividir: Paciente mayor con enfermedad mental y disminución de la funcionalidad (pacientes desvinculados de la Red de Salud Mental y que requieren múltiples intervenciones de AP y Ucias) paciente mayor con trastorno cognitivo (demencia+ SPCD prominentes; PCC/psicogeriatrico/frágil: deterioro funcional y/o cognitivo; paciente con demencia, alta dependencia y multi morbilidad (MACA)

Los objetivos específicos serán, **mejorar** los síntomas conductuales, evaluar la situación clínica y mejorar la coordinación de la atención con otros servicios en atención a las necesidades que se planteen, garantizar la Hospitalización Domiciliaria en una unidad especializada, si así se requiere, decidir el recurso adecuado.

Se realiza valoración integral del paciente en domicilio. Se ajusta tratamiento para control sintomático. Si se consigue estabilidad clínica y cuenta con soporte, retorna a la comunidad bajo la supervisión de Atención Primaria.

Si no se consigue estabilización de síntomas solicitamos ingreso en HMDM, en plaza de ME, LE o UPG. Hasta que tengamos cama en hospitalización, el paciente queda en el domicilio con seguimiento de los profesionales de la Unidad.

Después de realizar la valoración inicial y a la espera del recurso adecuado, se han podido evitar un considerable número de ingresos en medio hospitalario, continuando el seguimiento en el domicilio o derivados a consultas externas.

En el artículo se presentarán los resultados referentes a los años 2016- 2019 que incluirán el total de pacientes atendidos y los que lo han sido en Hospitalización domiciliaria.

**Palabras clave:** Psicogeriatría. Alteraciones conductuales. Crisis. Domicilio.

## Abstract

Due to the aging of the population, it is believed that from the year 2015 to 2050 the world population over 60 years old will almost double, they will go from 12% to 22% ( December 2017). One of the consequences that this will bring, is a paradigm shift and new social and health challenges. In Catalonia, an increase in the ratio from people over 65 is foreseen in 1, 5 million in the year 2020. Given these facts, the Crisis Attention Psychogeriatric Patient Unit is created.

In 2013 a pilot program was created, providing services in the North area of Bar-

celona. At the end of 2015, the Unit was providing attention to the entire city of Barcelona. In 2018 the program was fully developed and subsidized by the CatSalut.

The target population, are psychogeriatric patients that have behavioural alterations which affects their daily lives and put them at risk. This group includes two subgroups: older patient with mental issues and disabilities (patients who do not go to their medical appointments and require a multidisciplinary intervention, with AP and UCIA); patients with cognitive impairment (dementia, neurological pathologies, fragile: with functional or cognitive decline, high dependency of caregivers and various chronic pathologies ( MACA).

The Unit 's objectives are the following: improve the behavioural alterations, assess their clinical state and improve the coordination between different health services, to be able to guarantee that all the patient's needs are taken care during home hospitalization, with the follow up of a specialized unit, and decide which is the most adequate resource for the patient.

When the patient is visited at home by the Units sanitary resources, it receives a thorough assessment. The treatment is checked and if it is required, it is adjusted according to the symptoms. If by making these adjustments, the behavioural alteration disappear and the patient has support to maintain the treatment, returns to a follow up by the Primary Unit in its area.

If the patient's symptoms cannot be stabilized, it is requested that the patient be admitted at the Hospital Mare de Déu de la Mercè ( HMDM), until a bed is available at the hospital, the patient will remain at home with the Unit's services provided by professionals to have the follow-ups. The hospitalization could be for 60 days a media

stay, more than 90 days a long stay or 30 days a Short stay.

We can conclude, that after the first assessment and finding the right resources for the patient, a significant number of patients are not required to be sent to the hospital. They had their follow-ups and treatment at home, and the go to their periodic appointments in external units.

At the presentation the results from the 2016-2019 will be shown, they include the total of patients that were assessed and the ones who have benefitted from hospitalization at home.

**Key Words:** Geriatric Psychiatry. Behaviour disorders. Crisis interventions. Home.

## Introducción

### Justificación. Dimensión del problema

Según datos de la OMS, Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento poblacional y con datos del 2017, entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% (Diciembre 2017)

De estos pacientes mayores más de un 20% presentaran algún trastorno mental o neuropsiquiátrico, siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad.

Observando también un aumento en el abuso de sustancias psicotrópicas, casi en el 1% y con una tasa de alcoholismo de un 3% en hombres mayores de 65 años.

Se ha comprobado que  $\frac{1}{4}$  parte de las muertes por suicidio corresponden a personas de 60 años o más.

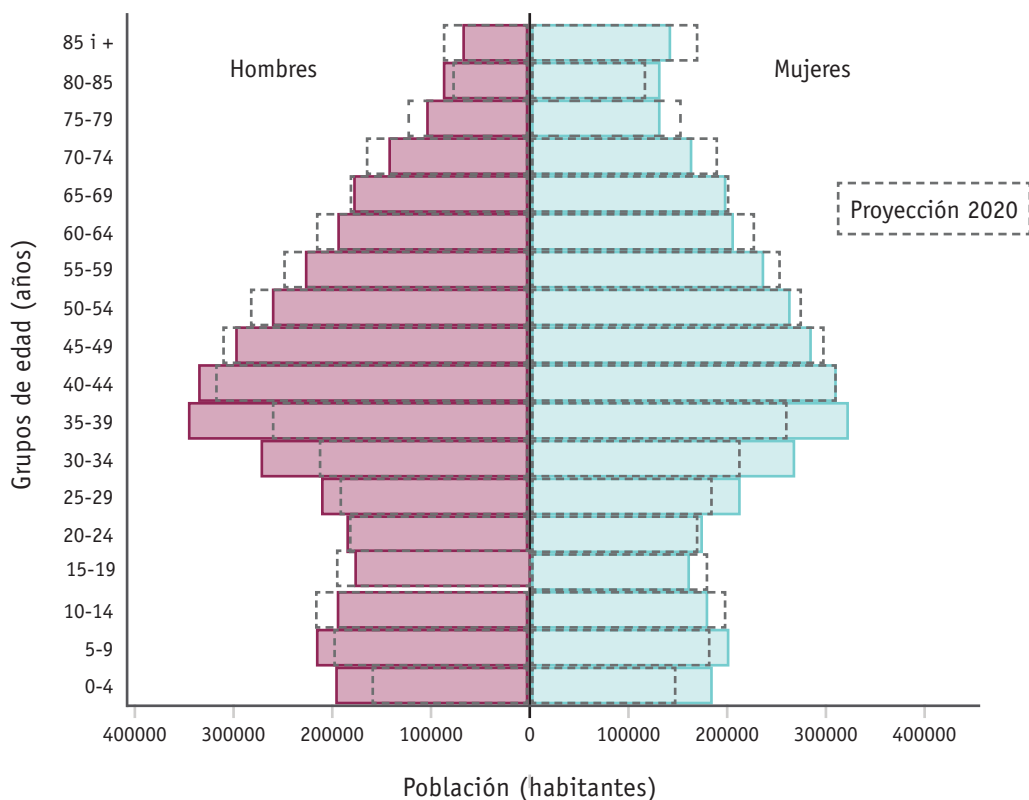
Los Trastornos Mentales y neurodegenerativos representan, para la población anciana, un 17,4% de los años vividos con discapacidad.

La incidencia de demencia en el mundo es la existencia de unos 50 millones de personas que la padecen y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. La enfermedad de Alzheimer acapara entre un 60% y un 70% de los casos. De todos estos pacientes la incidencia de Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) se sitúa alrededor del 68-90% de las personas con demencia pueden presentar alguno de estos síntomas (Lyketos CG, 2002; Robles Castiñeiras A, 2012), en un tercio de los casos sin diagnosticar (López-Pousa S, 2007). Los SPCD son los que más malestar y estrés emocional producen y una de las causas de institucionalización temprana.

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En 2017 la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* y estableció una serie de medidas aplicables por los planificadores de políticas en Salud : sensibilización, iniciativas para promover la adaptación a la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y atención, investigación e innovación, apoyo a los cuidadores de personas con demencia....

En Cataluña en el periodo 2015-2020 se prevé el aumento de la proporción de personas de 65 años y más sobre envejecimiento; del millón y medio de personas de 65 años que se esperan en 2020, más de 250.000 tendrán 85 años y más (figura 1).

Figura 1.



Fuente: Idescat. Padrón municipal de habitantes 2015 y población proyectada a 1 de enero de 2020 según sexo y edad quinquenal (escenario mediano, base 2013).

Hablamos de personas que presentan una enfermedad mental en comorbilidad con una situación clínica que habitualmente provoca una pérdida de la funcionalidad de mayor o menor intensidad, que puede complicarse con cuadros orgánicos que modulan la evolución clínica, así como igualmente deterioro cognitivo, no demencia.

Con mucha frecuencia, la combinación de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales, juntamente con la desestabilización de patología orgánica, facilita que la evolución

del cuadro sea la de un PCC (Paciente Crónico Complejo).

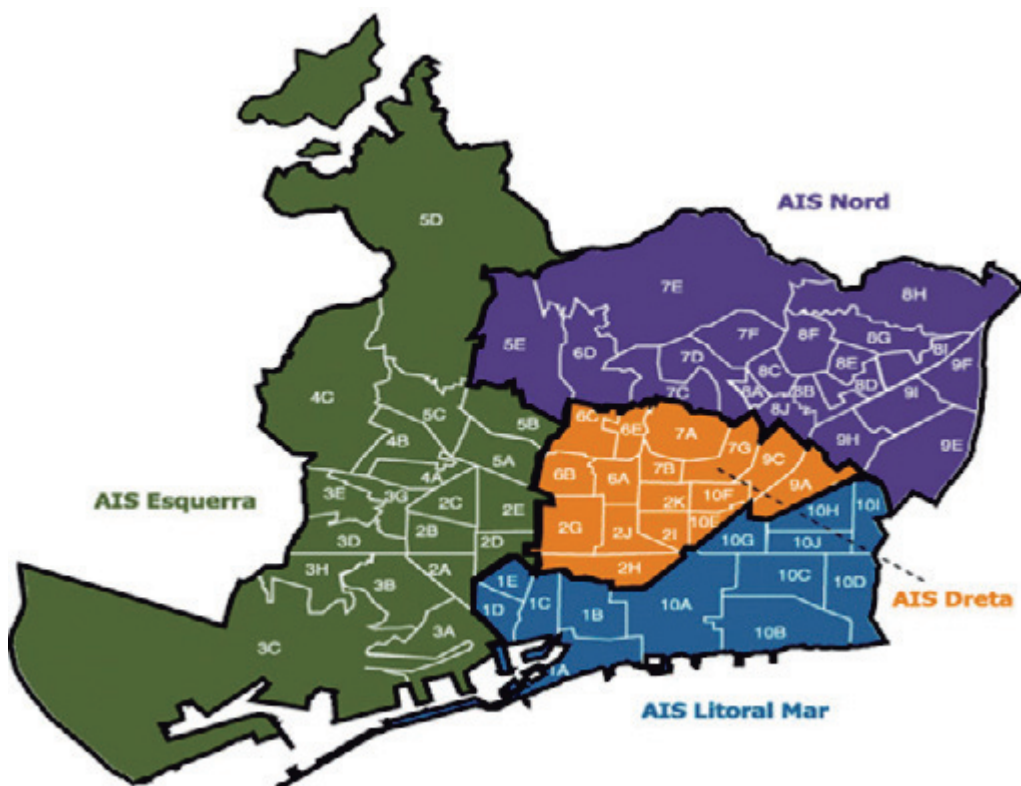
Creemos que la persona tiene que ser el centro de nuestra atención, esto implica un cambio de paradigma a la hora de atender a las personas mayores, especialmente aquellas que presentan un trastorno conductual grave y se encuentran en situación de fragilidad, con multimorbilidad y sufriendo enfermedades mentales y neurodegenerativas, asociadas a discapacidad y falta de soporte social y espiritual.

El hecho de que un equipo multi e interdisciplinar sea capaz de evaluar integralmente y tratar integradamente una persona en su entorno más cercano, optimiza la satisfacción de la persona tratada y de la que trata y cuida, optimiza los recursos evitando las derivaciones inapropiadas y dota a las personas de la toma de decisiones compartida que asegurará la mejor solución en el momento preciso.

Debido a estas circunstancias se observó la necesidad de atender a estos pacientes psicogerítricos en situación de crisis y que estaban en el domicilio de una forma coordi-

nada entre Atención Primaria y equipos especializados, realizando atención multidisciplinar y en red. Realizamos información de la existencia del servicio a los dispositivos que estaban en nuestra área de influencia, AIS Barcelona Nord \*: Realizamos sesiones informativas en Hospital Vall d'Hebrón, a servicios de Urgencias de Psiquiatría y Comités Operativos de Urgencias Generales...

Posteriormente seguimos realizando sesiones informativas a la Atención Primaria, CSMA\*\* y Servicios sociales, explicando el perfil de pacientes que atendíamos y forma derivación.



\* AIS (Àrea d'Atenció Integral de Salut)

\*\* CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos)

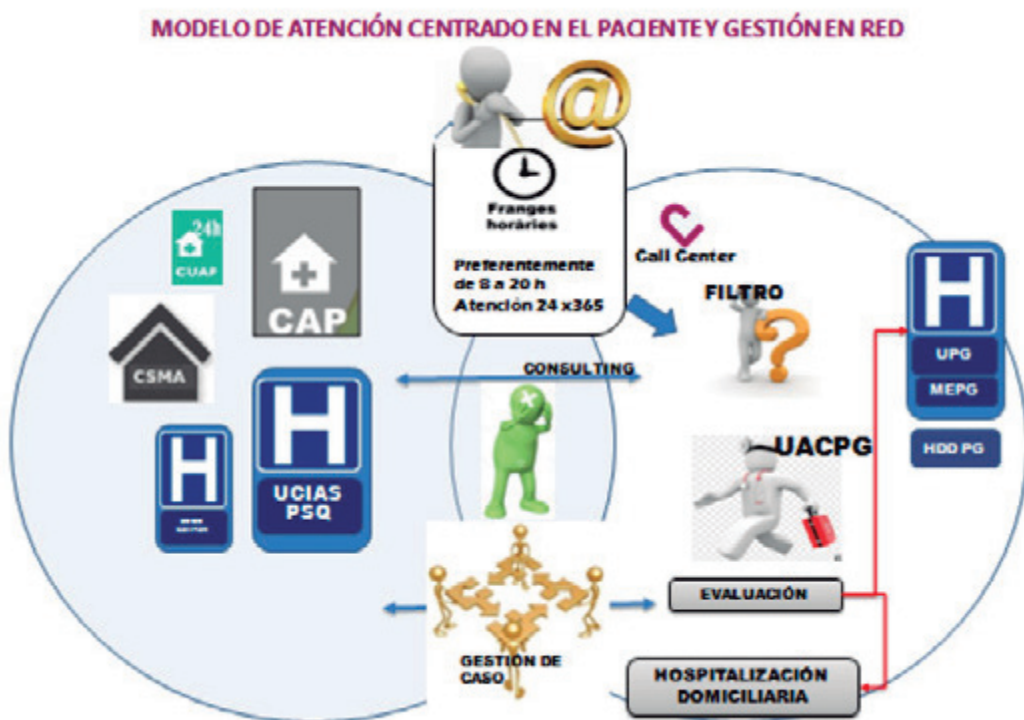
Se creó un programa piloto durante el año 2013, actuando en nuestra área de influencia, hasta que a finales de 2015 empezamos a dar servicio a la Ciudad de Barcelona, ampliando la información a Hospital del Mar, en servicios de Urgencias Psiquiátricas y general, H Clínico Provincial y H Sant Pau.

En Octubre 2018 y con los datos aportados en la memoria, se realiza el concierto con el CatSalut de dicha Unidad de Atención en Crisis al paciente Psicogeriátrico en Domicilio (UAC PG).

La clave de la UAC PG, será el trabajo en Red, entre Atención Primaria, Hospital, Servicios Sociales y equipo especializado favo-

reciendo la integración de dispositivos sanitarios, sociales, judiciales y comunitarios y ofreciendo el recurso adecuado y/o actuaciones precisas en función de las necesidades observadas en el manejo de pacientes psicogeriátricos en situaciones de crisis, postcrisis y final de vida.

La Unidad de atención en Crisis del Hospital Mare de Déu de la Mercè, en conjunción con los Servicios de Psiquiatría y Psicogeriatría del mismo Hospital y resto de dispositivos, especialmente con Atención Primaria, tienen un papel esencial en la continuidad de cuidados y en la mejora de la calidad de la atención.





## Objetivos

Entre los objetivos específicos se encuentran **mejorar** los síntomas conductuales descompensados de pacientes psicogerítricos en el domicilio, **evaluar** la situación clínica del paciente psicogerítrico en el domicilio y **mejorar la coordinación** de la atención con otros servicios atendiendo a las necesidades que se planteen

**Garantizar** la Hospitalización Domiciliaria de pacientes psicogerítricos en situación de crisis hasta la hospitalización en una Unidad Especializada, si así se requiere. Entendiendo por Hospitalización Domiciliaria (HaD) el tiempo que pasa entre que se realiza la primera valoración, con la consiguiente actuación al domicilio, ajustando el tratamiento y viendo la evolución del paciente y la necesidad de hospitalización en recurso específico. Si en este tiempo se estabilizan los síntomas objeto de la valoración, se da de alta de UAC PG y seguimiento por recursos ambulatorio. Si no fuese así se solicita ingreso en unidad específica para control de síntomas.

Y por último **decidir** el recurso adecuado del paciente psicogerítrico en el domicilio para optimizar los recursos.

En esta unidad la existencia de problemática social en los pacientes atendidos tiene gran importancia por lo que se crearon objetivos específicos a nivel social, entre ellos está identificar la problemática sociofamiliar producida o asociada a la situación de crisis en el domicilio. Informar, orientar, facilitar recursos de la comunidad y efectuar una correcta derivación de los mismos, ofreciendo seguridad y continuidad en la aten-

ción asistencial tanto en el ámbito sanitario como social.

Coordinarse con los profesionales de los recursos que se puedan beneficiar a la persona enferma y a su entorno y poner en marcha sistemas de soporte que puedan permitir a las personas afrontar la situación en la que se encuentran, favoreciendo el aumento de la capacidad cuidadora del entorno.

## Tipología de pacientes atendidos

Diferenciamos dos tipologías de pacientes:

*Paciente mayor con enfermedad mental y disminución de la funcionalidad/fragilidad.* Estos son pacientes que se desvinculan con facilidad del ámbito de la Red de Salud Mental y que requieren múltiples intervenciones de los equipos de AP y de los equipos de UCIS de Hospitales Generales. En situación de descompensación de su patología psiquiátrica pueden beneficiarse de la realización de un ingreso domiciliario a través del Servicio de Atención Domiciliaria.

*Paciente mayor con Trastorno Cognitivo:* Pacientes con diagnóstico de Demencia con SPCD prominentes y disruptivos.

Paciente catalogado en el sistema de salud como PCC<sup>1</sup>/Psicogerítrico/frágil, paciente con deterioro funcional y/o cognitivo.

Y por último paciente con demencia que presenta alta dependencia y multimorbilidad (MACA<sup>2</sup> Psicogerítrico) que se encuentra en situación de terminalidad.

<sup>1</sup> PCC: Paciente Crónico Complejo

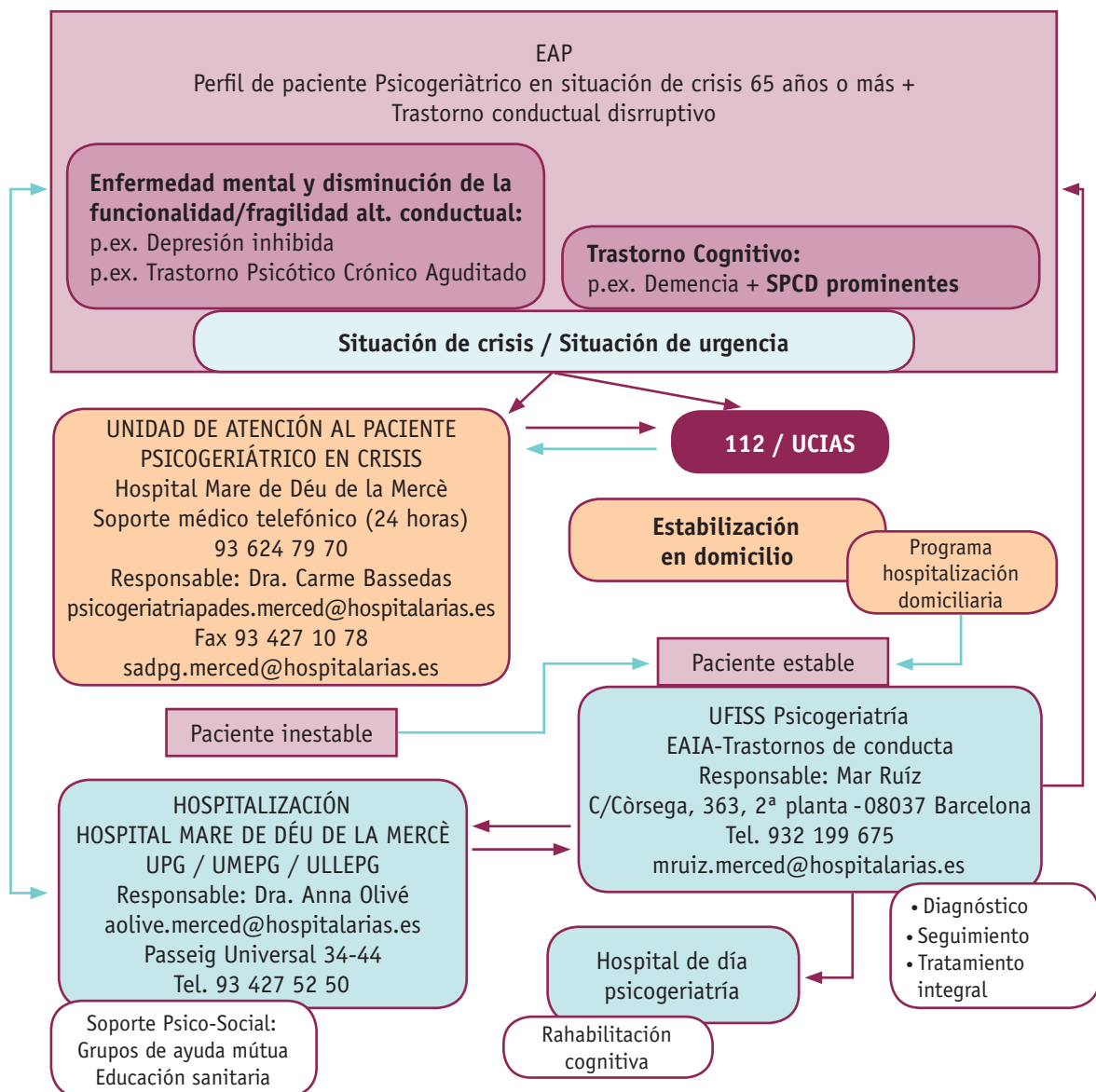
<sup>2</sup> MACA: Malaltia Crònica Avançada (catalán) Enfermedad Crónica Avanzada

## Accesibilidad

La solicitud la puede generar cualquier dispositivo vinculado a la atención del paciente que crea conveniente la intervención

de este equipo especializado, vía telefónica y /o vía mail. [psicogeriatricripades.merced@hospitalarias.es](mailto:psicogeriatricripades.merced@hospitalarias.es)

Algoritmo de derivación y actuación:



## Metodología

Al recibir la derivación realizamos una primera visita médico +DTS. Igual que en el resto de servicios del área de Psicogeriatría seguimos la siguiente metodología de trabajo: Realizamos una Valoración integral del paciente: física, psíquica, social y espiritual., se elabora de un Plan Terapéutico Individual, creando una vía de comunicación entre los profesionales de otros ámbitos asistenciales y el equipo.

Utilizamos los siguientes instrumentos de evaluación, entre otros: MMSE, Pfeiffer, NPI, Barthel, Escala valoración social, Escala Zarit.

En la primera visita recaudamos información sobre la situación actual del paciente en base a la petición recibida.

Las derivaciones se ajustan, normalmente a estas tres situaciones:

Control previo ingreso en caso de que no haya plaza en un tiempo de espera corto. Consultoría por parte de los profesionales derivadores. Solicitud de ingreso de forma directa y Control post alta, pacientes que han estado ingresados en HMDM y que el profesional referente, solicita control en unos días para observar evolución del mismo en su entorno.

Una vez realizada la valoración y evaluación en el domicilio, ajustamos medicación, realizando una llamada control en unos días.

Si se observa estabilización en síntomas, podemos recomendar seguimiento por EAP con la mayor información sobre la valoración, valorando, asimismo, seguimiento en consultas externas (UFISS, CSMA) y valorando la necesidad de vincular al paciente a HDD, CDD...

En ocasiones realizamos la visita conjunta con los profesionales vinculados al paciente que así lo deseen.

Posterior a la primera visita se realiza feedback, con las explicaciones pertinentes al responsable de la derivación, donde se explicitan las recomendaciones derivadas de la evaluación. En caso de que nuestro seguimiento no sea necesario, dejamos teléfono de contacto para profesionales y mail de contacto para cualquier duda o consultoría.

Igualmente dejaremos en el domicilio del paciente un número de contacto telefónico por si surgen dudas en el tratamiento pautado, empeoramiento...pauta de medicación en una cuadrilla con las indicaciones claras, en cuanto a horarios y dosis.

## Resultados

En la tabla siguiente, se presentan los datos referentes a los pacientes atendidos en la UAC PG correspondientes a los años 2016-2019.

	2016	2017	2018	2019
<b>Pacientes Atendidos</b>	348	461	412	720
<b>Nuevos Casos</b>	288	354	337	593
<b>Hospitalización a Domicilio(HaD)</b>	204	238	210	440
<b>Visitas Conjuntas</b>	28	6	24	59

El número total de pacientes atendidos corresponde a aquellos a los que se les ha realizado visita médica, los reingresos a la Unidad, las consultorías realizadas por profesionales y a los prevalentes, es decir a los que al cerrar la memoria estaban siendo atendidos.

Nos referimos a Nuevos casos a los pacientes derivados por primera vez a la Unidad.

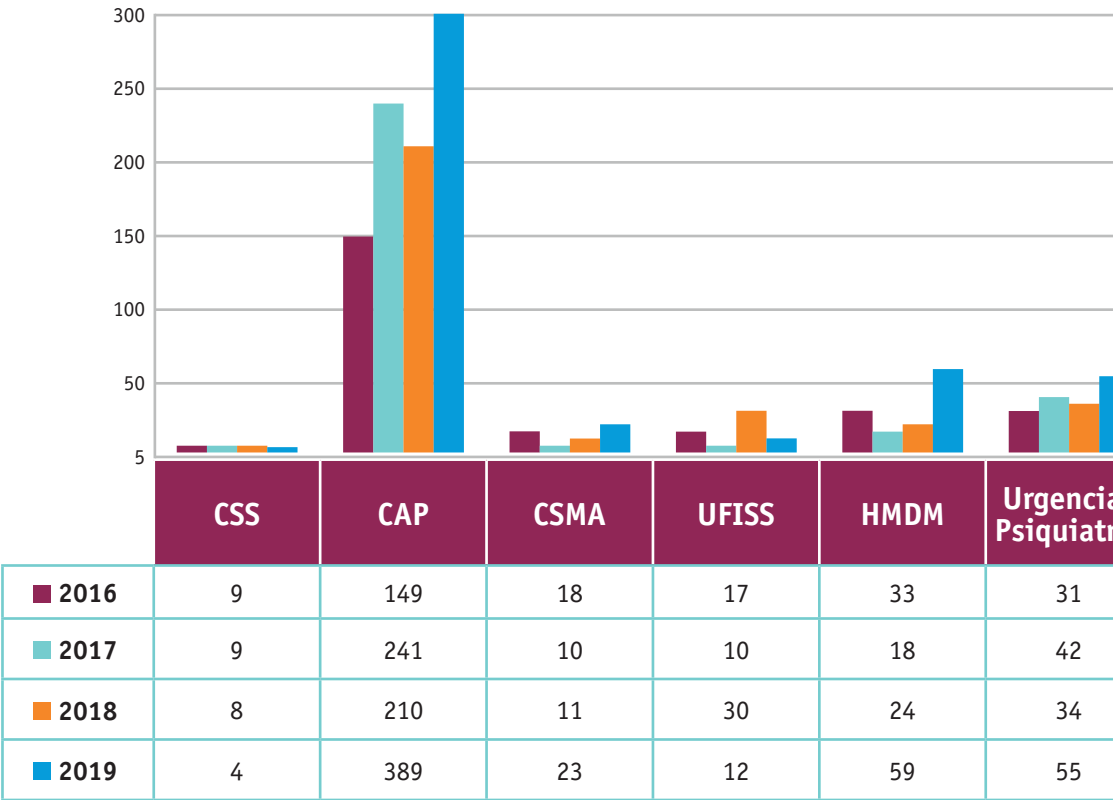
Como se comentó anteriormente, Hospitalización Domiciliaria (HaD) es el tiempo que pasa el paciente en la Unidad, desde que se realiza la primera valoración, con la consiguiente actuación en el domicilio, ajustando el tratamiento, viendo la evolución del

paciente y la necesidad de hospitalización en recurso específico o alta a recurso ambulatorio.

En todas las solicitudes de derivaciones se ofrece la opción de realizar una visita conjunta, la cual puede estar relacionada con la complejidad del caso y los recursos requeridos. Las visitas conjuntas son las realizadas con cualquier profesional que haya realizado la derivación, por ejemplo: Trabajo social, enfermería, médico referente, gestoras de casos, servicios sociales, entre otros.

En cuanto al origen de los nuevos pacientes, podemos observar claramente que proviene en su mayoría de Atención Primaria.

Origen de nuevos casos

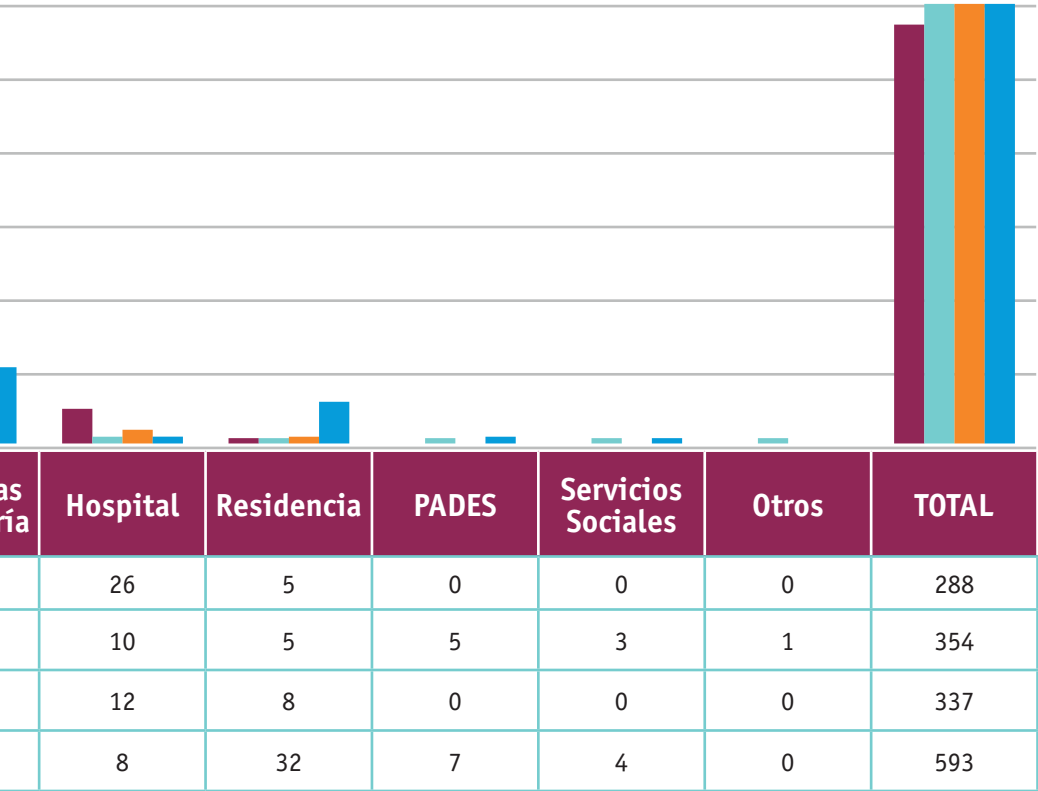


A Atención Primaria le siguen Hospitales, en los que se incluyen Unidades de Urgencias de Psiquiatría, que posteriormente a que el paciente ha realizado múltiples consultas en sus centros establecen la necesidad de llevar a cabo una derivación, con el fin que se realice visita domiciliaria, identificando la situación real del paciente, en cuanto a problemas de salud mental y su entorno. Es de destacar que para todos años, el mayor derivador a nivel hospitalario es el HVH, presentando un aumento a partir del 2018 hasta la fecha.

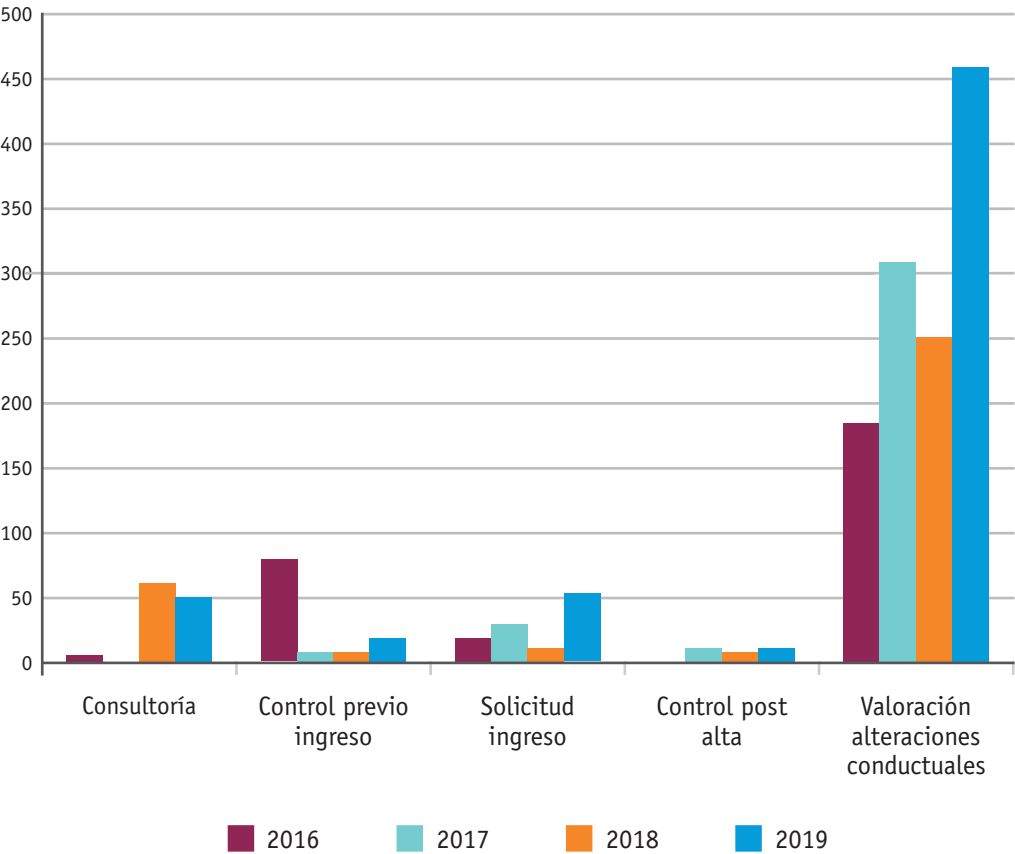
Se debe de hacer mención que entre 2016-

2019, hay un aumento considerable de pacientes derivados desde CSMA y UFISS, lo cual establece que las actuaciones en los servicios médicos ambulatorios centrados en el paciente, están actuando de manera proactiva y que activan, al identificar de forma oportuna, los tipos de servicios que el paciente requiere.

El motivo de las solicitudes, como se observa en la figura, prioritariamente corresponde a valoración de alteraciones conductuales, seguido por el control previo ingreso y solicitud de ingreso.



Motivo solicitud nuevos casos



Tiempo de Resolución	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
De 0-7 días	12	4,16	115	32,5	170	50,4	215	36,3
8 a 15 días	87	30,2	55	15,5	47	14	85	14,3
16 a 30 días	96	33,3	64	18,1	48	14,2	157	26,6
> 30 días	93	33,3	120	34	72	21,4	136	22,9
<b>TOTAL</b>	<b>288</b>		<b>354</b>		<b>337</b>		<b>593</b>	

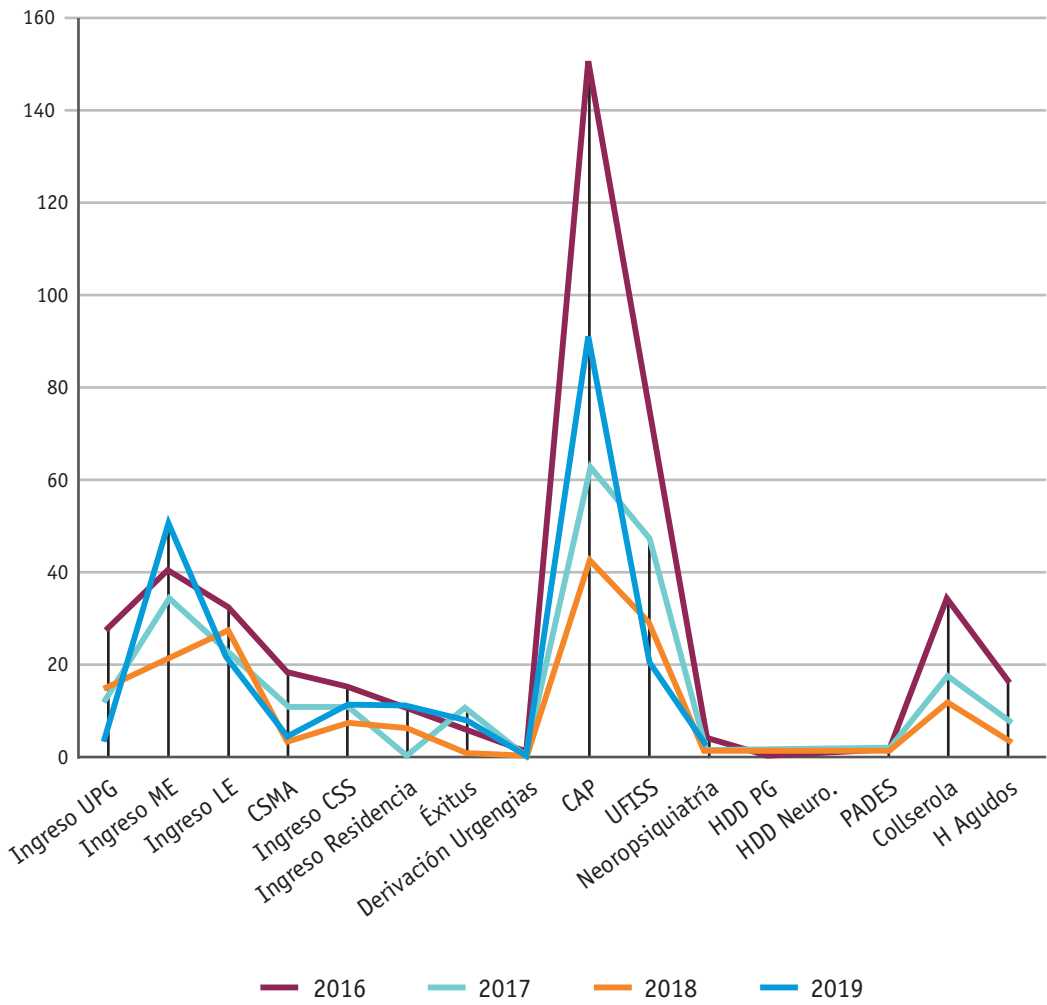
Apreciamos que en el año 2018 aumentaron considerablemente las Consultorías en comparación con los años anteriores. Claramente el motivo de la derivación en la mayoría de casos, es por alteraciones conductuales que van acorde con el perfil del paciente a atender.

En el cuadro anterior, se especifica el tiempo de respuesta a las peticiones realizadas. Es relevante que en el 2018, el porcentaje de pacientes atendidos entre 0 a 7 días fue de un 50,4%, viendo que disminuye en el 2019 a un 36,3%. Se podría justificar en que las derivaciones realizadas se ajustan más al perfil de paciente y objetivo de intervención de la UAC PG, lo cual podría estar relacionado con la mayor difusión y coordinación con los distintos derivadores.

Los pacientes que posterior a la visita, continuaron su seguimiento a través de otro tipo de recursos como los equipos de Atención Primaria o a través de UFISS, CSMA, en el 2017 fueron un 45% y en el 2018 un 42%. Con lo cual se puede establecer que la mayoría de pacientes pudieron mantenerse en su domicilio posteriormente a la intervención de UAC PG.

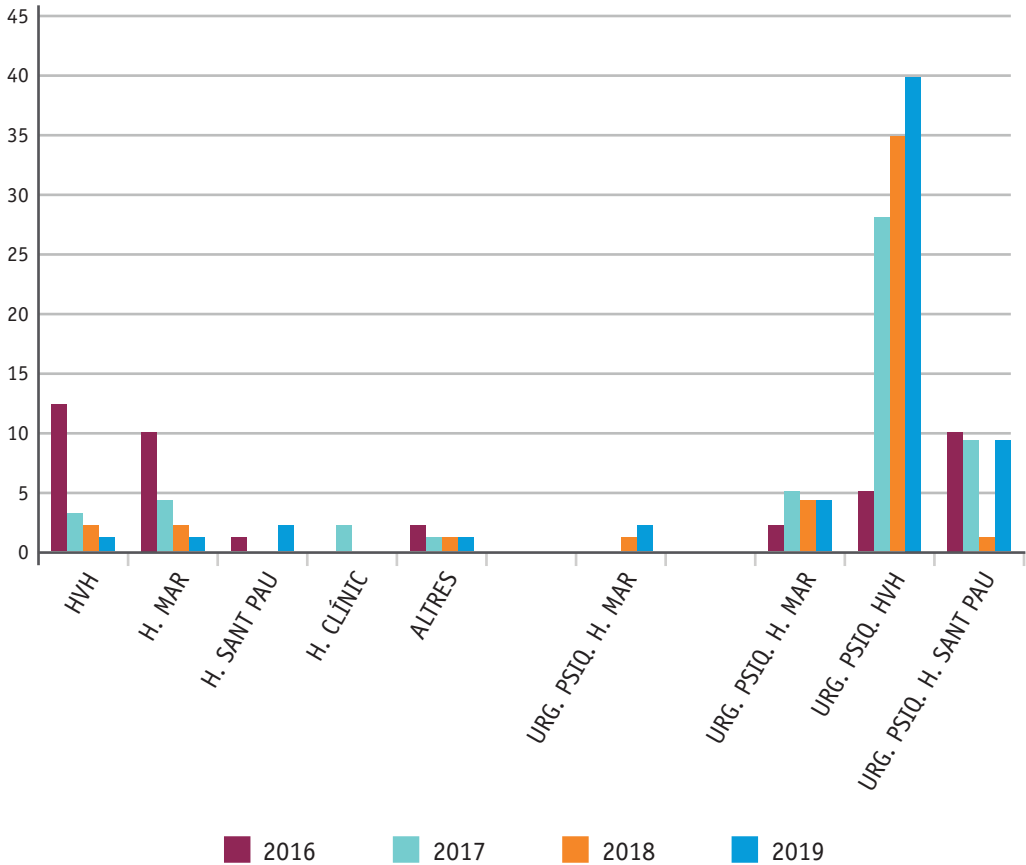
Como se ha comentado en otra gráfica, las derivaciones mayoritarias han sido desde Hospital Vall d'Hebrón, servicios de Urgencias Psiquiátricas, debido a que es el Hospital de Referencia de la zona de ubicación de UAC PG, a pesar de atender a toda la población de Barcelona ciudad.

Destino al Alta





## Derivaciones de Hospital



## Resolutividad

De acuerdo con el análisis de datos de los años 2016 a 2019, observamos que el número de pacientes atendidos ha ido en aumento de forma exponencial. Esto puede ser debido a un mayor conocimiento de la existencia de la Unidad en el propio entorno del paciente, recursos ambulatorios y también, puede estar relacionado con una mejora en la detección de los casos y de la accesibilidad al servicio.

Desde el inicio, una de nuestras principales fortalezas ha sido el trabajo en red. Trabajamos de forma coordinada con Atención Primaria, Servicios Sociales, Recursos Ambulatorios y Servicios de Urgencias Psiquiátricas, para garantizar una continuidad asistencial de estos pacientes, los cuales permanecen en la comunidad, sufren alteraciones conductuales disruptivas y habitualmente utilizan los servicios de urgencias.

El objetivo del trabajo en red consistiría en agilizar los circuitos de atención a estos pacientes, así como su seguimiento y posterior ingreso en unidades especializadas, si así lo precisara.

Otro dato refrendado es que los pacientes atendidos por la UAC PG, ha contribuido a reducir ingresos en Unidades Psicogeríatricas Especializadas, en este último año (2019) ha sido en un 49.3%.

Entre los años 2016 a 2019 se han evitado ingresos hospitalarios especializados, de los pacientes incluidos en HaD, después de realizar la valoración y el seguimiento, y según las solicitudes de ingreso, entre un 49 y un 55% , se han podido evitar dicho ingreso, controlando síntomas y seguimiento por recursos de la comunidad.

Pensamos que estos pacientes, al evitar el tiempo de estancia en servicios de urgencias

y al tener un servicio de atención domiciliar especializada, favorece el poder volver a su entorno habitual y reducir la hiperfrecuentación de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios.

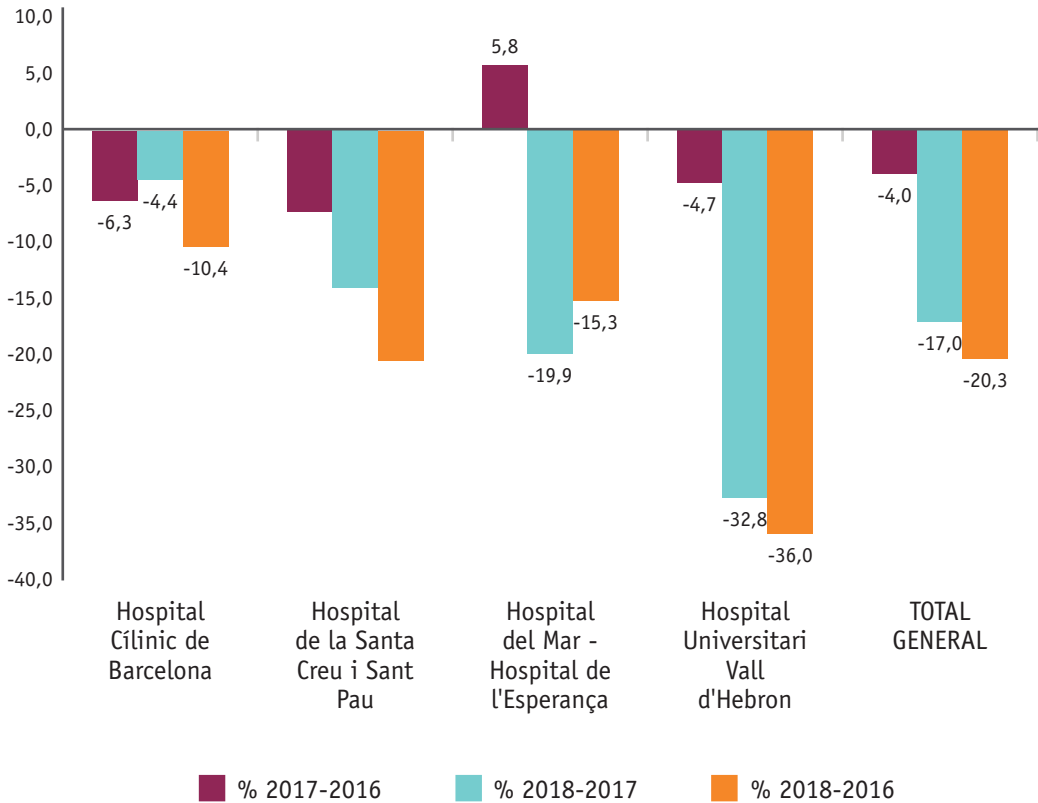
En los datos extraídos del CMBD, de los años 2016 al 2018, en la atención en Urgencias Psiquiátricas de la ciudad de Barcelona, en personas de >65<sup>a</sup>, se observa una disminución general de los contactos por urgencias psiquiátricas de las personas de 65 años y más en la ciudad de Barcelona del 2016 al 2018, que pasa de 5.227 a 4.204 y representa un descenso del -19,6%. El análisis por período muestra que el descenso más importante corresponde al período 2017-2018, mientras que para el período 2016-2017 el descenso es en general inapreciable (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Contactos de urgencias psiquiátricas según AIS de origen del paciente de personas de ≥65 años. Barcelona ciudad 2016, 2017 y 2018.

AIS paciente	2016	2017	2018
Barcelona Dreta	1.373	1.294	1.111
Barcelona Esquerra	1.274	1.222	1.094
Barcelona Nord	1.322	1.341	912
Barcelona Litoral Mar	947	1.005	818
Fuera Barcelona ciudad	220	216	196
Sin especificar	100	100	73
<b>Total general</b>	<b>5.227</b>	<b>5.178</b>	<b>4.204</b>

Fuente: CMBD-Urgencias 2016, 2017 y 2018

Tabla 2 . Contactos de urgencias personas de  $\geq 65$  años según hospital y total. Diferencias por periodo (%). Barcelona ciudad 2016-2018.



Fuente: CMBD-Urgencias 2016, 2017 y 2018

El análisis de las urgencias psiquiátricas del período según hospital muestra un descenso global del -20,3% para período 2016-2018. El hospital Vall d'Hebron es el que registra el descenso más importante un -36%, se podría relacionar porque es el Hospital de referencia de la UAC PG,

Observando los datos del CMBD y los resultados de los años de atención en la comunidad de UAC PG, parece que se refuerzan, podrían explicar la contribución a la reducción de los contactos a urgencias psiquiátricas de los pacientes mayores de 65 años.

## Conclusiones

En base a la experiencia del equipo y la implementación de la Unidad, podemos concluir que la existencia de la misma favorece la atención a las personas con alteraciones conductuales disruptivas en domicilio, lo cual beneficia tanto al propio paciente como a su entorno, al poder disponer de este recurso en domicilio y así mantener el mayor tiempo posible al paciente en contacto con la comunidad, reduciendo ingresos hospitalarios o en recursos especializado siempre que sea posible, dependiendo de la intensidad de dichas alteraciones conductuales.

La percepción del equipo en cuanto al trabajo en red, con los diferentes recursos que atienden a esta tipología de paciente, atención primaria, CSMA, UFISS, servicios de urgencia de psiquiatría, servicios sociales, ha sido muy positiva, debido a que hemos podido confeccionar circuitos de actuación para agilizar la atención a estos pacientes. A pesar de todo, sería beneficioso el disponer de camas de urgencias para poder dar respuesta más rápida a situaciones difíciles de contener en domicilio y que podrían representar un riesgo para el paciente y su entorno.

Actualmente se está trabajando en cómo poder mejorar la coordinación entre la Unidad y los diferentes servicios de urgencias de la ciudad de Barcelona.

Se ha identificado que la complejidad aumenta, cuando hay una problemática y/o dificultad social añadida, por lo que se están intensificando coordinación y contacto con Servicios Sociales y Departament de Gent Gran, para poder establecer unos circuitos de información adecuada y poder dar respuesta a estas situaciones.

## Bibliografía

1. [Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es)
2. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020  
Un sistema centrat en la persona: públic, universal i justa
3. Organización Mundial de la Salud: Grupo de Organización de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002
4. Respuestas organizativas para la atención en crisis en psicogeriatría. Pedro Roy Millán. [www.viguera.com/sepg](http://www.viguera.com/sepg)  
Psicogeriatría 2011; 3 (2): 73-82
5. Perez-Castejon, Joan M, Geriatra-Director Asistencial, "La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria", junio 2005, Revista Multidisciplinar de Gerontología, pg 16.
6. Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), C. Med. Psicosom, Nº 105 – 2013
7. Sanchez Cardenas Miguel Antonio, Fuentes Bermudez Genny Paola, "Gestión Clínica de Programas de Cuidado Domiciliario", Revista CES Salud Publica 2016
8. "Contactes d'urgències psiquiàtriques segons AIS d'origen del pacient de persones de > 65 anys. Barcelona ciutat 2016, 2017 i 2018" CMBD -Urgències 2016, 2017 i 2018." Font: CMBD-Urgències 2016, 2017 i 2018. **Esther Colell**. Secretaria Tècnica. Consorci Sanitari de Barcelona. Regió Sanitària Barcelona Salut. Servei Català de la Salut.

---

## EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN PSICOGERIATRÍA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

---

### Fca. Almansa-Cruz

Psiquiatra.

CSMA Sant Feliu de Llobregat. Hospital Sagrat Cor Martorell, Barcelona.

falmansa.hsagratcor@hospitalarias.es

### Resumen

**Introducción.** Se reflexiona en torno a la evolución de la actividad asistencial realizada en un CSMA, vinculada a la población anciana, desde la perspectiva comunitaria y tras levantar la mirada de la atención asistencial directa para observar, en el sector de la atención primaria, cuáles son las tendencias demográficas en relación al envejecimiento de su censo por municipios y cuál es el impacto al implementar un recurso desde la especializada. **Desarrollo.** Se analiza el período comprendido entre 2007 y 2018 con el objetivo de valorar los resultados en la atención de la población mayor de 65 a., en el sector del “Baix Llobregat Nord”, tras

la instauración del Programa de Soporte de la especializada a la atención primaria añadiendo mejora en la formación y capacitación de los profesionales. Se revisa volumen atendido y vinculado a su CSMA de referencia, influencia en la detección y prevalencias de diagnósticos así como en la evolución de la contención de casos derivados al recurso especializado. **Conclusión.** El análisis de la población anciana de referencia por franjas de edad entre los 65 y más de 80 a. nos permite anticipar tendencias y liderar posibles actuaciones estratégicas acordes con nuestro sector o territorio.

**Palabras clave:** Cambio demográfico. Envejecimiento población. Impacto. Tendencias.

## Abstract

**Introduction.** It reflects in the evolution of the assistance activity carried out in a CSMA, linked to the elderly population, from a community perspective and after looking up direct care to observe, in the primary care sector, what are the demographic trends in relation to the aging of its municipal census and what is the impact of implementing a resource from the specialized. **Development.** The period between 2007 and 2018 is analyzed with the aim of assessing the results in the care on the population over 65 years of age in the sector of the "Baix Llobregat Nord", following the establishment of the specialized support programme for primary care by adding improvement in the education and training of professionals. Volume is reviewed attended and linked to its reference CSMA, influence on the detection and prevalence of diagnostics as well as the evolution of the containment of cases derived from the specialized resource. **Conclusions.** The analysis of the elderly reference population by age ranges between 65 and more than 80 years old allows us to anticipate trends and lead possible strategic actions in line with our sector or territory.

**Key Words:** Demographic change. Aging population. Impact. Trends.

## Introducción

Desde la perspectiva comunitaria de atención en la salud mental para las personas de edad avanzada se revisan actuaciones implantadas en un CSMA. Con el objetivo de levantar la mirada habitualmente enfocada en el logro de la consecución de objetivos de gestión a corto plazo, de valorar resultados a medio-largo plazo así como la posible eficiencia en la actividad asistencial diaria, de ejercer introspección sobre nuestra actuación como recurso de salud mental y visualizar que, quizás, no se estén adaptando ni anticipando a buen ritmo medidas dirigidas a la realidad de las necesidades de nuestra población de mayores.

Nos guiarán respecto a las tendencias en esta andadura algunas de las frases inspiradoras y sencillas que un matrimonio, de más de 84 años, expresa durante las entrevistas en la consulta de psiquiatría: "Cada día que pasa somos más grandes... Muchas horas en casa...", aumento de la longevidad y su consiguiente aumento de la vulnerabilidad. "Cada día hay más mayores y será peor, porque no estarán bien" "El cuerpo lo mal que lo tenemos... si venimos aquí es porque nos pasa algo y no estamos bien", nos recuerdan el cambio demográfico y anticipan los problemas de salud deficitaria a nivel físico y mental de las personas mayores, requerimiento de cuidados y sobrecarga de cuidadores. "El mundo no es razonable y no nos ayuda a estar bien y tranquilos", alentando a reflexionar en relación a las implicaciones del envejecimiento a nivel de la sociedad. "Hay mucha gente joven que no sabe dónde ir... hay chicos y chicas que podrían ir a ayudar a los mayores... " invitando a pensar soluciones de estructuras de cuidado. "Vosotros estudiáis, vosotros lo sabéis...". "Que pongan atención..." orientando a enfocar

gestión del coste y carga de la salud mental en la población anciana.

Como indican los autores, Eva Jané Llopis y Andrea Gabilondo en la redacción del *Documento de consenso de La Salud Mental de las personas mayores* “El cambio demográfico, que Europa está afrontando, es el resultado de una tasa de natalidad muy baja y del aumento de la longevidad, lo cual significa que en las próximas décadas habrá menos gente joven y menos adultos jóvenes; más trabajadores mayores, más pensionistas y más personas mayores. La proporción de la población por encima de los 65 años en 2050 estará en torno al 30%, y el 11% tendrá más de 80 años” [1]

En el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, Luxemburgo 2008, se redactaron varios documentos de consenso donde se priorizaban problemáticas en la salud mental y se orientaban acciones en cinco áreas, entre ellas “La Salud Mental de las personas mayores”, mencionando la importancia de la formación y capacitación de los profesionales [2].

En 2007 el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña establece líneas estratégicas conjuntas entre primaria y salud mental. Para ofrecer una mejor capacidad de atención se amplía la cartera de servicios al aproximar la especializada en salud mental a los profesionales y usuarios en el mismo ámbito de actuación de primaria y, se implanta un Programa de Soporte a la Primaria (PSP). Los equipos de primaria disponen de referentes de salud mental: psiquiatra, psicólogo, enfermería psiquiátrica que se coordinan con referentes de los EAP. Se busca la mejora en la atención y detección de casos preferentes/urgentes para agilizar el acceso a CSMA, coordinación, continuidad asistencial y formación; selección de casos y tratamiento de las patologías mentales más

severas. Se ofrece agenda de primeras visitas y seguimientos de casos, interconsulta y sesiones formativas teóricas y de casos clínicos para médicos y enfermería, como objetivo mejorar la actitud y competencias de los profesionales de primaria hacia la salud mental.

Se realiza análisis estadístico de la población de referencia del CSMA Pins d'Or del Baix Llobregat Centre. Calibraremos el impacto de la implantación del PSP en el recurso y, de manera indirecta, en la atención a nuestros mayores. A modo orientativo en el Informe resumen de actividad asistencial de atención primaria 2007-2011 del Sistema Nacional de Salud y en las gráficas de actividad por grupos quinquenales de edad de medicina (gráfico 6.2) y enfermería (gráfico 7.2) se observa mayor predominio de la actividad asistencial de los médicos de cabecera y enfermería en las franjas de edad a partir de los 65 a. y que se incrementa entre los 70-84 a. [3]

Nos sumergiremos en la “minería de datos” para objetivar el dinamismo evolutivo de la población vinculada al sector, de fomentar un mayor pragmatismo en las propuestas de actuación asistencial a nivel comunitario al visualizar las características demográficas predominantes, las tendencias y prevalencias de los diagnósticos del territorio en el ámbito de la salud mental de una población con heterogeneidad en sus características a nivel biográfico, cultural y social: personas de edad avanzada con antecedentes mentales cronificados, con debut en su trastorno mental pero con autonomía y capacidad decisoria, con una escasa red social de apoyo o ninguna pero sin reunir requisitos de dependencia ni de encaje en los recursos ofrecidos.

## Métodos

Análisis de la evolución de la actividad asistencial del CSMA tomando como punto de partida el año 2007, momento en el que se instaura PSP y como punto final de recogida de los datos el año 2017, aproximadamente una década de intervención.

Se analiza el censo de la población total del sector de referencia y del total vinculado asistencialmente al recurso de salud mental comunitario y específicamente personas mayores de 65 años, por franjas de edad, de las poblaciones de Sant Feliu de Llobregat, Molins de Rei, Papiol, Corbera, Cervelló y Vallirana. [4] y [5]

De manera más focalizada se valora el quinquenio comprendido entre 2014-2018. Período en el que se imparten sesiones formativas centradas en la atención psicogerétrica, a modo de ejemplo "Nihilismo terapéutico en el anciano", "Depresión y ansiedad en el anciano", "Suicidio", "Psicofármacos y polifarmacia en el anciano con patología médica concomitante", "Rasgos de personalidad o síntomas", "Deterioro cognitivo y manejo", "Sobrecarga de cuidadores y acting-out yatrogénico", etc...

Se plantean varias hipótesis y cuestiones. Verificar si se está produciendo un incremento de población mayor de 65 a. en nuestro sector de referencia. Verificar si se confirma el progresivo envejecimiento de dicha población y en qué poblaciones es más destacable éste. ¿Cuál es la tendencia del envejecimiento de la población de referencia atendida en CSMA en el período de 2014-2018? ¿Va en aumento la evolución de las visitas realizadas a pacientes de edad avanzada en consonancia con un aumento del envejecimiento poblacional? ¿Podemos extrapolar un impacto positivo del PSP al favorecer soporte en formación y consulto-

ría de casos a los profesionales de primaria así como mayor proximidad y mejor accesibilidad a los pacientes al recurso? ¿Han disminuido las derivaciones, primeras por sexo y por edad durante el período 2014-2018? ¿Se observa algún punto de inflexión en las derivaciones de la población en las franjas de edad avanzada tras las sesiones formativas en psicogeretría realizadas en dicho período?

## Resultados

Se indican datos correspondientes a 2007 de población total de referencia, de pacientes atendidos en CSMA y, de estos, los mayores de 65 a. en las Tablas 1,2 y 3. Se observa un predominio del sexo femenino en todas las comparativas. Del total de casos atendidos a partir de 65 a. el 80 % se encontraba en la franja entre 65 y 79 a. Hasta los 74 a correspondía el 60%. [Tabla 4. Distribución por edad del 2007].

Se compara el nº (en valor absoluto y porcentaje) de individuos mayores de 65 a. en 2007,2014 y 2018 desagregando dos variables población por sexo y municipios. Se mide el valor -y su ratio- de cada sexo con respecto al total (área "Ambos sexos" de la Tabla 5) municipio a municipio -unívocamente comparando cada población consigo misma en los 3 años-. En la comparativa demográfica 2007-2018 y la evolución nº pacientes atendidos >65 a. de la población total (sumando todos los rangos de edad) del sector de referencia sólo aumentó el 3%. Es relevante el total poblacional de >65 a. registrado en 2018 (19.326) vs. 2007 (13.417), este dato muestra un aumento de casi 6.000 mayores en el período estudiado. Es decir, en 2018 hay un 44% más de esta población que en 2007. Por municipios,



dentro del mismo, se mantiene estable en el tiempo el % de hombres y mujeres sin apenas variación (de 43,1% a 44,0% y de 56,9% a 56%, respectivamente) [5]. No se comprueba un aumento en el ratio de mujeres en esta franja de edad para el período analizado en los municipios del estudio, esto significa que se mantiene la proporcionalidad poblacional por sexos en la muestra, incluso se reduce la preponderancia femenina del ratio hombres/mujeres de 2018 vs 2007. [Tabla 5. Distribución por sexo y municipio (2007,2014 y 2018) y Tablas 6 – 7. Población sector referencia todas las edades y mayores de 65 a.]

El impacto positivo de la implantación del PSP a primaria, con nuestros programas formativos y de consultoría, se observa en la Tabla 8. Por rangos de edad se visualiza la progresiva disminución del nº de pacientes mayores de 65 a. derivados de los EAP a Salud Mental y vinculados a CSMA entre 2014 y 2018 y que prácticamente se produce a expensas de la franja de edad de 65-74 a., en un 46% (aunque existe aumento porcentualmente relevante en el resto de franjas en cifras absolutas es un incremento menor). En la Tabla 9 en la que se ofrece la comparativa de evolución de casos y su distribución por diagnósticos se muestra dicha disminución 553 pacientes en 2007 vs 373 en 2018, correspondiendo a una reducción del 33%, siendo la variación de un 21% del 2014 a 2018.

Se recoge la distribución por diagnósticos del total de pacientes de Pins d'Or en 2007 [Tabla 10] predominando síntomas ansioso-depresivos en el 70%; 40% engloba trastornos de ansiedad y adaptativos, 31% cuadros depresivos.

## Discusión

Respecto a la distribución de primeras visitas y pacientes totales, a partir de la intervención en los equipos de AP con nuestros programas de consultoría, se confirma el positivo efecto multiplicador registrado desde 2016. Por un lado hemos visto que la población >65 a. del área de interés del CSMA aumentó un 44% en el período de 2007 a 2018, sin embargo, desde 2014 la afluencia de primeras visitas derivadas a Pins d'Or no sólo no aumentó sino que se redujo el 46%. Concomitantemente el nº total de pacientes mayores atendidos en el recurso decae un 20% [Tabla 11 y 12].

En relación a la evolución de las patologías cabe destacar una disminución del 75% en el número de casos atendidos con trastornos de ansiedad en dichas franjas de edad. Se ha logrado una reducción progresiva del número de casos derivados con diagnóstico de deterioro cognitivo, de distimia y de trastornos adaptativos [Tabla 13]. Tras el filtro notable de dichas patologías el volumen de pacientes mayores en el CSMA presenta un predominio de depresión crónica y trastornos mentales severos [Tabla 14].

## Conclusión

El análisis de la población de referencia de nuestro sector, en las franjas de edad que nos ocupan, orienta qué necesidades requieren de implementación de nuevos proyectos así como cuál es la posibilidad de encaje en nuestro territorio de aquellos proyectos ya implantados en otros equipos que hayan demostrado utilidad.

Se ha podido visualizar el impacto de la formación y capacitación de los profesionales en la actividad asistencial en el Centro

de Salud Mental analizado. Como atención especializada tendríamos que reflexionar qué actuaciones hemos de dirigir a la población comprendida entre los 65 y más de 80 a. Se hace necesaria una Línea Estratégica de atención comunitaria centrada en la población psicogeriátrica, ruta asistencial, donde se actualizase la cartera de servicios, gestión de casos y plan individualizado para nuestros usuarios y población de referencia. Pongan atención.

## Agradecimientos

Departamento de Informática del Hospital Psiquiátrico Sagrat Cor de Martorell, Alfonso Alcazar Quiñonero, por su participación en la recogida de los datos de actividad asistencial para su estudio.

A las personas mayores atendidas en el CSMA Sant Feliu de Llobregat por aportar reflexiones desde su sabiduría.

A mi marido, Juan Carlos Serrano Sanchez, consultor, por colaborar en el análisis estadístico de los datos.

A todos ellos gracias por su participación desinteresada.

## Bibliografía

1. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. ISBN- 978-92-79-05189-0© European Communities, 2008. En : Documento de Concenso : Salud Mental en Personas Mayores. Problemas del cambio demográfico en la UE: p 6
2. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. ISBN- 978-92-79-05189-0© European Communities, 2008. En : Documento de Concenso : Salud Mental en Personas Mayores. Capacidad de construcción y formación : // p 25
3. Actividad Asistencial Ordinaria en Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Informe Evolutivo 2007-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SIAP - S.G. de Información Sanitaria e Innovación Frecuentación general. Gráfico 6.2. por grupos quinquenales de edad. Agrupación medicina: p 36. Gráfico 7.2. Por grupos quinquenales de edad. Enfermería: p 41. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad\\_asist.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_asist.pdf) <https://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm> [Consultado el 11 de mayo de 2019].
4. Fuente INE [Consultado el 12 de mayo de 2019]. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e244/avance/p02/I0/&file=1mun00.px>
5. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2007,2014,2018. Datos por municipios. Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales). [Consultado el 12 de mayo de 2019]. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p05/a2007/10/&file=00008001.px&L=0>

## Tablas y gráficos

Tabla 1. Población total de referencia 2007.

Hombres	Mujeres	Total
51.233	52.384	103.617

Tabla 2. Pacientes atendidos CSMA Pins D´Or 2007.

Hombres	Mujeres	Total
5.937 (5,73 %)	7.574 (7,30 %)	13.511 (13,04 %)

Tabla 3. Pacientes  $\geq 65$  años atendidos 2007(% respecto al total).

Hombres	Mujeres	Total
148 (1,09 %)	405 (3 %)	553 (4,09 %)

Tabla 4. Distribución por edad (2007).

Edad	Hombres	Mujeres	Total
65-69 años	12,12 % (67)	4,21% (135)	36,5% (202)
70-74 años	17,72 % (98)	5,97% (33)	23,69% (131)
75-79 años	5,06 % (28)	15,0% (83)	20,07% (111)
80-84 años	1,63 % (9)	9,95% (55)	11,57% (64)
$\geq 85$ años	1,99 % (11)	6,15% (34)	8,14% (45)

Tabla 5. Distribución por sexo municipio (2007,2014 y 2018).

Totales sin franjas de edad (>65 años)	Total (2007)		Total (2014)		Total (2018)	
<b>Ambos sexos</b>	<b>13.417</b>	<b>100%</b>	<b>17.228</b>	<b>100%</b>	<b>19.326</b>	<b>100%</b>
08068-Cervelló	886	6,6%	1.278	7,4%	1.465	7,6%
08072-Corbera de Llobregat	1.379	10,3%	1.817	10,5%	2.066	10,7%
08123-Molins de Rei	3.367	25,1%	3.936	22,8%	4.346	22,5%
08158-Papiol, El	532	4,0%	607	3,5%	661	3,4%
08211-Sant Feliu de Llobregat	5.640	42,0%	7.370	42,8%	8.301	43,0%
08295-Vallirana	1.613	12,0%	2.220	12,9%	2.487	12,9%
<b>Hombres</b>	<b>5.777</b>	<b>43,1%</b>	<b>7.564</b>	<b>43,9%</b>	<b>8.500</b>	<b>44,0%</b>
08068-Cervelló	390	44,0%	568	44,4%	662	45,2%
08072-Corbera de Llobregat	618	44,8%	822	45,2%	934	45,2%
08123-Molins de Rei	1.429	42,4%	1.683	42,8%	1.866	42,9%
08158-Papiol, El	236	44,4%	269	44,3%	299	45,2%
08211-Sant Feliu de Llobregat	2.363	41,9%	3.188	43,3%	3.592	43,3%
08295-Vallirana	741	45,9%	1.034	46,6%	1.147	46,1%
<b>Mujeres</b>	<b>7.640</b>	<b>56,9%</b>	<b>9.664</b>	<b>56,1%</b>	<b>10.826</b>	<b>56,0%</b>
08068-Cervelló	496	56,0%	710	55,6%	803	54,8%
08072-Corbera de Llobregat	761	55,2%	995	54,8%	1.132	54,8%
08123-Molins de Rei	1.938	57,6%	2.253	57,2%	2.480	57,1%
08158-Papiol, El	296	55,6%	338	55,7%	362	54,8%
08211-Sant Feliu de Llobregat	3.277	58,1%	4.182	56,7%	4.709	56,7%
08295-Vallirana	872	54,1%	1.186	53,4%	1.340	53,9%

Tabla 6 y 7. Población del sector de referencia todas las edades y mayores de 65 años.

Población del sector de referencia (todas edades)				
	Hombres	Mujeres	POBLACIÓN TOTAL	% POBLACIÓN TOTAL
2018	52.322	54.444	106.766	3%
2007	51.233	52.384	103.617	AÑO BASE COMP.

Población del sector de referencia (>65 años)				
	Hombres	Mujeres	POBLACIÓN TOTAL	% POBLACIÓN TOTAL
2018	8.500	10.826	19.326	44%
2007	5.777	7.640	13.417	AÑO BASE COMP.

Tabla 8. Pacientes vinculados al CSMA entre 2014 y 2018 por franjas edad y variación.

Rangos de edad	2014	2015	2016	2017	2018	Total general	Variación
Edad de 65 a 74	370	330	300	257	200	<b>1.457</b>	-46%
Edad de 75 a 84	175	185	173	170	193	<b>896</b>	10%
Edad de 85 a 94	26	36	33	38	44	<b>177</b>	69%
Edad de 95 en adelante	1		1	1	1	<b>4</b>	
<b>Total general</b>	<b>572</b>	<b>551</b>	<b>507</b>	<b>466</b>	<b>438</b>	<b>2.534</b>	

Tabla 9. Evolución casos según diagnóstico y su variación durante período 2007- 2018 y 2014-18.

Cuadro comparativo evolución casos diagnosticados 2007-2014-2018					
Distribución por diagnósticos	Casos '07	Casos '07	Casos '07	Variación '07-'18	Variación '14-'18
Tr. Ansiedad 300.*	173	62	45	-74%	-27%
Agorafobia con angustia 300.21	6	4	2	-67%	-50%
Tr. Obsesivo compulsivo 300.3	5	9	8	60%	-11%
Tr. Adaptativos 309.*	36	26	31	-14%	19%
Distimia 300.4	76	89	64	-16%	-28%
Depresión mayor recurrente 296.3*	95	134	107	13%	-20%
Tr. Bipolar Maníaco 296.4*	8	14	13	63%	-7%
Tr. Bipolar Depresivo 296.5*	12	13	9	-25%	-31%
Tr. Bipolar Mixto 296.6*	6	6	8	33%	33%
Tr. Personalidad 301.*	9	20	11	22%	-45%
Tr. Esquizofrénicos 295.*	36	37	31	-14%	-16%
Paranoia 297.*	37	32	29	-22%	-9%
Demencia 290.*	21	27	15	-29%	-44%
N.E.	33	0	0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>553</b>	<b>473</b>	<b>373</b>	<b>-33%</b>	<b>-21%</b>

Tabla 10. Distribución por diagnósticos 2007.

Tr. ansiedad 300.*	31,28 % (173)
Agorafobia con angustia 300.21	1,08 % (6)
Tr. Obsesivo Compulsivo 300.3	0,90 % (5)
Tr. Adaptativos 309.*	6,51 % (36)
Distimia 300.4	13,74 % (76)
Depresión Mayor Recurrente 296.3*	17,18 % (95)
Tr. Bipolar Maníaco 296.4*	1,45 % (8)
Tr. Bipolar Depresivo 296.5*	2,17 % (12)
Tr. Bipolar Mixto 296.6*	1,08 % (6)
Tr. Personalidad 301.*	1,63 % (9)
Tr. Esquizofrénicos 295.*	6,51 % (36)
Paranoia 297.*	6,70 % (37)
Demencia 290.*	3,80 % (21)

Tabla 11. Pacientes  $\geq 65$  años atendidos Pins d'Or.

	Pacientes atendidos en CSMA Pins d'Or (>65 años)			
	Hombres	Mujeres	Total pacs.	% TOTAL
2018	142	301	443	-20%
2017	150	326	476	-14%
2016	149	366	515	-6,9%
2015	166	396	562	1,6%
2014	164	421	585	5,8%
<b>2007</b>	<b>148</b>	<b>405</b>	<b>553</b>	<b>AÑO BASE COMP.</b>



Tabla 12. Evolución disminución primeras visitas.

Primeras visitas >65 años	
% TOTAL PACS.	
2018	-46%
2017	-45%
2016	-40%
2015	-10%
2014	AÑO BASE COMP.

Tabla 13. Evolución casos según diagnóstico período 2007 a 2018.

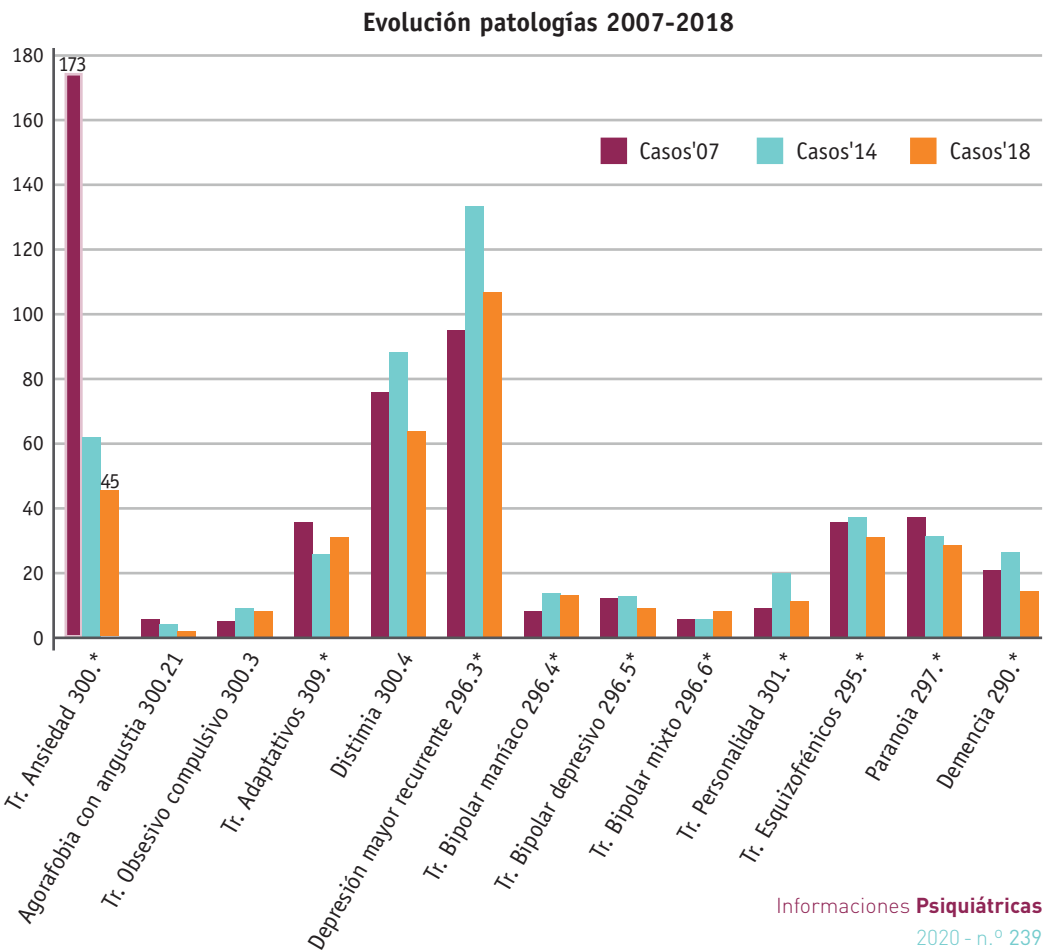
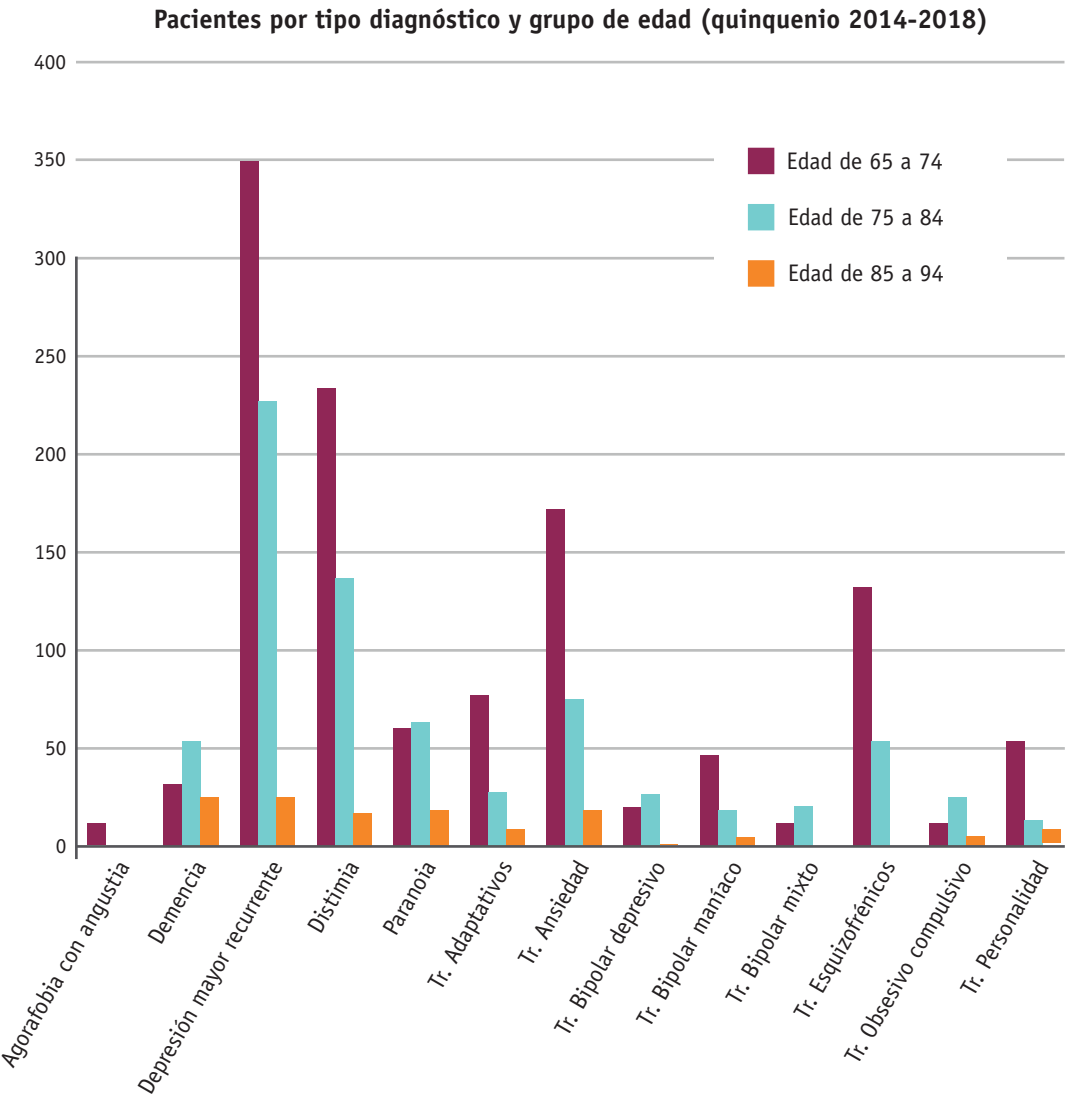


Tabla 13. Evolución casos según diagnóstico período 2007 a 2018.



---

# HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL PACIENTE ANCIANO

---

## Dr. Luis de Miguel Izquierdo

Psiquiatra adjunto equipo Hospitalización Domiciliaria.

Hospital Sagrat Cor de Martorell.

ldemiguel.hsagratcor@hospitalarias.es

## Resumen

En el presente trabajo descriptivo se presenta una experiencia en Hospitalización Domiciliaria realizada desde el Hospital Sagrat Cor de Martorell (Barcelona), recogiendo las características de los diversos programas de hospitalización domiciliaria en el país y realizando un estudio estadístico sobre los pacientes ancianos atendidos en nuestra Unidad durante un año.

Se repasan los rasgos diferenciales de la patología psiquiátrica en el anciano y se reflexiona sobre la idoneidad de este dispositivo para abordar tales trastornos.

Se concluye que la hospitalización domiciliaria es una herramienta especialmente adecuada para tratar la patología psiquiátrica severa en el paciente anciano, evitando hospitalizaciones a tiempo completo y brindando apoyo a las familias para participar en la atención al miembro enfermo.

**Palabras clave:** Hospitalización domiciliaria, Psiquiatría comunitaria, Psicogeriatría.

## Abstract

This descriptive work presents an experience in Home Hospitalization carried out from the Sagrat Cor de Martorell Hospital (Barcelona), collecting the characteristics of the various home hospitalization programs in the country and conducting a statistical study on the elderly patients treated in our Unit during one year.

The differential features of psychiatric pathology in the elderly are reviewed and the suitability of this device to address such disorders is reflected.

It is concluded that home hospitalization is an especially suitable tool to treat severe psychiatric pathology in the elderly patient, avoiding full-time hospitalizations and providing support to families to participate in the care of the sick member.

**Key Words:** Home Hospitalization, Community psychiatry, Psychogeriatrics.

## Introducción

La Hospitalización Domiciliaria se enmarca en el movimiento de la Psiquiatría Comunitaria, cuya filosofía se basa en ir a buscar y tratar al enfermo allá donde se encuentre. Así pues, se abandona el modelo hospitalocéntrico que tuvo su auge en la primera mitad del siglo XX.

Las primeras experiencias en hospitalización a domicilio corresponden al campo de la Medicina Interna. Se citan como experiencias pioneras las del hospital Guido Montefiore de Nueva York en 1947 y la del hospital Tenon de París en 1951, y en nuestro país, el Hospital Provincial de Madrid (actual Gregorio Marañón) en 1981, el hospital Cruces (Vizcaya) en 1983, el H. Virgen del Rocío (Sevilla) y el H. Marqués de Valdecilla (Santander) en 1984, el H. General Yagüe (Burgos) en 1985, el H. Juan Canalejo (La Coruña) en 1987, etc...

En el campo de la salud mental cabe destacar los programas pioneros de la Comunidad Valenciana en 1996 y del País Vasco pocos años más tarde (1). Y en Cataluña fueron pioneros los programas del Hospital del Mar y del Hospital de Sant Pau-CPB a principios del siglo actual.

Las ideas directrices de los programas mencionados se basan en una serie de expectativas, como son (2):

- Contribuir a la sostenibilidad de los recursos reduciendo costes
- Evitar ingresos a tiempo completo en el hospital
- Reducir el estigma por enfermedad mental
- Minimizar el fenómeno de “puerta giratoria” de los reingresos frecuentes
- Acortar la media de estancia en el hospital
- Evitar el peligro de hospitalismo

- Mejorar la continuidad asistencial, favoreciendo la vinculación del paciente a la red de asistencia tras el alta.

Con el fin de implementar el modelo mencionado, y viendo las experiencias exitosas de los programas piloto tanto en Cataluña como en otras comunidades autónomas (3), el Catsalut ha fomentado la apertura de nuevas unidades desde el año 2017. En tal contexto se inició la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Sagrat Cor de Martorell (Barcelona).

## Descripción de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Sagrat Cor de Martorell

En el año 2017 se inicia tal Unidad en el hospital psiquiátrico Sagrat Cor, de Martorell (Barcelona), cuyas características son:

- Localización en una sala comunitaria anexa al Servicio de Urgencias
- Dotada de un psiquiatra a 30 h. semanales y cuatro enfermeros a 20 h. semanales
- Medios técnicos de teléfonos móviles, tablets y maletines de enfermería para los miembros componentes

La procedencia de las derivaciones son el mismo Servicio de Urgencias, los Centros de Salud Mental de Adultos del territorio (áreas del Baix Llobregat Centre, Baix Llobregat Nord y Alt Penedès), y las Unidades de Agudos y Subagudos del mismo hospital. Se asegura una atención diaria, con atención telefónica los fines de semana y coordinación con el Servicio de Urgencias las 24 h. del día. La primera visita siempre la llevan a cabo el psiquiatra y el enfermero conjuntamente, y más tarde se programa una visita a domicilio cada 48 h. por parte de enfermería.

Las plazas concertadas con el Catsalut son siete plazas, si bien en picos de asistencia se puede llegar a un máximo de doce plazas en momentos puntuales. Se prevé un tiempo de estancia similar al de la Unidad de Agudos (unas tres semanas).

Los criterios de inclusión consisten en:

- Paciente con enfermedad mental grave (TMS) que padece una descompensación clínica.
- Ha sido derivado por un recurso de la Red de Salud Mental.
- Tiene soporte familiar (o de amistades) en su domicilio.
- Paciente y familia aceptan voluntariamente el ingreso.

Y los criterios de exclusión son:

- Involuntariedad
- Ausencia de familia o apoyos en domicilio
- Alteraciones conductuales graves (agitación y/o agresividad)
- Riesgo grave de suicidio
- Trastorno por uso de sustancias como diagnóstico principal
- Deterioro cognitivo como diagnóstico principal
- Comorbilidad con enfermedades orgánicas que requieren atención especial.

## Características diferenciales en el paciente anciano

Durante todo el año 2018 se recogieron los siguientes datos de los ingresos domiciliarios, que se comparan con los datos de la Unidad de Agudos de nuestro hospital (ver tablas I y II):

- En Hospitalización Domiciliaria ingresaron un total de 59 pacientes, de los cuales un 16 fueron mayores de 65 años, que corresponden a un porcentaje del 27%.

- En la Unidad de Agudos hubo un total de 943 pacientes, de los cuales 141 fueron mayores de 65 años, que corresponden a un porcentaje del 15%.
- En Hospitalización Domiciliaria, el sexo predominante de los pacientes ancianos fue el femenino, con un porcentaje del 80 %
- En la Unidad de Agudos, el sexo predominante en pacientes ancianos también fue el femenino, con un porcentaje del 62 %.
- La media de estancia en la Hospitalización domiciliaria fue de cinco semanas, mientras que en la Unidad de Agudos fue de tres semanas.

Lo primero que llama la atención de tales datos es que el porcentaje de pacientes mayores de 65 años fue sensiblemente mayor en Hospitalización Domiciliaria que en la Unidad de Agudos, un 27 % frente a un 15 %. A nuestro juicio, tal dato puede deberse a las naturales resistencias de las familias a que su pariente anciano ingrese en un hospital a tiempo completo, ya que muchas veces se ven capaces de ofrecer contención en domicilio con el apoyo adecuado (en este caso, los profesionales de la H. Domiciliaria) (4).

Otro dato para señalar es el abrumador porcentaje de mujeres mayores de edad en el conjunto de pacientes psicogerítricos en H. domiciliaria, lo que podría deberse tanto a una relativa mayor facilidad de contención en domicilio de las mujeres que de los varones, sobre todo si hay comportamientos agresivos.

Por último, destacaremos que la media de estancia de la unidad de Hospitalización Domiciliaria se disparó hasta las cinco semanas, cuando el objetivo inicial era llegar a una media similar a la Unidad de Agudos, de cinco semanas. Y precisamente fueron los pacientes ancianos los que resultaron más

difícilmente altables, quizás por la lentitud en alcanzar una mejoría sintomática, por la cronificación de sus patologías, y por la presencia de patología orgánica concomitante.

## Diagnósticos principales en el paciente anciano

En nuestra pequeña estadística, en el paciente anciano predominaron los trastornos afectivos (depresión mayor y bipolares) sobre los trastornos psicóticos (ver tabla III). En el conjunto de pacientes de Hospitalización domiciliaria también predominaron los trastornos afectivos, si bien en un porcentaje menor. Atribuimos tal hecho a que las esquizofrenias en la edad tardía están relativamente mejor compensadas o bien han llegado a un deterioro defectual (5) que no acostumbra a derivar en una descompensación con graves alteraciones comportamentales que requieran un ingreso de contención.

A destacar también que los pocos casos que tuvimos con abuso de alcohol y trastornos adaptativos correspondieron a pacientes más jóvenes.

## Conclusiones sobre los datos estadísticos

Al contemplar los datos estadísticos, podemos resumirlos en:

- Mayor media de edad que en la Unidad de Agudos
- Mayor presencia de mujeres que de hombres
- Menor porcentaje de trastornos psicóticos y mayor de trastornos afectivos
- Media de estancia más alta que el conjunto de pacientes
- Mayor incidencia de patologías orgánicas concomitantes

## Experiencias, dificultades y limitaciones

Como puntos positivos de la hospitalización domiciliaria, sobre todo en ancianos, nos atrevemos a señalar los siguientes:

- Es un programa capaz de evitar ingresos a tiempo completo en el hospital
- Motiva a la familia para participar de una forma activa en el tratamiento
- Favorece la observación del paciente en su medio cotidiano (condiciones de la vivienda, relaciones familiares, etc...)
- Tanto el paciente como las familias viven con agradecimiento el hecho de que nos desplazemos hasta su domicilio para atenderlos.

También cabe señalar ciertas limitaciones de todo el programa de hospitalización domiciliaria y en concreto, de la atención a los pacientes ancianos:

- Alta frecuencia de patología orgánica concomitante en mayores de 65 a. (6)
- Mayor lentitud en la resolución de casos (tendencia a la cronicidad en las patologías psiquiátricas de ancianos)
- Limitación del tiempo de estancia, en nuestro caso con la demanda de asemejarse al de una unidad de Agudos; señalaremos aquí que tenemos conocimiento de otras experiencias de unidades de Hospitalización Domiciliaria con una media de estancia similar a la de una unidad de Subagudos, sensiblemente más alta. En todo caso, se podría asignar cada caso a un programa concreto según su evolución.
- Temor al alta, quizás más acusado en el paciente anciano, pues llegan a vivirlo como un abandono.
- Recursos limitados tras el alta, sobre todo en medio rural (problemas de desplazamiento a Hospitales de Día o a Servicios de Rehabilitación).

## Conclusiones

- La hospitalización domiciliaria es una herramienta más en el conjunto de la red de asistencia en salud mental, y como toda herramienta, tiene sus aplicaciones propias y sus limitaciones. No todos los casos son susceptibles de mejora con este programa, hay que saber priorizar los pacientes que podrían beneficiarse potencialmente. Y entre ellos, la gente mayor parece ser un colectivo diana preferente.
- No hay que priorizar el criterio economista, esperando que la Hospitalización Domiciliaria resuelva el colapso de las Unidades de Agudos.
- Somos partidarios de un modelo que posibilite múltiples programas en atención domiciliaria, una especie de “cartera de servicios” (programa de Agudos, programa de subagudos, programa de apoyo...)
- Es imprescindible la coordinación con el resto de dispositivos de la red de atención a la salud mental (CSMA, programa PSI, Hospitales de Día, Unidades de hospitalización), a fin de que el ingreso domiciliario no resulte un esfuerzo aislado que se malogre tras el alta.

## Bibliografía y referencias

1. Megías, F.; Aguilar E.J.; Silvestre, F. “Hospitalización domiciliaria. Salud Mental” Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, 2004.
2. Vázquez, J.; Salvador, L.; Vázquez J.L. “Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves” Actas Españolas de Psiquiatría 2012; 40 (6) p. 323-32.
3. Silveira J.R.; Bouza, R. “Hospitalización psiquiátrica a domicilio” Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría”, 2012.
4. Fernández-Miera, M. F. “Hospitalización a domicilio del paciente anciano con enfermedad aguda”. Revista Española de Geriatria y Gerontología, (abril 2012)
5. Serna, I. de la, “Atención ambulatoria y apoyo familiar en el paciente demenciado” Madrid. Encuentros Ramón y Cajal, 1989.
6. Martín Carrasco, M. “¿Qué papel juegan las instituciones asistenciales en la depresión en el anciano?” en “La depresión en el anciano” Fundación Archivos de neurobiología 1996.

Figuras y tablas

Figura 1. Comparativa de edades entre H. Domiciliaria y la Unidad de Agudos.

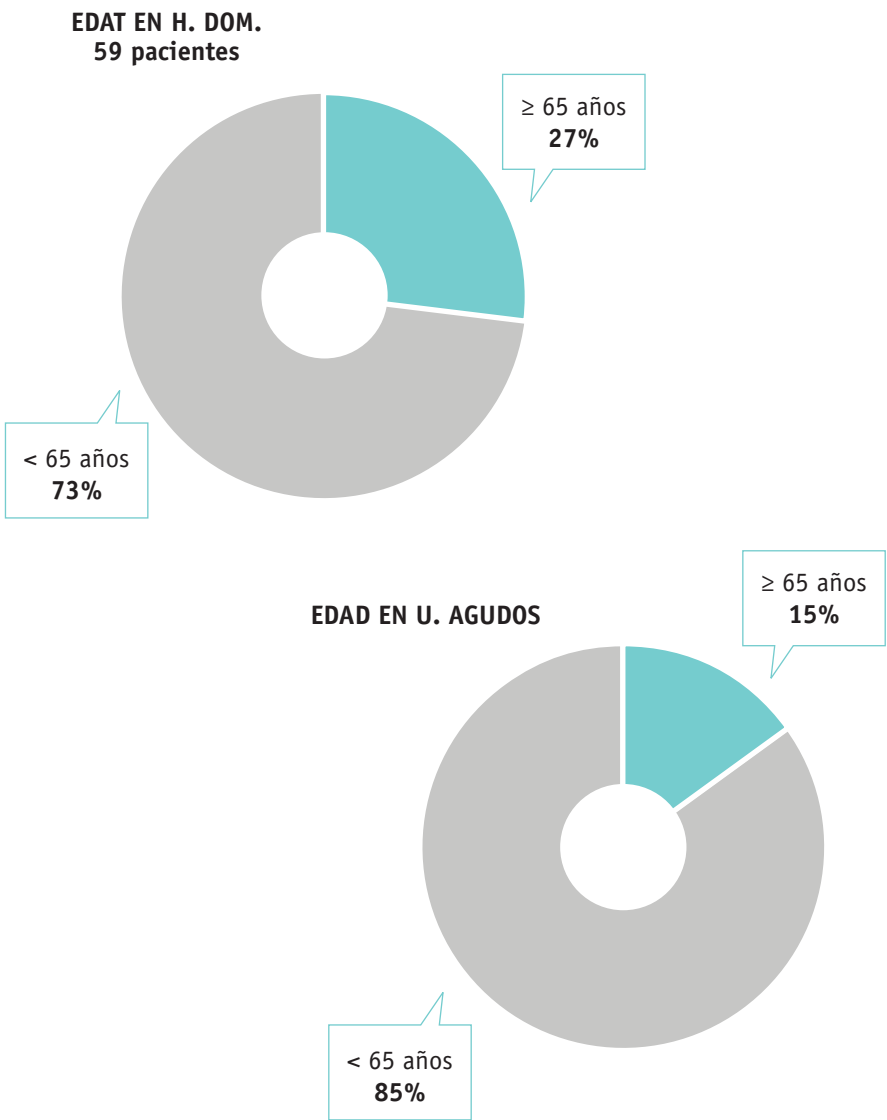




Figura 2. División por edades y por sexos del total de Hospitalización Domiciliaria.

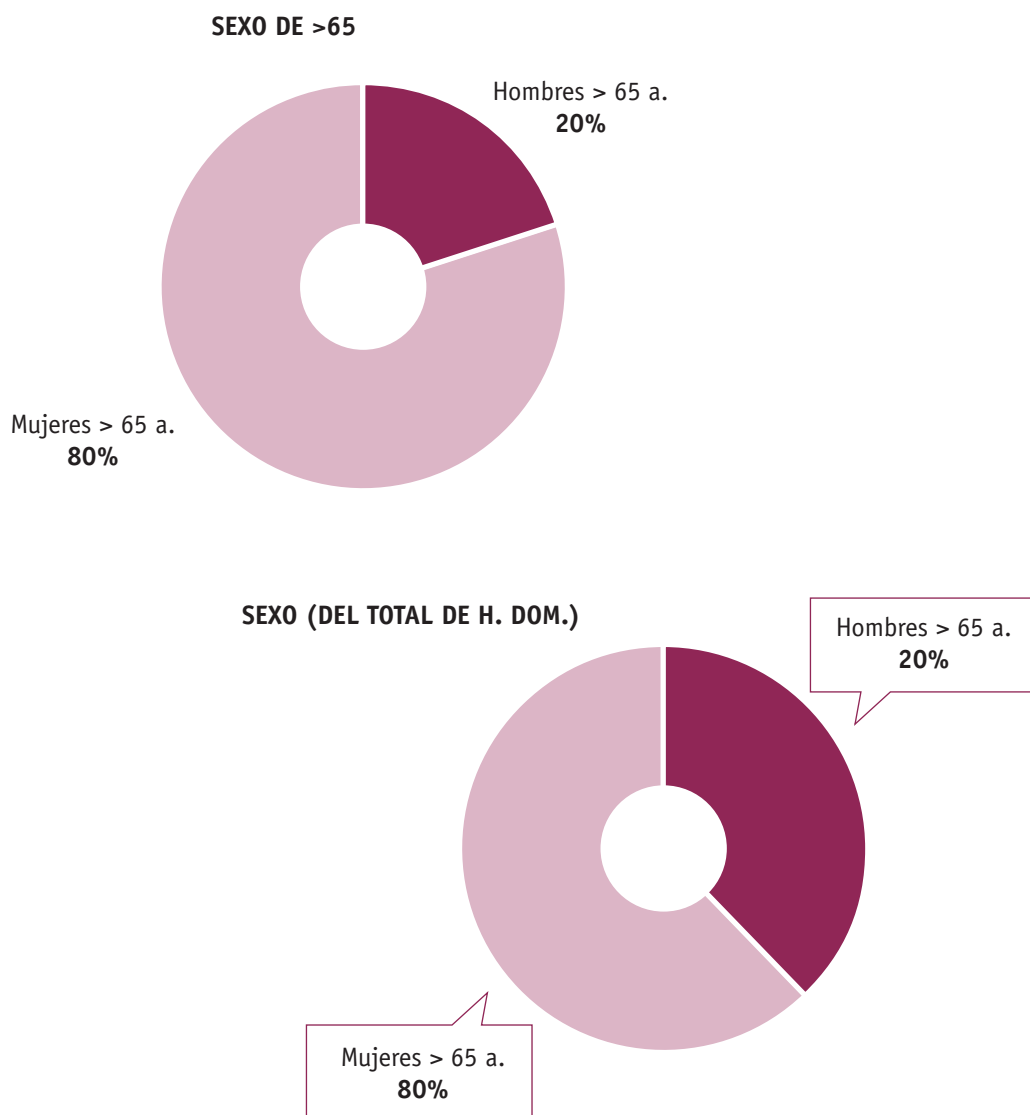


Tabla 1. Diagnósticos principales en Hospitalización domiciliaria.

DIAGNÓSTICOS	TOTAL	>65a.
Depresión Mayor (ep. único o recurrente)	27 (46%)	8 (47%)
Trastorno bipolar	14 (24%)	5 (29%)
Distimia	1 (1,7%)	
Tr. por angustia con agorafobia	2 (3,4%)	
Trastornos adaptativos	3 (5%)	
Trastorno delirante	2 (3,4%)	1 (6%)
Esquizofrenia y Tr. esquizoafectivo	10 (17%)	2 (12 %)
Trastornos de personalidad	1 (1,7%)	
Abuso de alcohol	1 (1,7%)	
Demencia	1 (1,7%)	1 (6%)

---

## DEPRESIÓN Y DEMENCIA: RELACIONES COMPLEJAS

---

### Manuel Gonçalves-Pereira

*Comprehensive Health Research Center (CHRC) - CEDOC, NOVA Medical School/  
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Portugal*  
gpereira@nms.unl.pt

### Resumen

La depresión (incluida la depresión del anciano) y la demencia plantean desafíos considerables para los pacientes, sus familias, los profesionales de la salud/sociales y toda la sociedad. Esto se debe, en parte, a la complejidad de las relaciones entre estas dos condiciones clínicas. Por un lado, la depresión es a menudo una consecuencia de la demencia (ya sea originada como una reacción psicológica a las pérdidas asociadas al avance de la demencia, o como una expresión del proceso orgánico en sí). Por otro lado, además de que la depresión puede ser un pródromo de demencia, la ma-

yoría de los hallazgos sugieren un mayor riesgo de desarrollar demencia en personas con depresión. En cualquier caso, la verdad es que la depresión y la demencia a menudo coinciden clínicamente, independientemente de la dirección o incluso de la hipótesis de causalidad. Aunque la evidencia sobre la naturaleza y la fuerza de sus asociaciones no es del todo consistente, los vínculos biológicos entre la depresión y la demencia probablemente implican vías nerviosas, vasculares e inflamatorias compartidas.

**Palabras clave:** Demencia, Depresión del anciano, Trastornos del humor, Epidemiología.

## DEPRESSION AND DEMENTIA: COMPLEX RELATIONSHIPS

### Abstract

Depression (including late-life depression) and dementia pose considerable challenges for patients, their families, health/social care professionals and the whole society. This is due, in part, to the complexity of relationships between the two conditions. On one hand, depression is often a consequence of dementia (either originated as a psychological reaction to the losses of dementia, or as an expression of the organic process itself). On the other hand, besides that depression may be a prodrome of dementia, most findings suggest an increased risk for developing dementia in individuals with depression. Overall, depression and dementia often coincide clinically regardless of the direction or even assumption of causality. Although the evidence about the nature and strength of their associations is not entirely consistent, biological links between depression and dementia probably involve shared nervous, vascular and inflammatory pathways.

**Key Words:** Dementia, Geriatric depression, Mood disorders, Epidemiology.

## Depresión y demencia: la magnitud del problema

La depresión y la demencia plantean desafíos y problemas considerables para los pacientes, sus familias, los profesionales de la salud/asistencia social y toda la sociedad. Ambas son condiciones prevalentes en la vejez, que contribuyen independientemente a la discapacidad individual y a la carga global de enfermedad (1–3).

Aunque variando en el mundo, la prevalencia de la demencia está dentro de un rango estrecho en la mayoría de las regiones (5.6 – 7.6 %) (3), como también ocurre en España (4). Entretanto, el 10/66 *Dementia Research Group* ha fomentado desarrollos en el conocimiento epidemiológico sobre demencia en países de ingresos bajos y medios (e.g. en Sud America). Nuestro grupo ha replicado esta metodología en Portugal, porque el método es adecuado para poblaciones de ancianos con un alto nivel de analfabetismo como las nuestras, permitiendo comparaciones internacionales y, no menos importante, evaluaciones válidas y fiables no solo de demencia como de depresión en la comunidad (5). Las tasas de prevalencia fueron estimadas en 3.7% (95% CI 3.0–5.0) para demencia con criterios DSM-IV, 9.2% (95% CI 7.8–10.9) para demencia con criterios 10/66 (una diferencia probablemente relacionada con la inclusión de casos con menor severidad pero con discapacidad relevante), 4.4 (95% CI 3.5–5.6) para depresión con criterios ICD-10 y 13.0 (95% CI 11.2–15.0) para depresión subsindrómica (2,5).

En estos estudios epidemiológicos, como en la práctica clínica, hay una gran inversión de esfuerzo para garantizar diagnósticos diferenciales acertados entre depresión, demencia y otras afecciones clínicas. Sin embargo, su coexistencia es frecuente.

## El diagnóstico diferencial de depresión puede ser difícil

En primer lugar, importa distinguir depresión de otras entidades clínicas como, por ejemplo, la fragilidad geriátrica o el *delirium* hipoactivo. La fragilidad geriátrica ocurre en conjunto con síntomas depresivos con una frecuencia probablemente superior a 10%. Mientras que la asociación entre depresión y fragilidad incidente es robusta en estudios longitudinales, hay menos evidencia de lo contrario. Por otro lado, la definición ya clásica de Fried et al. recurre a dos ítems de la escala CES-D (relacionados con 'agotamiento'), lo que puede complicar el diagnóstico diferencial (6). Finalmente, el *delirium* hipoactivo (más frecuente en el anciano y con peor pronóstico) es la forma que más problemas de diagnóstico diferencial plantea en lo que concierne la depresión. Independientemente de eso, el *delirium* es en general un factor de riesgo para depresión y la depresión un factor de riesgo para *delirium* (7).

En segundo lugar, aunque coexistiendo a menudo, la depresión y la demencia constituyen por supuesto diagnósticos nosológicos distintos. Además del diferente balance de síntomas afectivos y cognitivos, la actitud de los pacientes suele ser diferente, sobretodo en fases iniciales: negación frecuente de los déficits, falta de preocupación por la pérdida cognitiva en la demencia (sea como defensa psicológica o reflejando anosognosia de base orgánica) versus, en lo que concierne la depresión, sobrevaloración de los problemas cognitivos, respuestas como 'no sé' y/o menor coherencia o variación con el humor en las exploraciones cognitivas. Mientras que este diagnóstico diferencial a veces resulta complicado, Birrer y Vermuri resumen de manera sencilla algunas pistas

clínicas útiles (8). A propósito, importa distinguir depresión de un trastorno conductual específico, frecuente en las demencias: la apatía. *Apathya* ('falta de pasión') denominaba, para los estoicos, la libertad frente a las emociones. En sentido clínico, suele designar la disminución de iniciativa, interés o motivación, en cierta relación con embotamiento afectivo, que persiste al menos cuatro semanas. Se aconseja la amplia revisión por Godefroy et al. (7). En general, a pesar de la necesidad de un diagnóstico diferencial preciso entre depresión y demencia, a menudo las dos condiciones coinciden en la misma persona, en determinadas ocasiones.

## 'Depresión en la demencia'

La prevalencia de depresión clínicamente significativa es elevada en la demencia. Muchos estudios concluyen que los datos son de al menos 20 por ciento, quizá más elevadas en las formas vasculares, y seguramente mucho más si hablamos de síntomas depresivos sin un diagnóstico nosológico de depresión (9).

Por supuesto, necesitamos criterios clínicos para diagnosticar la depresión en la demencia, pero estos no son consensuales. Olin et al. propusieron criterios menos estrictos en comparación con los de la depresión en general (aunque se apeguen en parte a lo que el DSM defiende como un enfoque etiológico con respecto a la atribución de síntomas) (10). También los criterios provisionales para depresión en la enfermedad de Alzheimer (grupo de trabajo NIMH) no siguieron fielmente el DSM 5: 1) sólo son necesarios 3 (o más), y no 5 (o más) criterios; 2) no es necesario que estén presentes todos los días; 3) se añadieron criterios para

la irritabilidad y el aislamiento social; 4) se omitieron la disminución del interés (no del placer) y de la concentración (7).

En verdad, se puede especular que la depresión en la demencia probablemente difiere de la depresión en personas sin demencia en términos biopsicosociales. Además, no hay una entidad homogénea 'depresión en la demencia'. Existen diferentes formas de depresión en diferentes personas, con diferentes formas de demencia, y diferentes puntos en el tiempo a lo largo del proceso de evolución.

Livingston et al. intentaron sistematizar el problema distinguiendo tres situaciones: 1) la depresión 'reactiva' a las pérdidas; 2) un grupo 'homofenotípico' en el que el síndrome parece depresión, pero puede diferir biológicamente y estar relacionado con la neurodegeneración; 3) una recaída de trastorno depresivo *major* o un primer episodio surgiendo después del diagnóstico de demencia (9). Así, como siempre en Psiquiatría, debemos considerar diferentes factores etiológicos (desde los más 'orgánicos' o biológicos hasta los más reactivos o psicossociales). Hay que visitar Dilthey o Jaspers, y la distinción entre 'explicar' (por ejemplo, la etiología biológica) y 'comprender' (por ejemplo, cómo uno reacciona al confrontarse con los desafíos de la demencia) (7). Todo esto implica adoptar estratégicamente un enfoque psicopatológico complementar más 'explicativo' o más 'comprensivo', según las circunstancias.

## Relaciones Depresión-Demencia

En conclusión, las complejas relaciones entre depresión y demencia no son en absoluto un tema simple (7,9). Algunos puntos importantes están sumariados en la figura 1.

Figura 1. Relaciones importantes entre Depresión y Demencia.

- ¿La depresión 'reactiva'?
- ¿La depresión 'orgánica cerebral' (*homophenotypic group*)?
- ¿La depresión como factor de riesgo de demencia?
- ¿La depresión como 'pródromo' de demencia?
- ¿Coincidencia (depresión y demencia)?

Por un lado, la depresión es a menudo una consecuencia de la demencia (ya sea que se originó como una reacción psicológica a las pérdidas de demencia - depresión 'reactiva' - o como una expresión del proceso orgánico en sí mismo - depresión 'orgánica cerebral'). Por otro lado, la mayoría de los hallazgos sugieren un mayor riesgo de desarrollar demencia en individuos con depresión, aunque la diferencia en el riesgo de depresión de inicio tardío versus de inicio temprano aún está en debate (11). Además, los médicos experimentados están acostumbrados a presenciar una depresión duradera y resistente que no raro se convierte en demencia. Esto sería una manifestación de depresión como un pródromo de demencia. Finalmente, independientemente del debate en curso sobre la existencia y dirección de cualquier forma de causalidad, la depresión y la demencia a menudo coinciden clínicamente.

Importa ahora desarrollar algunos elementos específicos sobre la depresión como factor de riesgo de demencia. Existe actualmente evidencia suficiente para suportar que la depresión representa un riesgo importante y (por supuesto) modificable (9,11). Una mayor frecuencia y gravedad de los episodios depresivos aumentarán este riesgo, que puede ser incluso mayor para el trastorno bipolar (11).

Sin embargo, existen controversias sobre si el riesgo asociado con la depresión de inicio temprano es tan grande como el riesgo asociado a la depresión tardía. Los hallazgos son parcialmente contradictorios, con datos que respaldan un mayor riesgo solo para la depresión de inicio temprano (e.g. Geerlings et al, 2008), solo para la depresión tardía (e.g. Brommelhoff et al, 2009), o para ambas (e.g. Green et al, 2003, en el estudio MIRAGE) (11). Revisiones recientes parecen desfavorecer la primera hipótesis (9), mientras que también el grupo 10/66 completó un estudio longitudinal en países de ingreso medio/bajo donde la evidencia relacionada era mucho más débil, concluyendo que la depresión del anciano está asociada a mayor incidencia de demencia en ese contexto geográfico (12). Finalmente, se valora cada vez más el riesgo potencial asociado con la ansiedad, a menudo de la mano con los síntomas depresivos (no necesariamente trastorno depresivo), en términos de impacto sobre el deterioro cognitivo en general (no solo demencia) (13,14). De hecho, el papel específico de la ansiedad clínicamente significativa sigue siendo explorado en la literatura, con evidencia creciente en cantidad y calidad (15).

John et al. (13) sistematizan tres hipótesis para explicar las asociaciones entre depresión y deterioro cognitivo, incluyendo demencia: 1) los problemas afectivos actua-

rían como un factor de riesgo etiológico para el posterior deterioro cognitivo, tal vez al reducir el umbral de manifestación de esto; 2) los problemas afectivos actuarían como un pródromo: presentación clínica temprana de demencia (síntomas diferentes de la misma condición); 3) los problemas afectivos y el deterioro cognitivo serían procesos separados, pero compartiendo factores de riesgo comunes y sustratos neurobiológicos. Los autores subrayan que estas hipótesis no son necesariamente excluyentes entre sí, siendo probable que existan múltiples mecanismos subyacentes a la relación entre depresión y demencia (13). A pesar de que la naturaleza exacta de estos no es del todo consistente, existe una creciente evidencia sobre los importantes vínculos biológicos entre la depresión y la demencia, y estos probablemente involucran vías nerviosas, vasculares e inflamatorias compartidas (11,13). Fue propuesto un modelo (*'multiple pathways model'*, cf. Butter et al., 2008 ap. (11)), en que la enfermedad cerebrovascular interactúa con la neurotoxicidad glucocorticoide (en el hipocampo) y la depresión para reducir la reserva cerebral: el impacto en la neuropatología del Alzheimer (e.g. deposición de beta-amiloide) conduciría a las manifestaciones clínicas. Sigue siendo probable una interacción compleja de mecanismos biológicos y socio-conductuales, en lugar de una sola etiología determinante (11).

## ¿Y el manejo de la depresión en la demencia?

Finalmente, el tratamiento de la depresión en la demencia debe ser discutido, especialmente dado el uso frecuente de antidepresivos. Revisitemos el importante estudio HTA-SADD (un ensayo multicéntrico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de la efectividad clínica de la sertralina, 150 mg/día, y la mirtazapina, 45 mg/día). Los antidepresivos probados no fueron efectivos para la depresión clínicamente significativa en la enfermedad de Alzheimer, no olvidando los efectos adversos asociados, principalmente náuseas o somnolencia (16). Por otro lado, las personas con depresión leve en demencia mejoran a menudo sin tratamiento específico, aunque se deba siempre alentar el manejo activo de los posibles factores contribuyentes a la depresión. Si bien la evidencia no es concluyente de que el aumento de la actividad, la disminución del aislamiento social y las psicoterapias sean eficaces específicamente para la depresión leve a moderada en la demencia, todas estas intervenciones deberían ser consideradas de primera línea (9). En conclusión, no se ha demostrado que los antidepresivos sean efectivos para la depresión en la demencia. Además, tienen efectos secundarios y, en personas con demencia grave, una vez iniciados su retirada puede conducir a un aumento de los síntomas depresivos (17). Así, la ya citada 'Lancet Commission' no recomienda los antidepresivos para la depresión en la demencia a menos que haya antecedentes de episodios depresivos pre-demencia, o que el paciente no haya respondido al tratamiento psicosocial y esté deprimido moderado o severamente (9).

Sin embargo, los enfoques farmacológicos y/o no farmacológicos (por ejemplo, dirigidos a la familia – *'family-sensitive'*) (7) tienen un lugar incontestable en el tratamiento de la depresión en la demencia (7,9).

## Nota del autor y agradecimiento

Este artículo es la transcripción libre de una ponencia presentada en las XXIV Jornadas de Actualización en Psicogeriatría (Barcelona, 2019). El autor agradece al Dr. Manuel Sánchez Pérez su amable invitación para presentar este trabajo en las Jornadas, y su preciosa ayuda en la revisión final del texto en castellano



## Bibliografía y referencias

1. GBD Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*; 2014;385(9963):117–71.
2. Gonçalves-Pereira M, Prina AM, Cardoso AM, da Silva JA, Prince M, Xavier M. The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *J Affect Disord*. 2019; 246:674–81.
3. Martin Prince A, Wimo A, Guerchet M, Gemma-Claire Ali M, Wu Y-T, Prina M, et al. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2015.
4. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C, Ventura T, et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: The ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(4):299–307.
5. Gonçalves-Pereira M, Cardoso A, Verdelho A, Alves da Silva J, Caldas de Almeida M, Fernandes A, et al. The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):261.
6. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*. 2015; 1947–58.
7. Verdelho A, Gonçalves-Pereira M. Neuropsychiatric symptoms of cognitive impairment and dementia. *Neuropsychiatric Symptoms of Neurological Disease*. Springer; 2017.
8. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*. 2004;69(10):2375–82.
9. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113):2673–734.
10. Olin JT, Katz IR, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(2):129–41.
11. Da Silva J, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, Mukaetova-Ladinska EB. Affective disorders and risk of developing dementia: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013;202(3).
12. Johansson L, Guerra M, Prince M, Hördér H, Falk H, Stubbs B, et al. Associations between Depression, Depressive Symptoms, and Incidence of Dementia in Latin America: A 10/66 Dementia Research Group Study. Stott J, editor. *J Alzheimer's Dis*. 2019; Preprint:1–9.
13. John A, Patel U, Rusted J, Richards M, Gaysina D. Affective problems and decline in cognitive state in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(3):353–65.

14. James SN, Davis D, O'Hare C, Sharma N, John A, Gaysina D, et al. Lifetime affective problems and later-life cognitive state: Over 50 years of follow-up in a British birth cohort study. *J Affect Disord.* 2018;241:348–55.
15. Santabárbara J, Lipnicki DM, Villagrasa B, Lobo E, Lopez-Anton R. Anxiety and risk of dementia: Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Maturitas.* 2019;119:14–20.
16. Mulhern B, Brazier JE, Rowen D, Young T a., Smith SC, Banerjee S, et al. Improving the measurement of QALYs in dementia: Developing patient- and carer-reported health state classification systems using Rasch analysis. *Value Heal.* 2012;15(5):787–8.
17. Bergh S, Selbæk G, Engedal K. Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): Double blind, randomised, parallel group, placebo controlled trial. *BMJ.* 2012;344(7851).

---

# ESTUDIO DE LA SOLEDAD EN LOS PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS DEL BARRIO DE COLLBLANC DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, BARCELONA

---

**Joan Marc Vidal Martínez**

Médico Psiquiatra.

Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet-ICS. L'Hospitalet de Llobregat.

*Trabajo premiado con el Primer Premio  
de la promoción 2017-2019 del  
Máster de Psicogeriatría de la UAB*

## Resumen

Es un estudio descriptivo longitudinal de 10 meses de duración (junio de 2018 a abril de 2019). Se estudia la soledad social percibida de los pacientes mayores de 65 años atendidos en la unidad de salud mental de l'Hospitalet, ubicada en el barrio de Collblanc. Además se valoran la funcionalidad y estado cognitivo de los mismos, y se revisan los diagnósticos psiquiátricos, médicos y tratamientos farmacológicos en el momento de las entrevistas. Se han empleado las escalas de soledad social ESTE-

II, el test de cribado cognitivo de Montreal (MOCA) y el índice de funcionalidad global de Lawton-Brody. Se completó el estudio con varias preguntas dirigidas a valorar la soledad emocional. Para el análisis de los resultados se usaron varias ANOVA. En los resultados destacan un nivel de soledad social medio, con un 60% de la población sintiéndose sola. El trastorno psiquiátrico más prevalente fue el de trastorno depresivo mayor recurrente.

**Palabras clave:** Soledad, ESTE-II, MOCA, Psicogeriatría, Hospitalet, Comorbilidades.

## STUDY OF LONELINESS IN PSYCHOGERIATRIC PATIENTS FROM COLLBLANC QUARTER AT L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, BARCELONA

### Abstract

It is a longitudinal descriptive study lasted 10 months (from June 2018 to April 2019). It studies perceived social loneliness in patients over 65 years attended at the mental health unit at L'Hospitalet, placed at Collblanc quarter. Besides that it is also assessed their global functionality and their cognitive state, and psychiatric and medical diagnosis and pharmacology treatments are reviewed during clinical interviews. Social loneliness ESTE-II, Montreal Cognitive Assessment (MOCA) and Lawton-Brody scales have been used. The study was completed using different questions in order to assess emotional loneliness. For the analysis different ANOVA were used. On the results highlights we found a medium social loneliness level and 60% of patients feeling lonely. Most prevalent psychiatric diagnosis was recurrent depressive mood disorder.

**Key Words:** Loneliness, ESTE-II, MOCA, Psychogeriatric, Hospitalet, Comorbidities.

### Introducción

El presente es un trabajo original asistencial de tipo descriptivo que pretende estudiar la **soledad** de la población psicogeriatrica del barrio de Collblanc (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona) atendida en la unidad de salud mental (USM) del mismo barrio.

### Epidemiología

Según las cifras del último estudio realizado por la Oficina Europea de Estadísticas (EUROSTAT)<sup>1</sup> en 2015, un 6% de la población europea se siente sola. Italia se sitúa a la cabeza con un 13%, mientras que España es de los países con menor soledad percibida (2-3%).

En una encuesta<sup>2</sup> realizada en 2018 en Estados Unidos de América (EUA) más de un 40% de la población refirió sentirse sola, objetivándose mayor soledad percibida entre las generaciones más jóvenes.

Cacioppo y Patrick<sup>3</sup>, en su libro de 2008 referente a la soledad, relataban que en 1985 un 12% de la población de EUA refería no tener a nadie con quien hablar de las cosas cotidianas, teniendo cada ciudadano un promedio de 3 personas con quien poder hacerlo ("*confidentes*", en la literatura anglosajona). En 2008 el porcentaje de personas que referían no tener a nadie con quien hablar aumentaba hasta el 25% y el promedio de *confidentes* por persona se había reducido a 2.

## Relevancia clínica

En 2015 Holt-Lundstad y cols.<sup>4</sup> indicaban que la soledad, a través del aislamiento social y el vivir solo, podía llegar a comportar un incremento del riesgo de **muerte prematura** de hasta un 30%.

Sorkin y cols.<sup>5</sup>, tras estudiar una población de ancianos, publicaron en 2002 que la soledad parecía correlacionarse con un **mayor riesgo cardiovascular**. Valtorta y cols.<sup>6</sup> en 2018 confirmaron este hecho, reportando la soledad como factor predisponente a una mayor probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares como ictus y patologías cardíacas, con independencia de los factores cardiovasculares presentes en la persona.

A nivel cognitivo la soledad se ha relacionado con **mayor riesgo de sufrir algún tipo de demencia**<sup>7</sup>.

La soledad también se ha relacionado con la aparición de sintomatología psiquiátrica (sobretudo **sintomatología depresiva y ansiosa**)<sup>8</sup> así como con un incremento de su intensidad y una peor respuesta a los tratamientos. En este sentido Wang y cols.<sup>9</sup> realizaron en 2018 una revisión sistemática en la que, a pesar de la elevada heterogeneidad de los estudios valorados, destacaban una **mayor soledad percibida en pacientes con trastornos depresivos**, mientras que en aquellos **pacientes con soledad social y trastornos psicóticos, trastornos bipolares o trastornos de ansiedad destacaban peor respuesta y evolución clínica**.

En cuanto al suicidio, algunos estudios como el de Stravynski y cols.<sup>10</sup> en 2002 o el de Calati y cols.<sup>11</sup> en 2018, indican un **mayor riesgo de suicidio** en personas con mayor soledad percibida, llegando incluso a recomendar incluir la soledad como factor a tener en cuenta durante la valoración de riesgo suicida.

## Marco conceptual de la soledad

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE), en su primera acepción, se define la soledad como una “carencia voluntaria o involuntaria de compañía”<sup>12</sup>.

La teoría de la soledad relacionada con el vínculo, desarrollada en 1973 por Robert Weiss<sup>13</sup>, postulaba que la soledad se podía dividir en dos categorías: la **soledad social** (la que se relaciona con la integración en la sociedad, formada por una red de interrelaciones en las que la persona comparte intereses y preocupaciones) y la **soledad emocional** (la que se relaciona con un acercamiento a través de relaciones en las que la persona consigue una sensación de satisfacción y seguridad).

Dentro de la soledad emocional se distinguen dos subcategorías, la **soledad familiar** (carencias en las relaciones con familiares y amigos cercanos) y la **soledad romántica** (relacionada con una persona íntima, especial, que ayuda a completar el proyecto vital del individuo).

Posteriormente Suedfeld<sup>14</sup> definió la **soledad** (“*loneliness*” en literatura anglosajona) como una experiencia **subjetiva** en la que se puede aplicar la máxima *si un individuo se siente solo, entonces lo está*, independientemente de que la persona se encuentre o no realmente sola. En contraposición, definió el **aislamiento social** (“*social isolation*” en literatura anglosajona) como un hecho **objetivo** donde hay una ausencia duradera de relaciones con otros individuos, de contactos sociales, de participación en eventos sociales o de una persona de confianza a quien contar los problemas cotidianos (*confidente*).

## Factores modificadores de la soledad

Según la literatura, los factores que mayor influencia tienen en la soledad son de dos tipos, los que inciden en las cogniciones (el estado cognitivo<sup>15</sup>, el estado anímico<sup>16</sup> y la espiritualidad<sup>17</sup>) y los que inciden en las capacidades de relacionarse con terceros, como la estructura de personalidad<sup>18,19</sup>, -capacidad de realizar vínculos de forma satisfactoria-, el hecho de vivir solo<sup>20</sup>, el uso de nuevas tecnologías para comunicarse<sup>21,22</sup>, y la funcionalidad global de la persona<sup>23</sup> -que viene dada en gran medida por la salud física y las comorbilidades-.

Asimismo se postula que el hecho de tener un animal de compañía puede favorecer una menor sensación de soledad<sup>24</sup>.

## Motivo del estudio

En base a lo anteriormente escrito se podría decir que el constructo “soledad” implica una alta complejidad biopsicosocial y comporta una repercusión directa en la salud de las personas. Dada su prevalencia, en constante aumento, la soledad está cobrando cada vez más fuerza en el momento de la valoración clínica de los pacientes, en especial de los mayores de 65 años, tanto en el ámbito de la salud mental como en el de la medicina preventiva. No en vano, en Reino Unido se creó en 2018 una Dirección General para la Soledad<sup>25</sup>, dependiente del Ministerio de Sanidad, con la finalidad de estudiar y aplicar estrategias para disminuir la soledad y sus efectos entre sus ciudadanos.

Con este estudio se pretende trasladar a la práctica clínica diaria el estudio de la

soledad y así poder identificar las posibles necesidades o carencias. Se pretende constatar a la pregunta: **¿Como es la soledad de los pacientes psicogerítricos del barrio de Collblanc?**

## Objetivos

El objetivo principal del estudio es valorar el grado de soledad percibido por la población psicogerítrica atendida en la USM.

Los objetivos secundarios son:

- Valorar el estado cognitivo y funcional de los pacientes psicogerítricos.
- Detectar posibles asociaciones entre la soledad social percibida, los diagnósticos psiquiátricos y otros factores biopsicosociales de vulnerabilidad o protección referidos en la introducción.
- Optimización y racionalización de los tratamientos farmacológicos
- Potenciar la interconsulta con el centro de atención primaria y la valoración por otros médicos especialistas cuando proceda.

En función de los resultados, se pretenderá utilizar el presente estudio como justificación para la implantación de un grupo psicoterapéutico específico para población psicogerítrica.

## Material y métodos

El presente estudio se inicia el 1 de junio de 2018 en la USM de l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona, España).

El estudio consta de evaluación clínica con exploración psicopatológica en cada entrevista y estudios de nivel cognitivo, funcional y de soledad mediante escalas heteroadministradas.

## Marco geográfico y demográfico:

La USM se encuentra ubicado en el barrio de Collblanc, y es el centro de referencia para las siguientes áreas básicas de salud: Collblanc, Torrassa, Pubilla Casas, La Florida Norte, La Florida Sur.

El barrio de Collblanc linda con Barcelona al norte y al este, y colinda en el sur y el oeste con otros barrios de l'Hospitalet de Llobregat (Torrassa, La Florida y Pubilla Casas).

Según el último censo de 2018<sup>28</sup>, l'Hospitalet de Llobregat es la segunda ciudad de Cataluña en cuanto a población (261.068 habitantes), con un 20,4% de población de 65 años o más y con un 19,9% de población extranjera. A su vez es una de las ciudades con mayor densidad de población de España (21.053 hab./km<sup>2</sup>). No en vano l'Hospitalet alberga el barrio con mayor densidad de población de Europa, La Florida, con 78.082 hab./km<sup>2</sup>.

El barrio de Collblanc por su parte alberga una población de 26.235 habitantes, con una densidad de población también elevada (51.441 hab./km<sup>2</sup>).

## Encuadre

Las primeras fases del estudio se han realizado siempre en el mismo despacho de la unidad de salud mental de l'Hospitalet (Collblanc). Las visitas clínicas han tenido una duración de 30 minutos, pudiéndose realizar una visita de seguimiento cada dos o tres meses, de la misma duración.

Las entrevistas se realizaron con el paciente a solas (exceptuando los pacientes con gran dependencia, que entraron acompañados). Tras la administración de las escalas se completó la entrevista clínica me-

dante exploración psicopatológica y ajuste de tratamiento farmacológico, según fuera necesario. Los resultados fueron incluidos en la hoja de registro, día a día (se adjunta en anexos). El test de MOCA y la escala ESTE-II fueron digitalizadas y adjuntadas a la historia médica compartida del paciente el mismo día, recogiendo las puntuaciones de ambas y de la escala Lawton-Brody en el curso clínico correspondiente.

El día de la administración de las escalas se recogían además, a partir de la historia clínica, los tratamientos farmacológicos activos y las patologías médicas activas. A partir de estas se extrajeron a posteriori los factores de riesgo cardiovascular: dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad o sobrepeso, antecedentes de accidente cardiovascular).

## Primera fase: acotamiento e identificación de la población diana

Para la realización de este estudio se crea una base de datos encriptada de los pacientes psicogerítricos (≥65 años) que son visitados en el centro desde el día 1 de junio de 2018, actualizando día a día la base de datos con las nuevas incorporaciones y altas.

Los datos se insertan en una hoja de cálculo en formato Excel (paquete ofimático Microsoft Office 2007). La plantilla se encuentra en los anexos.

Este proceso se desarrolla entre el 1 de junio de 2018 y el 31 de diciembre, transcurriendo un total de 6 meses, realizando un total de 59 registros (n<sub>1</sub>=59). El total de pacientes de Collblanc visitados (primeras visitas) en ese periodo fue de 253. Por lo tanto, la población psicogerítrica atendida corresponde a un 23,3% del total.

Durante este periodo se realizan entrevistas clínicas con los pacientes en las que se confirma el diagnóstico previo o se realiza una orientación diagnóstica (si no la tenían) y se fomenta el vínculo terapéutico, registrando un total de 19 altas ( $n_2=19$ ) a 31 de diciembre de 2018 por mejoría clínica o por no cumplir criterios para la vinculación a CSM (retorno a su centro de atención primaria).

Las altas se traspasan a una nueva pestaña del mismo documento denominada “altas PG”, conteniendo los mismos campos que la pestaña “pacientes” y uno adicional denominado “fecha de alta”.

El total de pacientes que permanecían vinculados a nuestra unidad a 1 de enero de 2019 y que por lo tanto formaron parte del estudio final fue de 40 ( $N=40$ ).

## Segunda fase: administración de escalas y seguimiento clínico

A día 1 de enero de 2019 se inicia la segunda fase, que consiste en la administración de escalas en cada visita realizada con cada paciente a partir de esa fecha.

Las escalas administradas son las siguientes:

**a) Índice/Escala de Lawton y Brody:** es una escala heteroadministrada usada para medir la capacidad y, de forma indirecta, la **funcionalidad** de cada paciente a través de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Se ha elegido por su elevada reproducibilidad inter e intraobservador (0,94), su sencillo manejo y su brevedad en la administración (4 minutos de media), así como su orientación a población geriátrica. Es una escala sensible, pero poco específica, que permite detectar deterioro incipiente en el anciano<sup>27</sup>.

Consta de 8 apartados que pueden puntuar de 0 a 1: capacidad para usar el teléfono, para ir de compras, para preparar la comida, para cuidar de la casa, para lavar la ropa, para usar medios de transporte, para responsabilizarse del tratamiento farmacológico y para usar el dinero.

Se adjunta en anexos.

## **b) Montreal cognitive assesment test (MOCA-test):**

se trata de un test mixto, auto y heteroadministrado, usado para el cribado cognitivo en pacientes mayores de 65 años. Ha sido validado en español. A diferencia del examen cognitivo de minimental (MMSE), el test MOCA requiere de más tiempo para su administración, hecho que lo puede hacer limitante en ámbitos de atención primaria en los que se disponga de menos tiempo por visita que en nuestro CSM. Sin embargo posee mayor sensibilidad (94%) que el MMSE a la hora de detectar deterioro cognitivo leve-moderado. Tal como apuntan algunos autores<sup>28</sup>, dado que la puntuación total posible es de 30 puntos y que la puntuación de corte para deterioro cognitivo establecido es  $\leq 23$  y  $\leq 17$  para demencias, MOCA no presenta el efecto techo de MMSE a la hora de discriminar deterioro cognitivo (los puntos de corte en MMSE son de  $\leq 27/30$  para deterioro cognitivo y  $\leq 23/30$  para demencia).

Ambos tests presentan valores de especificidad similares, siendo equivalentes en el estudio de pacientes con algún tipo de demencia ya establecida<sup>29,30</sup>.

Es por tanto una test con mayor fiabilidad que MMSE a la hora de diferenciar un deterioro cognitivo asociado a la edad de aquel asociado a demencia. Por dicho motivo se incluye en el presente estudio. Se trata de una escala subdividida en varios apartados: función visuoespacial/



ejeutiva (5 puntos), identificación visual (3 puntos), memoria (sin puntos), atención (6 puntos), lenguaje (3 puntos), abstracción (2 puntos), recuerdo diferido (5 puntos), orientación (6 puntos).

Se adjunta en anexos.

- c) Escala de Soledad Social ESTE-II:** se trata de una adaptación de la escala de soledad ESTE-I realizada por la Universidad de Granada en 2009, en colaboración con el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)<sup>31</sup>. La escala ESTE-I tiene en cuenta cuatro factores: la soledad conyugal, la soledad familiar, la soledad existencial y la soledad social. Valora de forma más global la soledad, pero requiere de mayor tiempo en su administración. Por su parte, la escala ESTE-II está validada en población geriátrica española, y en ella se valora la soledad social percibida por la persona a través de tres ámbitos: la percepción de apoyo social (8 ítems), el uso de nuevas tecnologías (3 ítems) y el índice de participación social subjetivo (4 ítems). Cada ítem puntúa de 0 a 2 (siempre-a veces-nunca), donde una puntuación mayor indica mayor soledad. En función de los resultados se distinguen tres niveles de soledad social percibida: baja (0-10 puntos), media (11-20 puntos) y alta (de 21 a 30 puntos).

Hay otras escalas que ayudan a valorar la soledad, como la escala de soledad de Los Angeles de la Universidad de California (escala UCLA)<sup>32</sup> y sus variantes, que valoran la soledad emocional, o la escala de soledad emocional y social en adultos (SESLA-S)<sup>33</sup>. La primera no tiene en cuenta la soledad social ni las nuevas tecnologías (para ello se suele complementar con el cuestionario de Duke), y la segunda puede ser útil para correlacionar la soledad con el tipo de apego. No hay

literatura relevante sobre el uso de estas dos escalas en población geriátrica española, motivo por el que se han descartado para este estudio.

El primero en administrarse es el test cognitivo de Montreal (MOCA-test) debido a la mayor exigencia cognitiva y posibilidad de artefactos por fatiga mental. Tras este se administra la escala de soledad social ESTE II y en tercer lugar se valora la funcionalidad de la vida diaria de mediante la escala para AIVD de Lawton-Brody.

Al finalizar la administración de escalas, se completa el estudio sobre la soledad preguntando al paciente acerca de seres relacionales en su vivienda empleando las siguientes preguntas: ¿con quién vive? ¿tiene familiares cerca? ¿tiene animales? ¿tiene plantas? ¿tiene el dispositivo de teleasistencia?. Finalmente se formula una pregunta sobre espiritualidad: ¿es usted creyente o cree usted en algo?

Cabe decir que el ítem “plantas” se añadió al estudio tras realizar las dos primeras entrevistas, en las que los pacientes respondieron negativamente a las preguntas sobre animales o compañeros, pero afirmaron de forma espontánea “tener plantas que le hacían compañía”. Se decidió recopilar esta información con la intención de revisar la literatura y explorar los resultados.

Esta fase finalizó el 11 de abril de 2019, con un reclutamiento final de 25 pacientes (25 de 40 esperados).

## Tercera fase: análisis de datos

Tras el registro de los datos se ha procedido a su análisis mediante el paquete estadístico informático SPSS, versión 15.0.1. Se ha utilizado el programa Excel'97 para la confección de algunos gráficos.

Se han realizado análisis descriptivos y de varianza (ANOVA de un factor y ANOVA multifactorial univariante). Se han confirmado previamente el cumplimiento de normalidad y homocedasticidad mediante los tests de Kolmogorov-Smirnov y de Levene, respectivamente.

Algunas variables se transformaron para poder realizar el estudio, como la recategorización de los diagnósticos psiquiátricos en síndromes (afectivos, psicóticos y neurocognitivos).

## Resultados

### Descriptivos:

Todos los pacientes incluidos son nacidos en España. La edad media de la población es de 74,6 años ( $74,6 \pm 6,64$ ), con un rango que va desde los 65 a los 90 años. De los 25 sujetos, 19 son mujeres (76%) y 6 hombres (24%).

#### **Perfil biomédico:**

Un 80% de los pacientes presentan pluriopatología médica (3 o más enfermedades somáticas), con una media de unas 4 enfermedades por paciente ( $4,52 \pm 2,12$ ). El rango de enfermedades somáticas va de 1 a 9. En los anexos se adjunta gráfico de frecuencias de las patologías médicas recogidas.

Hasta un 75% de los individuos presentan un mínimo de tres factores de riesgo cardiovascular, siendo la media de 1,76 ( $1,76 \pm 1,33$ ).

La mitad de los pacientes tomaban hasta 4 fármacos ( $4,40 \pm 3,05$ ) y un 32% de los pacientes presentan polifarmacia (>5 fármacos).

#### **Perfil psiquiátrico:**

Los diagnósticos psiquiátricos principales más prevalentes son el de trastorno depresivo mayor episodio recurrente (20%), seguido del trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos (16%) y en tercer lugar los diagnósticos de trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo persistente (distimia) y esquizofrenia, con un 12% cada uno.

Al englobar los diagnósticos por síndromes vemos que los trastornos afectivos representan el 80%, los trastornos psicóticos un 16% y los trastornos neurocognitivos un 4%.

La mitad de la población estudiada toma un mínimo de 2 psicofármacos diferentes ( $2,52 \pm 0,96$ ).

El 76% afirmaba no consumir ninguna droga. Las más prevalentes fueron el tabaco (16%), seguidas de alcohol y cannabis (4% cada uno).

#### **Perfil social:**

Un 36% de los pacientes afirma vivir solo, un 56% acompañado y el 8% vive institucionalizado en una residencia. 20 de los pacientes (84%) no tienen animales y las 5 pacientes que tienen son todas mujeres: 4 tienen perros y una quinta afirma tener perro, gato y un periquito. Un 56% afirma tener plantas.

La mayoría de los pacientes, 21 (84%), respondieron afirmativamente a la pregunta relacionada con el ser creyente o religioso.

El 84% de los pacientes carecen de dispositivos de teleasistencia de servicios sociales. Estos presentan un índice de funcionalidad de Lawton-Brody de casi 6 puntos ( $5,71 \pm 0,68$ ), superior al de los pacientes con teleasistencia ( $4,25 \pm 1,03$ ), si bien las

diferencias no son estadísticamente significativas ( $p=0,38$ ).

## Soledad social

El 60% de los pacientes entrevistados afirman sentirse solos (ítem 6 de la escala ESTE-II; 52% se sentía solo "alguna vez" y el 8% "siempre").

La puntuación media en la escala de soledad ESTE-II ha sido de casi 15 puntos ( $14,88\pm3,98$ ), correspondiendo con un nivel de soledad social **media**.

En cuanto a las subescalas de soledad, la puntuación media de apoyo social ha sido de  $4,48\pm2,40$  con un rango de 1 a 10 (donde 0 es máximo apoyo y 16 el mínimo). En el uso de nuevas tecnologías la puntuación ha sido de  $4,96\pm1,34$  (donde 0 es uso sistemático y 6 uso nulo), con rango de 0 a 6. En el índice de participación social subjetivo la puntuación media es de  $5,08\pm1,84$  con un rango de 2 a 8 (0 indica una participación social regular, 8 es una participación social nula).

## Funcionalidad

En el índice de Lawton-Brody se ha obtenido una puntuación media de unos 5 puntos ( $5,48\pm3,00$ ), con un 50% de la muestra con valores iguales o superiores a 7.

## Estado cognitivo

En los resultados del estudio cognitivo mediante el test de MOCA obtenemos una puntuación media de 13 puntos ( $13,46\pm5,79$ ), con un rango situado entre 4 y 27. Los percentiles 25, 50 y 75 fueron de 9,25, 13,00 y 17,75 puntos, respectivamente. No se pudo administrar el test a un paciente por deprivación sensorial visuo-acústica severa.

En cuanto a los subapartados del MOCA obtenemos las siguientes puntuaciones medias: función visuoespacial-ejecutiva,  $1,92\pm1,35$  (máximo posible de 5 puntos); identificación de  $2,29\pm0,86$  (máximo de 3); atención  $1,37\pm1,58$  (máximo de 6); lenguaje  $0,79\pm1,02$  (máx. 3); abstracción  $1,20\pm0,88$  (máx. 2); recuerdo diferido  $0,92\pm1,32$  (máx. 5); orientación  $4,91\pm1,97$  (máx. 6).

Se objetiva una correlación estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ) entre el estado cognitivo (MOCA total) y el estado funcional (Lawton-Brody), siendo una correlación lineal positiva, de intensidad media-baja ( $R^2=0,416$ ). En nuestra muestra, las personas con menor estado funcional presentan un peor estado cognitivo.

No se objetiva correlación estadísticamente significativa entre la soledad y el estado cognitivo ( $R^2=0,320$ ;  $p=0,400$ ) ni entre la soledad y el estado funcional ( $R^2=0,0$ ;  $p=0,928$ ).

## Asociaciones:

Se han estudiado las posibles asociaciones entre la soledad social percibida y los factores modificadores descritos en la introducción, obteniendo resultados estadísticamente no significativos excepto para el uso de las nuevas tecnologías.

Para ello se han realizado análisis de varianzas (ANOVAS) de un factor para analizar posible asociación entre soledad social y diagnóstico psiquiátrico ( $F=1,308$ ;  $p=0,314$ ), entre soledad y síndromes psiquiátricos ( $F=1,793$ ;  $p=0,190$ ) y entre soledad y los factores de riesgo cardiovascular ( $F=0,749$ ;  $p=0,597$ ).

Para estudiar los factores socio-ambientales, se ha realizado una ANOVA multifactorial univariante cuya variable es la soledad.

dad y como factores la convivencia, el tener animales y el tener plantas. No hay significación estadística entre estos factores y la soledad, ni tampoco en la conjugación de estos factores (Convivencia  $F=0,058$ ,  $p=0,944$ ; Animales  $F=0,983$ ,  $p=0,335$ ; Plantas  $F=0,013$ ,  $p=0,911$ );  $R^2=0,216$ .

En otra ANOVA multifactorial univariante analizamos la soledad con el estado cognitivo y funcional, sin objetivar significación estadística (estado cognitivo  $F=0,306$ ;  $p=0,929$ ; estado funcional  $F=0,279$ ;  $p=0,892$ );  $R^2=0,730$ .

El último factor estudiado mediante ANOVA de un factor es el uso de las nuevas tecnologías, con un resultado estadísticamente significativo ( $F=4,084$ ;  $p=0,020$ ).

## Discusión

El primer dato a destacar tras el análisis de los resultados es que la población estudiada reporta un nivel de soledad social **medio** y que el 60% se sienten solos.

Además presentan una funcionalidad preservada pero con un nivel cognitivo deteriorado. De hecho hasta un 75% de los pacientes puntuó 17 o menos en el MOCA, valor de corte indicativo para demencia según la literatura. Esto ha permitido sospechar el diagnóstico de deterioro cognitivo en algunos de los pacientes incluíos y en concreto ha favorecido la derivación a neurología de 5 pacientes ( $\leq 17$  puntos en MOCA y deterioro funcional moderado-grave) para completar estudio; solo 3 pacientes realizaban seguimiento previo por neurología. Esto nos lleva a replantearnos los diagnósticos psiquiátricos primarios: gran parte de estos pacientes presentan diagnósticos de trastornos afectivos, debiéndose realizar el diagnóstico diferencial con trastornos neu-

rocognitivos primarios o concomitantes.

Por otro lado las patologías psicóticas primarias (como la esquizofrenia) son poco prevalentes en la muestra, si bien varios de los pacientes estaban diagnosticados de depresión con síntomas psicóticos. Como se ha explicado en el párrafo anterior, una vez más nos plantea la duda sobre la necesidad de realizar una reorientación diagnóstica. Destaca la ausencia de algunos diagnósticos psiquiátricos como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno de personalidad límite o el trastorno de ansiedad generalizado (diagnósticos incluidos en el programa de trastorno mental severo del CSM).

A nivel farmacológico se ha podido constatar el elevado número de fármacos que toman estos pacientes y la elevada comorbilidad con otras patologías médicas.

Como se mencionaba en la introducción, el barrio de Collblanc es un barrio con una densidad de población elevada. Esto podría llegar a inducir a pensar en una mayor probabilidad de interacciones sociales y, por tanto, en una menor soledad social. Sin embargo se ha objetivado lo contrario: la población psicogeriatrica presenta una soledad social percibida media, y no se objetiva una relación significativa entre el hecho de vivir solo o acompañado con la soledad percibida. Esto nos hace formular nuevas preguntas: ¿hay recursos y actividades comunitarios adecuados para la gente mayor, o hay algún tipo de edadismo?, ¿cómo influye la soledad personal en la soledad social?.

Además se objetiva una correlación positiva entre el estado funcional y el estado cognitivo, hecho que nos hace reflexionar sobre el estado emocional, y más en concreto en las carencias relacionales, de las personas más vulnerables y dependientes a nivel funcional.

El resultado estadísticamente significativo entre el escaso uso de nuevas tecnologías y una mayor soledad social percibida debe tomarse con cautela, ya que podría tratarse de un artefacto analítico (el factor de uso de tecnologías forma parte de la variable soledad total). No obstante sí que cabe destacar que la penetración y uso de estas tecnologías es muy escasa entre la población psicogeriatrica estudiada y que, tal como se destaca en la bibliografía, estas pueden ayudar a fomentar las interacciones sociales y a disminuir la soledad percibida.

Finalmente, no se ha estudiado el posible efecto de la espiritualidad en la soledad, dado que no se ha podido administrar ninguna escala por ausencia de tiempo, y tan solo se disponía de una pregunta guía sobre si la persona era creyente o no.

En cuanto a las plantas, tras la recolección de datos y análisis, no se ha objetivado ninguna asociación relevante. En la literatura revisada<sup>34,35</sup> se indica la jardinería como una terapia útil en residencias e instituciones para mejorar la funcionalidad, algunos aspectos cognitivos y disminuir la soledad de los usuarios. Asimismo destacan el contacto con la naturaleza, ya sea en el domicilio o en las residencias, como un factor que repercute de forma positiva en la salud de los ancianos. Hay escasa bibliografía sobre la jardinería en el domicilio, si bien un reciente estudio japonés<sup>36</sup> indica sus posibles beneficios. Tampoco hay bibliografía relevante en relación a las posibles relaciones objetales hacia las plantas (en tanto que también son seres vivos). Este podría ser un campo de exploración futuro.

A nivel metodológico, uno de los factores limitantes en este estudio ha sido el tiempo, determinado por el encuadre del centro de salud mental. Esto ha impedido poder ampliar el estudio de la soledad a la soledad

personal (familiar y romántica), por ejemplo. Además, el hecho de estar valorando pacientes con un diagnóstico establecido (o con presunción del mismo) de salud mental no nos ha permitido realizar una comparación con un grupo geriátrico control.

Un factor de confusión puede haber sido la inclusión en el estudio de pacientes con demencias avanzadas (Alzheimer, Parkinson) o de pacientes cuyo test de MOCA estaba severamente alterado, dado que la información aportada podría no ser fiable.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el hecho de tener una soledad social percibida de nivel medio no nos ha permitido dilucidar posibles asociaciones entre el grado de soledad percibida y otros factores modificadores: la mayoría han puntuado un nivel de soledad medio-alto y hay pocos sujetos en el estudio, por lo que hay escasa variabilidad.

El hecho de tener una muestra reducida nos inspira a continuar estudiando el fenómeno para poder obtener resultados con mayor fiabilidad.

## Bibliografía

- European Statistical Office. EUROSTAT. [En línea]. [Consultado el 16 de enero de 2019]. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170628-1>
- Cigna; Ipsos. Cigna U.S. Loneliness index. Survey of 20,000 americans examining behaviors driving loneliness in the United States. Cigna. 2018.
- Cacioppo J, Patrick W. Loneliness: human nature and the need for social connection. New York. WW Norton & Co. 2008.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10(2):227-237.
- Sorkin D, Rook KS, Lu JL. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med*. 2002; 24(4):290-298.
- Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English longitudinal study of ageing. *Eur J Prev Cardiol*. 2018; 25(13):1387-1396.
- O'lunaigh C, O'connell H, Chin AV, Hamilton F, Coen R, Walsh C, Lawlor B A. Loneliness and cognition in older people: the Dublin healthy ageing study. *Aging Ment Health*. 2012; 16(3):347-352.
- Holmén K, Ericsson K, Winblad B. Quality of life among the elderly: state of mood and loneliness in two selected groups. *Scand J Caring Sci*. 1999; 13(2):91-95.
- Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1):156.
- Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life-Threat Behav*. 2001; 31(1):32-40.
- Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, Courtet P. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. 2019; 15(245): 653-667.
- Real Academia Española. RAE: Diccionario de Lengua Española [En línea]. [Consultado el 10 de enero de 2019]. <https://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>
- Weiss R. Loneliness: the experience of emotional and social isolation. MIT Press. Cambridge. 1973: 1-260.
- Suedfeld P. Past the reflection and through the looking-glass: extending loneliness research. *J Soc Behav Pers*. 1987; 2 (2): 51-56.
- Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci*. 2009; 13(10):447-454.

16. Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, Lawlor BA. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24(7):694-700.
17. Hammermeister J, Peterson M. Does spirituality make a difference? Psychosocial and health-related characteristics of spiritual well-being. *Am J Health Educ*. 2001; 32(5):293-297.
18. Cheng H, Furnham A. Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *J Adoles*. 2002; 25(3): 327-339.
19. DiTommaso E, Brannen-McNulty C, Ross L, Burgess M. Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Pers Individ Differ*. 2003; 35(2):303-312.
20. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol*. 2000; 10(4): 407-417.
21. Chopik WJ. The benefits of social technology use among older adults are mediated by reduced loneliness. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016; 19(9):551-556.
22. Sum S, Mathews RM, Hughes I, Campbell A. Internet use and loneliness in older adults. *Cyberpsychol Behav*. 2008; 11(2): 208-211.
23. Ferreira-Alves J, Magalhães P, Viola L, Simoes R. Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health and social satisfaction as predictors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 59(3):613-623.
24. Stanley IH, Conwell Y, Bowen C, Van Orden KA. Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging Ment Health*. 2014; 18(3):394-399.
25. United Kingdom Government News. First loneliness strategy. [En línea]. [Consultado el 13 de enero de 2019]. <https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-governments-first-loneliness-strategy>
26. Instituto Nacional de Estadística. INE. 2018. [En línea]. [Consultado el 17 de enero de 2019]. <https://www.ine.es/>
27. Sociedade galega de medicina interna. MEIGA. Escala de Lawton y Brody. [En línea]. [Consultado el 4 de abril de 2019]. <https://meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>
28. Saczynski JS, Inouye SK, Guess J, Jones RN, Fong TG, Nemeth E, Marcantonio ER. The Montreal cognitive assessment: creating a crosswalk with the mini mental state examination. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63(11):2370-2374.
29. Trzepacz PT, Hochstetler H, Wang S, Walker B, Saykin AJ. Relationship between the Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination for assessment of mild cognitive impairment in older adults. *BMC Geriatr*. 2015; 15(1):107.
30. Roalf DR, Moore TM, Mechanic-Hamilton D, Wolk DA, Arnold SE., Weintraub DA,

- Moberg PJ. Bridging cognitive screening tests in neurologic disorders: a crosswalk between the short Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination. *Alzheimers Dement.* 2017; 13(8):947-952.
31. Rubio R, Rubio L, Pinel M. Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II. Granada, Universidad de Granada; 2009: 1-16.
  32. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004; 26(6):655-672.
  33. Yáñez-Yaben S. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *Rev Int Psicol Ter Psicol.* 2008; 1(8):103-116.
  34. Brown VM, Allen AC, Dwozan M, Mercer I, Warren K. Indoor gardening and older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *J Gerontol Nurs.* 2004; 30(10):34-42.
  35. Yeo NL, Elliott LR, Bethel A, White MP, Dean SG, Garside R. Indoor nature interventions for health and wellbeing of older adults in residential settings: a systematic review. *Gerontologist.* 2019; 20(20):1-16.
  36. Machida D. Relationship between community or home gardening and health of the elderly: a web-based cross-sectional survey in Japan. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(8):1389.



## Anexos

### Hojas de Registro

Paciente	Edad	Sexo	DX Eje1	Otros DX PSQ
1	70	Mujer	Tr. Depresivo persistente (Distimia)	
2	74	Mujer	Tr. Delirante crónico	
3	68	Mujer	TOC(remision)	Ansios-depr
4	90	Hombre	Tr. duelo complejo persistente	
5	69	Mujer	Depresión psicótica	Tr. neurocong
6	72	Mujer	TDMR	
7	77	Hombre	Depresion agitada	Tr psico NE
8	81	Mujer	TDMR	
9	67	Mujer	Tr. Neurocognitivo leve	
10	90	Mujer	Tr. Depresivo persistente (distimia)	
11	70	Mujer	TAG	
12	71	Hombre	Tr. Bipolar	
13	65	Hombre	Esquizofrenia	
14	81	Mujer	TDM	
15	69	Mujer	Depresión psicótica	
16	81	Mujer	TDM	Tr. neurocong
17	77	Mujer	Esquizofrenia	
18	73	Mujer	TDM psicótico	TP C (obsesiva)
19	77	Mujer	Tr. depresivo mayor recurrente	
20	77	Mujer	Tr. depresivo psicótico	
21	73	Hombre	Tr. duelo complejo persistente	
22	73	Mujer	Tr. Depresivo persistente (Distimia)	Tr. neurocognitivo mayor con psicosis
23	76	Hombre	Tr. depresivo mayor recurrente	
24	79	Mujer	Tr. depresivo	
25	65	Mujer	Esquizofrenia	

Paciente	Otros DX Somáticos
1	DLP, artrosis, hipoacusia, ulcus
2	Osteopor
3	DLP, hipotir subcl, obesidad
4	HTA, hipoacusia, DMAE, HBP
5	obesidad, hipotiroid
6	VHC, talasemia min, esteatosis hep, osteopor, fibromialgia
7	Parkinson, incontinencia orina
8	DLP, HTA, asma, DM2, AIT, ICC, hernia discal
9	coxartrosis, colon irritable, hernia disc, sobrepeso, fibromialgia, migraña, presbiacusia, hipotir, insomnio
10	DLP, asma, hipotir, osteopor, artrosis, anemia
11	DLP, DM2, hipotir, fibromialgia, discopatía cerv, SAHS, sobrepeso
12	Alzheimer, DM, HTA, DLP, CI, HBP, hipoacusia, cataratas
13	Glaucoma, HTA
14	HTA, DLP, obesidad, FA, hernia disc
15	HTA, DLP, neo mama, obesidad, bloqueo rama izq
16	glaucoma, hipotir
17	HTA, DLP, DM2, CI
18	DLP, DM2, asma, hipoacusia, gonartrosis
19	Neo mama mx, anemia, osteopenia, hipotir
20	HTA, obesidad, FA
21	DM2, HTA, AVC, catarata, HBP, bloqueo auric
22	DLP, glaucoma, discopatía cervic, fibromialg, artrosis, fx vertebr, poliquist renal
23	HTA, DLP, IRC, HBP, discopatía
24	obesidad, DLP, Dupuytren, discopatía, gonartrosis
25	HTA, DLP, DM2, sobrepeso

Paciente	Drogas	1ª Visita	Nacido en	Tele-asistencia	Animales
1	No	06/06/2018	España	No	No
2	tabaco 4 cig/d	11/06/2018	España	No	No
3	No	18/06/2018	España	No	No
4	No	18/06/2018	España	No	No
5	No	27/06/2018	España	No	Sí (perro, periquito, gato)
6	THC ocasional	28/06/2018	España	No	No
7	No	25/07/2018	España	No	No
8	No	27/07/2018	España	Sí	Sí (perro)
9	No	09/08/2018	España	No	No
10	No	13/08/2018	España	No	No
11	No	27/08/2018	España	No	No
12	tabaco 1paq/d	29/08/2018	España	No	No
13	No	04/09/2018	España	No	No
14	No	18/09/2018	España	No	Sí (perro)
15	No	08/10/2018	España	No	No (tuvo perro hasta hace 2a)
16	No	10/10/2018	España	Si	Si (perro)
17	No	11/10/2018	España	No	No
18	No	15/10/2018	España	No	No
19	No	13/11/2018	España	No	Sí (perro nieta)
20	No	19/11/2018	España	Si	No
21	alcohol 2UBE/d	19/11/2018	España	No	No
22	No	20/11/2018	España	No	No
23	tabaco 1/2 paq/d	21/11/2018	España	No	No
24	No	27/11/2018	España	Si	No
25	5 cig/d	27/07/2018	España	No	No

Paciente	Plantas	Con quien vive	Familiares apoyo	Creyente	MOCA
1	No	Marido	Hijos	No	16+1
2	Si	Sola	Hermanos, sobrinos	Si	18
3	Sí (20)	Hijo	Hijo	Si	17+1
4	No	Solo	Sobrina	Sí	no administrable
5	Sí	Hijo	Hijos	Sí	18+1
6	Si	Sola	Hijos	Sí	20+1
7	No	Residencia	Hija, esposa	No	5
8	Sí	Marido	Marido, hijo, nietos, sobrinos	Sí	13+1
9	Sí	Marido	Hijo, nietos, hermanos	Sí (testigo jehova)	13+1
10	No, hace 2 años	Marido	Hijo y nietos	Sí	13
11	Si	Hermano	Hijos	Si	20+1
12	Si	Mujer e hija	Hijos, nietos, cuidador	Si	2+1
13	Sí (2)	Dueño de piso	No	Sí (evangelista)	18+1
14	Si (20)	Marido e hijo	Marido e hijo	Si	9+1
15	Sí (huerto)	Marido	Marido, hijos	Sí	27
16	No	Sola	Hijos	Si	9+1
17	No	Residencia	Marido apoyo	No	4
18	Sí (>6)	Sola	Hijos, nieto	si	15+1
19	No (alergia)	Casa	Marido	Sí	16+1
20	No	Hijo	Cuidadora, hijos	Si	8+1
21	No	Hijo	Hijos	Si	12
22	Sí (100)	Sola	Hijo	Si	11+1
23	No	Solo	Hermana y cuñado	No	13+1
24	Si	Sola	Hijo, 2 asistentes	Si, Jehova	7+1
25	No	Sola	Hermanos	Si	14

Paciente	ESTE II	Percep apoyo social (16)	Uso NTIC (6)	Indice particip social subj (8)	SE SIENTE SOLO?
1	21	9	5	7	siempre (2)
2	14	3	5	6	nunca (0)
3	20	7	5	8	a veces (1)
4	18	6	6	6	a veces (1)
5	10	2	4	4	nunca (0)
6	9	3	4	2	nunca (0)
7	14	4	6	4	a veces (1)
8	13	4	6	3	a veces (1)
9	8	5	0	3	a veces (1)
10	22	10	6	6	siempre (2)
11	9	2	4	4	nunca (0)
12	15	2	6	7	nunca (0)
13	17	5	5	7	nunca (0)
14	17	3	6	8	nunca (0)
15	17	5	4	8	a veces (1)
16	12	4	4	4	a veces (1)
17	17	8	6	3	a veces (1)
18	10	2	4	4	nunca (0)
19	12	3	6	3	nunca (0)
20	19	6	6	7	a veces (1)
21	12+1	3	6	3	a veces (1)
22	15	3	6	6	a veces (1)
23	14	4	5	5	a veces (1)
24	18	8	5	5	a veces (1)
25	9	1	4	4	nunca (0)

Paciente	MOCA TOTAL	Visuoesp	Identif	Atenc	Leng	Abstr
1	16	1	3	1	0	1
2	18	4	1	2	1	2
3	17	3	2	0	2	2
4	No admin	No admin	No admin	No admin	No admin	No admin
5	18	3	3	3	1	2
6	23	2	3	5	3	1
7	5	1	2	0	0	0
8	13	0	3	0	2	2
9	13	3	1	0	0	2
10	13	1	1	0	1	2
11	20	2	3	3	2	2
12	4	0	2	0	0	0
13	18	4	3	3	0	2
14	9	1	2	0	0	0
15	27	5	3	5	3	2
16	10	3	1	0	0	0
17	4	0	3	0	0	0
18	15	2	3	2	1	1
19	16	3	3	3	1	2
20	8	1	1	1	0	0
21	12	1	3	1	0	2
22	11	2	3	1	0	1
23	12	1	2	2	0	2
24	7	1	1	0	0	1
25	14	2	3	1	2	0

Paciente	Recuerd	Orient	Lawton Brody	Fecha admin escalas
1	4	6	8	17/01/2019
2	2	6	8	14/02/2019
3	2	6	8	06/02/2019
4	No admin	No admin	3	02/01/2019
5	0	6	5	28/01/2019
6	3	6	8	16/01/2019
7	0	2	0	24/01/2019
8	2	4	2	11/02/2019
9	1	6	8	21/02/2019
10	3	5	8	04/01/2019
11	2	6	8	17/01/2019
12	0	2	0	10/04/2019
13	0	6	7	11/02/2019
14	0	6	7	06/02/2019
15	3	6	8	21/01/2018
16	0	5	7	20/03/2019
17	0	1	0	09/01/2019
18	0	6	8	21/02/2019
19	0	4	3	14/01/2019
20	0	5	4	11/04/2019
21	0	5	1	25/03/2019
22	0	4	8	21/01/2019
23	0	5	6	14/02/2019
24	0	4	4	08/04/2019
25	0	6	8	06/03/2019

Paciente	Tratamiento somático
1	calci y vitd
2	melitrace
3	simvastat
4	camdesartan, tamsulosina, paracetamol
5	eutirox
6	NO
7	alopurinol, atorvastat, omepraz, Stalevo, Xadago
8	atorvast, clopidogr, enalap, furosem, pantopraz
9	dolocatil, eutirox, famotidina, plantago, venoruton
10	enanytum, eutirox, osvical, pantoprazol, paraceta, simvastat
11	atorvast, gliclazida, jardiance, metamiz, paraceta, eutirox, hidroferol
12	atorvast, emconcord, micardis, novomix, pantoprazol, tromalyt, ferrocur,
13	Duotrav, enalapril, simbrinza
14	aldocumar, eutirox, lisinopr/hidroclor, manidipin, paraceta, simvasta, furos
15	mastical, simvast, tenoretic
16	eutirox, monoprost
17	AAS, alendronico, atenlol, cardyl, ferro, ideos, lipolac, metamizol, metform, nitoman, paraceta, omepraz
18	loxifan, metform, osvical, simvast
19	calcio, folidoce, furos, loxifan, targin, fentanil subl, nolotil, eutirox
20	bisoprolol
21	aldocumar, enalapril, omeprazol, seguril
22	afluon, condrosan, ideos, omeprazol, xalatan, acular, ciclochem, elocom, nasacort
23	amlodip, enalapr/hidro, hidroferol, pravastat, tardyferon, paraceta
24	paraceta
25	ganfort, metform, ramipril, simvastat, toviaz



Paciente	TTO PSQ
1	Dormicum 7,5, Zarelis 225, Lexatin 1,5
2	Aripiprazol 10, Noctamid 1
3	Vandral 225, Brintellix 5
4	Sertralina 25
5	Akineton r 4, invega 9
6	Pristiq 150, orfid 1
7	venlafax 150, quetia 75
8	Dobupal r 300, orfid 1, risper 0,5
9	Brintellix 10
10	lormeta 1, venlafax 262,5 rivotr 0,75
11	alpraz 1, mirta 15, fluox 30
12	Sertra 100, risper 0,5, quetia 300 (lamotrig a suspender)
13	Aripiprazol 10
14	vanla r 150, mirtaz 30, elontril 300, deprax 100, dormic 7,5
15	Fluox 20, invega 3, lormeta 1
16	Mirta 15, pristiq 100, rocoz 75
17	Nemea 12.5, Risperidona 0,5, sertra 100
18	Vandral 300, zolafren 2,5
19	Anafranil, Sinogan, largactil
20	Risperdal 3, Quetiap 600, lantanon 30, loraz 2
21	Sertralina 150, Alpraz 0,25
22	alprz 0,25, dumirox 100, risper 1
23	sertra 125
24	citalop 10, zolafr 2,5, loraz 1
25	Escit20, abilif 20, Modecate

## Instrumentos de medición (Escala)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
 (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

 NOMBRE:  
 Nivel de  
 estudios:  
 Sexo:

 Fecha de nacimiento:  
 FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos		
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		___/5		
IDENTIFICACIÓN								
						___/3		
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerdeslas 5 minutos más tarde.					Sin puntos	
1er intento		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		
2º intento								
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2					___/2	
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1	
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	___/3	
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos. 2 o 3 correctas: 2 puntos. 1 correcta: 1 punto. 0 correctas: 0 puntos.								
LENGUAJE		Repetir: El gato se acuesta bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él la entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>					___/2	
Fluidad del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)					___/1	
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla					___/2	
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS					Sin puntos	
Pista de categoría		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		
Pista elección múltiple								
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha)	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Día de la semana	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Localidad	___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL			___/30	
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios						

Tabla 1. Escala ESTE II de Soledad Social.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza usted el ordenador ( <i>consola, juegos de la memoria</i> )?	0	1	2
11. ¿Utiliza usted Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2

Tabla 2. Niveles de puntuación en la Escala ESTE II.

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

## Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente ..... Edad ..... Sexo .....  
 Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria.

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Solo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

## Resultados estadísticos

### Descripción de la población.

Estadísticos descriptivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	25	65,00	90,00	74,6000	6,64580
N válido (según lista)	25				

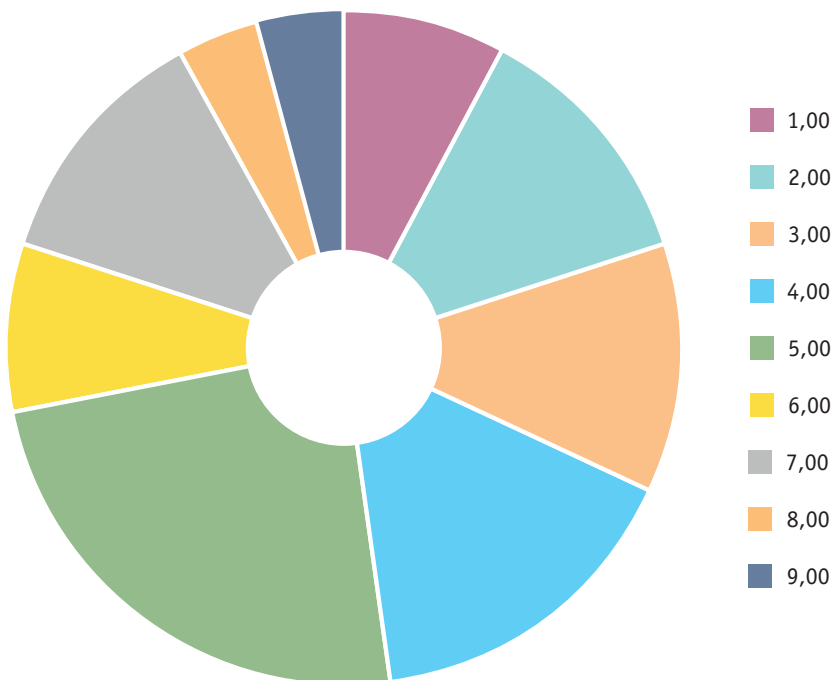
Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUJER	19	76,0	76,0	76,0
	HOMBRE	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Estadísticos descriptivos.

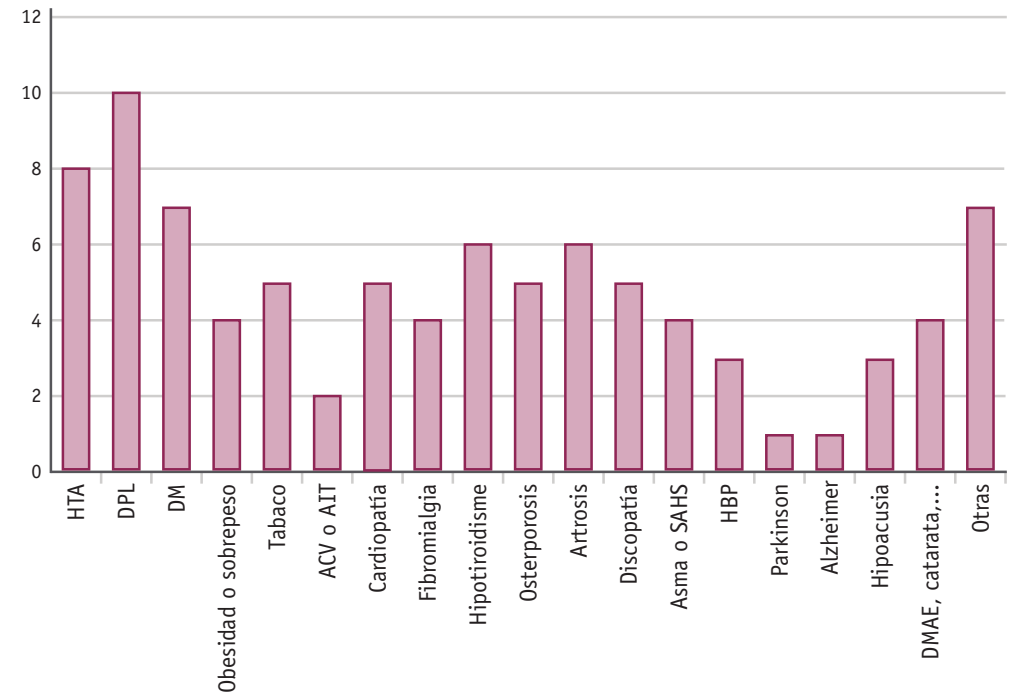
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
NUM_ENFERM_SOMATICAS	25	1,00	9,00	4,5200	2,12368
N válido (según lista)	25				

NUM\_ENFERM\_SOMATICAS



NUM\_ENFERM\_SOMATICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	2	8,0	8,0	8,0
	2,00	3	12,0	12,0	20,0
	3,00	3	12,0	12,0	32,0
	4,00	4	16,0	16,0	48,0
	5,00	6	24,0	24,0	72,0
	6,00	2	8,0	8,0	80,0
	7,00	3	12,0	12,0	92,0
	8,00	1	4,0	4,0	96,0
	9,00	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



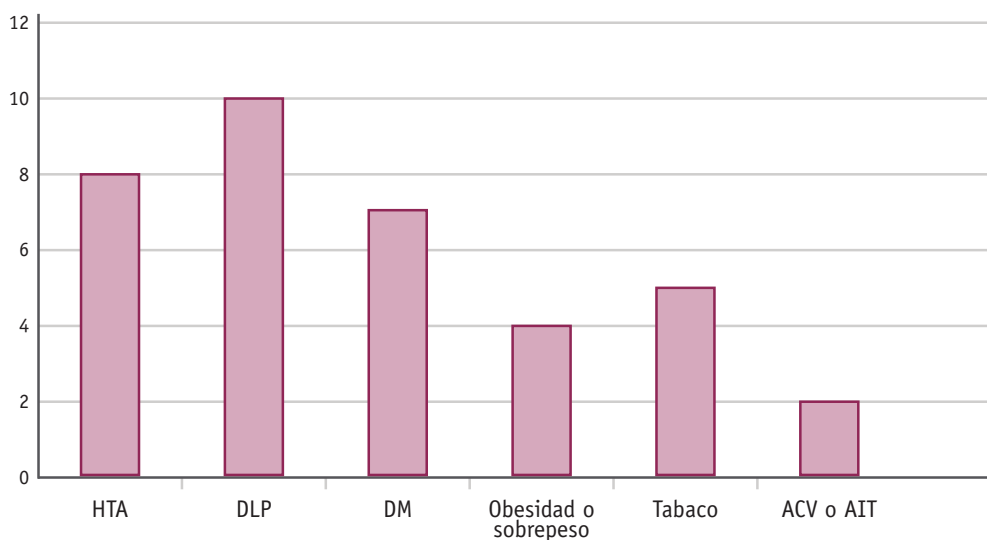


## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FACTORES_RIESGO_CARDIOV	25	,00	5,00	1,7600	1,33167
N válido (según lista)	25				

## FACTORES\_RIESGO\_CARDIOV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	4	16,0	16,0	16,0
	1 FACTOR	9	36,0	36,0	52,0
	2 FACTORES	4	16,0	16,0	68,0
	3 FACTORES	6	24,0	24,0	92,0
	4 FACTORES	1	4,0	4,0	96,0
	5 FACTORES	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
NUM_FARMACOS_SOMATICOS	25	,00	12,00	4,4000	3,05505
NUM_PSICOFARMACOS	25	1,00	5,00	2,5200	,96264
N válido (según lista)	25				

## NUM\_FARMACOS\_SOMATICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	1	4,0	4,0	4,0
	1,00	5	20,0	20,0	24,0
	2,00	2	8,0	8,0	32,0
	3,00	3	12,0	12,0	44,0
	4,00	2	8,0	8,0	52,0
	5,00	4	16,0	16,0	68,0
	6,00	1	4,0	4,0	72,0
	7,00	3	12,0	12,0	84,0
	8,00	2	8,0	8,0	92,0
	9,00	1	4,0	4,0	96,0
	12,00	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## NUM\_FARMACOS\_SOMATICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	4	16,0	16,0	16,0
	2,00	7	28,0	28,0	44,0
	3,00	12	48,0	48,0	92,0
	4,00	1	4,0	4,0	96,0
	5,00	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## DX\_DSM5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tr. Depresivo Persistente (Distimia)	3	12,0	12,0	12,0
	Tr. Depresivo Mayor	3	12,0	12,0	24,0
	Tr. Depresivo Mayor Episodio Recurrente	5	20,0	20,0	44,0
	Tr. Bipolar	1	4,0	4,0	48,0
	Tr. Depresivo Mayor con síntomas psicóticos	4	16,0	16,0	64,0
	Tr. Obsesivo Compulsivo	1	4,0	4,0	68,0
	Tr. Ansiedad Generalizada	1	4,0	4,0	72,0
	Tr. Duelo Complejo Persistente	2	8,0	8,0	80,0
	Esquizofrenia	3	12,0	12,0	92,0
	Tr. Delirante Crónico	1	4,0	4,0	96,0
	Tr. Neurocognitivo	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## DSM5\_SINDROMES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tr. afectivos	20	80,0	80,0	80,0
	Tr. psicóticos	4	16,0	16,0	96,0
	Tr. neurocognitivos	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## DROGAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNA	10	76,0	76,0	76,0
	TABACO	4	16,0	16,0	92,0
	ALCOHOL	1	4,0	4,0	96,0
	CANNABIS	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## CONVIVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLO	9	36,0	36,0	36,0
	ACOMPÑADO	14	56,0	56,0	92,0
	RESIDENCIA	2	8,0	8,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## ANIMALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	21	84,0	84,0	84,0
	SI	4	16,0	16,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla de contingencia ANIMALES\* SEXO

		SEXO		Porcentaje válido
		Frecuencia	Porcentaje	
ANIMALES	NO	15	6	21
	SI	4	0	4
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>6</b>	<b>25</b>

PLANTAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	44,0	44,0	44,0
	SI	14	56,0	56,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

CREYENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	4	16,0	16,0	16,0
	SI	21	84,0	84,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

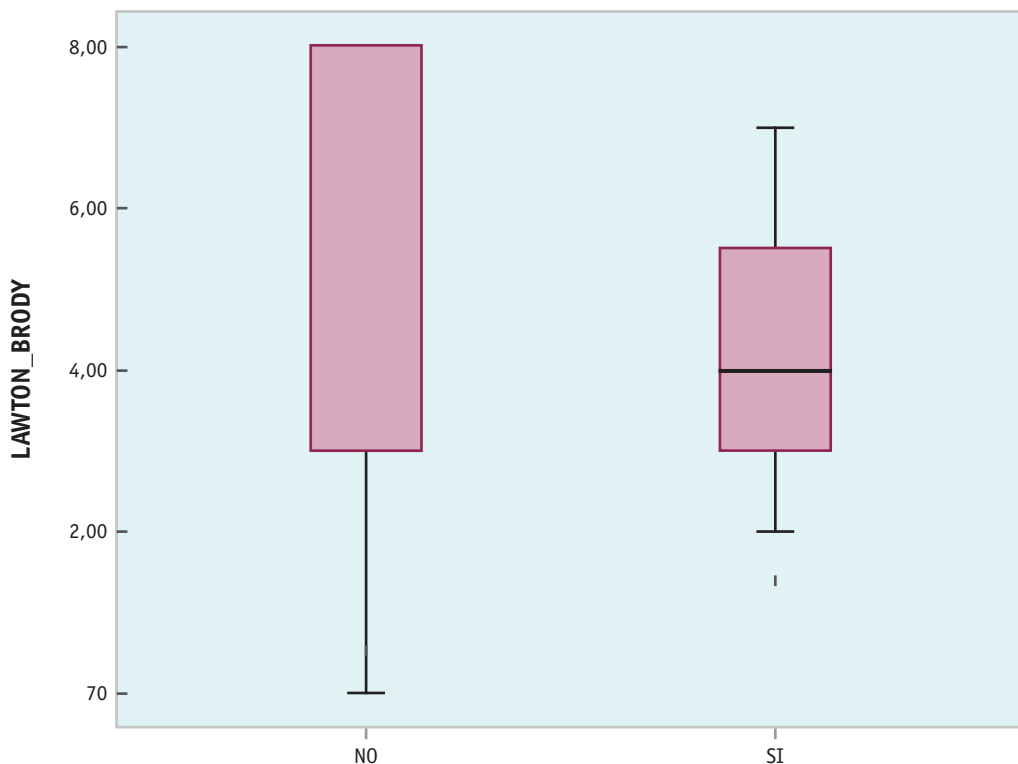
TELEASISTENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	21	84,0	84,0	84,0
	SI	4	16,0	16,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Descriptivos

Teleasistencia			Estadístico	Error típ.
LAWTON_ BRODY	NO	Media	5,7143	,68363
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,2883
			Límite superior	7,1403
		Media recortada al 5%	5,9048	
		Mediana	8,0000	
		Varianza	9,814	
		Desv. típ.	3,13278	
		Mínimo	,00	
		Máximo	8,00	
		Rango	8,00	
		Amplitud intercuartil	5,00	
		Asimetría	-1,023	,501
		Curtosis	-,629	,972
	SI	Media	4,2500	1,03078
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,9696
			Límite superior	7,5304
		Media recortada al 5%	4,2222	
		Mediana	4,0000	
		Varianza	4,250	
		Desv. típ.	2,06155	
		Mínimo	2,00	
		Máximo	7,00	
		Rango	5,00	
		Amplitud intercuartil	3,75	
		Asimetría	,713	1,014
		Curtosis	1,785	2,619

## TELEASISTENCIA



## ANOVA

### LAWTON\_BRODY

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	7,204	1	7,204	,793	,383
Intra-grupos	209,036	23	9,089		
TOTAL	216,240	24			

## SE SIENTE SOLO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUNCA	10	40,0	40,0	40,0
	A VECES	13	52,0	52,0	92,0
	SIEMPRE	3	8,0	8,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SOLEDAD TOTAL ESTE II	25	8,00	22,00	14,8800	3,98246
N válido (según lista)	25				

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SOLEDAD TOTAL ESTE II	25	8,00	22,00	15,0800	3,95727
N válido (según lista)	25				

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ESTEII_APOYO_SOCIAL	25	1,00	10,00	4,4800	2,40000
ESTEII_USO_NTIC	25	,00	6,00	4,9600	1,33791
ESTEII_PARTICIPAC_SOCIAL	25	2,00	8,00	5,0800	1,84662
N válido (según lista)	25				



# ESTEII\_APOYO\_SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	1	4,0	4,0	4,0
	2,00	4	16,0	16,0	20,0
	3,00	6	24,0	24,0	44,0
	4,00	4	16,0	16,0	60,0
	5,00	3	12,0	12,0	72,0
	6,00	2	8,0	8,0	80,0
	7,00	1	4,0	4,0	84,0
	8,00	2	8,0	8,0	92,0
	9,00	1	4,0	4,0	96,0
	10,00	1	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

# ESTEII\_USO\_NTIC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	1	4,0	4,0	4,0
	4,00	7	28,0	28,0	32,0
	5,00	6	24,0	24,0	56,0
	6,00	11	44,	44,	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

ESTEII\_PARTICIPAC\_SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2,00	1	4,0	4,0	4,0
	3,00	5	20,0	20,0	24,0
	4,00	6	24,0	24,0	48,0
	5,00	2	8,0	8,0	56,0
	6,00	4	16,0	16,0	72,0
	7,00	4	16,0	16,0	88,0
	8,00	3	12,0	12,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
LAWTON_BRODY	25	,00	8,00	5,4800	3,00167
N válido (según lista)	25				

# LAWTON\_BRODY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	3	12,0	12,0	12,0
	1,00	1	4,0	4,0	16,0
	2,00	1	4,0	4,0	20,0
	3,00	2	8,0	8,0	28,0
	4,00	2	8,0	8,0	36,0
	5,00	1	4,0	4,0	40,0
	6,00	1	4,0	4,0	44,0
	7,00	3	12,0	12,0	56,0
	8,00	11	44,0	44,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MOCA_TOTAL	24	4,00	27,00	13,4583	5,79339
N válido (según lista)	24				

## Estadísticos

MOCA_TOTAL		
N	Válidos	24
	Perdidos	1
Percentiles	25	9,2500
	50	13,0000
	75	17,7500

## MOCA\_TOTAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4,00	2	8,0	8,3	8,3
	5,00	1	4,0	4,2	12,5
	7,00	1	4,0	4,2	16,7
	8,00	1	4,0	4,2	20,8
	9,00	1	4,0	4,2	25,0
	10,00	1	4,0	4,2	29,2
	11,00	1	4,0	4,2	33,3
	12,00	2	8,0	8,3	41,7
	13,00	3	12,0	12,5	54,2
	14,00	1	4,0	4,2	58,3
	15,00	1	4,0	4,2	62,5
	16,00	2	8,0	8,3	70,8
	17,00	1	4,0	4,2	75,0
	18,00	3	12,0	12,5	87,5
	20,00	1	4,0	4,2	91,7
	23,00	1	4,0	4,2	95,8
	27,00	1	4,0	4,2	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	4,0		
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>		

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MOCA_VISUOESPEJECUTIVO	24	,00	5,00	1,9167	1,34864
MOCA_IDENTIFICACION	24	1,00	3,00	2,2917	,85867
MOCA_ATENCION	24	,00	5,00	1,3750	1,58286
MOCA LENGUAJE	24	,00	3,00	,7917	1,02062
MOCA_ABSTRACCION	24	,00	2,00	1,2083	,88363
MOCA_RECUERDO	24	,00	4,00	,9167	1,31601
MOCA_ORIENTACION	24	1,00	6,00	4,9167	1,47196
N válido (según lista)	24				

## Asociaciones

### Correlaciones

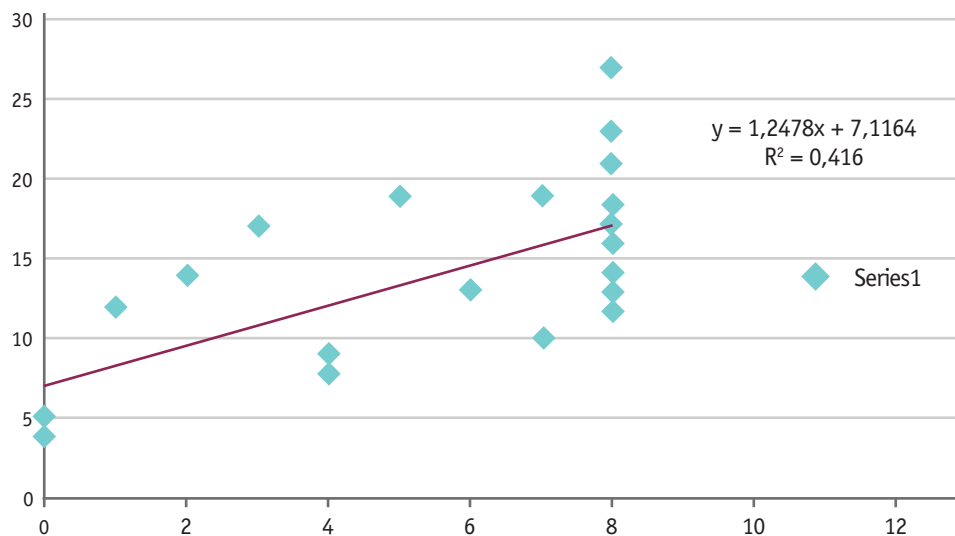
		LAWTON_BRODY	MOCA_TOTAL
LAWTON_BRODY	Correlación de Pearson	1	,645(**)
	Sig. (bilateral)		,001
	N	25	24
MOCA_TOTAL	Correlación de Pearson	,645(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	24	24

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
1	,645(a)	,416	,389	2,36013	,416	15,671	1	22	,001

# Regresión lineal Estado funcional (Lawton en X) – Estado cognitivo (MOCA en Y)



## Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,019 <sup>a</sup>	,000	-,043	3,06567	,000	,008	1	23	,928

## Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,180 <sup>a</sup>	,032	-,012	5,82687	,032	,736	1	22	,400

## Soledad-Diagnósticos DSM-5

### Prueba de homogeneidad de varianzas.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,423	5	14	,825

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SOLEDAD_TOTAL_ESTEII	DX_DSM5
N		25	25
Parámetros normales(a,b)	Media	14,8800	4,0000
	Desviación típica	3,98246	3,08221
Diferencias más extremas	Absoluta	,143	,182
	Positiva	,090	,182
	Negativa	-,143	-,115
Z de Kolmogorov-Smirnov		,714	,909
Sig. asintót. (bilateral)		,688	,380

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	183,890	10	18,389	1,308	,314
Intra-grupos	196,750	14	14,054		
Total	380,640	24			



## Soledad-Síndromes psiquiátricos

### Prueba de homogeneidad de varianzas.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,258	1	22	,616

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SOLEDAD_TOTAL_ESTEII	DX_DSM5
N		25	25
Parámetros normales(a,b)	Media	14,8800	,2400
	Desviación típica	3,98246	,52281
Diferencias más extremas	Absoluta	,143	,477
	Positiva	,090	,477
	Negativa	-,143	-,323
Z de Kolmogorov-Smirnov		,714	2,385
Sig. asintót. (bilateral)		,688	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	53,340	2	26,670	1,793	,190
Intra-grupos	327,300	22	14,877		
Total	380,640	24			

## Soledad-Factores riesgo cardiovascular

### Prueba de homogeneidad de varianzas.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SOLEDAD_TOTAL_ESTEII
N		25
Parámetros normales(a,b)	Media	15,0800
	Desviación típica	3,95727
Diferencias más extremas	Absoluta	,166
	Positiva	,100
	Negativa	-,166
Z de Kolmogorov-Smirnov		,831
Sig. asintót. (bilateral)		,494

*a La distribución de contraste es la Normal.*

*b Se han calculado a partir de los datos.*

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1,330(a)	3	19	,294

*a Los grupos con un único caso se ignorarán al calcular la prueba de homogeneidad de la varianza para SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII*

## Resumen del modelo

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
SIN FACTORES	4	15,2500	2,75379	1,37689	10,8681	19,6319	12,00	18,00
1 FACTOR DE RIESGO	9	14,8889	5,10990	1,70330	10,9611	18,8167	8,00	22,00
2 FACTORES DE RIESGO	4	17,5000	3,69685	1,84842	11,6175	23,3825	12,00	20,00
3 FACTORES DE RIESGO	6	14,6667	2,87518	1,17379	11,6493	17,6840	10,00	17,00
4 FACTORES DE RIESGO	1	15,0000	-	-	-	-	15,00	15,00
5 FACTORES DE RIESGO	1	9,0000	-	-	-	-	9,00	9,00
Total	25	15,0800	3,95727	,79145	13,4465	16,7135	8,00	22,00

## SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	61,868	5	12,374	,749	,597
Intra-grupos	313,972	19	16,525		
Total	375,840	24			

## Soledad-Convivencia/Animales/Plantas

### Factores inter-sujetos

		Etiqueta del valor	N
ANIMALES	,00	NO	20
	1,00	SI	5
PLANTA	,00	NO	11
	1,00	SI	14
CONVIVE	,00	SOLO	9
	1,00	ACOMPañADO	14
	2,00	RESIDENCIA	2

### Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	82,307(a)	7	11,758	,670	,695
Intersección	2540,564	1	2540,564	144,770	,000
ANIMALES	17,246	1	17,246	,983	,335
PLANTAS	,226	1	,226	,013	,911
CONVIVE	2,018	2	1,009	,058	,944
ANIMALES * PLANTAS	16,254	1	16,254	,926	,349
ANIMALES * CONVIVE	9,043	1	9,043	,515	,483
PLANTAS * CONVIVE	29,942	1	29,942	1,706	,209
ANIMALES * PLANTAS * CONVIVE	,000	0	-	-	-
Error	298,333	17	17,549		
Total	5916,000	25			
Total corregida	380,640	24			

a R cuadrado = ,216 (R cuadrado corregida = -,106)

## Soledad-Estado cognitivo/Funcionalidad

### Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	270,500(a)	21	12,881	,258	,963
Intersección	3080,404	1	3080,404	61,608	,016
LAWTON_BRODY	69,833	5	13,967	,279	,892
MOCA_TOTAL	198,742	13	15,288	,306	,929
LAWTON_BRODY * MOCA_TOTAL	,000	0	-	-	-
Error	100,000	2	50,000		
Total	5592,000	24			
Total corregida	370,500	23			

a R cuadrado = ,730 (R cuadrado corregida = -2,104)

## Soledad y uso NTIC

### Prueba de homogeneidad de varianzas.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,563	2	21	,578

ANOVA

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SOLEDAD_TOTAL_ESTEII	ESTEII_USO_NTIC
N		25	25
Parámetros normales(a,b)	Media	14,8800	4,9600
	Desviación típica	3,98246	1,33791
Diferencias más extremas	Absoluta	,143	,222
	Positiva	,090	,218
	Negativa	-,143	-,222
Z de Kolmogorov-Smirnov		,714	1,108
Sig. asintót. (bilateral)		,688	,172

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

SOLEDAD\_TOTAL\_ESTEII

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	140,242	3	46,747	4,084	,020
Intra-grupos	240,398	21	11,448		
Total	380,640	24			



## FIDMAG informa

### PRIMER ENSAYO CLÍNICO EMPLEANDO LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

*Un equipo de investigadores, liderados desde FIDMAG Hermanas Hospitalarias y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, han publicado los resultados del primer ensayo clínico para probar la efectividad y seguridad de la Estimulación Cerebral Profunda en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento. El artículo, publicado en la revista EBioMedicine, reporta por vez primera los efectos terapéuticos de este procedimiento en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento.*

*I. Corripio, A. Roldan, S. Sarro, P. J. McKenna, A. Alonso-Solis, M. Rabella, A. Diaz, D. Puigdemont, V. Perez-Sola, E. Alvarez, A. Arevalo, P. P. Padilla, J. M. Ruiz-Idiago, R. Rodriguez, J. Molet, E. Pomarol-Clotet and M. J. Portella. Deep brain stimulation in treatment resistant schizophrenia: A pilot randomized cross-over clinical trial. EBioMedicine (IF: 6,68; 1er Decil). 2020; 51: 102568.*

*Traducción y adaptación: María Ángeles García – León  
FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation*

La esquizofrenia es un trastorno mental severo e incapacitante, caracterizado por síntomas positivos, negativos y cognitivos que afecta a alrededor del 1% de la población. Se estima que alrededor del 20 al 30% de los pacientes con esquizofrenia son resistentes al tratamiento con antipsicóticos convencionales, y menos de la mitad responden a los antipsicóticos de segunda generación (1,2). La estimulación cerebral profunda (ECP), un tratamiento probado y bien establecido para la enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento, ha comenzado a aplicarse en los últimos años en enfermedades psiquiátricas resistentes al tratamiento (3).

Esta técnica consiste en la estimulación con altas frecuencia de áreas profundas cerebrales a través de electrodos implantados con cirugía estereotáxica. Se estima que funciona principalmente produciendo inhibición funcional en la región alrededor del electrodo, y efectos excitatorios en axones de la región y en áreas más distales (4). Además, se ha afirmado que la intervención puede actuar a largo



plazo corrigiendo actividad cerebral patológica en redes neuronales con conexiones a la zona del implante (5). Otro aspecto importante de la ECP es que es reversible, la estimulación puede apagarse, y si es necesario, los electrodos pueden ser extraídos.

Su empleo en el tratamiento de trastornos neurológicos está ampliamente extendido desde hace años, su empleo en pacientes con trastornos psiquiátricos es más reciente. Hasta la fecha se ha empleado principalmente en pacientes resistentes al tratamiento con trastorno obsesivo compulsivo y depresión mayor, con resultados alentadores. El uso potencial de la ECP en esquizofrenia resistente al tratamiento es actualmente un tema de amplia discusión (6,7), centrándose sobre todo en la localización de los electrodos. La experiencia práctica, sin embargo, es inexistente. Solo se han reportado efectos beneficiosos sobre síntomas obsesivos y compulsivos, mediante la colocación del electrodo en el Núcleo Accumbens (NAcc), en un paciente con esquizofrenia residual, pero sin síntomas psicóticos.

Este estudio es, por tanto, el primer ensayo clínico de ECP en esquizofrenia resistente al tratamiento. Considerando la falta de consenso sobre la localización de los electrodos, se decidió probar la eficacia de dos localizaciones: el estriado ventral, concretamente el NAcc y la corteza cingulada anterior (CCA) subgenual. La selección se fundamenta en que son zonas ya empleadas en el trastorno obsesivo compulsivo y en depresión mayor, y porque ambas áreas se caracterizan por tener sobreactividad neuronal en la esquizofrenia, siendo por tanto susceptible a los efectos inhibitorios funcionales de la ECP.

En el caso del NAcc, la evidencia previa señala un exceso de dopamina en esquizofrenia en esta área (8), además, teóricamente se ha relacionado la sobreactividad del estriado ventral con los síntomas positivos de la enfermedad. Por otro lado, la elección de la CCA se basa en el fallo en desactivación del córtex frontal medial descrito previamente por FIDMAG Hermanas Hospitalarias (9) y otros autores (10). Este fallo se cree que refleja la disfunción en la red por defec-

to, una serie de regiones neuronales que están normalmente activas en reposo, pero que se desactivan durante el desarrollo de un amplio rango de tareas que demandan atención. El córtex frontal medial forma parte de uno de los dos nudos más prominentes de esta red. Por lo tanto, ambas áreas: NAcc y CCA subgenual, serían candidatas idóneas para el tratamiento con ECP de la esquizofrenia resistente al tratamiento.

## Métodos

El ensayo tiene un diseño combinado con una fase abierta de mínimo 6 meses y una fase cruzada doble ciego de 24 semanas. La muestra fue asignada aleatoriamente 1:1 a la colocación del electrodo en el NAcc o en la CCA subgenual. El estudio se encuentra registrado en ClinicalTrials.gov (identificador NCT02377505). Los pacientes, con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV y que cumplieran criterios de resistencia al tratamiento, fueron reclutados en diversos centros de Hermanas Hospitalarias y en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La muestra inicial fue de 8 pacientes, uno de ellos presentó complicaciones en la cirugía, pasando a formar parte del estudio un total de 7. La evaluación se realizó mediante la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS), como medida principal de resultados, aplicándose cada dos semanas a lo largo de todo el ensayo. La evaluación completa aplicada en los tres momentos principales: al inicio, antes de la fase cruzada y al finalizar el tratamiento, incluyó: la Escala de Síntomas Psicóticos (PSYRATS), la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS), la Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia (CDSS), la Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (GAF), la Escala de Impresión Clínica Global (CGI) y dos escalas de funcionamiento social, la Escala de Rendimiento Personal y Social (PSP) y la Escala de Funcionamiento Social.

En primer lugar, se implantaron, mediante cirugía estereotaxica, los electrodos de forma bilateral, en la CCA subgenual a tres pacientes y en el NAcc a cuatro pacientes. El generador de impulsos programable se implantó en la zona abdominal. La estimulación se

inició de forma unilateral izquierda a las 48-72h después de la cirugía. Tras una semana se inició la estimulación bilateral. Durante la fase de estabilización abierta se fueron ajustaron los parámetros (voltaje, amplitud de los pulsos y contactos activos) según el estado clínico, teniendo en cuenta, sobre todo, la presencia y el grado de síntomas positivos. Los ajustes se realizaron de forma individual, por un clínico independiente y sin informar al paciente de los cambios. Los pacientes que cumplieron los criterios de respuesta sintomática pasaron a la fase cruzada doble ciego, siendo aleatoriamente asignados a una fase de 12 semanas con la estimulación “activa” seguida de 12 semanas con la estimulación “apagada” o viceversa. El tratamiento farmacológico no pudo ser modificado durante el periodo de estudio, a excepción de la prescripción de benzodiacepinas o hipnóticos.

## Resultados

### Fase de estabilización

La fase de estabilización abierta tuvo una duración media de 13 meses. En esta fase, dos de los tres pacientes con colocación de los electrodos en el NAcc presentaron remisión casi completa o completa con alguna recidiva intermitente de síntomas positivos. Los análisis de medidas repetidas de la muestra completa ( $n=7$ ), comparando la línea base con el resto de momentos temporales del periodo de estabilización, mostraron un efecto significativo de la ECP tanto en la puntuación de la PANSS total como en las puntuaciones de síntomas positivos y síntomas negativos ( $p<0,001$  en todas). El análisis t de Student, comparando la línea de base y la última medida de esta fase, mostró diferencias significativas en la puntuación total de la PANSS ( $p=0,007$ ) y en síntomas positivos ( $p=0,002$ ), pero no en síntomas negativos ( $p=0,18$ ). Las puntuaciones medias del resto de escalas en la línea de base y antes de la aleatorización o al finalizar el estudio se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Cambios en las escalas desde la línea de base a la aleatorización o finalización del ensayo.

	Puntuación inicio (media ± DE)	Puntuación aleatorización/ finalización (media ± DE)
PSYRATS	44,71 ± 12,65	32,57 ± 21,79
SANS	55,57 ± 12,97	46,29 ± 23,43
CDSS	7,29 ± 6,21	3,71 ± 4,79
GAF	31,14 ± 4,49	47,14 ± 17,07
CGI	6 ± 0,0	4,14 ± 1,68
PSP	30,83 ± 8,49)	42,67 ± 25,91

**DE:** Desviación Estándar; **PSYRAT:** Escala de Síntomas Psicóticos; **SANS:** Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos; **CDSS:** Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia; **GAF:** Escala de Evaluación de Funcionamiento Global; **CGI:** Escala de Impresión Clínica Global; **PSP:** Escala de Rendimiento Social y Personal.

### Fase cruzada doble ciego

Cuatro pacientes cumplieron los criterios de respuesta sintomática de la fase de estabilización, dos con colocación de electrodos en el NAcc y dos en la CCA subgenual, de estos, tres pacientes pasaron la fase cruzada, rechazando el cuarto a continuar en el estudio. El primer paciente, con colocación NAcc, comenzó en una fase de “activo”, a las seis semanas tras apagar la estimulación se evidenció un empeoramiento de los síntomas psicóticos, principalmente en forma de síntomas negativos. Este paciente continuó en el ensayo hasta el final de la fase cruzada. El segundo paciente, con colocación CCA subgenual, comenzó en una fase de “apagado”, que fue

seguida de un empeoramiento de los síntomas psicóticos en pocos días, mostrando ideación suicida, por lo que se volvió a activar la estimulación y fue retirado del estudio. El tercer paciente, con colocación CCA subgenual, comenzó también en una fase de “apagado”, mostrando a las dos semanas un claro empeoramiento de los síntomas psicóticos, la estimulación fue activada de nuevo y se retiró al paciente del estudio. En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones de la PANSS de los tres pacientes, justo antes de comenzar la fase cruzada y en la primera evaluación tras el apagado de la estimulación.

Tabla 2. Cambios en la escala PANSS desde antes del inicio de la fase cruzada y en la primera evaluación tras el “apagado” de la estimulación.

		Puntuación antes de fase cruzada	Puntuación en primera evaluación tras “apagado”
Paciente 1 (NAcc)	PANSS Total	64	73
	PANSS Positiva	14	14
	PANSS Negativa	16	21
Paciente 2 (CAA subgenual)	PANSS Total	79	98
	PANSS Positiva	17	23
	PANSS Negativa	18	24
Paciente 3 (CAA subgenual)	PANSS Total	47	93
	PANSS Positiva	16	25
	PANSS Negativa	13	29

**PANSS:** Escala de Síntomas Positivos y Negativos para Esquizofrenia;

**NAcc:** Núcleo Accumbens; **CAA:** Córtex Cingulado Anterior.

## Efectos adversos

La ECP fue generalmente bien tolerada en los siete pacientes a los que se les activó los electrodos. Un paciente con colocación NAcc desarrolló acatisia al cambiar la estimulación de unilateral a bilateral, lo que se solventó cambiando la estimulación a unilateral y manteniendo los parámetros reducidos. Otro de los pacientes describió una sensación eléctrica en el tronco y en la cabeza que ocurría de forma ocasional y dependía de determinados movimientos corporales. El cambio de la estimulación de unipolar a bipolar eliminó el síntoma. Tras la finalización del ensayo y después de un total de 11 meses de estimulación, otro de los pacientes mostró cambios comportamentales compatibles con hipomanía, previamente había decidido dejar de tomar la medicación antipsicótica. Los parámetros de estimulación se disminuyeron con cierta mejora y a las semanas fue ingresada con un estado afectivo mixto que respondió bien a la medicación.

## Conclusiones

El presente estudio es el primer ensayo que reporta la efectividad y seguridad de la técnica de ECP en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento. Aunque el tamaño de la muestra es pequeño y la variabilidad de la respuesta al tratamiento hace difícil generalizar los resultados, se encuentran claros indicios de mejora, siendo la localización en el NAcc la más prometedora de las dos localizaciones empleadas en el estudio. De los tres pacientes con localización NAcc, dos cumplieron con los criterios de mejora sintomática en la fase de estabilización, con una remisión casi completa de los síntomas positivos, lo que refuerza la hipótesis de que el NAcc y el estriado ventral serían áreas de hiperactividad funcional en esquizofrenia y conformarían por tanto uno de los objetivos terapéuticos de los efectos inhibitorios de la ECP. Por otra parte, la colocación en la CCA subgenual mostró una mejora menos marcada y más gradual, resultados que van en la línea de los reportados previamente en estudios (5) en pacientes con depresión mayor, en los que la respuesta se da en periodos de semanas a meses, lo que sugiere que estos efectos

a largo plazo en determinadas áreas cerebrales podrían ser de relevancia. Los resultados muestran, además, como tres de los cuatro pacientes que presentaron una mejora significativa, vieron un claro empeoramiento de los síntomas cuando la activación fue “apagada” en condiciones de doble ciego. En definitiva, y teniendo en cuenta que la mayoría de los efectos adversos que presentaron algunos de los pacientes se solventaron mediante modificaciones en los parámetros de estimulación, los resultados proporcionan motivos para considerar que la ECP puede ser de utilidad en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia resistente a tratamientos convencionales, y que la localización en el NAcc presentaría mayores beneficios y más inmediatos que la localización en la CCA subgenua.

[www.fidmag.org](http://www.fidmag.org)

## Referencias

1. Elkis, H., y Buckley, P. F. (2016). Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 39(2), 239-265.
2. Siskind, D., Siskind, V., y Kisely, S. (2017). Clozapine response rates among people with treatment-resistant schizophrenia: data from a systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 772-777.
3. Krack, P., Hariz, M. I., Baunez, C., Guridi, J., y Obeso, J. A. (2010). Deep brain stimulation: from neurology to psychiatry?. *Trends in neurosciences*, 33(10), 474-484.
4. Deniau, J. M., Degos, B., Bosch, C., y Maurice, N. (2010). Deep brain stimulation mechanisms: beyond the concept of local functional inhibition. *European Journal of Neuroscience*, 32(7), 1080-1091.
5. Veerakumar, A., y Berton, O. (2015). Cellular mechanisms of deep brain stimulation: activity-dependent focal circuit reprogramming?. *Current opinion in behavioral sciences*, 4, 48-55.
6. Mikell, C. B., Sinha, S., y Sheth, S. A. (2016). Neurosurgery for schizophrenia: an update on pathophysiology and a novel therapeutic target. *Journal of neurosurgery*, 124(4), 917-928.
7. Gault, J. M., Davis, R., Cascella, N. G., Saks, E. R., Corripio-Collado, I., Anderson, W. S., ... y Daskalakis, Z. J. (2018). Approaches to neuromodulation for schizophrenia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 89(7), 777-787.
8. Howes, O. D., y Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophrenia bulletin*, 35(3), 549-562.
9. Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., Sarro, S., Gomar, J., Vila, F., Martínez, A., ... y Cebamanos, J. M. (2008). Failure to deactivate in the prefrontal cortex in schizophrenia: dysfunction of the default mode network?. *Psychological medicine*, 38(8), 1185-1193.



10. Hu, M. L., Zong, X. F., Mann, J. J., Zheng, J. J., Liao, Y. H., Li, Z. C., ... y Tang, J. S. (2017). A review of the functional and anatomical default mode network in schizophrenia. *Neuroscience bulletin*, 33(1), 73-84.



# Máster y Diplomatura de Postgrado en **PSICOGERIATRÍA**

**23ª Edición**  
**2020 - 2022**

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

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

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

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

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

**Inicio del curso:** 23 de Octubre de 2020.

## **Información:**

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



# “Revisión Clínica a propósito de un caso”

**La práctica clínica diaria, a pie de consulta, la valoración del paciente y su entorno, el diagnóstico clínico, el tratamiento y el seguimiento de las diferentes situaciones que el profesional atiende,** concierne a múltiples áreas del individuo y en ocasiones confluyen cuadros concomitantes y evoluciones inesperadas

que hacen de un caso, un constructo clínico que pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica y terapéutica.

Igualmente interesante resulta **la revisión de un tema concreto mediante la exposición de un caso clínico tipo**, que permita al lector repasar conceptos clave aplicados en la práctica clínica habitual.

**Os animamos  
a dar vida a esta sección con  
vuestra experiencia cotidiana.**



Recordad que podeis remitir vuestros trabajos a través del correo electrónico [informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es) o mediante el acceso directo en [www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com). Consultad la [Normas para la presentación y publicación de trabajos](#).



Hermanas  
Hospitalarias

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)  
[www.hospitalarias.es](http://www.hospitalarias.es)